

Positionierung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen im Rahmen von SwissDRG und integrierter Versorgung

Eine empirische Mixed-Methods-Analyse

Positionierung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen im Rahmen von SwissDRG und integrierter Versorgung

Eine empirische Mixed-Methods-Analyse

Master in Sozialer Arbeit

Bern | Luzern | St. Gallen

Verfasserin & Verfasser

Corinne Stettler

Nicolas Netzer

Studienbeginn

Frühlingssemester 2017

Fachbegleitung

Prof. Dr. Dieter Haller

Bern, 05. August 2020

ABSTRACT

Die vorliegende empirische Analyse untersucht die Positionierung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen im Rahmen von zwei wichtigen gesundheitspolitischen Massnahmen, namentlich SwissDRG und integrierte Versorgung. Die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen hat die eigene Positionierung etwas verschlafen, was sich darin zeigt, dass die Leistungen der Spitalsozialarbeit nicht kostenrelevant abgerechnet werden können und die Soziale Arbeit nicht als Gesundheitsberuf anerkannt ist. Daher drängt sich folgende Forschungsfrage auf: Wie kann sich die Soziale Arbeit im Rahmen der gesundheitspolitischen Massnahmen SwissDRG und integrierte Versorgung positionieren? Diese Frage wurde mittels eines sequenziellen Mixed-Methods-Design bearbeitet. Im ersten Schritt wurde im Rahmen von Fokusgruppen die Frage bearbeitet mit dem Ziel, explorativ Thesen zum Thema zu generieren. Im zweiten Schritt wurde eine quantitative Befragung aller Leitungspersonen von Sozialdiensten der Deutschschweizer Akutspitäler durchgeführt, mit dem Ziel, die qualitativ generierten Thesen zu quantifizieren. Für die Positionierung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen ist die Definition folgender Schritte wichtig: Definition der Aufgabengebiete der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen («Produkt»), Bestimmung der angestrebten Soll-Position, die Bestimmung der Zielgruppen, die Ausarbeitung von Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen, sowie Strategien zur Hervorhebung der eigenen Stärken in den Augen der Zielgruppen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Befragten die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen in einer koordinierenden Rolle sehen. Sie ist eine Schnittstellenprofession. Ihre grosse Stärke ist die vermittelnde Rolle. Als grosse Schwäche sehen die Befragten die Tatsache, dass sich die Soziale Arbeit unter ihrem Wert verkauft. Ihr fehlen insbesondere Fakten und Zahlen in Form von Wirkungsnachweisen, die im ökonomisch dominierten Diskurs gefordert werden. Je nach Zielgruppe unterscheiden sich die Strategien, wie es die Soziale Arbeit schaffen kann, ihre Stärken hervorzuheben, sich also zu positionieren: Im interprofessionellen Kontext sind die interprofessionelle Ausbildung, die interprofessionelle Projektarbeit sowie die Vernetzungsarbeit zwischen den Fachverbänden zu erwähnen. Bei den Kostenträgern sind vielmehr Zahlen und Fakten gefragt, die in Form von Wirksamkeitsnachweisen (zum Beispiel in Form eines Social Impact Bonds) erbracht werden können. Die Zielgruppen der Politik und Öffentlichkeit sind durch Lobbying zu erreichen, wobei die gezielte Zusammenstellung und Weitergabe von Informationen an die Öffentlichkeit und an die Politikerinnen und Politiker als Mittel der Wahl zu betrachten ist. Letztlich soll mit der Positionierung erreicht werden, dass die Soziale Arbeit als Gesundheitsberuf anerkannt wird, die eigenen Leistungen kostenrelevant über die Tarifsysteme abrechnen kann und sie die Anerkennung als Schnittstellen- und Vernetzungsprofession erhält – in der Öffentlichkeit, in der Politik, bei den Kostenträgerinnen und -trägern und im interprofessionellen Team.

VORWORT & DANK

Dank der vorliegenden Master-Thesis durften wir uns zum Abschluss unseres Studiums mit einem aktuellen und spannenden Thema vertiefter auseinandersetzen. Wir nutzen die Gelegenheit, uns nachfolgend bei allen Personen zu bedanken, die zum Gelingen dieser Master-Thesis massgeblich beigetragen haben.

Wir danken Prof. Dr. Dieter Haller für die sehr konstruktive und angenehme Fachbegleitung. Der spannende Fachaustausch hat uns immer wieder vor neue Herausforderungen gestellt, die uns aber zugleich auch Inspiration und Motivation bedeuteten. Ein herzliches Dankeschön für die Begleitung, Unterstützung und Offenheit während der Erarbeitung unserer Master-Thesis. Weiter danken wir Jodok Bastian Läser, der uns im Rahmen der Vorbereitungen der quantitativen Erhebung kompetent, zielführend und zeitnah beraten hat.

Ein besonderer Dank geht einerseits an die acht Fachpersonen, die ihre wertvolle Zeit aufwendeten, um uns im Rahmen der beiden Fokusgruppen ihr Expertinnen- und Expertenwissen zur Verfügung zu stellen, und andererseits an die Leitungspersonen der angefragten Sozialdiensten von Deutschschweizer Akutspitälern, die an unserer Onlineumfrage teilgenommen haben.

Ein weiteres Dankeschön gilt dem Schweizerischen Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, das für den interessanten Austausch und dass sich der Vorstand für den Pretest der Onlineumfrage zur Verfügung gestellt hat.

Weiter möchten wir uns bei Lisa Portmann für die Zeit, die sie sich für das kritische Gegenlesen unserer Master-Thesis genommen hat, besonders bedanken. Ihre Anregungen, Rückmeldungen und ihr Ideenreichtum haben uns inspiriert.

Für die grafische Gestaltung und Formatierung unserer Master-Thesis gilt unser herzlicher Dank Linda Richard.

Abschliessend bedanken wir uns herzlich bei unseren Familien, Freunden und Arbeitskolleginnen und -kollegen, die während der Entstehung dieser Master-Thesis stets ein offenes Ohr für uns hatten.

Bern, im August 2020

Corinne Stettler
Nicolas Netzer

«Wie der Arzt das kranke Organ nicht isoliert, sondern in Bezug zum ganzen Körper sieht, so betrachten die Sozialarbeitenden den kranken Menschen nicht bloss als bedauernswerte Person, die ein Spitalbett belegt, sondern als Angehörige einer Familie oder einer Gemeinschaft, die wegen des schlechten Gesundheitszustandes eines ihrer Mitglieder in Mitleidenschaft gezogen wird.»

Ida M. Cannon

(Schweizerischer Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen sages, 2018, S. 49–50)

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	1
1.1	AUSGANGSLAGE UND ZIELSETZUNG DER MASTER-THESIS	1
1.2	FORSCHUNGSFRAGE(N)	2
1.3	METHODENWAHL: SEQUENTIELLES FORSCHUNGSDESIGN	4
1.4	STAND DER FORSCHUNG	6
1.4.1	SwissDRG	6
1.4.2	Integrierte Versorgung	7
1.5	BEGRIFFSDEFINITIONEN	9

TEIL 1: THEORIE

2	SOZIALE ARBEIT IM GESUNDHEITSWESEN	13
2.1	ANFÄNGE DES SPITALSOZIALDIENSTES	13
2.2	AUFGABENFELDER UND HANDLUNGSANSÄTZE DER SOZIALEN ARBEIT IM GESUNDHEITSWESEN	14
2.3	DEFINITION KLINISCHE SOZIALARBEIT	15
2.4	ZIELE UND AUFTRAG	16
2.5	METHODIK	17
2.6	LEISTUNGEN, KOMPETENZEN UND ARBEITSINSTRUMENTE DER SPITALSOZIALARBEIT	19
2.7	HERAUSFORDERUNGEN	23
2.7.1	Soziale Arbeit und Ökonomisierung	23
2.7.2	Stellung der Sozialen Arbeit im interprofessionellen Kontext im Spital	25

3	DAS SCHWEIZER GESUNDHEITSWESEN	26
3.1	ECKDATEN SCHWEIZER GESUNDHEITSWESEN	26
3.2	DEMOGRAPHISCHE ENTWICKLUNG	27
3.2.1	Trends und Spannungsfelder	28
3.3	ÖKONOMISIERUNG IM GESUNDHEITSWESEN	29
3.4	GESUNDHEITSPOLITISCHE MASSNAHMEN ZUR DÄMPFUNG DER KOSTENENTWICKLUNG	30

4	SWISS DRG	32
4.1	GESCHICHTE UND FUNKTIONSWEISE DER DRG	32
4.2	EINFÜHRUNG DER DRG IN DER SCHWEIZ	33
4.3	ZIELE DER DRG	34
4.4	ANREIZE UND MÖGLICHE AUSWIRKUNGEN	35

4.5	EVALUATION DER KVG-REVISION SPITALFINANZIERUNG	36
<hr/>		
5	SOZIALE ARBEIT UND SWISS DRG	39
5.1	SOZIALE ARBEIT IM DRG-SYSTEM	39
5.2	CHANCEN UND RISIKEN DES SWISS DRG	39
5.2.1	Chancen	39
5.2.2	Risiken	40
<hr/>		
6	INTEGRIERTE VERSORGUNG	42
6.1	POLITISCHE ENTWICKLUNGEN IN DER SCHWEIZ	42
6.1.1	Strategie «Gesundheit 2020»	42
6.1.2	Projekt «Koordinierte Versorgung»	44
6.1.3	Strategie «Gesundheit 2030»	45
6.2	INTEGRIERTE VERSORGUNG ALS «INNOVATIVER ANSATZ»	46
6.2.1	Definition	46
6.2.2	Ziele	46
<hr/>		
7	SOZIALE ARBEIT UND INTEGRIERTE VERSORGUNG	50
7.1	CHANCEN UND RISIKEN DER INTEGRIERTEN VERSORGUNG	50
7.1.1	Professionspolitische Seite	50
7.1.2	Fachliche Seite	50
7.2	WELCHE ROLLE SOZIALE ARBEIT IN DER INTEGRIERTEN VERSORGUNG EINNEHMEN KÖNNTE	51
<hr/>		
8	SOZIALE ARBEIT UND POLITIK	53
<hr/>		
9	FAZIT THEORIETEIL	56
<hr/>		
TEIL 2: QUALITATIVE ERHEBUNG		
10	QUALITATIVE ERHEBUNG	61
10.1	QUALITATIVE STUDIE: FOKUSGRUPPE	61
10.2	VORBEREITUNGSPHASE	61
10.3	SAMPLING UND REKRUTIERUNG DER TEILNEHMENDEN	61
10.4	ERSTELLEN DES LEITFADENS UND FESTLEGEN DES STIMULUS	63
10.4.1	SwissDRG	63

10.4.2	Integrierte Versorgung	64
10.5	DURCHFÜHRUNGSPHASE	65
10.6	AUSWERTUNGSPHASE	65
10.7	ERGEBNISSE	66
10.7.1	SwissDRG	66
10.7.2	Integrierte Versorgung	69
10.8	FAZIT QUALITATIVE ERHEBUNG	74

TEIL 3: QUANTITATIVE ERHEBUNG

11	QUANTITATIVE ERHEBUNG	79
11.1	FORSCHUNGSDESIGN	79
11.1.1	Zeitliche Dimension	79
11.1.2	Einsatz von Kontroll- und Vergleichsgruppen	80
11.1.3	Erhebungsmethode	80
11.2	FELDZUGANG UND SAMPLING	81
11.3	FRAGEBOGEN	83
11.4	PRETEST	83
11.5	DATENERHEBUNG	84
11.6	DATENAUFBEREITUNG UND -AUSWERTUNG	85
11.7	ERGEBNISSE	88
11.7.1	Demographische Daten	88
11.7.2	Aktuelle Rolle der Spitalsozialarbeit unter SwissDRG	90
11.7.3	Entwicklung der Rolle der Spitalsozialarbeit unter SwissDRG	95
11.7.4	Verständnis integrierter Versorgung	98
11.7.5	Rolle und Aufgaben der Sozialen Arbeit in der integrierten Versorgung	99
11.7.6	Bezugsgruppen der Sozialen Arbeit in der integrierten Versorgung	102
11.7.7	Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen	107
11.8	FAZIT QUANTITATIVE ERHEBUNG	112

TEIL 4: DISKUSSION UND SYNTHESE

12	DISKUSSION	119
12.1	BEANTWORTUNG DER FRAGESTELLUNGEN	119
12.1.1	Unterfragen SwissDRG	119
12.1.2	Unterfragen integrierte Versorgung	123
12.1.3	Unterfrage zu Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen	129
12.1.4	Forschungsfrage	133

13	KRITISCHE WÜRDIGUNG UND WEITERFÜHRENDE ÜBERLEGUNGEN	146
-----------	--	------------

14	VERZEICHNISSE	148
14.1	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	148
14.2	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	148
14.3	TABELLENVERZEICHNIS	148
14.4	LITERATURVERZEICHNIS	149
14.5	ONLINEVERZEICHNIS	152

ANHANG

ANHANG 1: MANDATSBRIEF SAGES	159
ANHANG 2: KONTAKTBRIEF FOKUSGRUPPE	160
ANHANG 3: EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG FOKUSGRUPPE	162
ANHANG 4: LEITFADEN FOKUSGRUPPE	163
ANHANG 5: PROTOKOLLE FOKUSGRUPPE 29.08.2020	167
ANHANG 6: PROTOKOLLE FOKUSGRUPPE 30.08.2020	174
ANHANG 7: KONTAKTBRIEF ONLINEUMFRAGE	180
ANHANG 8: OPERATIONALISIERUNG ONLINEUMFRAGE	182
Anhang 8.1: Allgemeine Überlegungen zur Fragebogenkonstruktion	182
Anhang 8.2: Demographische Daten	186
Anhang 8.3: Aktuelle Rolle der Spitalsozialarbeit unter SwissDRG	187
Anhang 8.4: Entwicklung der Rolle der Spitalsozialarbeit unter SwissDRG	190
Anhang 8.5: Verständnis integrierter Versorgung	192
Anhang 8.6: Rolle und Aufgaben der Sozialen Arbeit in der integrierten Versorgung	194
Anhang 8.7: Bezugsgruppen der Sozialen Arbeit in der integrierten Versorgung	196
Anhang 8.8: Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen	199
ANHANG 9: ONLINE-FRAGEBOGEN	203
ANHANG 10: ERFASSUNG RÜCKMELDUNGEN ZUM PRETEST	218
ANHANG 11: AKTUELLE PROJEKTE INTEGRIERTE VERSORGUNG	229
ANHANG 12: PERSÖNLICHE ERKLÄRUNG GRUPPENARBEIT	232

1 EINLEITUNG

1.1 Ausgangslage und Zielsetzung der Master-Thesis

Die Soziale Arbeit befasst sich traditionsgemäss schon lange mit Gründen der Exklusion – sowie Möglichkeiten der Inklusion – bestimmter Gruppen in der Gesellschaft. Einer der einschränkenden Faktoren in Bezug auf die sozialen Teilhabechancen ist die Gesundheit beziehungsweise die Krankheit. Einerseits beeinflusst der sozio-ökonomische Status einer Person klar ihr Gesundheitsverhalten, umgekehrt kann aber auch der sozio-ökonomische Status durch Krankheit gefährdet werden (Weber, 2020, S. 6). Dass die gesundheitlichen und sozialen Aspekte der Lebensführung von Klientinnen und Klienten oftmals nicht voneinander getrennt betrachtet werden können, ist fachlich unbestritten. Grosse Veränderungen im Gesundheitswesen betreffen daher auch die Soziale Arbeit und ihre Klientel. Das Gesundheitswesen in der Schweiz unterliegt ständigen Veränderungen. Etwa ein Viertel aller Sozialarbeitenden in der Schweiz sind im Gesundheitswesen tätig (Friedli, 2016, S. 4). Veränderungen im Arbeitsumfeld eines so wichtigen Arbeitsgebietes von Sozialer Arbeit sind aus professionspolitischer Sicht deshalb von Interesse. Zwei wichtige gesundheitspolitische Massnahmen, welche das Arbeitsumfeld von Sozialarbeitenden im Akutspital wesentlich beeinflussen können (oder bereits haben), sind die Einführung des SwissDRG Tarifsystems und die integrierte Versorgung. Im Jahr 2012 wurden schweizweit die leistungsbezogenen Fallpauschalen SwissDRG als neues Patientenklassifikationssystem eingeführt. Die Ziele, welche mit der Einführung einhergingen, waren unter anderem die Schaffung von mehr Transparenz und einem ökonomisch tragbaren Gesundheitswesen. Weiter sollte ermöglicht werden, dass die Patientinnen und Patienten langfristig von einem bestimmten Behandlungsprozess profitieren und dass zwischen den Leistungserbringern ein Qualitätswettbewerb entsteht (vgl. Kapitel 4.3). Im Jahr 2015 lancierte das Bundesamt für Gesundheit im Rahmen der Strategie «Gesundheit 2020» das Projekt «koordinierte Versorgung»¹ (vgl. Kapitel 6.1.2). Ziel ist die Vereinfachung der Behandlungspfade für die Patientinnen und Patienten, damit die Behandlung aus einer Hand über alle Ebenen erfolgen kann (ambulant, stationär, Langzeitpflege). Im Fokus der vorliegenden Master-Thesis steht die Soziale Arbeit, welche im Rahmen von zwei wichtigen gesundheitspolitischen Entwicklungen SwissDRG und integrierte Versorgung beleuchtet wird. Ziel ist es, Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken der Spitalsozialarbeit herauszuarbeiten, zu erörtern, wovon die Positionierung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen abhängt und welche Rolle sie in der integrierten Versorgung einnehmen könnte.

Die vorliegende Master-Thesis ist in vier Teile gegliedert. Im ersten Teil geht es um die Erarbeitung der Theorie: Zunächst wird die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen vorgestellt, die Eckdaten und Trends im Schweizer Gesundheitswesen aufgezeigt, die Einführung der SwissDRG in der Schweiz nachgezeichnet und die integrierte Versorgung als innovativer Ansatz expliziert. Zum Abschluss des Kapitels wird das Verhältnis von Sozialer Arbeit und Politik beleuchtet, bevor der erste Teil mit einem Fazit endet. Im zweiten Teil wird die qualitative Erhebung, wobei zwei Fokusgruppen durchgeführt wurden, vorgestellt: Vom Sampling und der Rekrutierung über das Erstellen des Leitfadens bis hin zu den Ergebnissen wird der ganze Weg aufgezeichnet. Auch dieser Teil endet mit einem Fazit. Im dritten Teil wird die quantitative Erhebung mit der Online-Umfrage vorgestellt. Abschliessend findet im vierten Teil die Diskussion mit der Beantwortung der Fragestellungen statt. Ganz am

¹ *Koordinierte Versorgung und integrierte Versorgung werden in vorliegender Master-Thesis synonym verwendet*

Schluss findet sich ein Kapitel, in dem weiterführende Überlegungen gemacht und noch offene Fragen geklärt werden sowie ein Ausblick gewagt wird.

1.2 Forschungsfragen

Das Gesundheitswesen in der Schweiz unterliegt ständigen Veränderungen. Diese Veränderungen betreffen nicht nur Professionelle der Sozialen Arbeit, sondern auch andere Berufsgruppen in diesem Tätigkeitsbereich. Allerdings wird die Soziale Arbeit nach wie vor nicht als Gesundheitsberuf anerkannt, was heisst, dass sie nicht auf der Liste der Gesundheitsberufe geführt wird. Als Beispiel für die Folgen, die daraus erwachsen, dient der Umstand, dass die Soziale Arbeit ihre Leistungen nicht kostenrelevant abrechnen kann. Das mag – so die These – einer der Gründe sein, weshalb die Soziale Arbeit unter einem hohen Legitimationsdruck steht und neben all den medizinischen Berufen eine schwierige Stellung hat (Bienz & Reinmann, 2004, S. 7). Aus professionspolitischer Sicht ist es deshalb von Interesse, folgende Frage zu bearbeiten:

- *Wie kann sich die Soziale Arbeit im Rahmen der gesundheitspolitischen Massnahmen SwissDRG und integrierte Versorgung positionieren?*

Erste, grob formulierte Fragen sind jedoch im Forschungsprozess noch zu ungenau und müssen jeweils präzisiert werden (Raithel, 2008, S. 28). Der Begriff «Positionieren» muss beispielsweise genauer betrachtet werden: «Positionierung» im Marketing wird als positive Differenzierung des eigenen Produkts oder der eigenen Organisation gegenüber der Konkurrenz – in den Augen der Konsumentinnen und Konsumenten – definiert (Nöthel, 1999, S. 120). Die Soziale Arbeit muss sich also, will sie sich positionieren, in den Augen der Konsumentinnen und Konsumenten der Sozialen Arbeit positiv von der Konkurrenz abheben. Wer sind aber die Konsumentinnen und Konsumenten der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen? Zum einen sind es die Patientinnen und Patienten selbst, da sie direkt von der Arbeit der Sozialarbeitenden profitieren (sollten). Im Weiteren ist aber auch das interprofessionelle Team gemeint: Beispielsweise die Ärztinnen und Ärzte profitieren davon, dass Fachpersonen der Sozialen Arbeit die soziale Dimension der Krankheit bearbeiten – sie haben dadurch mehr Zeit für die Bearbeitung ihres Fachgebietes, nämlich der biologischen Dimension der Krankheit, dürfen also die Bearbeitung der sozialen Dimension dafür geschulten Personen abgeben. Letztlich erfüllt die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen aber auch eine gesellschaftliche Funktion, in dem die soziale Teilhabe von durch Krankheit benachteiligte oder beeinträchtigte Menschen erhalten oder gefördert wird. Somit können auch die Öffentlichkeit und die Politik als Konsument / innen der Leistungen der Sozialen Arbeit betrachtet werden. Die eigentliche Positionierung erfolgt nun, wenn es der Sozialen Arbeit gelingt, ihre Dienstleistungen – ihr eigentliches «Produkt» – in den Augen der Konsumentinnen und Konsumenten positiv zu differenzieren. Dazu muss den Professionellen der Sozialen Arbeit klar sein, wo die Stärken und Schwächen ihrer Tätigkeit liegen. Die Stärken erlauben letztlich die positive Differenzierung im Vergleich zu konkurrierenden Dienstleistenden, wie zum Beispiel der Pflege. Für eine erfolgreiche Positionierung ist aber nicht nur die Kenntnis der eigenen Stärken und Schwächen wichtig, sondern auch eine Definition der anzustrebenden Position – also der Soll-Zustand. Sich von der «Konkurrenz» abheben zu wollen, ohne zu wissen, was mit der Differenzierung erreicht werden soll, ist nicht zielführend. Um zu eruieren, was eine «Position» bedeutet, wird eine zweite Definition beigezogen: Gemäss Claus (2016) bezeichnet die Position den formalen Platz, den (in diesem Fall)

die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen einnimmt (S. 1). Mit einer Position ist auch immer eine Funktion verbunden. Die Funktion beschreibt die inhaltlichen Aufgaben, die mit der Position verbunden sind. Letztlich werden an die Inhabenden der Position Verhaltenserwartungen gestellt, welche als Rolle definiert werden. Die Verhaltenserwartungen werden von aussen an die Inhaberin oder den Inhaber der Position herangetragen (ebd. 2016, S. 1). Erst die Verbindung beider Definitionen – derjenigen von «Positionierung» im Marketing und derjenigen von «Position» im Unternehmen – zeigt das vorliegende Verständnis von «Positionieren»: Die Soziale Arbeit positioniert sich, indem sie durch die Hervorhebung der eigenen Stärken eine positive Differenzierung in den Augen der Konsumentinnen und Konsumenten erreicht. Damit werden die Verhaltenserwartungen, also die Rolle, beeinflusst, mit dem Ziel, neue Funktionen zugeschrieben zu bekommen und damit eine angestrebte Position zu erreichen. Die Positionierung ist ein Prozess, der Folgendes beinhaltet: Die Definition der angestrebten Position, die Herausarbeitung der eigenen Stärken und Schwächen und die Hervorhebung der Stärken in den Augen der Zielgruppen (Nöthel, 1999, S. 120).

Es stellt sich die Frage, wer bestimmt, welche Position – und die damit verbundenen Funktionen – angestrebt werden soll. Das Erkenntnisinteresse ist hier entscheidend: Auf professionspolitischer Ebene ist von Interesse, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit die Chancen und Risiken von wichtigen Trends und politischen Massnahmen im Arbeitsumfeld erkennen und einzuschätzen vermögen. Dadurch soll ein proaktiver und nicht nur ein reaktiver Umgang mit diesen Veränderungen ermöglicht werden. Mit anderen Worten sind es also die Professionellen der Sozialen Arbeit selbst, welche in diesem Fall die Definition vornehmen, welche Position eingenommen werden soll. In der vorliegenden Arbeit sind das insbesondere die Spitalsozialarbeitenden, da sich das SwissDRG auf die Spitalfinanzierung bezieht.

Die Spitalsozialarbeitenden sollen dabei auch bestimmen, welche Stärken und Schwächen die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen aufweist. Wie aufgezeigt wurde, hängt eine Positionierung wesentlich von der Kenntnis der eigenen Stärken und Schwächen ab. Diese Kenntnis lässt eine Einschätzung zu, wo professionspolitisch angesetzt werden muss, um die eigenen Stärken hervorzuheben und die Schwächen zu bearbeiten. Des Weiteren soll die implizite Aussage überdacht werden, dass die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen eine neue Position einnehmen muss oder soll. Es muss nicht nur nach der Einnahme einer neuen, sondern auch nach dem Erhalten einer bestehenden Position gefragt werden. Somit ändert sich die erste Formulierung der Fragestellung zu:

- *Welche Position(en) soll die Soziale Arbeit im Rahmen der gesundheitspolitischen Massnahmen SwissDRG und integrierte Versorgung aus Sicht der Spitalsozialarbeitenden einnehmen? Wie kann professionspolitisch agiert werden, damit die Einnahme oder das Erhalten dieser Position(en) ermöglicht wird?*

Bei dieser Fragestellung werden im alltäglichen Verständnis der zu Befragenden mit grosser Wahrscheinlichkeit unbeabsichtigte Assoziationen geweckt: Wenn nach der Position gefragt wird, die die Soziale Arbeit in Bezug auf eine gesundheitspolitische Massnahme einnehmen soll, kann es sein, dass die Befragten damit die Beurteilung auf Ebene der Werte und Normen, im Sinne eines Positionspapiers meinen. Deshalb wird –während in der vorliegenden Arbeit mit «Position» der formale Platz im Gesundheitswesen mit den dazugehörigen Funktionen und Rollenerwartungen gemeint ist –den zu Befragenden der

Begriff der Rolle angeboten, da er im alltäglichen Verständnis eher an ein Bündel von Aufgaben (eigentlich «Funktionen») und eine Einordnung in (Betriebs-)Strukturen denken lässt. Im Dienste der Übersichtlichkeit und der Verständlichkeit, insbesondere für die Befragten, wird deshalb im Folgenden (und auch in den Erhebungssequenzen) der Begriff Rolle verwendet. Wenn von einer Rolle gesprochen wird, ist damit immer die Kombination aus Verhaltenserwartung an die Inhabenden der Position, die mit der Position verbundenen Funktionen und die Position selbst gemeint.

Mit obigen Forschungsfragen hängen zahlreiche weitere Unterfragen zusammen. Sie unterscheiden sich darin, ob sie sich auf die gesundheitspolitische Massnahme SwissDRG oder auf die integrierte Versorgung beziehen. SwissDRG wurde, wie in Kapitel 4 beschrieben werden wird, bereits eingeführt. Hier interessiert im Rahmen der Forschungsfrage folgendes:

- *Wie gestaltet sich aktuell die Rolle der Spitalsozialarbeit unter SwissDRG?*
- *Welche Veränderungen in der Rolle von Spitalsozialarbeitenden sind seit Einführung von SwissDRG feststellbar?*

Die integrierte Versorgung hingegen wurde noch nicht grossflächig umgesetzt, wie in Kapitel 6 ausgeführt wird. Deshalb stellen sich hier folgende Fragen:

- *Welches Verständnis von integrierter Versorgung haben die Spitalsozialarbeitenden?*
- *Welche Aufgaben bzw. Rollen sind für die Soziale Arbeit in der integrierten Versorgung überhaupt denkbar?*

Letztlich sollen auch die Ebenen bestimmt werden, auf denen professionspolitischer Handlungsbedarf besteht. Deshalb interessiert auch:

- *Worin bestehen Schwächen, Stärken, Chancen und Risiken der bzw. für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen?*

Im Folgenden wird beschrieben, mit welchem methodischen Vorgehen diese Forschungsfragen untersucht werden.

1.3 Methodenwahl: Sequentielles Forschungsdesign

In der Geschichte der Empirie besteht seit Jahrzehnten die Differenzierung zwischen quantitativer und qualitativer Forschungslogik. Entsprechend haben sich zwei Lager gebildet, welche die Vorzüge der jeweiligen Vorgehensweise betonen. In den letzten Jahren gewinnt aber die Kombination verschiedener Methoden in sogenannte Mixed Methods immer mehr an Bedeutung (Kuckartz, 2014, S. 7). Gerade im englischsprachigen Raum sind die Methodenbücher zur Kombination (der ursprünglich als Dualismus wahrgenommenen) qualitativen und quantitativen Methoden sehr auflagenstark. Dabei gibt es viele unterschiedliche Formen, wie Methoden kombiniert werden können. Erste Systematisierungen der verschiedenen Kombinationsmöglichkeiten wurden von Creswell vorgenommen (Creswell, 2003: zitiert nach Kuckartz, 2014, S. 65 ff.). Er unterscheidet die Mixed Method Designs anhand von vier Dimensionen:

- 1. Implementation:** Implementation bezeichnet die Reihenfolge, in denen die qualitativen und quantitativen Erhebungen durchgeführt werden. Sie können

gleichzeitig oder sequenziell erfolgen. Beim sequenziellen Vorgehen wird weiter unterschieden, ob zuerst die quantitative oder zuerst die qualitative Studie durchgeführt wird.

2. **Priorität:** Hier steht die Frage im Vordergrund, welcher Studie beziehungsweise welchen Ergebnissen der Studien mehr Bedeutung zugemessen wird. Dient die qualitative Studie lediglich als explorative Vorbereitung einer quantitativen Hauptstudie? Oder dient die qualitative Nachstudie der Vertiefung der vorangehenden quantitativen Erhebung? In beiden Fällen hätte die quantitative Studie mehr Gewicht. Es kann aber auch umgekehrt sein, zum Beispiel wenn die quantitative Studie lediglich der Quantifizierung der qualitativ erhobenen Daten dient. Oder haben beide Studien das gleiche Gewicht? Auch diese Form ist möglich.
3. **Integration:** Damit wird der Zeitpunkt angesprochen, wann die Ergebnisse der jeweiligen Studien miteinander verknüpft werden. Dies kann während der Datenerhebung, bei der Datenanalyse oder in der Endphase bei der Diskussion erfolgen.
4. **Theoretische Perspektive:** Sind die Erkenntnisse aus der Theorie ein expliziter Rahmen für die gesamte Studie oder fließt die theoretische Perspektive implizit in das Design ein?

Die ersten beiden Dimensionen beeinflussen indes, wie das gewählte Design notiert wird. Eine quantitative Studie wird mit QUANT oder quant abgekürzt, die qualitative mit QUAL oder qual. Diejenige Studie, welcher die höhere Priorität eingeräumt wird, wird grossgeschrieben. Weiter wird ein sequenzielles Vorgehen mit dem Zeichen -> und ein gleichzeitiges Vorgehen mit dem Zeichen + dargestellt. Ein Beispiel: Ein sequenzielles Design mit qualitativer Vorstudie, welche der Entwicklung und Optimierung des Erhebungsinstrumentes der quantitativen Hauptstudie dient, wird mit qual->QUANT notiert (Kuckartz, 2014, S. 59).

Einordnung der vorliegenden Arbeit

- **Implementation:** Nach der ersten theoretischen Sequenz, wird zuerst die qualitative Studie durchgeführt. Im Anschluss folgt die quantitative Erhebung.
- **Priorität:** Die qualitative Studie hat Priorität. Die quantitative Studie dient der Quantifizierung und Generalisierung der qualitativ erhobenen Daten.
- **Integration:** Die Integration wird in der Diskussion vorgenommen. Während die Ergebnisse der qualitativen Studie bereits die Konstruktion des quantitativen Erhebungsinstrumentes leiten, werden die Ergebnisse der quantitativen Studie erst in der Diskussion mit den Ergebnissen der qualitativen Studie verbunden.
- **Theoretische Perspektive:** Die theoretische Perspektive ist in der vorliegenden Arbeit explizit. Sie bildet den Rahmen der Studie und wird daher eigens als Sequenz bezeichnet.

Das vorliegende Design wird entsprechend als QUAL->quant notiert. Genauer betrachtet ist der qualitative Teil explorativer, der quantitative Teil deskriptiver Natur. Kuckartz bezeichnet ein solches Design als verallgemeinerndes oder generalisierendes Design (ebd., S. 67). Qualitative Studien arbeiten mit relativ kleinen Fallzahlen, d.h. mit wenigen Befragten. Ziel der anschliessenden quantitativen Studie ist zu prüfen, ob die Ergebnisse der qualitativen Studie sich auch auf eine grössere Stichprobe übertragen lassen. In der

vorliegenden Arbeit wird mit den Teilnehmenden der Fokusgruppe die Forschungsfrage explorativ untersucht. Im zweiten Schritt werden Leitungspersonen der Deutschschweizer Akutspitalsozialdienste befragt, um zu prüfen, ob sie die Einschätzung der Fokusgruppe teilen – also, ob sich die Ergebnisse der Fokusgruppe generalisieren lassen.

In der quantitativen Sozialforschung wird für den Schritt vom theoretischen Konzept hin zum standardisierten Fragebogen einiges Wissen über den Forschungsgegenstand vorausgesetzt. Dieses Wissen ist nötig, um Hypothesen formulieren, relevante Kontextfaktoren identifizieren und valide Messinstrumente bestimmen zu können (Langfeldt & Goltz, 2017, S. 314). Hierfür eignet sich die qualitative Forschung. Sie kann als eigenständige Studie, zum Beispiel in Form einer Fokusgruppe, der quantitativen Studie vorgeschaltet werden – man spricht hier von einem sequenziellen Mixed-Methods-Forschungsdesign (2017, S. 315). In der vorliegenden Arbeit bildet die qualitative Studie die zweite Sequenz in der Bearbeitung der Fragestellungen.

1.4 Stand der Forschung

1.4.1 SwissDRG

In der Literatur findet sich bisher sehr wenig zu den tatsächlichen Auswirkungen der SwissDRG auf die Spitalsozialarbeit. Allerdings geht es auch den anderen Berufsgruppen in dieser Hinsicht nicht besser. Denn DRG ist nur eine von einer Reihe von Massnahmen zur Kostenreduktion und Effizienzsteigerung in den Gesundheitswesen, weshalb es fraglich ist, ob eine monokausale Zuschreibung bestimmter Effekte auf die DRG überhaupt möglich ist (zitiert nach Wild, Pfister & Biller-Adorno, 2009a: 4; in Pfister Lipp, 2011, S. 51). In den meisten Studien wurden keine signifikanten Veränderungen in Bezug auf die Ziele oder die Befürchtungen der DRG-Einführung festgestellt.

Die Studien von Obsan (im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG) aus den Jahren 2016 und 2018 haben den Einfluss der neuen Spitalfinanzierung auf die Qualität der stationären Leistungen untersucht. Dabei haben sie Qualitätsindikatoren auf den Ebenen Patient / innen (Verweildauer, Rehospitalisationen, Mortalitätsraten usw.), Personal (Anteil Ärztinnen und Ärzte pro Bett, Anteil Pflegende pro Bett usw.) und Schnittstellen (Fallzahl und Aufenthaltsdauer bei Verlegungen in Pflegeheime, Psychatrien, Rehabilitationen und nach Hause mit Spitex) definiert (Widmer & Kohler, 2016, S. 1). Es wird festgehalten, dass die Rate der Rehospitalisierungen innerhalb von 18 Tagen seit 2011 jährlich durchschnittlich um 3,27 % ansteigt, was statistisch signifikant ist (Hediger, Tuch, Jörg & Widmer, 2018, S. 2). Die mittlere Aufenthaltsdauer in der Akutsomatik ist zwischen 2009 und 2016 von 6,28 auf 5,49 Tage zurückgegangen, was einer durchschnittlichen Abnahme von 1,88 % pro Jahr entspricht. Die Einführung von leistungsbezogenen Fallpauschalen SwissDRG erfolgte im Rahmen der KVG-Revision der Spitalfinanzierung. Dabei wurden Anreize geschaffen, um die Aufenthaltsdauer im Bereich der akutsomatischen stationären Versorgung möglichst kurz zu halten. Es stellt sich aber die Frage, ob vermehrt Verlagerungen in die Nachversorgung fallen: «Der Anteil der Übertritte von der Akutsomatik in die Rehabilitation stieg (...) von 4,20 % im Jahr 2009 auf 4,82 % im Jahr 2016.» (S. 4). Es konnte auch eine Zunahme bei Personen, die nach der Akutsomatik in Pflegeheimen weiterbetreut werden mussten, festgestellt werden: Zwischen 2009 und 2016 stieg dieser Anteil von 3,07 % auf 3,88 % an (S. 4). Die Zunahme der Nachbetreuung der Spitex stieg gar in derselben Zeitspanne von 1,97 % auf 4,36 % an. Auch nach der Bearbeitung der

Ergebnisse (d.h. Kontrolle von Alter, Geschlecht und anderen Kontrollvariablen) ist weiterhin eine Zunahme zu verzeichnen. Diese Zunahmen in der Nachversorgung betreffen die Spitalsozialarbeit in hohem Masse, da sie genau an dieser Schnittstelle vom akuten stationären zu den nachfolgenden Bereichen tätig ist. Trotzdem sind in der Studie nur die Ärztinnen und Ärzte sowie die Pflegenden aufgeführt. Zur Sozialen Arbeit wurden keine Daten erhoben. Das deutet darauf hin, dass die erhoffte Steigerung des Stellenwertes der Sozialen Arbeit im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung im akutstationären Bereich nicht (oder noch nicht) eingetreten ist.

Die Studien kommen zum Schluss, dass eine stabile Versorgungsqualität vorherrscht und dass keine eindeutigen Hinweise auf eine Verschlechterung der Qualität in Spitälern und Kliniken zu finden sind (S. 5). Dies gilt für folgende beiden Bereiche:

- Strukturenqualität (stabile Betreuungsverhältnisse),
- Ergebnisqualität (keine Zunahme der Mortalitätsraten und postoperativen Wundinfektionen) (S.5).

Es ist eine klare Tendenz zur Nachbetreuung durch die Spitex feststellbar. In Kapitel 4.5 wird die Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung weiter ausgeführt.

1.4.2 Integrierte Versorgung

Fachleute gehen davon aus, dass die wirksamste und kosteneffizienteste Entwicklungsmaßnahme im Gesundheitswesen die Optimierung der Versorgungssysteme wäre (Haunberger & Oberholzer, 2015, S. 266). Aber dennoch scheinen weder die praktische Umsetzung problemlos noch die positive Wirkung eindeutig nachweisbar zu sein. Es gibt diverse so genannte Reviews, die sich mit der Wirksamkeit von Modellen der integrierten Versorgung befassen. Diese legen aber ihren Fokus mehr aufs Gesundheitssystem als auf die Gesamtversorgung von älteren Menschen (S. 267). Dabei kamen bei vielen Reviews zahlreiche Vorteile, welche mit der Einführung von Modellen integrierter Versorgung verbunden sind, zum Vorschein:

- Reduzierung der Aufenthaltsdauer im Krankenhaus,
- Senkung der Kosten der Versorgung von Patientinnen und Patienten,
- Rückgang der Inanspruchnahmerate mit Blick auf Alter- und Pflegeheime,
- verbesserte Versorgung für Patientinnen und Patienten hinsichtlich erhöhter Lebensqualität und reduzierter Komplikationen,
- erhöhte Patientenzufriedenheit mit den Dienstleistungen,
- erhöhte Zufriedenheit des Pflegepersonals,
- verbesserte Kommunikation zwischen Ärztinnen und Ärzten und Pflegenden sowie
- ein abnehmender administrativer Aufwand (Campbell et al. (1998); Johri, Beland & Bergman (2003); Kodner & Kyriacou (2006); zit. nach Haunberger & Oberholzer, 2015, S. 267).

Zu heterogenen Ergebnissen kommen Eklund & Wilhelmson (2009) in ihrer Review: Dies hängt mit heterogenen Anwendungsfeldern, verschiedenen Evaluationsverfahren und Zielgruppen sowie der Betrachtung unterschiedlicher Outcomes zusammen (zit. nach Haunberger & Oberholzer, 2015, S. 267). Des Weiteren erschweren bekanntlich unterschiedliche kulturelle Hintergründe und Gesundheitssysteme die Vergleichbarkeit und

Übertragbarkeit der Ergebnisse in andere Kontexte. Berchtold & Hess (2006) konstatieren gar, dass nicht unterschieden werden kann, „ob die Kostenersparnis auf eine Unterversorgung in Modellen integrierter Versorgung oder Überversorgung in traditionellen Formen zurückführbar ist“ (zit. nach Haunberger & Oberholzer, 2015, S. 267).

Für ältere Menschen können Modelle integrierter Versorgung attraktive Versorgungsformen darstellen, aber trotz zahlreicher Wirksamkeitsnachweise sowohl in der Schweiz als auch international bleiben viele Fragen offen (S. 269). Bekanntlich müssen auf politischer Ebene Rahmenbedingungen geschaffen und die Anreize für Versicherte sowie Leistungserbringende verbessert werden. Da der Fokus zunehmend auf Autonomie und Eigenverantwortung der Nutzerinnen und Nutzern gelegt wird, gewinnen Prozessbegleitung und Case Management immer mehr an Bedeutung. Letztlich fehlen gezielte Wirkungsevaluationen bestehender und zukünftiger Pilotprojekte sowie eine erfolgreiche Implementierungsstrategie (S. 269).

Es ist heute bekannt, dass es für eine qualitativ hochwertige Behandlung mehr Kommunikation, Koordination und Kooperation zwischen den Leistungserbringern braucht. In der Schweiz fand erstmals eine nationale Erhebung zur Integrierten Versorgung statt. Das Forum Managed Care, das Institut universitaire de médecine social et préventive (Lausanne) und das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) haben zwischen Juli 2015 und Juli 2016 eine gesamtschweizerische Studie durchgeführt, dessen Ziel es war, „eine detaillierte Übersicht aller Initiativen zur Integrierten Gesundheitsversorgung in der Schweiz zu geben, diese sichtbar zu machen und den Erfahrungsaustausch zu fördern.“ (Schusselé Filliettaz, Berchtold, Kohler Peytremann-Bridevaus, 2017, S. 685). Die Initiativen, welche die Patientenversorgung stärker koordinieren und integrieren wollten, mussten zur Teilnahme folgende Kriterien erfüllen:

1. „Die Integrationsprinzipien sind formalisiert;
2. Mindestens zwei Ebenen der Gesundheitsversorgung sind integriert / koordiniert;
3. Mindestens zwei Gesundheitsfach- bzw. Berufsgruppen sind beteiligt und
4. die Initiativen sind im Zeitpunkt der Erhebung aktiv“ (S. 685)

Kontaktiert wurden alle wichtigen Akteure (z.B. Leistungserbringer, Finanzierungsträger, Behörden, Ausbildungs- und Forschungseinrichtungen etc.) im Schweizer Gesundheitswesen auf nationaler, kantonaler und lokaler Ebene. Befragt wurden die zur Teilnahme Qualifizierten zu den Themen Versorgungs-Kontext, Zielgruppen, beteiligte Fachpersonen, Leistungsangebot, integrierte Ebenen, Finanzierung und Evaluation (S. 685). Dank einer hohen Rücklaufquote von 94 % konnten von den 172 Initiativen 155 Hauptinitiativen und 7 Unterprogramme ausgewertet werden. Dabei fand eine Kategorisierung in folgende Gruppen statt:

- Spezifische Zielgruppen (34 %)
- Psychische Gesundheit & Psychiatrie (26 %)
- Gesundheitszentren (16 %)
- Übergänge & Koordination (16 %)
- Ärztenetzwerk (6 %)
- Medikamente (5 %)

Die Entwicklung und Vielfalt der Integrierten Versorgung in der Schweiz ist eindrücklich: Die Hälfte der 162 Integrationsinitiativen ist zwischen 1990 und 2009 entstanden, die anderen 50 % wurden in den Jahren zwischen 2010 und 2016 lanciert (S. 686). Heute sind 52% der Initiativen in der lateinischen und 45% in der deutschen Schweiz anzutreffen, 3% sind in den beiden Regionen aktiv. Unterschiede zwischen den Sprachregionen sind frappant: In der lateinischen Schweiz sind häufiger Initiativen anzutreffen, die „auf spezifische Zielgruppen“, auf „Medikamente“ und auf die „Koordination“ der Übergänge ausgerichtet sind. In der deutschen Schweiz hingegen liegt der Schwerpunkt auf „Ärztetzwerke“ und „Gesundheitszentren“.

In Abbildung 1 ist ersichtlich, wie stark die Entwicklung in den verschiedenen Kategorien ist. Am stärksten zugenommen haben die beiden Kategorien „Spezifische Zielgruppe“ und „Psychische Gesundheit“, wobei dies interessant ist, denn die Betreuung von chronisch und psychisch kranken Patientinnen und Patienten fällt in diese beiden Gruppen. Auch in der Kategorie „Übergänge & Koordination“ findet sich eine starke Zunahme.

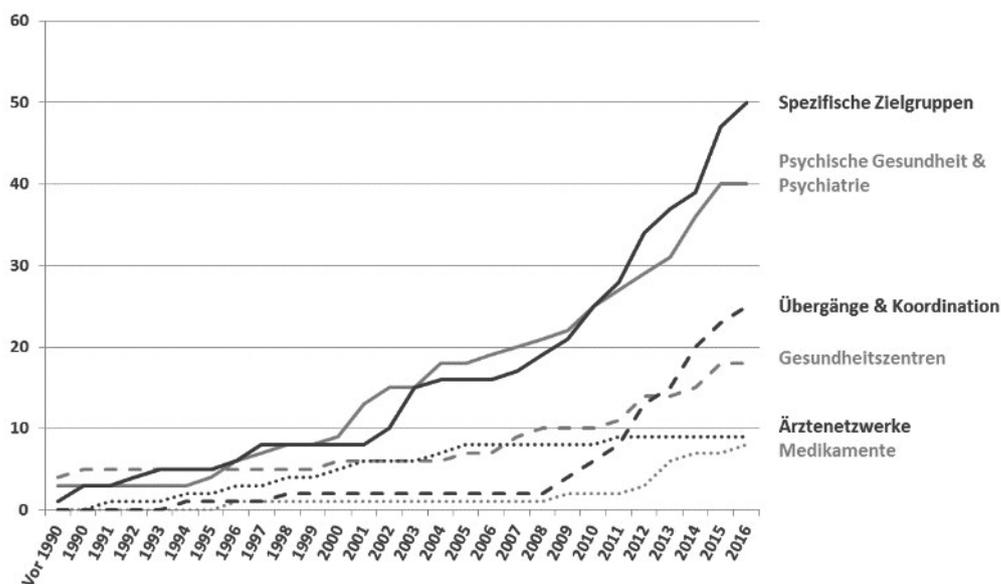


Abb. 1: Initiativen zur integrierten Versorgung pro Kategorie 1990–2016
(Quelle: Schusselé et al., 2017, S. 686)

Diese erste nationale Erhebung der integrierten Versorgung in der Schweiz zeigt auf, dass in allen Regionen eine breit gefächerte Entwicklung fest- und beobachtbar ist. Die Ergebnisse sind deshalb bemerkenswert, da die Schweiz ein föderalistisches System hat und nur bescheidene Anreize für Integrierte Versorgung vorhanden sind (Schusselé et al., 2017, S. 686).

1.5 Begriffsdefinitionen

Akutspital

Auf die Schweiz bezogen wird unter einem Akutspital ein allgemeines Krankenhaus im Sinne einer stationären Einrichtung verstanden, welche akutsomatische Untersuchungen,

Behandlungen und die Pflege von Patientinnen und Patienten durchführt. Zu Akutspitälern gehören alle allgemeinen Spitäler der Grund- und Zentrumsversorgung sowie die Spezialkliniken für Chirurgie, Gynäkologie/Neonatologie und Pädiatrie (H+ Die Spitäler der Schweiz, n.d.).

Die fünf Schweizer Universitätsspitäler in Basel, Bern, Genf, Lausanne und Zürich sowie einige Kantonsspitäler gehören zur Zentrumsversorgung. Zur Grundversorgung zählen gemäss Krankenhaustypologie des Bundesamtes für Statistik BFS diejenigen Betriebe, die entweder pro Jahr weniger als 9000 Hospitalisierungen verzeichnen oder wenn die Summe der gewichteten FMH-Weiterbildungskategorien weniger als 20 beträgt: «Die Anzahl FMH-Weiterbildungskategorien, die ein Akutspital anbietet, ist ein Kriterium für die Einteilung in Grund- bzw. Zentrumsversorger gemäss Krankenhaustypologie des BFS.» (H+ Die Spitäler der Schweiz, n.d.).

Die vorliegende Master-Thesis befasst sich mit der Einführung der leistungsbezogenen Fallpauschalen SwissDRG, die im Jahr 2012 in den Akutspitälern der Schweiz eingeführt wurden. Wenn nichts anderes erwähnt wird, gehen die Verfassenden dieser Arbeit immer auf Akutspitäler ein. Begriffe wie Krankenhaus und Spital werden synonym verwendet.

Spitalsozialarbeit

In der vorliegenden Master-Thesis geht es um Spitalsozialarbeit in Deutschschweizer Akutspitälern, weshalb nachfolgend eine Definition inkl. Aufgabengebiet erfolgt. Krankenhaussozialarbeit oder auch Spitalsozialarbeit ist eine Teildisziplin der Klinischen Sozialarbeit und ihr Aufgabengebiet wird verstanden als Dienstleistung für stationär, teilstationär oder ambulant in einem Krankenhaus, einer Klinik oder einem Pflegeheim behandelte Menschen (und deren Angehörige), welche entweder:

1. «aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls in ihrer alltäglichen Lebensführung beeinträchtigt sind und die in Bezug auf die Wiederherstellung einer neuen Balance in der Lebensführung Unterstützung benötigen» oder
2. «denen aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls eine solche Beeinträchtigung droht und die bezüglich ihrer alltäglichen Lebensführung Unterstützung benötigen, damit diese Gefahr abgewendet werden kann.» (Homfeld, 2012, S. 493ff)

In Kapitel 2.3 erfolgt eine Definition der Klinischen Sozialarbeit und Ziele, Auftrag sowie Methodik werden erläutert.

Die Begriffe „Spitalsozialarbeit“, „Sozialarbeit im stationären Gesundheitswesen“ oder der vor allem in Deutschland verwendete Begriff „Krankenhaussozialarbeit“ sind synonym zu verstehen. Da die vorliegende Master-Thesis im Kontext des Schweizerischen Gesundheitswesens erarbeitet wird, machen die Verfassenden im weiteren Verlauf der Arbeit vom Begriff Spitalsozialarbeit Gebrauch, ausser es wird explizit auf die Situation in Deutschland verwiesen. Der Begriff „Soziale Arbeit“ meint immer die Gesamtprofession.

TEIL 1: THEORIE

2 SOZIALE ARBEIT IM GESUNDHEITSWESEN

2.1 Anfänge des Spitalsozialdienstes

Der Dienst für Kranke ist keineswegs neu, so gilt die Betreuung von Kranken seit den Anfängen des Christentums als ein Zeichen der Humanität. Zuerst wurde die Sorge um Körper und Seele von der Kirche ausgeübt. Die spirituelle Betreuung der Kranken spielte in der Geschichte der Spitäler und der christlichen Kirche eine zentrale Rolle – auch heute gibt es in jeder Gesundheitseinrichtung diesen Dienst (Schweizerischer Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, 2018, S. 41). Früher gab es Freiwilligenkomitees von Frauen, die Kranke besuchten. Schon seit langem ist die Bedeutung der spirituellen Bedürfnisse, der Anteilnahme und des Mitgefühls in der Theorie und der Praxis anerkannt. Eine Zusammenarbeit von Geistlichen und Freiwilligen mit der Ärzteschaft oder den Sozialdiensten ausserhalb des Spitals fand früher jedoch nicht statt (S. 42). Folgende vier wichtige Entwicklungen trugen massgeblich zur Entstehung des Spitalsozialdienstes bei:

- 1. Nachbetreuung von psychisch Kranken in England:** Die Prinzipien, die in England um 1880 für die Nachbetreuung von psychisch erkrankten Menschen entwickelt wurden, waren für die Spitalsozialarbeit von zentraler Bedeutung (S. 42). Das englische Komitee «Society for After Care of Poor Persons Discharged Recovered from Insane Asylums» (Gesellschaft für die Nachbetreuung von armen, aus Irrenanstalten als geheilt entlassenen Personen) setzte sich das Ziel, die Nachsorge zu organisieren, wobei speziell Obdachlose und deren Reintegration in die Gesellschaft im Fokus standen. Dies fand unter sehr enger Zusammenarbeit zwischen dem Komitee und der ärztlichen Leitung der psychiatrischen Kliniken statt (S. 42).
- 2. Armenpflege für Kranke in London:** Die Neugestaltung der Aufgaben der Sozialbetreuerinnen durch die London Charity Organisation Society war ein wichtiger Impuls für die Spitalsozialarbeit. Mr. Loch sah Verbesserungsmöglichkeiten und veröffentlichte diese 1892: «Was für ein krasses Beispiel wohlthätiger Unfähigkeit, wenn mittellose Personen ständig um die kostenlose Abgabe der Medikamente bitten müssen, davon aber keinen Nutzen ziehen können, weil es am nötigen Essen mangelt. Oder wenn sie wegen der gleichen Krankheit von einem Ambulatorium mit einer kostenlosen oder günstigen Armenapotheke zu einem anderen weitergeschickt werden, ohne dass ihre aktuelle Situation genau angeschaut wird. Um wirkungsvoll zu handeln und um auch eine gewisse Gleichbehandlung sicherzustellen, muss die Wohltätigkeit im medizinischen Bereich mit der allgemeinen Wohlfahrt zusammenarbeiten.» Das Spital war in England lange Zeit das Bindeglied zwischen den Wohlfahrtsverbänden und die Sozialbetreuerin, «die den Problemen des Krankenhauses mit ihrer Kenntnis sowohl der Mittel und Ressourcen der Gemeinde als auch der Methoden der Sozialen Arbeit begegnen konnte», hatte den Status einer Expertin inne. Als im Jahr 1905 der erste Krankenhaussozialdienst der USA eingeführt wurde, waren in London bereits zahlreiche Dienststellen für Sozialbetreuerinnen in Kliniken eingerichtet (S. 45).
- 3. Die Pflege zu Hause in verschiedenen Formen:** Es bleibt offen, ob die häusliche Krankenpflegerin etwas zur Entwicklung der Spitalsozialdienste beisteuern

konnte. Die Tätigkeit umfasste die medizinische Versorgung in der häuslichen Umgebung der armen Kranken und war bereits lange vor den Spitalsozialdiensten vorhanden. Es wurde aber schnell klar, dass das rein im Spital erlernte Wissen nicht ausreichend ist: In der Umgebung zu Hause bei den Kranken musste die medizinische Ausbildung mit sozialen Kenntnissen ergänzt werden (S. 45–46).

4. Ausbildung der Medizinstudenten in sozialen Fragen am John Hopkins Hospital:

In der ganz frühen Phase der Entwicklung des Spitalsozialdienstes leistete Dr. Charles P. Emerson 1902 einen wichtigen Beitrag, in dem er für eine Gruppe Medizinstudentinnen und Medizinstudenten eine soziale Schulung organisierte (S. 47). Eine wirklich effektive medizinische Ausbildung braucht ein Verständnis für den Lebenshintergrund der Patientinnen und Patienten – dies erkannte Dr. Emerson sehr schnell. Er beschrieb seine Arbeit wie folgt: «Unter anderem, um ihre Ausbildung zu fördern, bildeten von sieben Jahren (1902) einige Medizinstudenten der John Hopkins University innerhalb der Charity Organization Society von Baltimore einen ersten Studentenabschluss. Sie besuchten eine oder maximal zwei arme Familien, die durch die Society zugeteilt wurden, während Wochen, Monaten oder sogar vier Jahren. ... Sie erfuhren so den engen Bezug zwischen körperlichen Krankheiten und den häuslichen Umständen.» (S. 47)

Die eben aufgezählten vier Formen konnten vor 1905 in vielen Spitälern angetroffen werden (S. 49). Miss Garnet I. Pelton galt als Pionierin unter den Spitalsozialarbeiterinnen und half mit, die erste Sozialdienstabteilung im Massachusetts General Hospital aufzubauen. Der Grundstein und der Startschuss für die Spitalsozialarbeit in den Kliniken der USA war gelegt worden (S. 49). Ärztinnen und Ärzte fanden in der Sozialen Arbeit eine geeignete Partnerin, damit genauere Diagnosen gestellt werden konnten und die Behandlungen wirksamer waren. Der Zusammenhang zwischen Armut und Krankheit war für Pionierinnen der Sozialen Arbeit wie Alice Salomon, Henriette Fürth und Ilse Art gegeben und sie richteten ihr Handeln und Denken danach aus: Sie setzten sich anwaltschaftlich für Verbesserungen des Arbeits-, Mutter- und Kindesschutzes ein, forderten Gewerbe- und Fabrikinspektionen, übten scharfe Kritik an gesundheitsschädlicher Fabrik- und Heimarbeit und kämpften für die Verbesserung der Ernährungssituation (z.B. Errichtung von Schulkantinen). So entstand Ende des 19. Jahrhunderts eine kommunal organisierte Gesundheitsfürsorge, die sich um erkrankte und benachteiligte Bevölkerungsgruppen kümmerte (Lützenkirchen, 2005, S. 9). Die heutige Soziale Arbeit im Gesundheitswesen baut auf diesen sozialen Traditionen im Gesundheitswesen auf und entwickelt sich stetig weiter. Im nachstehenden Kapitel werden die Aufgabenfelder und Handlungsansätze der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen aufgezeigt.

2.2 Aufgabenfelder und Handlungsansätze der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen

Eine Aufgabe der Sozialen Arbeit ist es, Menschen an den Rändern der Gesellschaft zu integrieren und in Bezug auf Gesundheit befasst sie sich mit der Integration von chronisch kranken Personen und sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen (Lützenkirchen, 2005, S. 14). Der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen kommt eine bedeutende Rolle zu, da sie gesundheitliche Chancengleichheit zu erhöhen und die soziale Ungleichverteilung von Gesundheitsgütern zu verringern versucht. Die Klientel soll durch Stärkung von

personalen und strukturellen Ressourcen befähigt werden, an der sozialen Welt teilzuhaben. Die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen setzt sich gegen soziale und gesundheitliche Benachteiligung ein (S. 14). Im nachfolgenden Kapitel wird die Definition der Klinischen Sozialarbeit erläutert.

2.3 Definition Klinische Sozialarbeit

Die Soziale Arbeit im Kontext des Gesundheitswesens wird Klinische Sozialarbeit genannt und ist eine Teildisziplin der Sozialen Arbeit. Die Klinische Sozialarbeit orientiert sich am Ansatz der Gesundheitsförderung, da sie nicht nur Krankheit beseitigen will, sondern Betroffenen auch die Möglichkeit aufzuzeigen versucht, mit einer Krankheit zu leben (Bienz & Reinmann, 2004, S. 17). Der Begriff „klinisch“ stammt vom griechischen Wort «kine» ab, was so viel wie Lager oder Bett bedeutet. Gemäss Mühlum (2001, S. 132) stellt dieser Begriff zwar eine Verbindung zu Krankheit und der Klinik als Behandlungsort her, aber alle Interaktionen von Sozialarbeitenden mit Patientinnen und Patienten können als klinisch bezeichnet werden (zit. nach Bienz & Reinmann, 2004, S. 17). Nach Wendt (2000, S. 6) ist das Aufgabengebiet der Klinischen Sozialarbeit vielfältig: Sie beschäftigt sich sowohl mit psychosozialen Störungen als auch mit körperlichen Beeinträchtigungen „in ihren Auswirkungen, mit ihren sozialen Gründen und in ihrem sozialen Zusammenhang, wobei mit der professionellen Kompetenz Sozialer Arbeit auf Heilung, Linderung oder Besserung hingearbeitet wird“ (zit. nach Bienz & Reinmann, 2004, S. 18).

Seit einigen Jahren gewinnt die Klinische Sozialarbeit mit neuen postgradualen Master-Studiengängen an Aufmerksamkeit und sie hält Einzug in die Lehrpläne an Ausbildungsstätten von Sozialarbeitenden (Geissler-Piltz, Mühlum & Pauls, 2005, S. 11). In den USA ist die Clinical Social Work (CSW) bereits in allen Tätigkeitsfeldern der Sozialen Arbeit anerkannt und etabliert. In Europa hingegen löst der Begriff der Klinischen Sozialarbeit immer noch Skepsis aus (S. 11). Wie weiter oben beschrieben bedeutet das griechische Wort «kine» so viel wie Lager oder Bett und es wird somit die direkte Arbeit mit Kranken assoziiert: Derjenige, der klinisch arbeitet ist gleichwohl derjenige, der auch die Kranken behandelt. Im französischen und englischen Sprachgebrauch wird der Begriff «clinic» oder «clinique» nicht nur mit Medizin in Verbindung gebracht, sondern auch mit der Beratung und therapeutischen Behandlung von Personen (S. 19). Wie in der Klinischen Medizin und in der Klinischen Psychologie, bedeutet eine klinische Tätigkeit in der Sozialen Arbeit die direkte Interaktion mit Patientinnen und Patienten sowie fallbezogene Arbeit und Behandlung. Eine eindeutige Position dazu wird im American Board of Examiners (1995) festgehalten (zit. nach Geissler-Piltz, Mühlum & Pauls, 2005, S. 12):

“Clinical Social Work is a practice speciality of the social work profession. It builds upon generic values, ethics, principles, practice methods, and the person-in-environment perspective of the profession. Its purposes are to: Diagnose and treat bio-psycho-social dysfunction, support and enhance bio-psycho-social strength and functioning. Clinical social work practice applies specific knowledge, theories, and methods to assessment and diagnosis, treatment planning, intervention, and outcome evaluation.”

In dieser Definition wird der Fokus auf die bio-psycho-soziale Gesundheit und Entwicklung des Menschen gelegt und umfasst einen breiten Gesundheitsbegriff. In diesem sind

alle psychosozialen Interventionen und Massnahmen enthalten, die nötig sind für das Vorbeugen, Lindern oder Bewältigen von Gesundheitsrisiken und ihren psychosozialen Folgen (Geissler-Piltz, Mühlum & Pauls, 2005, S. 12).

Die Klinische Sozialarbeit lässt sich zwischen den klassischen Disziplinen von Medizin und Psychologie verorten, da es in ihrem Aufgabengebiet um eine Wechselwirkung zwischen Psyche, Körper und Sozialität geht. Sie leistet präventive Gesundheitsarbeit, ist aber auch bei der Wiederherstellung der Gesundheit präsent: Sie arbeitet vor und nach der Medizin, zum Beispiel wenn die Medizin noch nicht involviert ist oder wenn sie an eine andere Berufsgruppe übergibt (S. 13). Entsprechend indiziert überschneidet sich die klinische Tätigkeit mit anderen Berufsgruppen mit dem gemeinsamen Ziel die Gesundheit der Patientinnen und Patienten zu verbessern oder zu erhalten (S. 13). In dieser interprofessionellen Zusammenarbeit versteht sich die Klinische Sozialarbeit als Vermittlerin und berücksichtigt besonders die soziale Dimension im Gesundheits- und Krankheitsgeschehen. Idealerweise wird die Klinische Sozialarbeit bereits von Anfang an in die interprofessionelle Zusammenarbeit miteinbezogen und nicht erst, wenn die Behandlungskette primär somatisch oder psychologisch aufgegleist wurde (S. 13).

Nachfolgend werden die Ziele und der Auftrag der Klinischen Sozialarbeit sowie der Spitalsozialarbeit erläutert.

2.4 Ziele und Auftrag

Die Soziale Arbeit übernimmt klinische Aufgaben, wann immer eine Mitwirkung an der Fallarbeit erforderlich ist, so zum Beispiel:

- «in der Kinder- und Jugendhilfe mit ihren Aufgaben an Schnittstellen zur Kinder- und Jugendpsychiatrie wie auch zu Schulen und Einrichtungen des Kinderschutzes;
- in ambulanten Beratungseinrichtungen (z.B. Erziehungsberatung, Familienberatung);
- in Bereichen stationärer, teilstationärer und ambulanter psychiatrischer Versorgung;
- in Kriseninterventionseinrichtungen und Einrichtungen zum Schutz gegen physische und sexuelle Gewalt;
- in der ambulanten und stationären Suchtbehandlung;
- in Fach-, Reha- und Akutkrankenhäusern;
- in forensischen Einrichtungen des Massregelvollzuges und der Resozialisierung;
- in der gerontologischen Arbeit einschliesslich Geriatrie und Gerontopsychiatrie» (Geissler-Piltz, Mühlum & Pauls, 2005, S. 13)

Sozialarbeitende in der Klinischen Sozialarbeit müssen sich also theoretisch und praktisch mit komplexen Problemen und ihren Auswirkungen auseinandersetzen. Das können u.a. zum Beispiel psychische Krankheiten und Störungen, chronisch somatische und psychische Leiden, Drogenmissbrauch und gerontopsychiatrische Aufgabenstellungen sein (Dörr, 2005; zit. nach Geissler-Piltz, Mühlum & Pauls, 2005, S. 14). Das Aufgabengebiet der Klinischen Sozialarbeit ist also enorm gross und umfasst alle Problem-bereiche der psychosozialen Beratung und Behandlung von Gesundheitsstörungen

(Geissler-Piltz, Mühlum & Pauls, 2005, S. 14). Kurz gesagt ist die Klinische Sozialarbeit für Menschen zuständig, die aufgrund ihrer Erkrankung psychischem und sozialem Leiden ausgesetzt sind bzw. die umgekehrt aufgrund ihrer sozialen Leiden erkranken (S. 14). Als Teildisziplin der Sozialen Arbeit hat die Klinische Sozialarbeit das gleiche professionelle Selbstverständnis:

«Menschen in sozialer Not durch methodisch fundiertes Handeln zu unterstützen und zu befähigen, ihr Leben und Zusammenleben selbst zu bestimmen und Partizipation und Aktivität besonders jenen Menschen zu ermöglichen, die aufgrund sozialer oder gesundheitlicher Ausgrenzungsprozessen benachteiligt sind.» (S. 15).

Traditionell haben die von Mary Richmond und Alice Salomon konzipierten Methoden der «sozialen Diagnose» und der «sozialen Therapie» den Grundstein der Klinischen Sozialarbeit gelegt. Aus diesen beiden genannten Methoden entstand das «Social Case Work» (S. 15). Sheafor & Horejsi (2003, 9) bringen es treffend auf den Punkt, dass Gesundheit ein Zusammenspiel von individueller als auch vielfältiger sozialökologischer Faktoren ist: «However, it is social work's simultaneous focus on and attention to both the person and the person's environment that makes social work unique among the various helping professions.» (zit. nach Geissler-Piltz, Mühlum & Pauls, 2005, S. 15).

Der Schweizerische Fachverband für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen sages (2020) definiert den Auftrag der Spitalsozialarbeit wie folgt: «Sie [die Spitalsozialarbeit] fokussiert die Patientin und den Patienten unter Einbezug des persönlichen Umfeldes. Ihre methodengeleitete Arbeitsweise zielt auf eine zeitnahe, nachhaltige und bedarfsgerechte Beratung sowie auf eine Vernetzung von ambulanten, teilstationären und stationären Patientinnen und Patienten mit Organisation des Gesundheits- und Sozialwesens hin. Gegenstand ist die Verhinderung und Bewältigung sozialer Probleme, die mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen einhergehen.»

Die methodengeleitete Arbeitsweise wurde in der Definition von sages bereits erwähnt. In nachfolgendem Kapitel wird die Methodik der Spitalsozialarbeit thematisiert.

2.5 Methodik

Im Kontext der Spitalsozialarbeit stehen die krankheits- und behandlungsbedingten sozialen, persönlichen und finanziellen Schwierigkeiten der Patientinnen und Patienten im Vordergrund. Die Zusammenarbeit mit externen Beratungsstellen wird aufgegleist, wenn längerfristige Beratungen angezeigt sind (z.B. Schuldensanierung oder Suchttherapie). Ziel ist es, dass die Betroffenen in der Beratung Informationen, Empfehlungen und Unterstützung in lebenspraktischen Fragen erhalten, damit bestehende Probleme und Konflikte gelöst werden können. Oberstes Ziel ist es, die soziale Integration der Patientinnen und Patienten sicherzustellen, damit sie ein möglichst unabhängiges und selbstständiges Leben führen können (Bienz & Reinmann, 2004, S. 31).

Die Sozialarbeitenden in der Spitalsozialarbeit bedienen sich verschiedener Methoden der Sozialen Arbeit (Aufzählung nicht abschliessend):

Psychosoziale Beratung

Zum einen gewähren Sozialarbeitende Sachleistungen wie zum Beispiel das Aufgleisen einer Rehabilitation. Zum anderen werden sie in der Beratung mit persönlichen Schwierigkeiten der Patientinnen und Patienten konfrontiert, die es zu bearbeiten gilt wie zum Beispiel Mühe, die verminderte Leistungsfähigkeit zu akzeptieren. Die psychosoziale Beratung muss also konkrete Anliegen und Dienstleistungen vereinen (S. 31–32).

«Kennzeichnend für die psychosoziale Beratung ist eine Kombination aus emotionalem Beistand für Ratsuchende, der Analyse und Reflexion ihrer Lebensumstände und der Vermittlung alltagserleichternder Hilfen. Immer geht es darum, ein Verhalten zu fördern, dass mit der Krankheit vereinbar ist.» (Ansen in Gödecker-Green & Nau, 2002, S. 122; zit. nach Bienz & Reinmann, 2004, S. 32)

Psychosoziale Beratung ist sozusagen das methodische Kernstück der Spitalsozialarbeit.

Empowerment

Empowerment ist geprägt durch Begriffe wie Bemächtigung, Ermächtigung, Befähigung, Selbst-Bemächtigung Betroffener und Selbstorganisation (S. 32). Es stehen nicht die Defizit- oder Krankheitsperspektive im Vordergrund, sondern der Fokus liegt auf der Ressourcen- oder Kompetenzperspektive der Patientinnen und Patienten. In der Empowerment-Methode herrscht der Glaube vor, dass die Betroffenen Lösungsstrategien für ihre Probleme besitzen, weshalb nicht mehr die Hilfsbedürftigkeit im Vordergrund steht, sondern die Selbstkompetenz jeder und jedes Einzelnen (S. 32).

Case Management

Nicht nur die Soziale Arbeit verwendet den Begriff Case Management, sondern auch andere Berufsgruppen. So können zum Beispiel Hausärztinnen und Hausärzte die Untersuchungen und Behandlungen mittels der Methode des Case Managements überwachen, Krankenkassen und Versicherungen setzen die Methode ein, um für kostengünstige Versorgungsleistungen im Krankenhaus zu sorgen bzw. eine kontrollierte Leistungserbringung zu gewährleisten (S. 39). Die Sozialarbeitenden im Akutspital wenden das Case Management an, um während des Krankenhausaufenthalts und bei der Austrittsplanung zwischen den verschiedenen Disziplinen intern und extern zu koordinieren (S. 39). Das Case Management hat sich als gängige professionelle Methode im Arbeitsalltag der Sozialarbeit im Krankenhaus etabliert. Oftmals wird Sozialarbeit im Krankenhaus auf ein Austrittsmanagement reduziert, dabei fungiert sie als Schnittstelle von stationärer Behandlung und ambulanter Versorgung: Sie verbindet medizinische und soziale Behandlung und Beratung und ist bemüht darum, diese aufeinander abzustimmen (S. 43).

In nachfolgendem Kapitel werden die Herausforderungen genannt, mit welchen sich die Spitalsozialarbeit in der heutigen Zeit auseinandersetzen muss. Im weiteren werden die Themen Soziale Arbeit und Ökonomisierung sowie die Stellung der Sozialen Arbeit im interprofessionellen Kontext im Spital erläutert.

2.6 Leistungen, Kompetenzen und Arbeitsinstrumente der Spitalsozialarbeit

Im Auftrag des Schweizerischen Fachverbands Sozialdienst in Spitälern SFSS² führte das Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien BASS AG 2013 eine Studie zur «Bestandesaufnahme Spitalsozialarbeit in der Schweiz» durch. Es wurde einerseits eine Onlinebefragung in den Spitälern der Schweiz durchgeführt, andererseits detaillierte Informationen aus den Sozialdiensten zusammengetragen (BASS AG, 2013, S. 2). Zur Verfügung standen Antworten aus 185 Spitälern, die als Datengrundlage zur Auswertung dienen. Dabei erfasste die Bestandesaufnahme auch die Leistungen der Spitalsozialarbeit, die methodischen Kompetenzen und arbeitsunterstützenden Massnahmen.

Leistungen der Spitalsozialdienste

Die Einteilung der in Abbildung 2 dargestellten Leistungen wurde mittels CHOP-Codes 94.8 (psychosoziale Interventionen) von SwissDRG vorgenommen (S. 12). Die abgedeckten Leistungen sind vielfältig. Dabei fällt auf, dass die Planung der Nachsorge in mehr als der Hälfte der Spitalsozialdienste bei allen oder den meisten Patientinnen und Patienten geleistet wird. In mehr als 80 % der Spitalsozialdienste werden Nachsorgeorganisation und psychosoziale Begleitung der Patientin oder des Patienten bzw. deren Patient/innensystems geleistet. Die sozialrechtliche Beratung wird mit 51 % bei einem Teil der Patientinnen und Patienten geleistet und behördliche Massnahmen werden nur bei wenigen Patientinnen und Patienten eingeleitet.

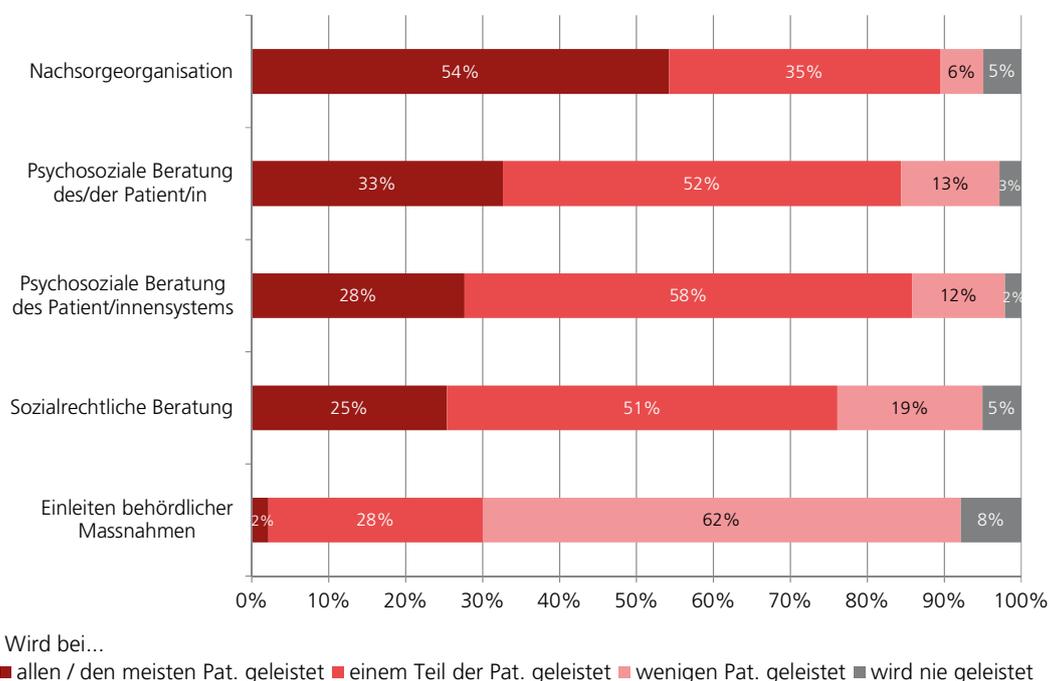


Abb. 2: Erbrachte Leistungen der Spitalsozialarbeit (Quelle: BASS AG, 2013, S. 12)

Methodische Kompetenzen

In den Spitalsozialdiensten sind viele verschiedene methodische Kompetenzen vorhanden (S. 13). In der Bestandesaufnahme wurde nach Kompetenzen gefragt, die im Rahmen von Aus- und Weiterbildungen erworben wurden. In Abbildung 3 wird ersichtlich,

² Heute Schweizerischer Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen sages

dass vor allem Kompetenzen in lösungsorientierter Beratung (71%), klientenzentrierter Gesprächsführung (67%), motivierender Gesprächsführung (62%) und Case Management (55%) in mehr als der Hälfte der Spitalsozialdienste vorhanden sind. Weitere Kompetenzen sind in der Krisenintervention, dem Empowerment und der multiperspektivischen Fallarbeit vorhanden sind.

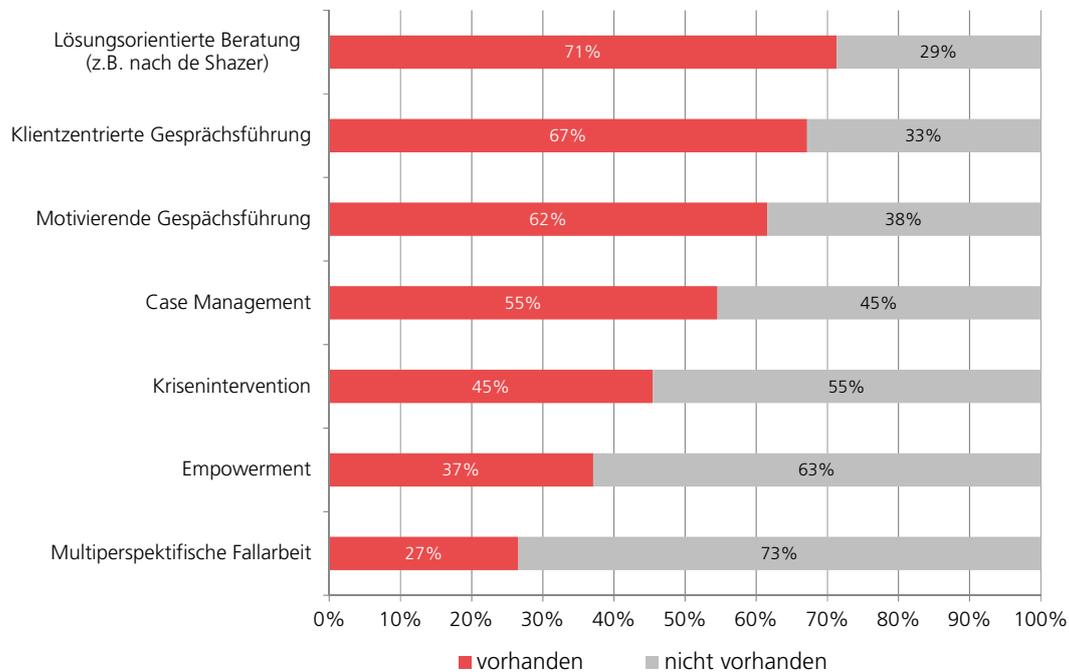


Abb. 3: Methodische Kompetenzen (Quelle: BASS AG, 2013, S. 13)

Arbeitsunterstützende Massnahmen

Im Rahmen der Bestandesaufnahme wurde nach den arbeitsunterstützenden Massnahmen gefragt, an denen das Personal regelmässig teilnimmt (S. 14). Gemäss Abbildung 4 nehmen 75% regelmässig an der Teamsitzung teil. Dort, wo keine Teilnahmen an Teamsitzungen feststellbar sind, handelt es sich grösstenteils um Sozialdienste mit nur einer Mitarbeiterin oder einem Mitarbeiter. 37% der Mitarbeitenden nehmen an Intervisionen teil, 22% nehmen Supervisionen teil. Beide Gefässe werden vor allem in grösseren Spitalsozialdiensten durchgeführt. Andere arbeitsunterstützende Massnahmen (vgl. Abbildung 5) sind beispielsweise interdisziplinäre Behandlungsgespräche / Rapporte (26 Nennungen), Fallbesprechungen (5 Nennungen), Arbeitsbesprechung mit der direkten Vorgesetzten (2 Nennungen) und regelmässiger Austausch mit Pflege / Ärzteschaft (S. 15).

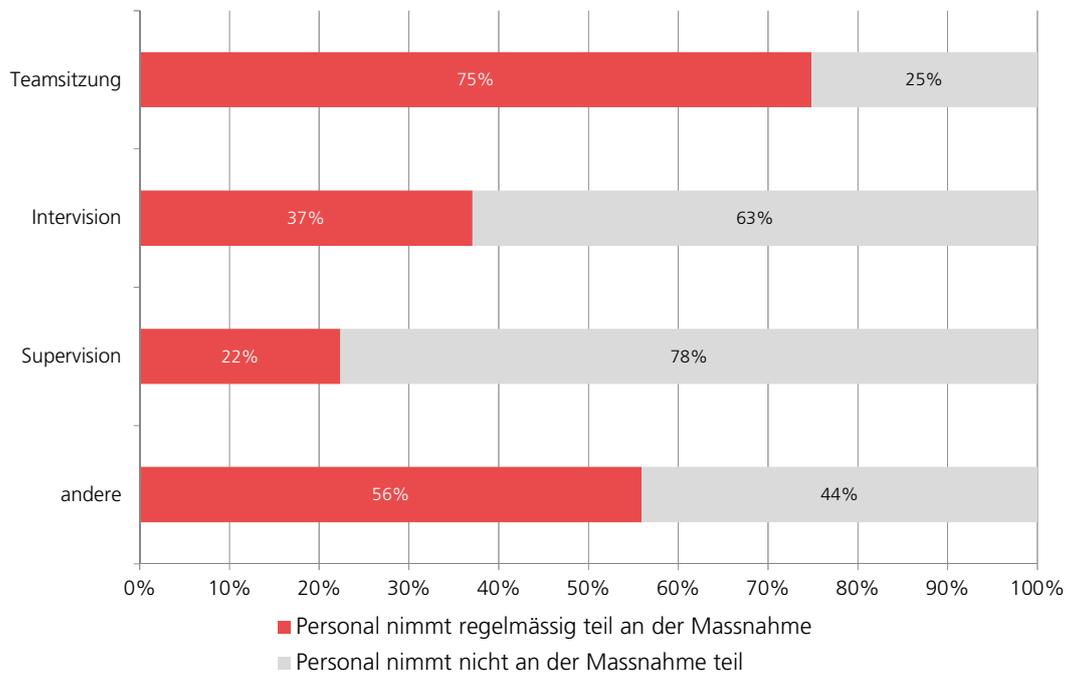


Abb. 4: Arbeitsunterstützende Massnahmen (Quelle: BASS AG, 2013, S. 15)

Interdisziplinäre Behandlungsgespräche / interdisziplinäre Rapporte (26 Nennungen)
Ärztbericht, Arztvisite, Teamvisite, Morgenbericht (21 Nennungen)
Fallbesprechungen (5 Nennungen)
Fachtausch- Infotausch (3 Nennungen)
Arbeitsbesprechung mit der direkten Vorgesetzten (2 Nennungen)
Regelmässiger Austausch Pflege/Ärzte (3 Nennungen)
Austausch mit zuständiger Einzeltherapeutin und zuständiger Bezugsperson aus der Pflege
Behandlungsplanungssitzung (wöchentlich interdisziplinärer Bericht)
Gruppensitzungen /Rundgespräch / Unregelmässige Teamsitzungen und Fallbesprechungen mit Ärzten
Jährliche Retraite ganztags
Sitzungen mit dem kantonalen Sozialdienst
Monatsgespräch mit PDL / Regelmässige Gespräche mit der Spitalleitung / Monatlicher Bericht mit dem Direktor
Regelmässige Mitarbeiterkonferenz
Wöchentliches Gespräch mit Vorgesetzten nach Bedarf
Zielvereinbarungen/ Personalinformationen

Abb. 5: „Andere“ arbeitsunterstützende Massnahmen (Quelle: BASS AG, 2013, S. 15)

Gefragt wurde in der Bestandesaufnahme auch, ob das Angebot der arbeitsunterstützenden Massnahmen für die Mitarbeitenden ausreichend ist (S. 16). Rund zwei Drittel der Befragten gaben an, dass das Angebot an arbeitsunterstützenden Massnahmen ausreichend sei (vgl. Abbildung 6). Personen aus Sozialdiensten, in denen nur eine arbeitsunterstützende Massnahme regelmässig stattfindet, erachten das Angebot der arbeitsunterstützenden Massnahmen als nicht ausreichend (S. 16).

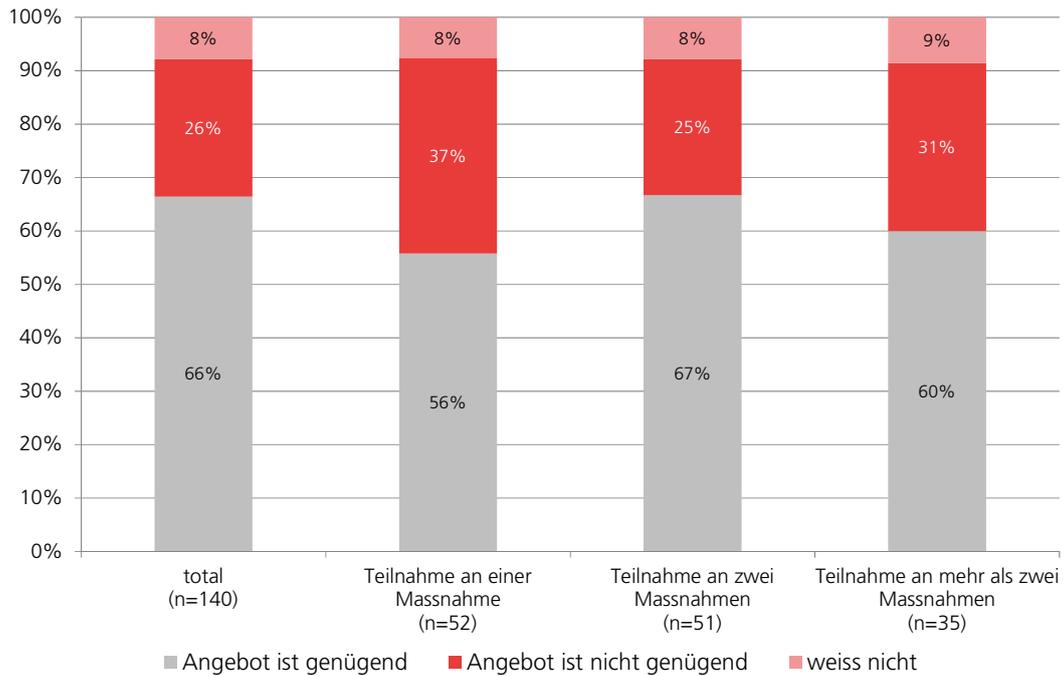


Abb. 6: Beurteilung des Umfangs von arbeitsunterstützenden Massnahmen
(Quelle: BASS AG, 2013, S. 16)

Statistische Kennzahlen

Abbildung 7 zeigt auf, was für Kennzahlen die Spitalsozialdienste erfassen (S. 16). In 104 von 143 Spitalsozialdiensten werden die Beratungen erfasst, in mehr als der Hälfte werden auch die Beratungszeit pro Fall und Austrittsangaben erhoben. Nur 30 von 143 Spitalsozialdiensten unterscheiden in der statistischen Erfassung zwischen direkter und indirekter Fallarbeit. CHOP-Codes nach SwissDRG werden in 31 der befragten Spitalsozialdienste erhoben (nur in Akutspitalern).

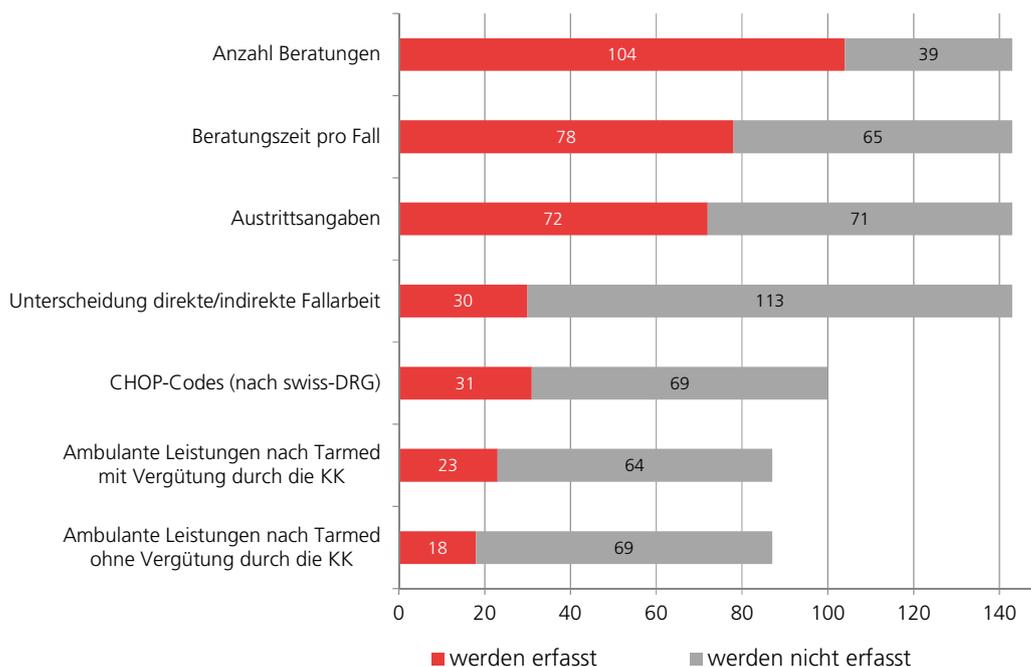


Abb. 7: Statistische Erfassung von Kennzahlen (Quelle: BASS AG, 2013, S. 17)

2.7 Herausforderungen

Die Bestandesaufnahme des Büro BASS, welche in Kapitel 2.6 bereits eingeführt wurde, widmete sich auch der Frage nach den Herausforderungen, mit denen sich Leitungspersonen der Spitalsozialdienste konfrontiert sehen: Am Ende der Onlineumfrage mussten die Leitungspersonen der Spitalsozialdienste folgende Frage beantworten: «Wenn Sie an die grössten Herausforderungen bei der Aufgabenerfüllung denken: Welche drei Punkte würden Sie nennen?». In der unten aufgeführten Tabelle 1 ist eine Übersicht der geordneten Angaben «zum wichtigsten Punkt» aufgeführt. Wie ersichtlich ist, wird von vielen als wichtigster Punkt die Herausforderung angegeben, dass sie unter hohem Zeitdruck, Finanzdruck und unter mangelnden Ressourcen arbeiten müssen (teilweise bedingt durch die kurze Verweildauer der Patientinnen und Patienten im Rahmen von SwissDRG) (S. 21). Auch sehen viele Befragte eine grosse Herausforderung darin, die geeigneten Anschlusslösungen für die Patientinnen und Patienten nach dem Spitalaufenthalt zu finden. Unter anderem deswegen, weil die Patientinnen und Patienten früher und in einem schlechteren Allgemeinzustand entlassen werden und der ambulante Sektor nicht darauf vorbereitet ist. Weiter wird angegeben, dass die Schnittstellenarbeit, die interdisziplinäre Zusammenarbeit, die Akzeptanz und Positionierung des Fachbereichs, die Komplexität der Fälle, die konträren Erwartungen der Anspruchsgruppen, die Arbeitsbelastung und die Betroffenheit (die einhergeht mit der Arbeit in einem Spitalsozialdienst) grosse Herausforderungen in der täglichen Arbeit darstellen. Auch die Angaben beim «zweiten und dritten Punkt» können zum grossen Teil diesen Kategorien zugeordnet werden. Daraus geht auch hervor, dass die Herausforderungen sehr vielfältig sind und für einzelne Befragte auch Verhandlungen mit Krankenkassen, die Personalrekrutierung, die hohe Fluktuation beim Pflegepersonal oder die Situation, dass Patient/innen aus drei verschiedenen Spitälern vom gleichen Sozialdienst betreut werden müssen, als grosse Herausforderungen empfunden werden (S. 21).

Genannte Herausforderungen «wichtigster Punkt»	Anzahl Nennungen
Zeitdruck (bedingt durch kurze Aufenthaltsdauer), Finanzdruck, Mangelnde Ressourcen	47
Austrittsplanung / geeignete Anschlusslösung finden.	19
Interdisziplinäre Zusammenarbeit / Schnittstellenarbeit	15
Konträre Erwartungen der diversen Anspruchsgruppen	9
Akzeptanz / Positionierung des Fachbereichs	6
Komplexität der Fälle	6
Bedürfnisse rasch erkennen /Triage	4
Auf aktuellem Wissensstand sein / Weiterentwicklung der sozialen Arbeit	3
Arbeitsbelastung / Betroffenheit / hohe Flexibilität und Belastbarkeit	3
Zeitmanagement / Stressbewältigung	2
Miteinbezug von Familien- und weiteren Angehörigen, Unklare Haltung bei der IV, Unvorhersehbarkeit, Verspätetes Einschreiten, Demografische Entwicklung, Gefährdungsmeldung Kindsschutz, Arbeit mit schwer depressiven Menschen	je 1

Tab. 1: Herausforderungen bei der Aufgabenerfüllung (Quelle: BASS AG, 2013, S. 21)

2.7.1 Soziale Arbeit und Ökonomisierung

Aufgrund der Zunahme von chronisch-degenerativen Erkrankungen und des demografisch bedingten Zuwachses von älteren, multimorbiden Menschen fand aus ökologischen Gründen ein Paradigmenwechsel in der Gesundheitsversorgung statt (vgl. Kapitel 3.2): Im stationären Bereich wurden die Diagnostic Related Groups (DRG) eingeführt (vgl.

Kapitel 4), der kostengünstigere ambulante Versorgungssektor expandiert und erweitert sein Angebot (Geissler-Piltz, Mühlum & Pauls, 2005, S. 19). Die Einführung der DRG bedeutete für die Kliniken einen höheren Entlassungsdruck und kürzere Verweildauer, für die Patientinnen und Patienten frühere Entlassungen. Dies erfordert eine verlässliche Koordination der beteiligten Systeme und Berufsgruppen sowie deren Fähigkeit zur Kooperation, was im Konzept der integrierten Versorgung zusammenläuft (S. 19). Dieses Konzept wird in Kapitel 6 eingeführt.

Bekanntlich stehen seit der Einführung von SwissDRG Effizienz und Effektivität in den Spitälern stark im Fokus. Der von Versicherungen (z.B. Krankenkassen) und Kantone/Bund ausgeübte Spardruck hat wahrnehmbar zugenommen. In Anbetracht der vorherrschenden Sparpolitik muss sich die Soziale Arbeit und auch die Spitalsozialarbeit zunehmend mit Kosteneinsparungen und Effizienzsteigerungen und deren Auswirkungen auseinandersetzen, was folgende Aussage bestätigt:

«Soziale Arbeit befindet sich angesichts des Drucks, den Politik und Ökonomie aufbauen, seit einiger Zeit in arger Bedrängnis. Die Zeiten scheinen vorbei, in denen sie agieren konnte, als seien betriebswirtschaftliche Fragen kein Thema.» (Lutz, 2009, S. 33)

Ökonomisierung kann aber durchaus auch eine Chance sein für die Soziale Arbeit. Gemäss der Studie von Messner (2007, S. 92) führen die Strukturen des New Public Managements in Einrichtungen Sozialer Dienstleistungen zu klaren und transparenten Vorstellungen von dem eigenen Angebot (zit. nach Seithe, 2010, S. 80). Weiter scheint die Verwendung von Begrifflichkeiten des Kontraktmanagements³ in manchen Feldern der Sozialen Arbeit mehr Respekt bei den Kooperationspartnern auszulösen. Das Qualitätsmanagement fördert die interne Qualitätsverbesserung und eröffnet der Sozialen Arbeit die Möglichkeit, die fachliche Qualität zu definieren und zu entwickeln. Die Ökonomisierung kann der Profession der Sozialen Arbeit ermöglichen, dass sie sich ihrer eigenen Strukturen bewusster wird und lernt, die Leistungen gegen aussen sichtbar zu machen (Seithe, 2010, S. 81).

Gemäss Lutz (2009) ist die Ökonomisierung für die Soziale Arbeit nicht neu, aber diese Form der Gewinnmaximierung und dem Ausbau der betriebswirtschaftlichen Nutzungsorientierung ist neuartig (S. 34). Es geht nämlich nicht mehr allein um die Versorgung der Klientinnen und Klienten, sondern ob der Anbieter durch sie sein weiteres Fortbestehen sichern kann. Dies führt dazu, dass klientenbezogene Entscheidungen zunehmend aufgrund von wirtschaftlichen Zielen bestimmt werden. Die Soziale Arbeit als Profession ist also in Zeiten der Wirtschaftlichkeit immer mehr gefordert, ihre Legitimation durch Wirkungskontrollen und Qualitätsdokumentation nachzuweisen (S. 34). Die Ökonomie fragt nicht nach Inhalten, sondern sie will wissen, was es kostet und welches das kostengünstigste Angebot ist. Die Angebote der Sozialen Arbeit müssen sich also im Konkurrenzverhältnis anbieten und sie werden daran gemessen, was sie leisten (S. 35). Dies wiederum bedeutet, dass sich die Soziale Arbeit mit der Ökonomisierung arrangieren und zeigen muss, was sie kann. Einhergehend mit dieser Ökonomisierung stellen sich natürlich Fragen wie: Wie misst man Erfolg in der Sozialen Arbeit und wer definiert, was Erfolg ist? Wie kann Qualität gesichert werden in der Arbeit mit Menschen, die erwerbslos

³ Zentrales Instrument der Ergebnissteuerung, welches vorwiegend in öffentlichen Verwaltungen zur Anwendung kommt (Seithe, 2010, S. 81)

oder psychisch erkrankt sind? Die Soziale Arbeit richtet organisierte Hilfe aus an Menschen in Not und orientiert sich an den Vorstellungen eines guten Lebens und ethischen Konzepten, andererseits ist sie als Dienstleisterin verpflichtet, ihr Handeln ökonomisch und wirkungsorientiert auszurichten (S. 36). Das Berufsbild der Sozialen Arbeit wird sich also zwangsläufig wandeln.

2.7.2 Stellung der Sozialen Arbeit im interprofessionellen Kontext im Spital

Die Spitalsozialarbeit findet sich in einer schwierigen Position wieder, so wird doch von ihr erwartet, dass sie kranke Menschen effektiv behandelt, durch psychosoziale Interventionen deren Situation verbessert und dass die Wirksamkeit ihrer Leistungen nachweisbar ist (Geissler-Piltz, Mühlum & Pauls, 2005, S. 19). Gelingt der Sozialen Arbeit dieser Nachweis nicht, so übernehmen andere Berufsgruppen im Gesundheitsbereich ihre Aufgaben und die Grenzen der Professionen verwischen. Die Tatsache, dass Berufsgruppen wie Ärzte, Pflegefachpersonen und Psychologen mit starken beruflichen Identitäten ihren Handlungsbereich auf Kompetenzfelder der Sozialen Arbeit ausdehnen könnten, zeigt, dass die Trennungslinie zwischen Therapie und Sozialer Arbeit sehr dünn ist. Wie Terbuyken (1997, 39) so trefflich formuliert, würde sich ein Sozialpsychiater kaum mit theoretischen Konzepten der Sozialen Arbeit auseinandersetzen, was umgekehrt als selbstverständlich wahrgenommen wird:

«Für diese asymmetrische Beziehung zwischen Sozialarbeit und Medizin sind die Sozialarbeiter zum Teil selbst verantwortlich wegen ihrer Tendenz zur Selbstentwertung und auch aufgrund ihrer Chamäleonexistenz, der Anpassung an vorgegebene oder nur vermutete Rollen, Professionalitätsmuster, in Administrationen sowie in der Domäne der Medizin.»

(zit nach Geissler-Piltz, Mühlum & Pauls, 2005, S. 19)

Untersuchungen bestätigen die Tendenz, dass sich Sozialarbeiter im Kontext der Klinischen Sozialarbeit selber abwerten bzw. eine professionelle Verunsicherung besteht (S. 20). Die Berliner Teilstudie von Muijen & Priebe (2002) bestätigt, dass sich Sozialarbeitende im Vergleich zu Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräften hinsichtlich der Grenzen ihres Entscheidungs- und Verantwortungsbereiches sowie der Wirksamkeit ihrer Handlungen deutlich unsicherer fühlen (zit nach Geissler-Piltz, Mühlum & Pauls, 2005, S. 20). Zudem war feststellbar, dass sich Klinische Sozialarbeitende weniger stark mit der eigenen Berufsgruppe identifizieren. Wissensbestände, Methoden und klare Zuständigkeitsgebiete müssen definiert werden, nur so kann sich die Klinische Sozialarbeit als eigenständige Profession etablieren und wird nicht zu einer Art Hilfstätigkeit für die Medizin (S. 20).

3 DAS SCHWEIZER GESUNDHEITSWESEN

3.1 Eckdaten Schweizer Gesundheitswesen

In Art. 41 Abs 2 der Bundesverfassung steht geschrieben: «Bund und Kantone setzen sich dafür ein, dass jede Person gegen die wirtschaftlichen Folgen von Alter, Invalidität, Krankheit, Unfall, Arbeitslosigkeit, Mutterschaft, Verwaisung und Verwitwung gesichert ist.» In der Schweiz gibt es kein Gesundheitsgesetz, sondern das Schweizer Gesundheitswesen besteht aus 26 kantonalen Versorgungsgebieten und verfügt einzig auf nationaler Ebene über ein Finanzierungsgesetz (Krankenversicherungsgesetz KVG) (Widmer & Siegenthaler, 2019, S. 18). Über-, Unter- und Fehlversorgung hängt u.a. stark mit den gesetzlichen Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung, den politisch-fachlichen Zielen sowie den zur Verfügung stehenden Ressourcen zusammen (Kessler, Jehle, Wächter, Gedamke & Willisegger, 2019, S. 17).

Auf Ebene Bund kennt die Schweiz wie oben beschrieben kein eigenständiges Gesundheitsgesetz, welches eine umfassende Definition der Ziele und Ausrichtung der Gesundheitsversorgung darstellt. Zentral ist das Krankenversicherungsgesetz (KVG), welches die Ziele (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit, Kosteneffizienz) sowie die Qualität der Leistungserbringung (Ausgestaltung der Steuerungsmechanismen und Anforderungen der Rahmenordnung) umschreibt (S. 17). Das schweizerische Gesundheitssystem ist föderalistisch geprägt, weshalb es den Kantonen und Gemeinden überlassen bleibt, eigene Ziele oder kommunale Gesetze, Verordnungen, Leistungsverträge etc. zu formulieren. Übergeordnet werden auf Ebene Bund spezifische Ziele (z.B. die nationale Strategie Gesundheit 2020 bzw. Gesundheit 2030), Mehrjahresprogramme (z.B. zu den Themen Palliative Care, Demenz etc.), die Ausschreibung von Forschungs- und Evaluationsprogrammen oder die Unterstützung von nationalen Institutionen (z.B. Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz) formuliert. Welche Gesundheitsversorgung die Patientinnen und Patienten, Versicherte und Finanzierende wollen, findet oft nur in einer indirekten Debatte auf einer abstrakten Ebene statt (z.B. durch Volksinitiativen und Referenden). Geprägt wird der öffentliche und politische Diskurs vor allem von der belastenden steigenden Kostenentwicklung und der damit verbundenen Suche nach Lösungen für eben dieses Problem. Viel wichtiger wäre hier die Klärung der Fragen nach der Bedarfsorientierung, Qualitätssicherung und Patientensicherheit, wobei dies viel seltener in den Diskurs der Öffentlichkeit kommt (S. 18). Reformen der Rahmenordnung bieten die Möglichkeit, die Bereitstellung und Verteilung der finanziellen, personellen, fachlichen und zeitlichen Ressourcen hinsichtlich einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung und Prävention zu verbessern. Aber: diese Reformen reichen nicht aus, um Strukturen oder Prozesse in der Umsetzung sicherzustellen. Dafür braucht es eine Verhaltensänderung, neue Koalitionen und Zusammenarbeitsformen unter den Gesundheitsakteuren (S. 19). 1996 wurde in der Schweiz das Krankenversicherungsgesetz (KVG) mit folgenden zentralen Zielen erneuert:

1. «Die ganze Bevölkerung hat Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung (Versorgungsziel);
2. Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen sollen bei der Prämienzahlung entlastet werden (Solidaritätsziel);

3. Die Entwicklung der Gesundheits- bzw. Krankenversicherungskosten soll eingedämmt werden (Kostendämmungsziel)» (S. 19).

Neu war vor allem die Einführung eines abschliessenden Grundleistungskatalogs, der fast alle kurativen und rehabilitativen medizinischen und pflegerischen Leistungen umfasst (ausgeschlossen ist jedoch z.B. die Zahnmedizin). Finanziert ist die obligatorische Grundversicherung durch ein so genanntes Kopfprämienystem, wobei es ein einkommens- und vermögensabhängiges Prämienverbilligungssystem gibt (S. 19). Die Stärkung des Wettbewerbs und das Versicherungsobligatorium sind weitere Grundpfeiler des KVG. Gemäss diversen Evaluationen wurden die ersten beiden Ziele (Versorgungszugang und Solidarität) zu einem hohen Grad umgesetzt. Was hingegen nicht erreicht wurde ist die Kostendämpfung, welche die aktuelle politische Debatte stark prägt. Sowohl in Bezug auf die Gesamtausgaben am Bruttoinlandprodukt (BIP) als auch in Bezug auf die Kosten pro Einwohner/in hat die Schweiz im Vergleich zu allen OECD-Ländern nach den USA die zweithöchsten Ausgaben (S. 19). Dies setzt natürlich die ersten beiden Ziele unter Druck, da das hohe Kostenniveau von einem starken Kostenwachstum begleitet wird (S. 20).

In der Schweiz wird es zukünftig immer mehr ältere Menschen und Menschen mit chronischen Erkrankungen geben (BAG, 2016, S. 1). Aufgrund der medizinischen-technischen Fortschritte werden die Behandlungsmöglichkeiten weiter ausgebaut und kranke Menschen werden immer länger leben. Es liegt auf der Hand, dass Menschen mit chronischen und/oder mehrfachen Erkrankungen mehr Leistungen des Gesundheitswesens beanspruchen als der Durchschnitt der Bevölkerung: Sie besuchen häufiger eine Ärztin oder einen Arzt und es kommt zu häufigeren Hospitalisationen und Rehospitalisationen. Dies erfordert eine bessere Koordination der Leistungen, um unnötige Behandlungen, Qualitätseinbussen und überflüssige Kosten zu verhindern (S. 1).

3.2 Demographische Entwicklung

Gemäss der aktuellen Ausgabe «Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2015–2045) des Bundesamtes für Statistik (BFS) ist von folgenden zentralen Entwicklungen in den kommenden drei Jahrzehnten auszugehen:

- die Beschleunigung der demografischen Alterung,
- die Zahl der Todesfälle übersteigt die Zahl der Geburten (Grund: geringe Fruchtbarkeit),
- das Bevölkerungswachstum ist auf die Zuwanderung zurückzuführen und
- die Struktur der Schweizer Bevölkerung verändert sich in Bezug auf ihre Bildung (BFS, 2015, S. 7–15)

Die vom BFS aufgeführten drei Grundszenarien gehen von einem weiteren Wachstum der Schweizer Bevölkerung bis 2045 aus. Allerdings lassen sich keine genauen Annahmen zur Höhe machen, da das Ausmass der Zuwanderung in dieser Zeit nicht abschätzbar ist (Bundeskanzlei, 2017, S. 9). Eine Folge der Zunahme der Lebenserwartung ist die beschleunigte Alterung der Bevölkerung, weshalb die Anzahl Personen, welche im Ruhestandalter sind, immer schneller wächst (S. 9).

Das Referenzszenario prognostiziert Folgendes:

- «Die Anzahl Personen mit ständigem Aufenthalt in der Schweiz beträgt im Jahr 2015 insgesamt 8,3 Millionen. Sie steigt bis 2030 auf 9,5 Millionen und bis 2045 auf 10,2 Millionen an;
- Die Bevölkerungsgruppe der älteren Generationen (65-jährig und älter) erhöht sich von 1,5 Millionen Personen im Jahr 2015 auf 2,2 Millionen im Jahr 2030 und auf 2,7 Millionen im Jahr 2045;
- Der Altersquotient, das heisst die Anzahl Personen ab 65 Jahren auf 100 Personen im Alter zwischen 20 und 64 Jahren, liegt bei 29,1 im Jahr 2015, bei 39,6 im Jahr 2030 und bei 48,1 im Jahr 2045;
- Personen mit Tertiärabschluss (Hochschulen und höhere Berufsausbildungen), die im Jahr 2000 ein Viertel der Bevölkerung zwischen 25 und 64 Jahren ausmachten (2014: 40%), sind ab 2027 in der Mehrzahl;
- Die Erwerbsbevölkerung wächst von 4,822 Millionen Personen im Jahr 2014 auf 5,328 Millionen im Jahr 2045.» (Bundeskanzlei, 2017, S. 10)

Die Lebenserwartung für Männer stieg seit 1900 von 46.2 auf 80.8 Jahre, für Frauen von 48.8 auf 84.9 Jahre. Immer mehr Menschen erreichen ein hohes Alter in einem besseren körperlichen und geistigen Zustand. Die Schweizer Bevölkerung wird immer älter, wobei die Ursache einerseits im Rückgang der Geburten und andererseits an den geburtenstarken Jahrgängen zwischen 1950 und 1970 liegt. Aktuell kommen auf 100 Personen zwischen 20 und 64 Jahren bereits 29 Personen im Alter von 65 oder älter, zu Beginn des 20. Jahrhunderts hingegen waren es gerade mal 11 Personen (S. 11). Der Anteil der älteren Personen wird auch dann noch hoch bleiben, wenn die Babyboom-Generationen nach 2045 nicht mehr leben. Diese Entwicklungen werden sowohl das Gesundheits- als auch das Sozialwesen vor neue Herausforderungen stellen.

3.2.1 Trends und Spannungsfelder

Für soziale und gesundheitliche Probleme gab es früher u.a. Waisenhäuser, Blindenheime, Irrenanstalten und Krankenanstalten. Die heutige Individualisierung und De-Institutionalisierung der Gesellschaft hat das Prinzip dieser Anstalten verdrängt. Viele Leistungen, die früher stationär durchgeführt wurden, finden zunehmend Verbreitung im ambulanten Sektor: Waisen werden in Familien platziert, ältere Menschen lassen sich zu Hause betreuen (mit Hilfe von Spitexleistungen) und Menschen mit Behinderung können sich aufgrund der Gestaltung des öffentlichen Raumes selbstständig darin bewegen (Widmer & Siegenthaler, 2019, S. 30). Eine weitere sehr bedeutende Entwicklung ist die Zunahme von chronischen Krankheiten. Eine Erklärung dieser Zunahme findet sich in den veränderten Lebens- und Arbeitsbedingungen, der Demografie und des medizinisch-technischen Fortschritts. Diese Entwicklung ist sehr paradox: Dank des medizinischen Fortschritts wird die Lebenserwartung verlängert, aber gleichzeitig reduziert er den durchschnittlichen Gesundheitszustand der Bevölkerung (S. 31). Heute können viele Krankheiten überlebt werden, an denen unsere Vorfahren gestorben sind. Dies führt wiederum dazu, dass Beeinträchtigungen auftreten, die es früher nicht gab und die nicht vollständig geheilt werden können. Mit der Digitalisierung einhergehend können mit Hilfe von Smartphones und Apps Daten über den eigenen Gesundheitszustand erhoben werden, was viele verschiedene Möglichkeiten bietet für eine «personalisierte Medizin». Gesellschaftliche Trends spielen gerade in der Politik eine zentrale Rolle: Die Politik kann

zum Beispiel Rahmenbedingungen schaffen, dass Gesundheitsleistungen möglichst lange im gewohnten Umfeld der Patientinnen und Patienten stattfinden können (S. 32). Hierzu braucht es natürlich Anpassungen bei den Tarifen und deren Finanzierung, damit im ambulanten Sektor kostendeckend gearbeitet werden kann.

Die Autonomie, also das Führen eines selbstbestimmten Lebens, zählt zu einem der wichtigsten Grundbedürfnisse eines jeden Menschen. Das Gesundheitswesen steht zunehmend vor der Herausforderung, wie die Autonomie trotz körperlicher und kognitiver Einschränkungen erhalten werden kann (S. 32). Mit dem Inkrafttreten des neuen Kindes- und Erwachsenenschutzrechts im Jahr 2013 dürfen medizinische und pflegerische Massnahmen nur noch mit dem Einverständnis der Patientin oder des Patienten durchgeführt werden. Dies gilt auch in Situationen, in denen die Massnahmen fachlich unbedingt notwendig und indiziert sind. Zudem regelt das neue Gesetz auch die Zuständigkeiten, wenn jemand nicht mehr ansprechbar ist (S. 33). Bis vor wenigen Jahrzehnten oblag die Entscheidungsgewalt, wie und wann eine Patientin oder ein Patient behandelt wurde, dem der Ärztin oder dem Arzt. Ein grosser Unterschied zu früher besteht auch darin, dass die Entscheidungen über die Behandlung sich früher an den Möglichkeiten der Medizin orientierte, heute spielt auch die Lebensqualität eine entscheidende Rolle und wird mit der Patientin oder dem Patienten und den Angehörigen thematisiert. Medizinische Entscheidungsprozesse werden komplexer, da nicht nur mehr die medizinischen Möglichkeiten, sondern die individuellen Bedürfnisse in den Vordergrund rücken (S. 33).

Gerade wenn es um den Tod geht, kommt der Autonomieanspruch besonders zum Vorschein. Im Behandlungskonzept «Palliative Care» geht es um die Linderung von Leiden und der Förderung der bestmöglichen Lebensqualität, wobei der Erhalt eines selbstbestimmten Lebens prioritär ist. Dies im Gegensatz zu der auf Heilung ausgerichteten Medizin. Die Behandlung orientiert sich am Willen des Betroffenen, wobei dies alle im System direkt oder indirekt beteiligten Personen fordert (u.a die Leistungserbringer, die Versicherer und die öffentliche Hand) (S. 33).

3.3 Ökonomisierung im Gesundheitswesen

Die Ziele des Schweizer Gesundheitswesens wurden in Kapitel 3.1 bereits ausgeführt: Versorgungsziel, Solidaritätsziel und Kostendämmungsziel. Eine Grundvoraussetzung, um diese Ziele erreichen zu können, ist der universelle Zugang zu einer Krankenversicherung und die damit einhergehende solidarische Finanzierung der Gesundheitsleistungen («universal coverage»). Dies ist seit der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), welche im Rahmen des Krankenpflegeversicherungsgesetz KVG im Jahr 1996 eingeführt wurde, gegeben. Weiter braucht es zweifelsohne entsprechende klinische Kompetenz, welche in der Schweiz vorhanden ist. Zugang zum und Qualität des Gesundheitswesens in der Schweiz schneidet im internationalen Vergleich sehr gut ab (SAMW, 2014, S. 9). Die Schweizer Wirtschaft profitiert vom Gesundheitswesen, arbeiten doch rund 540'000 Personen in Gesundheitsberufen. Politische Vorstösse wie zum Beispiel die Schaffung einer Einheitskrankenkasse oder die Schliessung von Spitälern haben auch einen Einfluss auf wirtschaftliche Interessen wie beispielsweise Erhalt von Arbeitsplätzen. Deshalb wächst das Kostenbewusstsein, welches mit einer sehr hochstehenden Gesundheitsversorgung einhergeht: denn die Schweiz hat im Vergleich mit anderen Ländern, gemessen an den Ausgaben pro Kopf, eines der teuersten Gesundheitssysteme der Welt (S. 10).

Die Ökonomie wird gemäss Samuelson (2007) verstanden als «die Wissenschaft vom Einsatz knapper Ressourcen zur Produktion wertvoller Wirtschaftsgüter durch die Gesellschaft und von der Verteilung dieser Güter in die Gesellschaft.» (zit. nach SAMW, 2014, S. 12). Dabei muss von einer volkswirtschaftlichen und einer betriebswirtschaftlichen Perspektive unterschieden werden. Wollen gesundheitsökonomische Ziele erreicht werden, müssen beide der genannten Ebenen (volkswirtschaftliche Massnahmen und Management in den Gesundheitseinrichtungen) zusammenarbeiten. Was aber ist ein angemessenes Verhältnis zwischen Medizin und Ökonomie? Es wurde vermehrt kritisiert, dass wirtschaftliches Denken immer mehr in den Klinikalltag hineinfliesst (S. 12). Der Beziehungsaspekt zwischen der Ärztin oder dem Arzt und den Patientinnen und Patienten droht verloren zu gehen, wenn der Fokus auf unternehmerisches Denken, Markt- und Wettbewerbsorientierung weiter zunimmt. Die heutige Situation der «Ökonomisierung der Medizin» kann als Anstoss verstanden werden, dass sich das Gesundheitswesen über ihre Ziele, Strukturen und Prozesse klar wird und diese definiert (S. 13).

3.4 Gesundheitspolitische Massnahmen zur Dämpfung der Kostenentwicklung

In jüngster Zeit wurden im Schweizer Gesundheitswesen Anstrengungen unternommen, die Wirtschaftlichkeit zu fördern. Ein Beispiel dafür ist die Einführung der leistungsbezogenen Fallpauschalen DRG im akutstationären Bereich: Die Spitäler werden in wettbewerbs- und kundenorientierte Unternehmen «verwandelt», die ihre Effizienz steigern durch Spezialisierung und Konzentrierung der Behandlung. Ziel der DRG-Einführung war es, einen Beitrag zur Kosteneindämmung durch wirtschaftliche Anreize und unternehmerische Kriterien im Spitalbereich zu leisten. Fallpauschalen sollen also dazu beitragen, betriebswirtschaftliches Denken und stringentes Management zu fördern (S. 14). Es besteht ein Risiko, dass nun eine Selektion gemacht wird und es nicht mehr heisst «Welchen Patienten können wir am besten helfen?», sondern «Welche Patienten können uns (ökonomisch) am besten helfen?», was bedeuten würde, dass nur noch die Patientinnen und Patienten aufgenommen werden, die am profitabelsten sind. Diese Umkehrung entspricht nicht mehr dem ursprünglichen Bestreben, betriebswirtschaftliches Denken in Gesundheitseinrichtungen zu fördern (S. 15). Natürlich gab es auch andere Versuche, die Wirtschaftlichkeit medizinischer Leistungserbringer zu fördern, wie zum Beispiel die Budgetverantwortung im ambulanten Bereich oder Bonuszahlungen, die aufgrund von Erreichung der vereinbarten Ziele ausgerichtet wurden. Auch hier wird kontrovers in der Fachwelt und in der Öffentlichkeit darüber diskutiert. Wenn ökonomischer Druck auf die Leistungserbringer ausgeübt wird, entstehen neue Machtverhältnisse und Abhängigkeiten (S. 15).

Medizin hat also immer auch eine ökonomische Dimension, wobei wichtig ist, diese zu erkennen und transparent mit ihr umzugehen. Auch sollte Sorge dazu getragen werden, «dass ökonomische Erwägungen und Interventionen nicht dem Ziel einer finanziell nachhaltig leistbaren, qualitativ hochstehenden Versorgung im Wege stehen, sondern im Gegenteil, diese nach Möglichkeit fördern bzw. im gewünschten Sinne gestalten. Zugleich ist dafür Sorge zu tragen, dass wirtschaftliche Partikularinteressen nicht übergeordnete Versorgungsziele kompromittieren und dass Aspekte der Medizin, deren Nutzen ökonomisch nur eingeschränkt bewertbar ist, wie das Aufbauen und Erhalten einer vertrauensvollen und loyalen therapeutischen Beziehung, nicht «wegrationalisiert» werden.» (S. 18).

Das innovative Konzept der integrierten Versorgung rückt als neuer Ansatz, Kosten im Gesundheitswesen zu senken, ins Blickfeld der Politik. In Kapitel 6 wird dieses Konzept näher ausgeführt.

4 SWISS DRG

In nachfolgendem Kapitel werden die Geschichte und Funktionsweise der DRG (Diagnosis Related Groups / diagnosebezogene Fallgruppen), die Ziele, Befürchtungen und Auswirkungen sowie die Einführung in der Schweiz vorgestellt.

4.1 Geschichte und Funktionsweise der DRG

Der Betriebsökonom Robert Fetter der Yale University entwickelte im Jahr 1967 die DRG mit dem Ziel, eine Klassifizierung für die Produkte von Krankenhäusern herzustellen (Fetter, Freeman & Mullin, 1980, 1985; zit. nach Pfister Lipp, 2011, S. 36). Betriebswirtschaftlich gesehen sollten transparente Kostenstrukturen geschaffen werden und eine Qualitätssicherung bereitstehen (Malk, Kaufmann & Indra, 2006: 17; zit. nach Pfister Lipp, 2011, S. 36). Zuerst entstanden die so genannten AP-DRG (All Patient DRG) mit über 600 verschiedenen Fallgruppen. Gemäss Malk, Kaufmann & Indra (2006; 18) fand dieses AP-DRG erstmals 1983 in den USA Verwendung für die Vergütung von Spitalleistungen für Medicare-Patienten (zit. nach Pfister Lipp, 2011, S. 36). Seit 1983 wurde das AP-DRG-System stetig weiterentwickelt und fand in zahlreichen Ländern Verbreitung, wie zum Beispiel in Australien (AR-DRG), in Skandinavien (NordDRG) und in Deutschland (G-DRG: German DRG).

Das DRG-System versucht, den Schweregrad einer Erkrankung abzubilden. Jede Person, welche stationäre Krankenhausleistungen in Anspruch nimmt, wird einer medizinisch und ökonomisch möglichst homogenen Fallgruppe zugeordnet. Die Zuordnung richtet sich

- «in erster Linie nach der Hauptdiagnose,
- nach Nebendiagnosen,
- nach Haupt- und Nebentherapien sowie
- Geschlecht, Alter, Gewicht usw.» (S. 35)

Für jede Fallgruppe wird der durchschnittliche Behandlungsaufwand ermittelt. Das sogenannte (relative) Kostengewicht beträgt 1.0 (1.2 wäre mehr Aufwand, 0.8 weniger). Für jede DRG wird ein Basispreis («base rate» oder auch «Basisfallwert») zwischen Versicherern und Leistungserbringern ausgehandelt, der die Kosten für den Behandlungsaufwand mit Kostengewicht 1.0 abbildet (S. 36). Die Multiplikation von Basisfallwert (der DRG) mit dem Kostengewicht (des Patienten / der Patientin) ergibt die Fallpauschale, die dem Spital ausbezahlt wird. Die Fallpauschale ist an die Diagnose und den Schweregrad geknüpft, nicht mehr an die Verweildauer im Spital. Allerdings gibt es Über- und Unterlieger (über oder unter der sogenannten «mittleren Verweildauer»), wobei das Kostengewicht entsprechend angepasst wird: Bei Unterliegern wird ein grosser Teil des Kostengewichts abgezogen und es wird von einem leichten Fall ausgegangen. Bei Überliegern wird jedoch nur ein kleiner Teil zum Kostengewicht dazugerechnet (proportional deutlich weniger, als die Kosten, die für das Spital aufgrund der längeren Verweildauer entstehen). Es soll ein Anreiz für die effiziente Versorgung und schnelle Austrittsplanung entstehen (S. 36–37). Da es sich bei den Fallpauschalen um einen Durchschnittswert handelt, macht das Spital Gewinn, wenn die Kosten der Behandlung unter dem Betrag liegen und Verlust, wenn sie über dem Betrag liegen. Infolgedessen hat das Spital grundsätzlich den Anreiz, den Patienten möglichst schnell und mit möglichst wenig Ressourcen zu behandeln. Die Verknüpfung von Diagnose und Vergütungsbetrag soll auch mehr

Kostengerechtigkeit bringen, da sie die effektiven Kosten besser abbilden soll als die Verweildauer im Spital: Die Basisfallwerte werden durch die Tarifpartner (Kostenträger und Leistungserbringer) in Tarifverträgen festgesetzt. Es können ausserdem besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen aus der Pauschale rausgenommen und getrennt in Rechnung gestellt werden. Die Einführung des DRG ist gemäss Bundesrat eine Abkehr von Kostendeckung hin zu Leistungsfinanzierung (Outputfinanzierung) (S. 36–37). Zur Veranschaulichung untenstehende Abbildung 8.

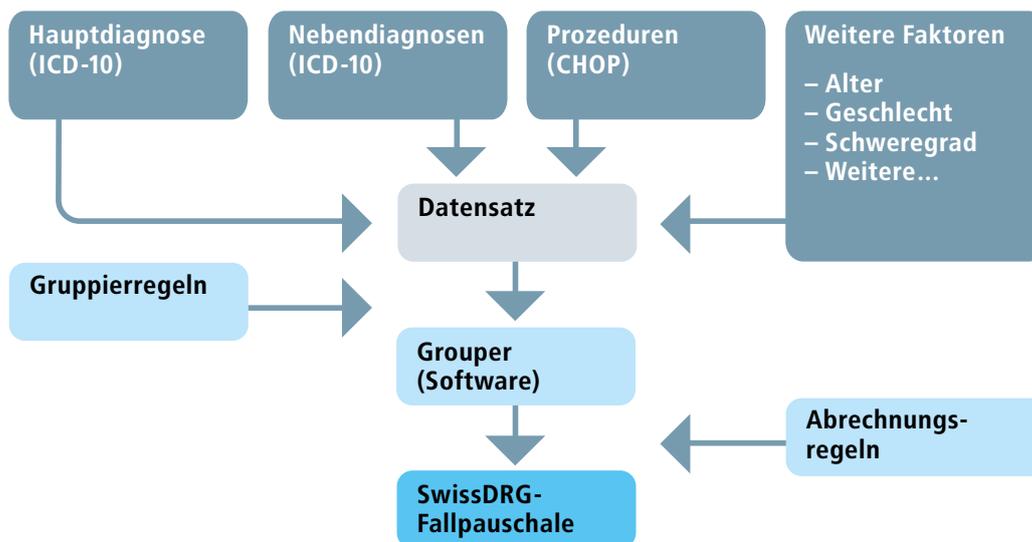


Abb. 8: DRG-System (Quelle: Gefunden unter <https://www.swissdrg.org/de>)

4.2 Einführung der DRG in der Schweiz

Bis 2011 kannte die Schweiz unterschiedliche Tarifsysteme für die Vergütung von akuts-tationären Krankenhausleistungen im Bereich der Grundversicherung (S. 38). Dies im Unterschied zu den ambulanten ärztlichen Leistungen (Tarmed), die über Zeit- und Pauschaltarife abrechnen. «Bei den Tagesvollpauschalen bezahlt der Krankenversicherer je Patient und Spitaltag einen bestimmten Betrag, mit dem sämtliche Leistungen (Arzt, Pflegepersonal, Material, Verpflegung usw.) abgegolten sind.» (S. 39). Ergänzend dazu gab es eine Defizitdeckung durch die Kantone, falls Krankenhäuser Verluste verzeichneten. Die Tagespauschalen waren je nach Abteilung oder Klinik unterschiedlich hoch, dies im Gegensatz zu den diagnosebezogenen Fallpauschalen, wo im Voraus ein bestimmter Preis pro Patientenfall bezahlt wird.

Am 01. Januar 2009 trat die Teilrevision „Spitalfinanzierung“ des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) in Kraft, nachdem sie vom Schweizer Parlament Ende 2007 verabschiedet wurde (S. 40). Die Einführung der Fallpauschalen, also der leistungsbezogenen Pauschalvergütung der Spitalleistungen, war Teil dieser KVG-Revision. Im Jahr 2012 erfolgte dann die flächendeckende Einführung der leistungsbezogenen Fallpauschalen DRG als Patientenklassifikationssystem in der ganzen Schweiz (S. 40). In Art. 49 Abs. 1 des KVG steht dazu konkret:

«Für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt im Spital (Art. 39 Abs. 1) oder einem Geburtshaus (Art. 29) vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen. In der Regel sind Fallpauschalen festzulegen. Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden. Die Spitaltarife orientieren sich an der Entschädigung jener Spitäler, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen.»

Die Finanzierung der beschlossenen Leistungen wird von den obligatorischen Krankenversicherungen (max. 45 %) und den Kantonen (mind. 55 %) getragen (Art. 49a Abs.1 und 2 KVG). Die Einführung der leistungsbezogenen Fallpauschalen DRG im Rahmen der Teilrevision des KVG wurde zunächst aufgrund des Kostendämmungsziel eingeführt, wobei das Bundesamt für Gesundheit BAG dazu folgendes festhält: «Es hat sich gezeigt, dass die Ziele der Solidarität und des Zugangs zur Versorgung mit dem neuen Gesetz (KVG) erreicht werden, das Ziel der Kosteneindämmung indessen nicht. Insbesondere im stationären Spitalbereich, dem grössten Kostenblock der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, fehlten die kosteneindämmenden Anreize. Zudem waren unterschiedliche Tarifierungsarten vorhanden, welche den Vergleich (von) Leistungen bezüglich deren Wirtschaftlichkeit stark erschwerten. Dies war der Grund dafür, dass der Bundesrat das Abrücken von Kostendeckung und den Übergang zu Leistungsfinanzierung vorschlug.» (Fuhrer, 2009; zit nach Pfister Lipp, 2011, S. 41). Aus dem vormals gültigen Krankenversicherungs- und Unfallgesetz galt das Prinzip der Deckung aller anrechenbaren Betriebskosten, wobei oft die gesamten Betriebsdefizite der öffentlichen Spitäler von der öffentlichen Hand getragen wurden. Diese Bedingungen boten wenig Anreiz zu betriebswirtschaftlichem Denken, weshalb die Teilrevision «Spitalfinanzierung» also vom Prinzip der Kostendeckung hin zur Finanzierung von Leistungen führen sollte. Solche Vergütungssysteme wie die der leistungsbezogenen Fallpauschalen haben den Vorteil, dass das Geld dorthin fliesst, wo die Leistungen effektiv erbracht werden (Pfister Lipp, 2011, S. 41–42).

4.3 Ziele der DRG

Bundesrat und Parlament haben die leistungsbezogenen Pauschalvergütung mit folgenden Zielen eingeführt (S. 42):

- Eindämmung der Kosten,
- Herstellung von Transparenz,
- Fokussierung auf das Preis-Leistungsverhältnis aufgrund Tarifierung der Leistungen,
- Vergleichbare Leistungen in der gesamten Schweiz,
- Anregen der Spitäler, in betriebswirtschaftlichen Kategorien zu denken.

Die Patientinnen und Patienten sollen damit langfristig von einem abgestimmten Behandlungsprozess und dem zunehmenden Qualitätswettbewerb zwischen Leistungserbringern profitieren (S. 43). Damit oben aufgeführte Ziele überhaupt erreicht werden können, wurde vom Bundesrat eine gesamtschweizerische und einheitliche Tarifstruktur

gefordert, welche dann auch im Gesetz verankert wurde: «Die Tarifpartner setzen gemeinsam mit den Kantonen eine Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Strukturen zuständig ist.» (KVG Art. 49 Abs. 2). Daraufhin wurde am 8. Januar 2008 die SwissDRG AG in Bern gegründet. Der Verwaltungsrat der SwissDRG AG setzt sich aus verschiedenen Personen aus dem Gesundheitswesen zusammen: Kantonale Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, santé-suisse, H+ Die Spitäler der Schweiz, FMH und Medizinaltarifkommission MTK (S. 43). Bereits im Jahr 2005 wurde entschieden, als Grundlage für die Entwicklung der SwissDRG das G-DRG von Deutschland zu kaufen und zu benutzen. Die SwissDRG AG ist für die Erarbeitung und die Weiterentwicklung von einheitlichen Tarifstrukturen verantwortlich, nicht aber für die Festlegung der Tarife (Basispreise). Diese Tarife sind entscheidend für die Spitäler, so dass sie wissen, welche Pauschalen sie für die Behandlungen in Rechnung stellen können. Die Festlegung der Tarife liegt grundsätzlich im Zuständigkeitsgebiet der Versicherer und Spitäler, welche sich gemäss KVG an der Vergütung jener Spitäler orientieren müssen, die obligatorisch versicherte Leistungen effizient und günstig erbringen (S. 44). Gemäss SwissDRG AG werden folgende Verbesserungen durch die Einführung der SwissDRG erzielt:

- „transparente und damit vergleichbare Kosten für medizinische Leistungen in Spitälern; damit eine leistungsgerechte Vergütung;
- ökonomisch tragbares Gesundheitswesen;
- Nutzung von Sparpotentialen, Optimierung von Prozessen;
- Förderung der Prozessorientierung innerhalb des Spitals und zwischen Leistungserbringern; somit Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Fachdisziplinen und Institutionen;
- Vereinfachung der kantonsübergreifenden Spitalplanung;
- Hilfe für medizinisches Fachpersonal, die Arbeit einheitlich und effizient zu erledigen.“ (Pfister Lipp, 2011, S. 42–43)

4.4 Anreize und mögliche Auswirkungen

Die DRG haben als Vergütungssystem primär betriebswirtschaftlich motivierte Anreize:

- «Die stationäre Verweildauer innerhalb der Grenzwelldauer gering halten, weil die Leistungsvergütung an die Diagnose und nicht an die Verweildauer geknüpft ist;
- möglichst wenige Ressourcen für die Diagnostik und Behandlung verwenden, weil pauschal nach einer DRG vergütet wird (ausser ein Mehreinsatz bestimmter Diagnostiken oder Behandlungen führt zu einer sich lohnenden, besser vergüteten DRG);
- die Patienten möglichst lukrativen DRG zuordnen, weil damit die Vergütung pro Patient höher ausfallen kann.» (S. 47).

Oben aufgeführte Punkte können positiv als Anreize gesehen werden, mehr Effizienz ins stationäre medizinische Versorgungssystem zu bringen, wobei die erhofften Auswirkungen entsprechend wie folgt lauten:

- «Reduktion der Verweildauer: Die Kürzung soll möglich werden durch eine rechtzeitige Verlegung in Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen und durch Prozess- und Schnittstellenoptimierungen.
- Mehr Transparenz in der Leistungserbringung: Diese soll möglich werden durch die Kenntnis der eigenen Kosten und die damit verbundene

schweizweite Vergleichbarkeit von Leistungen in Spitälern.

- Verbesserte Zusammenarbeit aller Beteiligten: Diese soll möglich werden durch eine verstärkte Vernetzung in vertikaler (kompletter Patientenpfad) und horizontaler (innerhalb der Einrichtungen) Hinsicht.
- Kosteneinsparungen: Diese sollen möglich werden durch die Anreize zu einem effizienten Ressourceneinsatz und durch die Erschliessung von Wirtschaftlichkeitsreserven über Rationalisierungsmassnahmen (Prozess-, Personal- und Sachkostenoptimierung).
- Preis- und Qualitätswettbewerb unter den Marktteilnehmern: Durch die Leistungs- und Kostentransparenz soll ein echter Preis- und Leistungswettbewerb, vor allem unter den Spitälern, möglich werden. Damit würden die DRG erstens einen positiven Effekt auf die Versorgungsqualität haben und zweitens würden unrentable Spitäler schliessen oder mit anderen fusionieren.» (Pfister Lipp, 2011, S. 47–48)

Anreize können aber nicht nur die oben beschriebenen positiven Effekte haben, sondern auch unerwünschte Auswirkungen auf die Versorgung mit sich ziehen, wie zum Beispiel:

- «Übermässige Reduktion der Verweildauer («blutige Entlassungen»): Der Patient wird in instabilem Zustand und deshalb zu früh aus dem Spital entlassen.
- Auslagerung von Leistungen in den vor- und nachstationären Bereich: Dies ist insbesondere dann ein Problem, wenn diese Bereiche nicht genügend vorbereitet sind.
- Wiederholte Spitaleinweisungen («Drehtüreffekt»): Wenn Patienten zu früh entlassen und deshalb nach kurzer Zeit wieder ins Spital eingewiesen werden (müssen).
- Risikoselektion («Cherry picking»): Diese beinhaltet eine gezielte Aufnahme von Patienten mit geringeren Schwierigkeitsgraden, eine Verweigerung und Verschiebung von Behandlungen aus wirtschaftlichen Gründen (z.B. zu hohe Kosten oder unkalkulierbares Kostenrisiko), eine Verweigerung der Aufnahme oder Abschiebung von Notfallpatienten und eine Verlegung von «aufwändigen» Patienten in andere Spitäler.
- Ausrichtung der Spitäler auf lukrative Gebiete: Die Spitäler könnten sich vermehrt nur noch auf diejenigen Bereiche spezialisieren, die eine hohe Vergütung versprechen. Zusätzlich könnte sich das Personal in Richtung nachgefragter und profitabler Leistungsbereiche verschieben.
- Spital- und Abteilungsschliessungen: Die Schliessung von Spitälern und Abteilungen könnte sich nur nach der Rentabilität und nicht auch nach der Versorgungssicherheit einer Region entscheiden.» (Wild, Pfister & Biller-Andorno, 2009a: 4; Indra, 2004, S. 104–106; zit. nach Pfister Lipp, 2011, S. 48).

Um zu überprüfen, ob oben genannte Auswirkungen eingetreten sind, wurde eine Evaluation der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung durchgeführt. Diese folgt im nächsten Kapitel.

4.5 Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung

Stetig steigende Kosten im Gesundheitswesen sind bekanntlich in der Schweiz und auch in anderen Ländern ein wichtiges und viel diskutiertes Thema. Der Spitalbetrieb ist ein grosser und wichtiger Kostenfaktor, der in der Schweiz weit mehr als ein Drittel der totalen Gesundheitskosten ausmacht (BAG, 2019, S. 2). In der Evaluation der KVG-Revision

im Bereich der Spitalfinanzierung wird festgehalten, dass wichtige Ziele der Revision, wie zum Beispiel die Eindämmung des Kostenwachstums im stationären Spitalbereich oder die Förderung des Wettbewerbs unter den Spitälern erreicht wurden (Pellegrini & Roth, 2018; Müller et al. 2019; zit. nach BAG, 2019, S. 5). So besteht seit der Einführung der leistungsbezogenen Fallpauschalen DRG mehr Transparenz der Kosten und Finanzierung stationärer Spitalleistungen, der finanzielle Druck hat zu Prozessoptimierungen in den Spitälern geführt und das Kostenwachstum für stationäre Spitalleistungen wurde insbesondere in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gedämpft (BAG, 2019, S. 5). Trotzdem gibt es immer noch einige Punkte, die noch nicht verbessert werden konnten und auf die hinzuweisen ist: Es fand keine Eindämmung der Kosten über den Spitalbereich hinaus statt. Die Revision hat sich stark auf den Bereich der stationären Spitalleistungen fokussiert. Des Weiteren ist der Zeithorizont seit der Einführung der Revision noch zu kurz, als dass sich die Wirkung der Massnahmen vollständig entfalten konnte. Weiter ist ein Trend der Verlagerung der Leistungen aus den Akutspitälern in den nachstationären Bereich feststellbar. Dabei bleibt aufgrund der unzureichenden Datenbasis weiterhin unklar, was dies für Kostenfolgen mit sich zieht (S. 6). Dieser Trend ist für die Spitalsozialarbeit von grosser Bedeutung, kommt sie doch an der Schnittstelle von Akutspital und nachstationärem Bereich zum Einsatz. In der öffentlichen Statistik werden leider nur wenige Indikatoren verfolgt, welche Aussagen zur Entwicklung der Ergebnisqualität stationärer Spitalleistungen zulassen würden. In untenstehender Tabelle wird ersichtlich, dass sich die Indikatoren nach der KVG-Revision tendenziell verbessert haben. Abgenommen hat zum Beispiel die Anzahl Todesfälle im Zeitraum von 30 Tagen nach einem stationären Eingriff (30-Tage-Mortalität) in der Akutsomatik. Weitestgehend stabil blieb beispielsweise die Patientenzufriedenheit. Die Rehospitalisationen in der Akutsomatik haben jedoch seit 2009 signifikant zugenommen. Es lässt sich aktuell kaum feststellen, ob und inwiefern dieser Trend auf die KVG-Revision zurückzuführen ist (S. 6).

Indikatoren	Ergebnis Entwicklung	Beobachtungszeitraum
Indikatoren basierend auf Auswertungen des Obsan von BFS-Statistiken (Tuch et al. 2018)*		
30-Tage-Mortalitätsrate im Spital	↓ Abnehmend	2009–2016
Rehospitalisationen (18-Tage/30-Tage)	↑ Zunehmend	2009–2016
Indikatoren basierend auf Auswertungen/Messungen des ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken)		
Potenziell vermeidbare Rehospitalisationen**	↓ Abnehmend (Ausnahme 2014) ↑ Zunehmend	2010–2015 2016
Patientenzufriedenheit	Stabil	2011–2015
Postoperative Wundinfektionen bei 12 Eingriffsarten	Stabil/ ↓ Abnehmend***	2011–2015/2016
Prävalenz von Stürzen	Stabil	2011–2016
Prävalenz von Dekubitus (Wundliegen)	Stabil	2011–2016

Tab. 2: Entwicklung der Indikatoren zur Ergebnisqualität (Akutsomatik) (Quelle: BAG, 2019, S. 7)

Zusammenfassend kommt das BAG zum Schluss, dass aufgrund der KVG-Revision die Qualität der stationären Spitalleistungen nicht abgenommen hat. Vor allem in der Prozess- und Strukturqualität der stationären Spitalleistungen sind Fortschritte feststellbar.

Vor der Einführung der KVG-Revision wurde befürchtet, dass sich die Qualität der stationären Spitalleistungen verschlechtern würde, was aber nicht eintraf. Es ist aber erkennbar, dass sich die Revision auf die Qualität an den Schnittstellen zum Nachsorgebereich ausgewirkt hat (BAG, 2019, S. 7). Es liegen vermehrt Spitalkennzahlen zur Qualität vor, was eine Verbesserung der angestrebten Transparenz bedeutet. Leider waren die Kennzahlen im beobachteten Zeitraum lückenhaft und für versicherte Personen schwer verständlich. Generell kann gesagt werden, dass die Massnahmen der KVG-Revision dazu führen, dass die Patientinnen und Patienten heute aufgeklärter und autonomer sind, dass Qualitätserbringung im Trend liegt und dass vermehrt ein öffentliches Interesse an der Gesundheitsversorgung besteht (S. 7). In der erwähnten Evaluation des BAG (2019) und den durchgeführten Studien von Obsan (Widmer & Kohler, 2016 sowie Hediger, Tuch, Jörg & Widmer, 2018) werden nur die Ärztinnen und Ärzte sowie die Pflegenden aufgeführt. Zur Sozialen Arbeit wurden bis jetzt keine konkreten Daten erhoben. Das weist darauf hin, dass die erhoffte Steigerung des Stellenwertes der Sozialen Arbeit im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung im akutstationären Bereich nicht so eingetreten ist. Dabei wird der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen eine wichtige Rolle zuteil: die der Schnittstellenprofession zwischen akutstationärer und nachstationärer Versorgung. Dies gerade hinsichtlich des oben erwähnten Trends der Verlagerung in den nachstationären Bereich.

5 SOZIALE ARBEIT UND SWISS DRG

5.1 Soziale Arbeit im DRG-System

Die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen ist, wie in den vorangehenden Kapiteln beschrieben, von den gesundheitspolitischen Entwicklungen ebenso betroffen, wie die klassischen Gesundheitsberufe. Allerdings gibt es hinsichtlich der Auswirkungen Unterschiede, die thematisiert werden müssen. Die Einführung der DRG fand in der Medizin statt, nicht aber für Leistungen der Spitalsozialarbeit. Die Tätigkeit der Sozialen Arbeit in Akutspitälern kann nicht kostenrelevant über DRG abgerechnet werden, sondern sie ist lediglich Teil der Baserate. Die Leistungen der Spitalsozialarbeit werden, wie alle Behandlungen im Schweizer Gesundheitswesen, zwar mittels CHOP-Codes⁴ erfasst (Bundesamt für Statistik BFS, 2019, S. 1), jedoch werden sie dann nicht kostenrelevant abgerechnet (vgl. Kapitel 10.7.1). Der Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen sages befasst sich bereits seit längerer Zeit mit dem Thema, ob eine kostenrelevante Abrechnung der Leistungen der Spitalsozialarbeit nötig ist bzw. welche möglichen Auswirkungen sie auf die Profession der Sozialen Arbeit hat. Welche Gründe sprechen für und welche gegen die Abrechenbarkeit der Leistungen der Spitalsozialarbeit? Eine kostenrelevante Abrechnung könnte Auswirkungen auf die Wahrnehmung der Profession (Schnittstellenprofession, kostendämmender / kostenverursachender Faktor) oder auf den Arbeitsinhalt (mehr administrativer Aufwand und Veränderung des Codierverhaltens) der Spitalsozialarbeit haben. Im nachfolgenden Kapitel werden Chancen und Risiken für die Spitalsozialarbeit diskutiert.

5.2 Chancen und Risiken des Swiss DRG

Die Einführung der SwissDRG ist für die Soziale Arbeit im Spital mit Risiken, aber auch mit Chancen verbunden. Aufgrund der praktischen Erfahrungen im Arbeitsfeld eines Autors der vorliegenden Master-Thesis und nach der Erarbeitung des Theorieteils, werden folgende Chancen und Risiken herausgearbeitet.

5.2.1 Chancen

Die Spitalsozialarbeit gewinnt an Wert:

Aufgrund der zunehmenden Individualisierung werden Pflegeleistungen immer mehr von der Familie hin zu einer institutionellen Pflege verschoben. Dies bedeutet, dass die Organisation der Nachsorge nach einem akutstationären Aufenthalt immer mehr den Professionellen im Spital übergeben wird, da die Fülle an Möglichkeiten, inklusive deren Finanzierung, für Laien immer unübersichtlicher wird. Da hier vor allem die Soziale Arbeit tätig ist, könnte der Stellenwert der Sozialen Arbeit steigen. Der Wert, welcher der Sozialen Arbeit beigemessen wird, könnte auch steigen, weil die Soziale Arbeit im Rahmen der SwissDRG mit ökonomischen Argumenten arbeiten kann. Das Spital ist aufgrund der Fallpauschalen (im Gegensatz zu den früheren Tagespauschalen) daran interessiert, sogenannte Lang- oder Überlieger zu verhindern, da die Grundkosten pro Spitaltag nicht mehr mit der minimalen Erhöhung des Kostengewichts abgedeckt werden können. Da die Spitalsozialarbeit für die Austrittsplanung bei komplexen Fällen die Fallführung übernimmt, wird gut ersichtlich, weshalb die Akutspitäler auf eine effiziente Arbeitsweise des Spitalsozialdienstes angewiesen sind: Der Spitalsozialdienst verhindert möglichst Langlieger. Allerdings muss die Arbeit nicht nur effizient, sondern auch effek-

⁴ Für die Spitalsozialarbeit sind folgende CHOP-Codes vorgesehen: Sozialrechtliche Beratung; Psychosoziale Beratung des Patienten; Psychosoziale Beratung des Patientensystems; Einleitung behördlicher Massnahmen; Nachsorgeorganisation

tiv sein. Das SwissDRG sieht nämlich vor, dass bei einem Wiedereintritt einer Patientin oder eines Patienten innerhalb von 18 Tagen die gleiche Fallpauschale weitergeführt wird – sofern nicht eine neue Diagnose vorliegt, die eine Zuordnung zu einer anderen Fallgruppe erlaubt oder die Fallgruppe eine sogenannte „Ausnahme von Wiederaufnahme“ zulässt (SwissDRG 2016, S. 9). Wenn nun Professionelle schnell („effizient“) eine Anschlusslösung finden, die sich aber als nicht geeignet erweist, wird es wahrscheinlich zu einem Wiedereintritt innerhalb von 18 Tagen kommen. Deshalb muss die Spitalsozialarbeit zwar effizient, aber auch effektiv sein. Dafür benötigt sie Ressourcen, welche aber mit diesen ökonomischen Argumenten gut in der Handlungslogik der vorgesetzten Stellen angebracht werden könnten.

Mehr Effizienz und Qualität:

Die Einführung des SwissDRG erfordert eine genaue Betrachtung der Arbeitsprozesse. Stichworte wie «Effizienz» und «Wirkungsmessung» halten durch die Einführung immer mehr Einzug in die Soziale Arbeit. Gerade die Wirkungsmessung erfordert eine Auseinandersetzung mit Qualitätsstandards, die eingehalten werden sollen. Obwohl der Einzug solcher ökonomischen Gedankengänge durchaus kritisch zu betrachten ist, ist eine effizientere und nachweisbar qualitativ hochstehende Arbeit per se nicht als etwas Negatives zu betrachten – sie ist auch eine Chance.

Bessere Zusammenarbeit mit den Nachsorgeinstitutionen:

Die nachweislich kürzere Verweildauer der Patientinnen und Patienten seit der Einführung des SwissDRG ist kombiniert mit einer starken Zunahme von Nachsorgeplanungen (namentlich Spitex, Pflegeheime, Rehabilitationen) und einer Verlängerung der Aufenthaltsdauer in Rehabilitationen (Widmer & Kohler, 2016, S.4). Daher kann davon ausgegangen werden, dass die Patientinnen und Patienten früher und damit mit noch komplexeren oder weniger stabilen medizinisch-pflegerischen Situationen verlegt werden. Dies erfordert eine gute Zusammenarbeit mit den Nachsorgeinstitutionen, damit diese auf die zunehmende Komplexität der Fälle vorbereitet sind. Daher benötigt das Spital gute Kontakte zur Nachsorge, da es die Patientinnen und Patienten früher entlassen möchte. Da die Soziale Arbeit an diesen Schnittstellen zur Nachsorge tätig ist, kann sie bei der Gestaltung dieser Zusammenarbeit mitwirken und ihre Vorstellungen einfließen lassen. Ausserdem kann sich die Soziale Arbeit durch ihre Schnittstellen- und Vernetzungskompetenz hier profilieren.

5.2.2 Risiken

Weniger Zeit für die Patientinnen und Patienten:

Eine Befürchtung, welche von mehreren Professionen hinsichtlich der Einführung von DRGs genannt wurde, ist der Rückgang von Zeit pro Fall. Eine qualitative Studie zeigt, dass die Professionellen einen Verlust an Zeit für Patientinnen und Patienten durch höhere Arbeitsdichte und höheren Dokumentationsaufwand erfahren (zitiert nach Wild, Pfister & Biller-Adorno, 2009a: 4; in Pfister Lipp, 2011, S. 55–56).

Mehr Legitimationsdruck:

Die Spitäler sind im Rahmen der SwissDRG immer mehr auf eine rasche Verlegung der Patientinnen und Patienten in der mittleren Verweildauer angewiesen. Da aber nachweislich die Komplexität der Fälle zunimmt (beispielsweise zunehmende Multimorbidität und

Chronifizierung), ist die Nachsorgeplanung schwieriger geworden. Es müssen geeignete Nachsorgeinstitutionen gefunden werden, welche die komplexeren Fälle fachgerecht weiterbetreuen oder -behandeln können. Dies ist oft mit zusätzlichem zeitlichem Aufwand verbunden, je komplexer die Fälle sind. Wenn die Verweildauer deshalb die mittlere Verweildauer übersteigt, muss die Spitalsozialarbeit zusätzlich Zeit aufwenden, um in diesen Fällen ihre Vorgehensweise zu legitimieren bzw. zu begründen, weshalb es zu Verzögerungen beim Austritt kam.

Die Spitalsozialarbeit verliert an Wert:

Da die Spitäler auf eine immer raschere Verlegung angewiesen sind, wird der Aufgabebereich der Spitalsozialarbeit immer mehr hin zum Austrittsmanagement verschoben. Dies kann gefährlich sein. Gwerder (2015) schreibt dazu:

«Denn wird die Soziale Arbeit auf die Vermittlung von Plätzen nach dem Spital reduziert und sind schnelle Lösungen – meist nur noch durch telefonischen Kontakt – gefragt, wird sie durch andere Professionen ersetzbar.» (S. 20)

Sachbearbeitende sind günstiger als Sozialarbeitende. Dabei geht der gesundheitsfördernde Aspekt der Sozialen Arbeit, welcher vor allem mittels Beachtung von bio-psycho-sozialen Faktoren in ihrem Zusammenhang entsteht, verloren. Darauf wird in den Kapitel 10 und 11 näher eingegangen.

Übernahme von Effizienz als Leitprinzip:

Effizienz an sich ist nichts Schlechtes, im Gegenteil. Die Effizienz sollte aber Mittel zum Zweck sein. Durch eine effizientere Dokumentation können Fallübergaben erleichtert werden, wodurch mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten bleibt und eine angemessene Weiterführung des Falles (unter anderem z.B. durch Verhinderung von doppeltem Nachfragen von Informationen) ermöglicht wird. Wenn aber die Effizienz zum Leitprinzip wird, dann widerspricht das den Grundhaltungen der Sozialen Arbeit. Es kann dann durchaus eine gewisse Risikoselektion in Bezug auf die bearbeiteten Problemstellungen kommen: Wenn eine Problemstellung nicht unbedingt während des Spitalaufenthaltes geklärt werden muss, wird aufgrund der Überlegungen zu Effizienz das Problem auch nicht bearbeitet, auch wenn es für die Patientin, den Patienten oder die Angehörigen durchaus wichtig gewesen wäre. Das Biologische bestimmt wieder, die psychologischen und sozialen Aspekte werden nur insofern beachtet, als dass sie Auswirkung auf die Austrittsplanung haben.

Die vorangehend genannten Risiken und Chancen sind grösstenteils Annahmen durch die Autorin und den Autor der vorliegenden Arbeit. Allgemein sind viele Texte zu Chancen und Risiken der SwissDRG-Einführung bezogen auf das Gesundheitswesen zu finden, zu den tatsächlichen Auswirkungen hingegen kaum. Auch die Akteurinnen und Akteure im Feld, in der vorliegenden Arbeit sind es die Leitungspersonen der Spitalsozialdienste, wurden dazu kaum befragt. Deshalb ist es der Autorin und dem Autor ein Bedürfnis, diese Lücke zu schliessen.

6 INTEGRIERTE VERSORGUNG

Die starken Kostensteigerungen im Gesundheitswesen sind zu einem grossen Teil auf die immer älter werdende Bevölkerung und die damit einhergehende Zunahme mehrfacher und/oder chronischer Erkrankungen sowie auf den technisch-medizinischen Fortschritt zurückzuführen (Haunberger & Oberholzer, 2015, S. 265). Nicht nur das Gesundheitswesen steht vor grossen Herausforderungen, auch das Sozialwesen ist gefordert, neue adäquate Modelle der Begleitung und Versorgung von älteren Menschen zu entwickeln. Im mittlerweile hochkomplexen Sozial- und Gesundheitssystem könnten die Modelle der integrierten Versorgung eine mögliche Antwort auf die eben genannten Herausforderungen sein:

«Sie könnten der Zersplitterung von Diensten und Leistungsangeboten entgegenwirken, damit einer Über-, Unter- und Fehlversorgung entgegensteuern und eine hohe Qualität der Begleitung und Versorgung gewährleisten.» (S. 265)

In den nachfolgenden Kapiteln werden einerseits die politischen Entwicklungen der Schweiz aufgezeigt und andererseits das Konzept der integrierten Versorgung mit Definition, Zielen und aktuellen Projekten vorgestellt.

6.1 Politische Entwicklungen in der Schweiz

Im Jahr 2013 hat der Bundesrat die Strategie «Gesundheit 2020» verabschiedet und die Umsetzung startete sogleich. Der Bundesrat beschloss im Dezember 2019, nach der Evaluation und den Erfahrungen, die Strategie «Gesundheit 2030» zu lancieren. Sie soll eine Weiterentwicklung und Aktualisierung der Strategie «Gesundheit 2020» darstellen (BAG, 2019a, S. 3). Beide Strategien werden in den beiden nachfolgenden Kapiteln eingeführt und erläutert, wobei der Schwerpunkt auf der Strategie «Gesundheit 2020» liegt, da bei Beginn dieser Master-Thesis die Strategie «Gesundheit 2030» noch nicht vom Bundesrat beschlossen und lanciert wurde.

6.1.1 Strategie «Gesundheit 2020»

Aktuell beruht die Schweizerische Gesundheitsversorgung auf der Behandlung akuter Krankheiten und hat ihren Schwerpunkt deshalb in der Akutversorgung. Bund, Kantone und andere Akteurinnen und Akteure sind der Ansicht, dass sich das Gesundheitsversorgungssystem von der Akutversorgung hin zu einer patientenzentrierten, wirksamen und nachhaltigen Betreuung von chronisch und mehrfach erkrankten Personen entwickeln und verändern soll (BAG, 2016, S. 2). Der Bundesrat erkannte den Handlungsbedarf und hat sich mit dem Programm «Gesundheit 2020» die Förderung der Versorgungsangebote zum Ziel gemacht. Unter anderem geht es um die Weiterentwicklung und Modernisierung der vorhandenen Strukturen, Prozesse und Angebote im ambulanten und stationären Gesundheitssystem – besonders im Hinblick auf chronische und psychische Krankheiten. Dafür braucht es das Konzept der koordinierten bzw. der integrierten Versorgung, um von der Früherkennung bis zur Palliative Care die Qualität der Versorgung zu verbessern und unnötige Kosten zu vermeiden (S. 2).

Zunahme der chronischen Krankheiten

Aufgrund der demografischen Veränderungen, den sich ändernden Lebens- und Alters-

bedingungen und dem medizinisch-technischen Fortschritt gibt es immer mehr Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten (BAG, 2013, S. 4). Einhergehend mit dieser Entwicklung wächst auch die Zahl der Patientinnen und Patienten, die das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen. Mit Massnahmen der Früherkennung wären viele dieser chronischen Krankheiten vermeidbar. Es sind in der heutigen Zeit bekanntlich die chronischen Krankheiten, die hohe Kosten für das Gesundheitswesen, für die Wirtschaft (hohe Absenzen) und für die Sozialversicherungen (z.B. Invalidenversicherung) verursachen. Deshalb hat sich der Bundesrat dafür eingesetzt, dass wirksame und effektive Massnahmen zur Prävention, Früherkennung und Gesundheitsförderung eingeführt werden. Es ist aber auch unabdingbar, dass Menschen lernen, mit chronischen Krankheiten zu leben und auf die Unterstützung von Gesundheitsfachpersonen zurückgreifen können (S. 4).

Wandlung der Versorgung

Die heutige Versorgungsstruktur ist stark auf die Akutversorgung und den stationären Bereich ausgerichtet, in Zukunft muss aber mehr aus Sicht von Patientinnen und Patienten gedacht und ihre Bedürfnisse ins Zentrum gestellt werden (S. 5). Es soll gemäss Bundesrat eine Differenzierung der Patientinnen und Patienten erfolgen, damit die Leistungen vermehrt auf die Krankheitsvorbeugung, die Langzeitversorgung von Menschen mit chronischen Krankheiten sowie auf den letzten Lebensabschnitt gerichtet werden können. Dies bedeutet, dass die heute existierenden Finanzierungsmechanismen der Versorgung via KVG neu überdacht und allenfalls angepasst werden müssen. Heute entstehen viele Doppelspurigkeiten und Ineffizienzen, da die Leistungserbringenden zu wenig koordiniert zusammenarbeiten. Auch werden moderne Technologien wie zum Beispiel eHealth zu wenig genutzt. Weiter braucht es eine qualitative und quantitative Bildungsstrategie im Gesundheitsbereich, da bekanntlich viele Fachpersonen im Ausland ausgebildet wurden und in der Schweiz arbeiten. Sollten sich die Arbeitsbedingungen in den Herkunftsländern verbessern, würden der Schweiz auf einmal viele Fachpersonen fehlen. Die Position der Patientinnen und Patienten wie auch jene der Bevölkerung als Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen muss gestärkt werden, in dem sie mehr eingebunden werden und ihre Kompetenzen im Selbstmanagement gestärkt werden. Will heissen, dass die nötigen Informationen bereitstehen, damit die Versorgung optimal strukturiert und aufgegleist werden kann. Gemäss BAG ist der heutige Stand der Datengrundlagen leider unvollständig und die wissenschaftliche Versorgungsforschung nicht entwickelt ist (2013, S. 5).

Sicherung der Finanzierung des weiter wachsenden Gesundheitssektors

In der Strategie «Gesundheit 2020» wird davon gesprochen, dass die Kosten im Gesundheitswesen weiter ansteigen werden. Vor allem wird das System der Prämienverbilligung weiterem Druck ausgesetzt sein. Denkbar ist, dass radikale Massnahmen wie zum Beispiel die Einschränkung des Gesundheitskatalogs oder die Differenzierung der Prämien eingeführt werden müssen. Zwingend muss das System langfristig auch für die einkommensschwachen Schichten und den unteren Mittelstand finanzierbar bleiben (BAG, 2013, S. 5).

Steuerbarkeit und Transparenz des Gesundheitswesens

Die Schweiz verfügt über ein komplexes Gesundheitssystem mit vielen verschiedenen

Akteurinnen und Akteuren sowie Interessen. Es erfordert also Expertenwissen in den einzelnen Teilbereichen und einen regelmässigen Austausch. Eine umfassende und kohärente Gesundheitspolitik wird also erschwert durch so viele verschiedene Teilbereiche. Bund und Kantone teilen die Steuerungs- und Vollzugsaufgaben auf, in anderen Bereichen arbeiten sie zusammen. Da aber oft Koordinationsgremien fehlen, ist die Lösungsfindung erschwert. Gemäss Bundesrat müssen die Steuerbarkeit und die Kontrolle unseres Gesundheitssystems erhöht und die Transparenz verbessert werden (S. 5). Die Strategie «Gesundheit 2020» legt wie unten in der Abbildung 2 dargestellt vier übergeordnete Handlungsfelder fest: Es gehören je zwölf Ziele mit je drei Massnahmen dazu, was also insgesamt 36 Massnahmen ergibt. Die «koordinierte Versorgung» ist eine dieser Massnahmen, auf die im nachstehenden Kapitel näher eingegangen wird.



Abb. 9: Die vier Handlungsfelder der Agenda „Gesundheit 2020“ (Quelle: BAG, 2013, S. 6)

6.1.2 Projekt «Koordinierte Versorgung»

Nebst der Strategie «Gesundheit 2020» will der Bund mit dem Projekt „Koordinierte Versorgung“ die Versorgung für diejenigen Patientengruppen verbessern, welche unterschiedliche und aufwendige Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. Diese Patientengruppen setzen sich vor allem aus (hoch-)betagten⁵, mehrfach und chronisch erkrankten Menschen zusammen. Die bestehenden Aktivitäten der koordinierten Versor-

⁵ Gemäss Dietschi (2018) ist die durchschnittliche geriatrische Patientin oder der durchschnittliche geriatrische Patient 70 Jahre alt, wobei keine fixe Altersgrenze besteht (S. 5)

gung sollen im Rahmen der Strategie Gesundheit 2020 laufend verstärkt werden. Weiter sollen die Rahmenbedingungen hinsichtlich Finanzierung, Bildung und elektronischen Patientendossiers überprüft und ggf. verbessert werden (BAG, 2016, S. 2).

6.1.3 Strategie «Gesundheit 2030»

Gemäss Strategie «Gesundheit 2030» soll nicht mehr die ganze Bandbreite der gesundheitspolitischen Anliegen abgedeckt, sondern klare Schwerpunkte gesetzt werden (BAG, 2019a, S. 3). Neu werden auch Ziele verfolgt, die ausserhalb der traditionellen Gesundheitspolitik liegen. Diese Stossrichtung erfolgt im Rahmen der Ziele für nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals), welche unter anderem in der Strategie «Nachhaltige Entwicklungen 2030» verfolgt werden (S. 3).

Es kann eine positive Bilanz der Strategie «Gesundheit 2020» gezogen werden. Erstmals wurde in der Gesundheitspolitik eine Gesamtübersicht geschaffen, eine grosse Zahl der Aktivitäten des Bundes konnten unter einem Dach zusammengefasst und so für die breite Öffentlichkeit lesbarer und verständlicher gemacht werden (S. 7). Die 36 Massnahmen der Strategie «Gesundheit 2020» wurden in über 90 Projekten umgesetzt. Davon wurden 23 bereits abgeschlossen, die restlichen laufenden Projekte werden in die Grundleistung des BAG über- und weitergeführt (S. 30). Dennoch gab es Punkte, die Optimierungsbedarf aufweisen und denen nun in der Umsetzung der Strategie «Gesundheit 2030» mehr Beachtung geschenkt werden können. Dies ist zum Beispiel die Berücksichtigung von Gesundheitsdeterminanten, die ausserhalb des unmittelbaren Gesundheitswesens liegen (z.B. Umwelt, Arbeit etc.) (S. 7).

Nachfolgend werden die sechs Grundprinzipien aufgelistet, welche die Strategie «Gesundheit 2030» verfolgt:

- «Die Strategie richtet die Gesundheitspolitik des Bundes auf die künftigen Herausforderungen im Gesundheitssystem aus.
- Die Strategie orientiert sich am Bedarf der Menschen und an ihren Vorstellungen von einem gesunden Leben sowie einer guten Versorgung.
- Die Strategie macht die Gesundheitspolitik des Bundes sichtbar und zeigt auf, wo andere Akteure der Gesundheitspolitik Verantwortung tragen. Sie geht von der geltenden Aufgabenverteilung zwischen Bund und Kantonen aus.
- Die Strategie richtet sich bei der Auswahl der zu ergreifenden Massnahmen nach dem Problemlösungspotenzial und der Umsetzbarkeit. Dabei wird das Konzept des regulierten Wettbewerbs, auf dem die obligatorische Krankenversicherung beruht, weiterentwickelt.
- Die Strategie nutzt internationale gesundheitspolitische Entwicklungen und Best Practices als Referenzrahmen.
- Die Strategie «Gesundheit 2030» entwickelt die bisherige Strategie «Gesundheit 2020» weiter und aktualisiert sie.» (BAG, 2019a, S. 10)

In den nachfolgenden Kapiteln wird das Konzept der integrierten Versorgung näher erläutert.

6.2 Integrierte Versorgung als «innovativer Ansatz»

6.2.1 Definition

Das Konzept der integrierten Versorgung stammt aus dem Kontext des Managed-Care, wobei aber weder eine allgemeingültige Definition noch einheitliche Leitlinien zur konkreten Ausgestaltung bestehen (Amelung et al. 2013; zit. nach Haunberger & Oberholzer, 2015, S. 265). Alle Definitionen beinhalten aber folgendes: Es soll eine übergreifende Versorgungsform sein, welche eine stärkere Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren ermöglicht mit dem Ziel, die Kosten zu senken und die Versorgungsqualität zu verbessern (Haunberger & Oberholzer, 2015, S. 266). Demnach wäre integrierte Versorgung auch ein Dienstleistungsangebot, welches eine koordinierte Begleitung und Behandlung ermöglichen soll und somit auf die verschiedenen Bedürfnisse einer Person oder einer Personengruppe ausgerichtet ist (Bühler, 2006: 67; zit. nach Haunberger & Oberholzer, 2015, S. 266).

6.2.2 Ziele

Lanciert hat das Projekt «koordinierte Versorgung» 2015 das Bundesamt für Gesundheit gemäss Zielsetzungen des Bundesrates in der Strategie «Gesundheit 2020». Eine koordinierte bzw. integrierte Versorgung ist vor allem für Patientengruppen wichtig, die Leistungen von verschiedenen Leistungserbringern beanspruchen und so genannte «koordinationsintensive» Patientinnen und Patienten sind (Zanoni & Berchtold, 2018, S. 29). Ziele einer verbesserten Koordination sind:

1. «Eine bessere Qualität der Behandlung und Betreuung für die Patientinnen und Patienten,
2. Effizienzgewinne aufgrund der besseren Zusammenarbeit von Gesundheitsfachpersonen verschiedener Berufsgruppen und Einrichtungen sowie Task shifting,
3. Kosteneinsparungen aufgrund vermiedener Doppelspurigkeiten und unnötiger Behandlungen.» (S. 29).

Allein die Koordination der spezifischen Schnittstellen genügt noch nicht, weshalb das BAG Überlegungen anstellt, wie eine übergeordnete verstärkte Koordination der verschiedenen Gesundheitsfachpersonen erreicht werden kann. Ziel ist eine interprofessionelle Grundversorgungsstruktur (S. 29). Vor allem bei den im Fokus stehenden (älteren) Personen mit (mehrfachen) chronischen Erkrankungen sollte die Behandlung und Betreuung in Zukunft als Gesamtleistung erbracht werden und nicht parallel von vielen verschiedenen Leistungserbringern. Dafür wird zwingend eine verbindliche Zusammenarbeitsform der Gesundheitsfachpersonen benötigt. Am 7. November 2017 fand ein Austausch zwischen dem BAG und dem «European Observatory on Health Systems and Policies» statt, wobei diskutiert wurde, wie solche Versorgungsmodelle in der Schweiz aussehen und umgesetzt werden könnten. Es zeigte sich, dass sowohl schweizerische als auch internationale Fachleute die in der Schweiz diskutierten Ansätze gut finden und als notwendig erachten (S. 29).

Im Jahr 2017 hat das Schweizer Forum für integrierte Versorgung (fmc) ein Mandat an das Institut für Betriebs- und Regionalökonomie der Hochschule Luzern – Wirtschaft vergeben. Ziel der Studie war es, grundlegende Fragen zur Einführung der integrierten Versorgung in der Schweiz zu untersuchen. Konzeptionelle Grundlage der Studie war das theoretische Steuerungsmodell von Braun & Giraud (2003). Dieses Modell wurde im

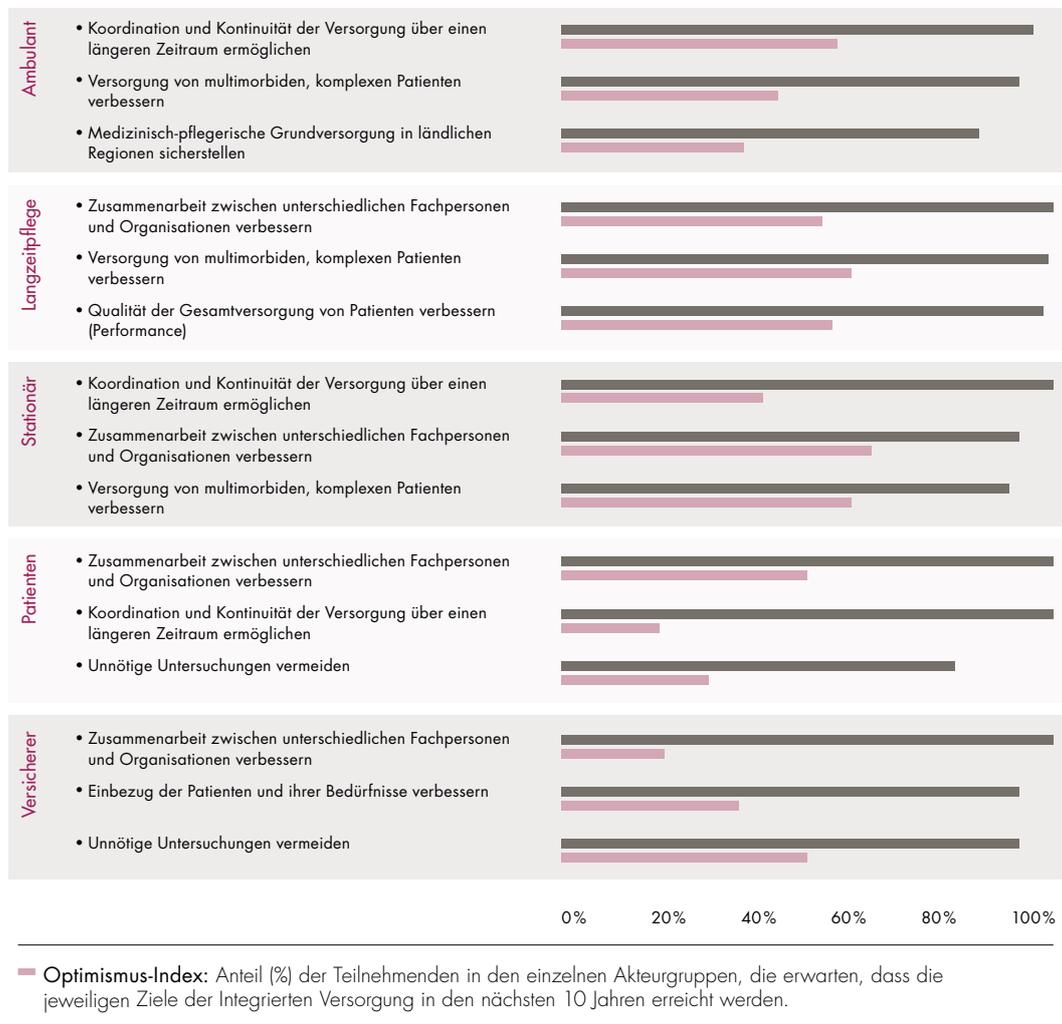
Rahmen der Studie für die integrierte Versorgung in der Schweiz adaptiert. An der Online-Umfrage, die im Rahmen der im vorangehenden Abschnitt erwähnten Studie durchgeführt wurde, nahmen insgesamt 361 Personen teil: Ein Drittel vertraten Bund, Kantone und Gemeinden, die anderen zwei Drittel vertraten Akteurinnen und Akteure aus Langzeitpflege, Spitälern, Krankenversicherern und anderen ambulanten Leistungserbringern (S. 9). Unter anderem wurden die Teilnehmenden der Online-Umfrage zu den Zielen und dem Stellenwert der integrierten Versorgung befragt. Dabei stellte sich heraus, dass eine grosse Anzahl der Befragten ein gemeinsames Verständnis der integrierten Versorgung hat (Tabelle 3). Eine sehr hohe Zustimmung mit 98 % erzielte zum Beispiel «Koordination und Kontinuität der Versorgung über einen längeren Zeitraum ermöglichen», mit 97 % «Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Fachpersonen und Organisationen verbessern», mit 94 % «unnötige Untersuchungen vermeiden» und mit 92 % «Qualität der Gesamtversorgung von Patienten verbessern».

Ziele der Integrierten Versorgung	Zustimmung Ø
Koordination und Kontinuität der Versorgung über einen längeren Zeitraum ermöglichen	98%
Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Fachpersonen und Organisationen verbessern	97%
Unnötige Untersuchungen vermeiden	94%
Qualität der Gesamtversorgung von Patienten verbessern (Performance)	92%
Versorgung von multimorbiden, komplexen Patienten verbessern	89%
Einbezug der Patienten und ihrer Bedürfnisse verbessern	88%
Kosten reduzieren	84%
Medizinisch-pflegerische Grundversorgung in ländlichen Regionen sicherstellen	78%
Gesundheitsförderung und Prävention stärken	74%
Das Gesundheitssystem mit dem Sozialsystem verbinden	64%

Tab. 3: Rangfolge der Ziele der Integrierten Versorgung aus Sicht aller Befragten (n=361)
(Quelle: Zanoni & Berchtold, 2018, S. 9)

In Tabelle 4 werden die drei am höchsten priorisierten Ziele der integrierten Versorgung sowie der Optimismus-Index der nichtstaatlichen Akteurinnen und Akteure dargestellt. Beim Optimismus-Index (rosa Balken in der Abbildung 5) handelt es sich um den Anteil der Teilnehmenden (%) und deren Erwartungen, ob die jeweiligen Ziele der integrierten Versorgung in den nächsten 10 Jahren erreicht werden können (S. 10). Stark gewichtet werden die Ziele «Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen verbessern», «Kontinuität und Koordination über einen längeren Zeitraum ermöglichen», «Versorgung von multimorbiden, komplexen Patienten» sowie die «Verbesserung der Qualität». Patientenorganisationen und Krankenversicherer stufen verständlicherweise die «Vermeidung unnötiger Untersuchungen» als sehr wichtig ein (S. 10). Beim Optimismus-Index gehen die

Einschätzungen sehr stark auseinander: Die staatlichen Akteurinnen und Akteure zeigen sich über alle Ziele optimistisch mit 78 % (Kantone), 68 % (Bund) und 61 % (Gemeinden). Die nichtstaatlichen Akteurinnen und Akteure sind markant skeptischer, vor allem die Krankenversicherer und Patientenorganisationen (S. 10).



Tab. 4: Top-3-Ziele aus Sicht der grössten nichtstaatlichen Akteurgruppen mit Optimismus-Index (n=215) (Quelle: Zanoni & Berchtold, 2018, S. 10)

Quintessenz der durchgeführten Studie ist, dass die Erwartungen an den Staat (Bund, Kantone und Gemeinden) hinsichtlich Förderung der integrierten Versorgung sehr hoch sind. Die zentralen Erkenntnisse lassen sich wie folgt kurz zusammenfassen:

1. Es besteht mehrheitlich ein gemeinsames Verständnis und Problembewusstsein bezüglich der integrierten Versorgung.
2. Staatliche Steuerung wird zunehmend wichtiger, wenn es darum geht, Projekte der integrierten Versorgung zu implementieren.
3. Es liegt kein Konsens vor über die Ausgestaltung der staatlichen Steuerung. Bund, Kantone und Gemeinden sind zurückhaltend, wenn es um

die (Mit-)Finanzierung von Pilotprojekten geht, Leistungserbringer und Versicherer stufen diese als besonders wichtig ein.

4. Es herrscht Unzufriedenheit mit der Aufgaben- und Kompetenzverteilung. Eine Mehrheit der befragten Akteurinnen und Akteure erachtet die aktuelle Kompetenzverteilung zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden als nicht geeignet, um eine Förderung der Integrierten Versorgung voranzutreiben. Auch findet bis anhin kaum eine Abstimmung der drei Staatsebenen statt (S. 15).

Nach dem nun die integrierte Versorgung und deren Ziele genauer erläutert wurden, werden im Anhang 11 drei aktuelle Projekte integrierter Versorgung vorgestellt. Alle Projekte unterscheiden sich sehr vom Themenschwerpunkt und der Einbettung in die Strukturen des jeweiligen Kantons. Dies widerspiegelt klar die Vielfalt der Möglichkeiten integrierter Versorgung und zeigt die Komplexität des schweizweiten Aufbaus solcher Projekte.

7 SOZIALE ARBEIT UND INTEGRIERTE VERSORGUNG

Wie in Kapitel 1.4.2 bereits dargelegt, führte Obsan zwischen Juli 2015 und Juli 2016 eine gesamtschweizerische Erhebung durch mit dem Ziel, eine detaillierte Übersicht aller Initiativen zur Integrierten Versorgung in der Schweiz zu schaffen (Schusselé Filliettaz, Berchtold, Kohler Peytremann-Bridevaus, 2017, S. 685). In Abbildung 10 ist ersichtlich, dass in den Integrationsinitiativen durchschnittlich fünf Gesundheitsfach- bzw. Berufsgruppen beteiligt sind (S. 22). Ärztinnen und Ärzte (91 %) sowie Pflegefachpersonen (87 %) sind am häufigsten als Berufsgruppen in den Integrationsinitiativen involviert. Die Spitalsozialarbeit kommt aber mit 43 % bereits an vierter Stelle der involvierten Berufsgruppen (Schusselé et al., 2017a, S. 22).

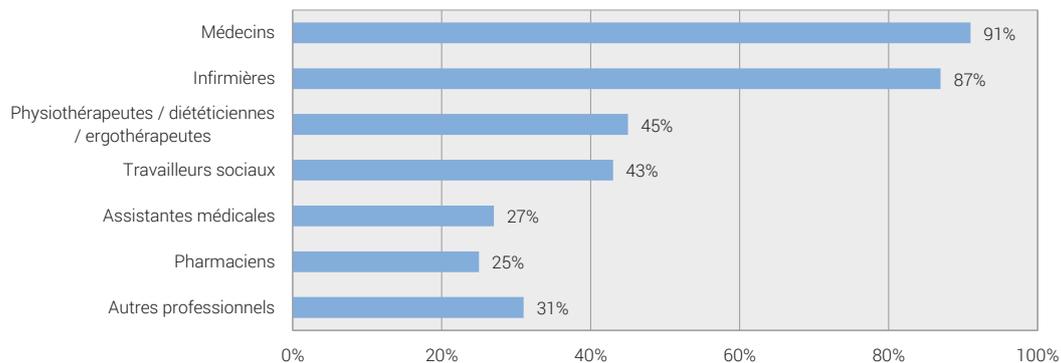


Abb. 10: *Groupes de professionnels impliqués, % des initiatives (n=155)*
(Quelle: Schusselé et al., 2017a, S. 22)

Nachfolgend werden die Chancen und Risiken der integrierten Versorgung beleuchtet.

7.1 Chancen und Risiken der integrierten Versorgung

7.1.1 Professionspolitische Seite

Die Spitalsozialarbeit kann in der weiteren Etablierung von Modellen der integrierten Versorgung eine zentrale Rolle als Schnittstellenprofession einnehmen. Die Grundideen der integrierten Versorgung wie z.B. die ganzheitliche Betrachtung der Situation der Patientinnen und Patienten, die übergreifende Versorgungsform, die stärkere Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen entspricht den Werten der Sozialen Arbeit. Partizipation, Empowerment und Lebensweltorientierung sind u.a. wichtige Grundpfeiler sozialarbeiterischen Handelns. Die Soziale Arbeit will die Klientinnen und Klienten partizipativ in die Entscheidungsprozesse mit einbeziehen, sie befähigen, selbstständig und verantwortlich zu handeln und versucht, sich in deren Lebenswelt ein zudenken und Hilfestellungen in diesem Setting zu planen. Inwiefern sich die Soziale Arbeit in Modellen der integrierten Versorgung etablieren kann, bleibt aber weiterhin noch im Detail zu klären.

7.1.2 Fachliche Seite

Dank Modellen der integrierten Versorgung wird die Zerstückelung der Behandlung vermindert, was eine Abnahme der Belastung für chronisch erkrankte und multimorbide Patientinnen und Patienten bedeutet. Als mehrdimensionale und multidisziplinäre Disziplin ist die Soziale Arbeit in besonderer Weise dazu in der Lage, den Aufbau von Systemen

der integrierten Versorgung zu begünstigen (Greuèl & Mennemann, 2006, S. 142–143). Die Soziale Arbeit ist befähigt, Organisationsverhalten als soziale Dimension zu beeinflussen, da sie sich nicht nur mit der Ethik des Handelns, sondern auch mit derjenigen von normativen und strukturellen Rahmenbedingungen auseinandersetzt (S. 143). Es ist wichtig, die integrierte Versorgung nicht nur als Technik, Zustand oder Ergebnis anzuschauen, sondern als steten Prozess zu begreifen. Dabei kann die Soziale Arbeit helfen, denn das Care und Case Management sind als methodisches Setting prozessorientiert und nicht auf Einzelfall- oder auf Systemebenen begrenzt (S. 144). Kontinuität ist für gelungene Lern- und Entwicklungsprozesse unabdingbar und somit ein nicht ersetzbarer Beitrag Sozialer Arbeit. Sozialarbeitende erschliessen in der Arbeit mit der Klientel die Ressourcen des Netzwerkes und machen diese somit nutzbar. Soziale Arbeit bemüht sich also um effektive und effiziente Ressourcenallokation, initiiert Lernprozesse, fördert Handlungsänderungen und stellt sich somit als wertvolle psycho-soziale Begleitung in Krisensituation heraus (S. 144). Für die eben genannten Aufgaben und deren Kombination sind andere Professionen, wie zum Beispiel Medizin oder Pflegefachpersonal, nicht qualifiziert. Am Beispiel eines Schlaganfallpatienten ist nicht nur die medizinisch-körperliche Ebene von Bedeutung, sondern auch im Sinne der Edukation und der Sinnstiftung, die neue veränderte Situation anzunehmen (S. 144).

7.2 Welche Rolle Soziale Arbeit in der integrierten Versorgung einnehmen könnte

Die Spitalsozialarbeit arbeitet an der Schnittstelle von stationärem und ambulantem Setting und leistet bereits jetzt als Schnittstellenprofession einen wichtigen Beitrag für die Vernetzung der Patientinnen und Patienten mit den verschiedenen Fachdisziplinen. Gemäss Greuèl & Mennemann (2006) «erfordert die integrierte Versorgung eine konstruktive Bearbeitung von Schnittstellen» (S. 143). Bekanntlich treffen an den Schnittstellen Interessen der jeweiligen Vertreterinnen und Vertreter der verschiedenen Bereiche aufeinander und diese müssen bearbeitet und zusammengefügt werden – immer orientiert an den Bedürfnissen der Adressatinnen und Adressaten. Da der Sozialen Arbeit interprofessionelles und interdisziplinäres Arbeiten und Handeln innewohnt und bereits in der Ausbildung die «Wertschätzung der unterschiedlichen Professionen» gelehrt wird, kann sie einen wichtigen Vermittlungsbeitrag als Schnittstellenprofession leisten (S. 143).

Bereits 2002 wurde an einer Tagung in Deutschland zum Thema «Neue gesundheitspolitische Programme – Chance für die Sozialarbeit?» die zukünftige Positionierung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen diskutiert (S. 139). Die Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus formulierte ein Plädoyer und sprach sich für mehr Beteiligung der Sozialen Arbeit aus. Denn eine der Befürchtungen an der Tagung war, dass Sozialarbeit bald keine Position mehr im Gesundheitswesen einnehmen werde, «wenn sie nicht endlich professionell handelt und die Chancen, die die Programme beinhalten, offensiv nutze.» (S. 139). Der Hausarzt kann im Rahmen der integrierten Versorgung die Position des Lotsen durch das Gesundheitswesen einnehmen. Dabei wurde aber diskutiert, dass die Soziale Arbeit bereits jetzt an vielen Schnittstellen des Gesundheitswesens tätig ist und Brücken baut zwischen Sozial- und Gesundheitswesen. Es wurde hinterfragt, ob sich die Soziale Arbeit dieses Feld und diese Rolle streitig machen lassen wolle (S. 139). Aus Sicht der Krankenhaussozialarbeit bewirken die DRGs, dass die nachstationäre Versorgung zeitnah und strukturiert organisiert werden muss. Gerade an diesem

Punkt könnte sich die Sozialarbeit im Krankenhaus als Schnittstellenprofession beweisen. Die Sozialarbeit im Gesundheitswesen sollte vermehrt in Hausarztpraxen arbeiten, denn dort kumulieren sich die Probleme der Patientinnen und Patienten. An dieser Tagung wurden u.a. folgende Thesen formuliert:

- «Für die Sozialarbeit im Gesundheitswesen gilt die Maxime:
Tue Gutes und rede darüber;
- Die Sozialarbeit verkauft sich unter Wert, wenn sie sich nur auf die sozial-rechtliche und leistungserschliessende Beratung beschränkt;
- Der Sozialdienst im Krankenhaus muss lernen, «abzugeben» an das ambulante Feld und die dortigen Beratungsstellen, Dienste und Einrichtungen, die auch professionelle Sozialarbeit leisten; die Zukunft wird in einer verstärkten Kooperation dieser sozialarbeiterischen Partner liegen;
- Sozialarbeit muss ökonomische Kriterien in ihr Verständnis miteinbeziehen;
- Sozialarbeit muss sich profilieren, sich professionalisieren und Lobbyarbeit betreiben;
- Professionelle Sozialarbeit ist der Garant für die patientengerechte Umsetzung der neuen gesundheitspolitischen Programme.» (S. 140)

Wenn die integrierte Versorgung eingeführt wird, «kann das somit auch für die Soziale Arbeit eine Chance darstellen, ihren originären und individuellen Beitrag für ein integratives und multiprofessionelles Versorgungssystem

- «hinsichtlich ihres professionellen Selbstverständnisses zu definieren;
- diesen Beitrag hinsichtlich des Standards von Care und Case Management zu operationalisieren und
- als qualifiziertes Handlungsfeld im Rahmen einer gesicherten vertrags- und leistungs-rechtlichen Teilnahme an den neuen Vertragsmodellen der integrierten Versorgung zu mobilisieren.» (S. 140)

8 SOZIALE ARBEIT UND POLITIK

Bis anhin wurden in der vorliegenden Master-Thesis zwei gesundheitspolitische Entwicklungen erläutert, wobei natürlich der Bezug der Sozialen Arbeit zur Politik und das Verhältnis dieser beiden nicht fehlen darf. Untenstehend folgt ein kurzer Abriss zu Soziale Arbeit und Politik. Folgende Feststellung soll dabei als Einstieg zu Überlegungen zum Verhältnis der beiden genannten Akteure dienen:

«Soziale Arbeit als Beruf ist fast untrennbar verbunden mit Sozialpolitik sowie dem Auf- und Ausbau nationaler Wohlfahrtsstaaten.»

(Benz 2010, S. 217; zit. nach Schönig, 2013, S. 33)

Auch wenn nicht immer klar ersichtlich ist, wie die Soziale Arbeit zu einem politischen Auftrag steht, ob die Sozialarbeitenden politisiert, entpolitisiert oder repolitisiert sind – eines steht fest: Es besteht ein Verhältnis zwischen Sozialer Arbeit und Politik, insbesondere zu sozialpolitischen Fragestellungen (Kindler, 2019, S. 20–21).

Schönig (2013) beschreibt die Sozialpolitik als generalisierend und materiell orientiert – sie wird von der Sozialverwaltung betrieben (S. 36). Die Interventionen der Sozialen Arbeit bauen bekanntlich auf den materiellen Unterstützungsleistungen der Sozialpolitik auf: Die Soziale Arbeit eröffnet Klientinnen und Klienten Zugänge zu diesen Leistungen und stellt Unterstützung hinsichtlich des Kontakts mit der Sozialverwaltung sicher. Die Soziale Arbeit leistet aber auch immaterielle Hilfe: Sie benennt u.a. psychische, milieubezogene, sozialräumliche und zwischenmenschliche Aspekte des Einzelfalls und versucht diese zu lindern oder zu beheben. So kann Soziale Arbeit auch als Teilfunktion von Sozialpolitik angesehen werden (S. 36). Ereignisse wie Krankheit, Arbeitslosigkeit, Familiengründung oder Alter würden ohne soziale Sicherungsinstitutionen zu massiven gesellschaftlichen Exklusionsprozessen führen (S. 37). Anders als die Soziale Arbeit befasst sich die Sozialpolitik nicht mit Einzelfällen, sondern will generalisierende Problemlösungen für eine möglichst grosse Personengruppe erreichen. Da dies nicht für alle Einzelfälle gelingt, braucht und gibt es in der Schweiz Sozialarbeitende, welche diese fallbezogenen Interventionen übernehmen (S. 38–39). Es gehört also zur Aufgabe vieler Sozialarbeitenden, die sozialpolitisch beschlossenen Massnahmen umzusetzen (Kindler, 2019, S. 21). Soziale Arbeit geht aber viel weiter und kommt oftmals vor sowie nach der Sozialpolitik ins Spiel: Wenn es Lücken im System gibt, bessert die Soziale Arbeit diese aus. Wenn es neue soziale Problemlagen oder strukturelle Defizite gibt, dann macht die Soziale Arbeit auf diese aufmerksam (Benz & Rieger, 2015, S. 30–31). Schönig (2013) schreibt der Sozialen Arbeit diesbezüglich eine «innovatorisch-gestalterische Funktion» zu, die Anpassungen in der Sozialpolitik bewirken kann, was dann letztlich auch dazu führt, dass sich die Soziale Arbeit und deren Aufgaben weiterentwickelt (S. 37).

Gemäss Kindler (2019) scheint im heutigen Fachdiskurs mehrheitlich geklärt zu sein, dass die Soziale Arbeit einen politischen Auftrag zu erfüllen hat und es gibt immer mehr Veröffentlichungen, die sich «mit spezifischen Methoden des professionellen politischen Handelns in der Sozialen Arbeit befassen» (S. 21). Benz & Rieger (2015, S. 45–47) beschreiben vier Dimensionen des politischen Handelns in der Sozialen Arbeit:

1. **Politikimplementaion:** Soziale Arbeit bewegt sich mit in ihrem professionellen Handeln in einem politischen Umfeld. «Ihr obliegt es, allgemeine (sozial)politische Vorgaben in Form von Gesetzen und Programmen für die individuelle Hilfe in komplexen Problemlagen anzupassen und anzuwenden. Indem sie dies tut, handelt sie, bewusst oder unbewusst, politisch.» (S. 46).
2. **Interessenvertretung:** Sozialarbeitende vertreten ihre eigenen und advokatorisch die Interessen ihrer Klientel. «Monitoring, politische Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit sind wesentliche Elemente eines systematischen Lobbying.» (S. 47).
3. **Politikberatung:** Als Expertinnen und Experten in ihrem Fachgebiet sind Sozialarbeitende politikberaterisch tätig: «Politikberatung dient der Information, Aufklärung oder Irritation der Politik (ihrer Akteure wie Institutionen).» (S. 47).
4. **Politische Bildung:** Auch im Bereich des professionellen politischen Handelns der Sozialen Arbeit gilt die Devise: Hilfe zur Selbsthilfe. Wann immer möglich, soll sich die Klientel der Sozialen Arbeit in den politischen Prozess einbringen und sich selber vertreten (können). «Gerechtfertigt als Hilfeleistung (Politik als Hilfe) für Personen und ihre Interessen, die im politischen System nicht oder nicht ausreichend wahrgenommen werden, sind Empowerment und politische Bildung wesentliche Elemente einer politischen Sozialen Arbeit.» (S. 47).

Bekanntlich wird in der heutigen Zeit die entpolitisierte Haltung von Sozialarbeitenden kritisiert und Stimmen werden laut, welche eine Politisierung der Profession Sozialer Arbeit fordern (Kindler, 2019, S. 22). Kindler hält in seiner Master-Thesis fest, dass der deutschsprachige Forschungsstand in Deutschland und der Schweiz zur politischen Aktivität von Sozialarbeitenden hauptsächlich aus Qualifikationsarbeiten mit qualitativem Forschungsdesign besteht (S. 30). In den Studien wird der Fokus stark auf die politische und professionelle Einstellung gelegt und weniger auf die konkreten Aktivitäten. Des Weiteren kann kein Vergleich der Studien gemacht werden, da meistens entweder Studierende der Sozialen Arbeit oder Fachpersonen der Sozialen Arbeit befragt wurden (S. 30). Als Beispiel einer dieser Studien wird auf diejenige von Roth & Yollu-Tok aus dem Jahr 2017 kurz eingegangen. Die beiden befragten in ihrer Studie 115 Studierende aus dem 3. Semester des Bachelorstudiengangs Soziale Arbeit an der Hochschule München zu ihrer politischen Einstellung. Lediglich 2,6% der 115 befragten Studierenden gaben an, politisch «sehr stark» interessiert zu sein (S. 6). Interessanterweise konnte ein signifikant höheres Interesse bei Männern als bei Frauen festgestellt werden (S. 8). Bei der Frage nach der politischen Beteiligung gaben 77,4% an, bei der letzten Bundestagswahl gewählt zu haben. Weiter informieren sich 18,3% täglich, 29,6% 1–2 Mal pro Woche, 28,7% mehrmals pro Woche und 23,4% seltener als einmal pro Woche bis nie über aktuelle politische Nachrichten (S. 8). Etwas mehr als die Hälfte der Studierenden gab an, sich in den vergangenen 12 Monaten bei Unterschriftensammlungen beteiligt (53,5%) oder einen Boykott von Unternehmen und/oder deren Produkte veranstaltet zu haben (57,5%). Weiter beteiligten sich 36,2% an politischen Demonstrationen. In einer politischen Organisation oder einem Interessenverband arbeiteten 11,8% mit, wobei lediglich 3,9% aktiv in politischen Parteien mitwirkten und 9,4% bestätigten Kontakte mit Politiker/innen zu pflegen (S. 9). Mit diesen Ergebnissen weist die politische Beteiligung ein starkes Gefälle auf: Bevorzugt werden klar weniger aufwändige Aktivitäten, wobei die aktive Mitarbeit in politischen Organisationen wenig populär zu sein scheint (S. 9). Die Aussage «Die Politiker kümmern sich darum, was einfache Leute denken» wurde mit

28,1% verneint und 67,8% der 115 Studierenden vertrauen Politikerinnen und Politikern eher nicht (auf einer Skala von 1–10) (S. 9). Auf die Frage zur politischen Orientierung wählten 10,4% auf der Skala 1 (links) bis 10 (rechts) Werte zwischen 6–9. Rund 90% ordneten sich bei den Werten 1–5 ein. Bezüglich ihrer politischen Kompetenzen hielten sich nur 19% für kompetent (Werte > 60, Skala 0–100, aus 3 Items), deutlich mehr weisen mittlere Werte aus (54,8%; Werte von 40–60) und 26% hielten sich für eher nicht oder wenig kompetent (Werte <40) (M=46,5, SD = 17,0) (S. 17). Es kann also festgehalten werden, dass die Studierenden des 3. Semesters tatsächlich noch wenig sozialpolitisches Wissen und Interessen mitbringen. Warum es umso wichtiger ist, dass sich Studierende gerade in der Ausbildung zu Sozialarbeiter/innen mit der (Sozial)Politik auseinandersetzen, soll nachfolgend kurz erläutert werden.

Der Autor und die Autorin der obigen Studie halten im Einleitungstext fest, dass gemäss einer durchgeführten Studie politische Enttäuschung und Wahlenthaltung vor allem bei Gruppen auftritt, «die sich benachteiligt, wirtschaftlich schlecht gestellt und sozial ausgeschlossen fühlen.» (2017, S. 1). Weiter hängt das Interesse von Jugendlichen für Politik signifikant mit dem kulturellen Kapital der Eltern zusammen. Auch in anderen Ländern und zahlreichen Veröffentlichungen zeigt sich, «dass vor allem Menschen mit geringer formaler Bildung und prekärer ökonomischer Lage immer häufiger der Politik fern bleiben ...» (S. 1). Gerade bei dieser Personengruppe handelt es sich oftmals um Adressatinnen und Adressaten Sozialer Arbeit. Diese ausgeführten Aspekte sozialer Ungleichheit stellen deshalb insbesondere eine Herausforderung für die Soziale Arbeit dar und sollte bereits in der Ausbildung der angehenden Sozialarbeitenden Platz finden (S. 2).

Einhergehend mit oben beschriebener Sachlage stellt sich auch die Frage der Öffentlichkeitsarbeit. Gemäss Schürmann (2004) fühlen sich viele von der Öffentlichkeit bedroht: «Sich öffnen, Rechenschaft ablegen, Einblicke in die eigenen Verhältnisse geben, Probleme und Schwächen zugeben – dies sind die Folgen öffentlicher Auseinandersetzung, die manche Organisationen scheuen, weil sie Nachteile befürchten.» (S. 14–15). Es steht ausser Diskussion, dass sich eine passive Verhaltensweise negativ auswirkt, vor allem durch Nichtbeachtung und dass andere die öffentliche Meinung prägen. Es ist wenig zielführend, dass sich die Fachpersonen über negative oder falsche Berichterstattung in den Nachrichten ärgern, aber selber nichts dagegen unternehmen. Die Soziale Arbeit wird gewinnen, wenn sich Fachpersonen mit ihrem Fachwissen, seriösen Analysen und wissenschaftlich fundierten Lösungsvorschlägen an die Öffentlichkeit begeben und die Gesellschaft somit einen differenzierten Einblick und Begriff von Sozialen Problemlagen bekommt (S. 15). Wie Benz & Rieger (2015, S. 45–47) weiter oben im Kapitel erwähnt, geschrieben haben, gehört die Interessensvertretung, also das Lobbying und die Öffentlichkeitsarbeit zum professionellen politischen Handeln der Sozialen Arbeit. Nur so kann sich die Soziale Arbeit mit ihren Aufgaben und Kompetenzen von anderen Berufsgruppen abheben und sich für die Interessen ihrer Adressatinnen und Adressaten einsetzen.

9 FAZIT THEORIETEIL

Im vorangehenden Theorieteil wurde verschiedene Literatur zur gewählten Thematik vorgestellt und erläutert. Zuerst fand eine Einführung zur Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen statt, wobei die historischen Anfänge, die Aufgabenfelder, Ziele und Methoden sowie die Herausforderungen der heutigen Zeit thematisiert wurden. Das darauffolgende Kapitel widmete sich dem Schweizer Gesundheitswesen mit Eckwerten, der demographischen Entwicklung, der Ökonomisierung im Gesundheitswesen und den aktuellen gesundheitspolitischen Massnahmen zur Dämpfung der Kostenentwicklung. Weiter wurden die zwei gesundheitspolitischen Entwicklungen SwissDRG und integrierte Versorgung in je einem Kapitel vorgestellt, wobei in je einem separaten Kapitel der Bezug zur Sozialen Arbeit hergestellt wurde. Das letzte Kapitel des Theorieteils thematisierte das Verhältnis zwischen der Sozialen Arbeit und der Politik.

Wie in den vorangehenden Kapiteln mehrmals thematisiert, ist die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen von den politischen Entwicklungen gleichermassen betroffen und gefordert, wie die klassischen Gesundheitsberufe. Im Rahmen der Teilrevision «Spitalfinanzierung» des Krankenversicherungsgesetzes wurden im Jahr 2012 die leistungsbezogenen Fallpauschalen DRG unter anderem mit den Zielen eingeführt, die Kosten zu senken und eine möglichst grosse Transparenz herzustellen (vgl. Kapitel 4.3). Damit wurden die Spitäler in so genannte wettbewerbs- und kundenorientierte Unternehmen umgewandelt mit dem Risiko, dass nun eine Selektion der Patientinnen und Patienten gemacht wird, die am profitabelsten für das Spital sind (vgl. Kapitel 3.4). Weitere mögliche Auswirkungen aufgrund der Einführung von SwissDRG wurden in Kapitel 4.4 näher erläutert. Das BAG (2019, S. 5) hält in der Evaluation der KVG-Revision fest, dass eines der Ziele, nämlich die Eindämmung des Kostenwachstums im stationären Spitalbereich, erreicht wurde (vgl. Kapitel 4.5). Es wurde mehr Transparenz der Kosten und Finanzierung von stationären Spitalleistungen geschaffen und der finanzielle Druck führte zu Prozessoptimierungen in den Spitälern. Nach wie vor konnten aber die Kosten über den Spitalbereich hinaus nicht reduziert werden (vgl. Kapitel 4.5). Der feststellbare Trend der Verlagerung von Leistungen aus den Akutspitälern in den nachstationären Bereich ist für die Soziale Arbeit von grosser Bedeutung: Sie arbeitet an der Schnittstelle von Akutspital und nachstationärer Versorgung. Interessanterweise haben auch die Rehospitalisationen seit 2009 signifikant zugenommen (vgl. BAG, 2019, S. 6). Und trotzdem wurden zur Sozialen Arbeit in der Evaluation des BAG (2019) und der durchgeführten Studien von Obsan (Widmer & Kohler, 2016 sowie Hediger, Tuch, Jörg & Widmer, 2018) keine Daten erhoben. Somit konnte sich die Soziale Arbeit im Rahmen von SwissDRG nicht wie erhofft profilieren und ihren Stellenwert erhöhen (vgl. Kapitel 4.5). Die Arbeitsbedingungen von Sozialarbeitenden in Spitalsozialdiensten seit Einführung der SwissDRG zeigen sich in der 2013 durchgeführten Studie des Büro BASS (vgl. Kapitel 2.7): der hohe Zeitdruck, der Finanzdruck, die mangelnden Ressourcen und das Problem, geeignete Anschlusslösungen für die Patient/innen zu finden werden als die grössten aktuellen Herausforderungen in der Spitalsozialarbeit beschrieben (BASS AG, 2013, S. 2).

Anders gestaltet es sich in der integrierten Versorgung: In der von Obsan zwischen 2015 und 2016 durchgeführten Studie, welche das Ziel verfolgte, eine detaillierte Übersicht aller Initiativen zur integrierten Versorgung in der Schweiz zu schaffen, war die Spital-

sozialarbeit als Berufsgruppe an vierter Stelle mit 43% in den Integrationsinitiativen involviert (vgl. Kapitel 7). Wie in Kapitel 6 eingeführt, steht nicht nur das Gesundheitswesen vor grossen Herausforderungen, sondern auch das Sozialwesen muss sich mit neuen Modellen für die Begleitung und Versorgung von den immer älter werdenden, mehrfach und/oder chronisch erkrankten Menschen auseinandersetzen. Modelle der integrierten Versorgung könnten eine mögliche Lösung für die eben genannten Herausforderungen sein. Im Jahr 2017 hat das Schweizer Forum für integrierte Versorgung (fmc) beim Institut für Betriebs- und Regionalökonomie der Hochschule Luzern –Wirtschaft eine Studie in Auftrag gegeben, um grundlegende Fragen zur Einführung der integrierten Versorgung zu untersuchen. Dabei stellte sich heraus, dass eine Mehrheit der 361 Befragten (u.a Bund, Kantone, Spitäler, Krankenversicherer) ein gemeinsames Verständnis von Zielen der integrierten Versorgung hat (vgl. Kapitel 6.2.2): Der Aussage «Koordination und Kontinuität der Versorgung über einen längeren Zeitraum ermöglichen» stimmten 98% zu; bei «Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Fachpersonen und Organisationen verbessern» waren es 97%; bei «unnötige Untersuchungen vermeiden» waren es 94% und bei «Qualität der Gesamtversorgung von Patienten verbessern» 92%. Wohingegen interessanterweise nur 64% zustimmten, dass «das Gesundheitssystem mit dem Sozialsystem [zu] verbinden [sei].» Es kann festgehalten werden, dass es trotz mehrheitlich gemeinsamem Verständnis und Problembewusstsein hinsichtlich der integrierten Versorgung, noch kein Konsens über die Ausgestaltung der staatlichen Steuerung ausgearbeitet werden konnte. Bund, Kantone und Gemeinde sind zurückhaltend, wenn es um die Finanzierung von Pilotprojekten geht (vgl. Kapitel 6.2.2) und so scheitert es oft an der Finanzierung, dass Projekte nach der Pilotphase nicht implementiert werden. Dies hat auch das BAG erkannt und stellt nun Überlegungen an, wie eine übergeordnete und verstärkte Koordination erreicht werden kann.

Abschliessend kann nach der Erarbeitung des Theorieteils festgehalten werden, dass es auf professionspolitischer Ebene von Interesse ist, dass die Soziale Arbeit die Chancen und Risiken von wichtigen Trends und politischen Massnahmen im Arbeitsumfeld erkennt und einzuschätzen vermag. Dadurch soll ein proaktiver und nicht nur ein reaktiver Umgang mit diesen Veränderungen ermöglicht und die Positionierung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen erleichtert werden. Auf fachlicher Ebene ist von Interesse, wie sich die Entwicklung von Rahmenbedingungen und der Adressatinnen und Adressaten Sozialer Arbeit (in diesem Fall die Patientinnen und Patienten) auf die fachliche Ausgestaltung der Arbeit auswirkt. Die Ausrichtung der Sozialen Arbeit an der Lebenswelt der Klientinnen und Klienten erfordert eine laufende Beschäftigung mit der Entwicklung ebendieser Zielgruppe. Im Falle des Gesundheitswesens sind hier die Stichworte „zunehmende Chronifizierung“ und „zunehmende Multimorbidität“ von grosser Relevanz. Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen sind seit längerer Zeit vor allem durch die Kostenentwicklung beeinflusst. Es ist wichtig, sich mit den Chancen und Risiken der Massnahmen auseinanderzusetzen, die als Reaktion auf diese Entwicklungen angedacht sind oder bereits umgesetzt wurden. Nebst der theoretischen Bearbeitung der Fragestellungen ist auch die Einschätzung der Akteurinnen und Akteure im Feld von zentraler Bedeutung: in diesem Fall spezifisch der Leitungspersonen der Sozialdienste in den Deutschschweizer Akutspitälern. Im nächsten Kapitel erfolgt die Einführung in den zweiten Teil der Arbeit: Die qualitative Erhebung.

TEIL 2: QUALITATIVE ERHEBUNG

10 QUALITATIVE ERHEBUNG

10.1 Qualitative Studie: Fokusgruppe

Fokusgruppen sind ein partizipatives Diskussionsverfahren, bei dem durch die moderierende Person Stimuli zu bestimmten Themen an die Diskussionsteilnehmenden gegeben werden. Durch diese Eingabe von Information (Informationsinput) soll eine Diskussion angeregt werden. Es geht darum, möglichst viele Perspektiven auf das Thema zu erfassen und nicht darum, einen Konsens zu erzielen. (Schulz, 2012, S. 9). Das Thema kann dabei durch einen Film, ein Bild, einen kurzen Vortrag und Ähnliches vorgestellt werden. Die Moderatorin oder der Moderator ist im Besitz eines Leitfadens, mit dem sichergestellt werden soll, dass keine wichtigen Aspekte des Themas vergessen gehen (S. 10). «Fokusgruppen haben sich in der empirischen Sozialforschung etabliert, wenn es um die Analyse von Meinungen spezifischer Zielgruppen zu konkreten Stimuli geht. Sie kommen häufig zum Einsatz, wenn es darauf ankommt, eine Forschungsfrage zielgruppengerecht, praxisnah, anschaulich und ressourcenschonend zu untersuchen.» (Schulz, Mack & Renn, 2012, S. 7)

Die Fokusgruppe ist als Studie für die Exploration des Forschungsgegenstandes vorgesehen. Schulz teilt den Ablauf einer Fokusgruppe in drei Phasen auf: Die Vorbereitungs-, die Durchführungs- und die Auswertungsphase (S. 15). Sie werden im Folgenden gesondert betrachtet.

10.2 Vorbereitungsphase

In der Vorbereitungsphase sollen folgende Schritte durchgeführt werden:

- Problemdefinition und Formulierung von Forschungsfragen: Siehe Kapitel 1.2
- Bestimmung der Gruppe/Sampling
- Auswahl und Schulung von Moderatoren: Dieser Schritt entfällt, da die Autorin und der Autor der Arbeit die Moderation selbst übernehmen. Die Ausarbeitung des methodischen Vorgehens wird gleichzeitig die Schulung für die Moderation selbst wahrgenommen.
- Erstellen des Leitfadens und Festlegung des Stimulus
- Rekrutierung der Teilnehmer

10.3 Sampling und Rekrutierung der Teilnehmenden

In der vorliegenden Arbeit wurde aus forschungspragmatischen Gründen auf ein theoretisches Sampling (nach Glaser und Strauss, 1967) und auf ein «Purposive Sampling» (vgl. Kuckartz, 2014) verzichtet. Der Vorstand des sages wurde für die Teilnahme an den Fokusgruppen angefragt. Dies aus folgenden Gründen:

- **Feldzugang:** Die Erreichbarkeit des sages-Vorstands ist aufgrund der zahlreichen vorgängig stattgefundenen Rücksprachen gesichert.
- **Wissen der Befragten:** Für die Fokusgruppen ist es von grosser Bedeutung, dass die Befragten hinsichtlich des Fokusthemas über genügend Wissen verfügen, damit eine Diskussion entsteht und möglichst viele Aspekte eines Themas aufgegriffen werden können. Der Vorstand des sages beschäftigt sich intensiv mit der Thematik, wie die Soziale Arbeit sich im Gesundheitswesen positionieren kann – dazu gehört auch, wie sie sich in das Steuerungsinstrument DRG

im Akutspitalbereich einfügt oder welche Rolle sie in der koordinierten Versorgung einnehmen könnte/sollte. Aus diesem Grund wird der Vorstand hier als geeignete Fokusgruppe eingeschätzt.

- **Homogene Zusammensetzung hinsichtlich sozioökonomischer Merkmale:** Wie im alltäglichen Leben kann am besten mit den Personen diskutiert werden, die einen ähnlichen Hintergrund aufweisen – und somit einen ähnlichen Habitus, auch bezogen auf die Sprechweise. Sie können gut miteinander diskutieren, verstehen die Aussagen des jeweils anderen und ordnen sie in ähnliche Kontexte ein, was zu weniger Missverständnissen führt. Ausserdem finden «Personen mit ähnlichem Hintergrund [...] möglicherweise schneller einen gemeinsamen Nenner und Identifikations- bzw. Verbrüderungsprozesse stimulieren ehrlichere und offenerere Antworten» (Schulz, 2012, S. 14).
- **Die Forschungsfragen können praxisnah untersucht werden:** Da der quantitative, standardisierte Fragebogen letztlich von den Fachpersonen aus der Praxis beantwortet werden soll, ist die vorgängige Exploration möglichst praxisnah zu gestalten. Das wird mit dem Fokusgruppeninterview erreicht. Die Interviewten beschäftigen sich in ihrem beruflichen Alltag mit den für die Forschungsfrage relevanten Themen.
- **Die Forschungsfragen können ressourcenschonend untersucht werden:** Im Vergleich zu anderen qualitativen Erhebungsinstrumenten, benötigt die Fokusgruppe nur einen relativ bescheidenen Aufwand (Schulz, Mack & Renn, 2012, S. 7). Dies ist umso wichtiger, da für die vorliegende Arbeit deutlich weniger Zeit zur Verfügung steht, als im Forschungsprozess üblich.

Die eigentliche Rekrutierung der Teilnehmenden erfolgte per E-Mail. Mit der Anfrage zur Teilnahme an der Fokusgruppe wurde ein Informationsschreiben gesendet (zu finden im Anhang 2), welches den Teilnehmenden Informationen zu folgenden Themen gibt:

- Forschungsfrage
- Zweck der Erhebung
- Grund für die Anfrage
- Ablauf der Fokusgruppe
- Zeitlicher Aufwand
- Datenschutz
- Art der Verwendung der Ergebnisse
- Widerruf und/oder Abbruch der Teilnahme

Insgesamt konnten acht Personen für die Fokusgruppe rekrutiert werden. Die acht Teilnehmenden sollten in zwei Gruppen mit je vier Personen aufgeteilt werden. Eine Fokusgruppe ist jedoch für die Teilnehmenden recht zeitintensiv: Anreise, Begrüssung, eine bis zu drei Stunden Diskussion, Verabschiedung und Rückreise. Die terminliche Planung der Fokusgruppen wurde dadurch erschwert. Letztlich konnte eine Gruppe mit sechs Personen den gleichen Termin wahrnehmen, während eine zweite Diskussion mit nur zwei Teilnehmenden stattfand. Die zweite Durchführung muss somit als eine Mischform aus Expertengespräch und Fokusgruppe bezeichnet werden. Dennoch wurde entschieden, die Vorgehensweise wie bei der ersten Durchführung zu wählen, mit nur marginalen Anpassungen: Da die Autorin und der Autor den Diskussionsfluss mit weniger Teilnehmenden in der zweiten Durchführung etwas gefährdet sahen, wurden einige zentrale

Ergebnisse der ersten Durchführung als zusätzliche Stimuli für die zweite Durchführung vorbereitet. Diese Vorgehensweise ermöglichte es, auch in der zweiten Durchführung eine rege Diskussion zwischen den zwei Teilnehmenden aufrecht zu erhalten.

10.4 Erstellen des Leitfadens und Festlegen des Stimulus

Nachdem die Forschungsfragen formuliert und die Gruppe bestimmt wurde, wird der Leitfaden für die Fokusgruppe erstellt. Wie vorgängig erwähnt, wird eingehend ein Stimulus festgelegt, der die Diskussion unter den Teilnehmenden ermöglichen soll. Da in der vorliegenden Arbeit zwei gesundheitspolitische Massnahmen gesondert betrachtet werden, werden die Diskussionen in der Fokusgruppe in zwei Teile aufgeteilt. Es wird je ein Stimulus zu SwissDRG und einer zur integrierten Versorgung festgelegt. Es werden ausserdem zu beiden einzelne Leitfäden erstellt, welche die Abdeckung der zentralen Themen steuern sollen. Welche Themen als zentral erachtet werden und gemäss Leitfaden diskutiert werden sollen, hängen von dem Ergebnis der Literaturrecherche ab. Beide Leitfäden sind in Anhang 4 zu finden.

10.4.1 SwissDRG

Wie in Kapitel 4.4 beschrieben, ging die Einführung von SwissDRG mit vielen Anreizen einher. Anreize können einerseits positiv konnotiert werden, da mehr Effizienz ins stationäre medizinische Versorgungssystem kommt:

- Reduktion der Verweildauer
- Mehr Transparenz in der Leistungserbringung
- Verbesserte Zusammenarbeit aller Beteiligten
- Kosteneinsparungen
- Preis- und Qualitätswettbewerb unter den Marktteilnehmern
(Pfister Lipp, 2011, S. 47–48)

Andererseits können Anreize und Effizienz auch unerwünschte Auswirkungen auf die Versorgung haben:

- Übermässige Reduktion der Verweildauer («blutige Entlassungen»)
- Auslagerung von Leistungen in den vor- und nachstationären Bereich
- Wiederholte Spitaleinweisungen («Drehtüreffekt»)
- Risikoselektion («Cherry picking»)
- Ausrichtung der Spitäler auf lukrative Gebiete
- Spital- und Abteilungsschliessungen
(Wild, Pfister & Biller-Andorno, 2009a: 4; Indra, 2004, S. 104–106; zit. nach Pfister Lipp, 2011, S. 48).

Aufgrund der obigen theoretischen Bezüge wurde den Teilnehmenden der Fokusgruppe untenstehende Frage gestellt:

1. Gibt es aus Ihrer Sicht weitere Chancen und Risiken für die Spitalsozialarbeit aufgrund der Einführung von SwissDRG?
 - Was hat sich bewährt?
 - Was ist anders rausgekommen?

Nebst dem Abgleich der in der Theorie und in ersten empirischen Studien belegten Auswirkungen der DRG mit den Praxiserfahrungen der Teilnehmenden, interessierte in einem

nächsten Schritt, ob die Teilnehmenden weitere Potentiale für die Spitalsozialarbeit im Rahmen von SwissDRG sehen. Auch die dritte Frage zielte in diese Richtung ab: Wenn jemand bereits vor der DRG-Einführung in der Spitalsozialarbeit tätig war: Welche konkreten Veränderungen konnten effektiv wahrgenommen werden.

2. Was gibt es noch für Potential(e) für die Spitalsozialarbeit im Rahmen von SwissDRG?
3. Hat jemand von Ihnen vor der DRG-Einführung in der Spitalsozialarbeit gearbeitet? Wenn ja: Was hat sich konkret im Arbeitsalltag verändert?
 - Positive Veränderungen?
 - Negative Veränderungen?

Als Abschlussfrage sollten sich die Teilnehmenden der Fokusgruppe mit neuen möglichen Chancen und Risiken für die Spitalsozialarbeit im Rahmen von SwissDRG auseinandersetzen.

4. Gibt es aufgrund der Einführung von SwissDRG neue Chancen oder neue Risiken für die Spitalsozialarbeit?
 - Professionspolitisch für die Soziale Arbeit oder für die Patientinnen und Patienten (was die Soziale Arbeit betrifft)?
 - Wenn wir von Chancen und Risiken sprechen: Aktuell stellt sich der Fachverband bekanntlich die Frage betreffend kostenrelevanter Abrechnung der Leistungen der Spitalsozialarbeit via SwissDRG: Wäre die Abrechenbarkeit der Leistungen eher eine Chance oder ein Risiko für die Spitalsozialarbeit? Was wären mögliche Auswirkungen?

10.4.2 Integrierte Versorgung

In der Theorie (vgl. Kapitel 1.4.2 und Kapitel 6 sowie im Anhang 10) wurden verschiedene Projekte und Formen der integrierten Versorgung beschrieben wie zum Beispiel Ärztenetzwerke, Koordinationsstellen und Gesundheitszentren. Kapitel 7.2 thematisierte dann die mögliche Rolle, welche die Soziale Arbeit innerhalb der integrierten Versorgung einnehmen könnte. Im Leitfaden in Anhang 4 wird der Stimulus, also der kurze theoretische Input zur Integrierten Versorgung, im Detail aufgeführt. Ausgehend von obigen beiden theoretischen Bezügen wurde den Teilnehmenden in der Fokusgruppe die Frage nach der Rolle und den Aufgaben sowie den damit einhergehenden Chancen und Risiken gestellt:

1. Welche Rolle kann die Soziale Arbeit in der integrierten Versorgung einnehmen bzw. welche Aufgaben kann sie übernehmen?
 - Ist die Soziale Arbeit nur Koordiniererin? Abklärerin von Ansprüchen?
 - Wo kann sie diese Aufgaben übernehmen? z.B. beim Hausarzt?
2. Welche Chancen sind mit dieser Rolle/diesen Aufgaben verbunden?
3. Welche Risiken sind mit dieser Rolle/diesen Aufgaben verbunden?

Wie in Kapitel 1.2 ausgeführt, müssen Bereiche eruiert werden, in denen professionspolitischer Handlungsbedarf besteht, um letztlich Handlungsempfehlungen formulieren zu können. Deshalb interessiert auch:

4. Welche «Hausaufgaben» muss die Soziale Arbeit noch erledigen, damit sie diese Rollen einnehmen kann? Stichworte:
 - Tue Gutes und rede darüber (Soziale Arbeit verkauft sich unter Wert)

- Ökonomische Kriterien einbeziehen
- Informationsaustausch zwischen stationärem und ambulantem Bereich
- Zielgrößen für den Outcome, insbesondere im Hinblick auf Lebensqualität, definieren
- Qualitätsindikatoren herausarbeiten

10.5 Durchführungsphase

In der Durchführungsphase findet die eigentliche Diskussion statt. Eine Fokusgruppe dauert in der Regel zwischen einer bis zu drei Stunden. Da es darum geht, möglichst aller Perspektiven auf ein Thema zu erfassen, sollte die Moderatorin oder der Moderator in der Lage sein, alle zur aktiven Teilnahme zu bewegen und den Diskussionsfluss aufrecht zu erhalten. Dabei muss sie oder er die Formulierung von inhaltlichen Stellungnahmen unterlassen und eine Individualkommunikation zwischen einzelnen Teilnehmenden und der Moderatorin oder dem Moderator verhindern. Dazu sollen die Fragen immer an das Kollektiv und nicht an einzelne Personen gerichtet werden (Schulz, 2012, S. 16).

In der auf eine Stunde beschränkten Fokusgruppen war der Gesprächsfluss stets gewährleistet. Probleme ergaben sich vielmehr in der Strukturierung der Gespräche: Die Moderierenden sind hinsichtlich ihrer Funktion unerfahren. Es fällt nicht leicht, Expertinnen und Experten im Gebiet ihrer Expertise bei einer spannenden, aber vom Thema abweichenden Diskussion zu unterbrechen. Hier stellte sich die Aufteilung auf zwei Durchführungen als durchaus sinnvoll heraus: In der zweiten Durchführung konnten gezielt Stimuli eingesetzt werden, die Themen betrafen, welche bei der ersten Durchführung etwas zu oberflächlich besprochen wurden. Dazu wurden Aussagen aus der ersten Fokusgruppe als Stimuli gewählt. Die zwei Teilnehmenden der zweiten Durchführung diskutierten jeweils diese Stimuli, was eine vertiefte Exploration der Themen ermöglichte.

10.6 Auswertungsphase

Um die Auswertungsphase sinnvoll und die Ergebnisse intersubjektiv nachvollziehbar gestalten zu können, benötigt es von der Diskussion eine Audioaufnahme, die bearbeitet wird. Um die Bearbeitung einfach zu gestalten, sollten die Moderierenden darauf achten, dass in der Diskussion möglichst nicht gleichzeitig gesprochen wird (Schulz, 2012, S. 17). Die Art der Auswertung hängt letztlich vom Erkenntnisinteresse und den zeitlichen und personellen Ressourcen ab: Wenn vor allem gruppensdynamische Prozesse im Vordergrund stehen (zum Beispiel zum Thema Meinungsbildung), wird mit anderen Methoden ausgewertet, als wenn vor allem die genannten Themen, also der inhaltliche Output, interessieren. Ausserdem kann die gesamte Audioaufnahme transkribiert werden oder anhand von Protokollen die zentralen Themen ausgearbeitet (und mit Audioausschnitten belegt) werden (Ruddat, 2012, S. 195).

In der vorliegenden Arbeit sollen die Ergebnisse der Fokusgruppe vor allem auf der Inhaltsebene und nicht auf der Beziehungsebene untersucht werden. Es werden die zentralen Themen bestimmt und die jeweiligen Meinungen dazu beschrieben. Aus zeitlichen und forschungspragmatischen Gründen wird auf eine Gesamttranskription verzichtet und die Auswertung anhand einer Zusammenfassung der zentralen Diskussionsaspekte, wie sie von Ruddat vorgestellt wird, durchgeführt (2012, S. 195). Ruddat schreibt zum Vorgehen:

«Beispielsweise kann die Gruppendiskussion anhand eines [...] Leitfadens so gut strukturiert werden, dass bereits anhand der Protokolle die interessierenden Fragen weitestgehend abgedeckt und relevante Aspekte schnell und einfach identifiziert werden können. Die Ergebnisse werden dann noch durch zentrale Zitate aus den Aufnahmen belegt.» (S. 196)

Ruddat zeigt auf, wie dieses Vorgehen konkret funktionieren könnte: Zwei Moderierende erstellen jeweils ein Protokoll, welches tabellarisch erfasst wird. In einem ersten Schritt werden die zwei Protokolle miteinander verglichen – so sollen auch subjektive Verzerrungen vonseiten der Moderierenden aufgedeckt werden. Im zweiten Schritt wird die gesamte Audioaufnahme durchgehört um allfällige Lücken zu schliessen und wenn nötig neue relevante Aspekte/Themen zu erfassen. Die zentralen Aspekte werden aufgelistet und die verschiedenen Meinungen dazu beschrieben. Ruddat schreibt hierzu: «Als zentral gilt ein Diskussionsaspekt, wenn er wiederholt in der Gruppendiskussion auftaucht und von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern in einer gewissen Tiefe und Breite besprochen wird. Zentralität definiert sich somit durch die Verbindung von Häufigkeit und Relevanz» (S. 200). Das von Ruddat beschriebene Vorgehen wurde für diese Arbeit ausgewählt, da es zielführend und ressourcenschonend ist. Zielführend, da die wichtigen und interessierenden inhaltlichen Aspekte der Diskussion abgebildet werden können. Ressourcenschonend, da auf eine Gesamttranskription der langen Fokusgruppendifkussionen verzichtet werden kann und dabei trotzdem die relevanten Aspekte erfasst werden können.

10.7 Ergebnisse

Die Ergebnisse wurden in tabellarischen Protokollen erfasst. Insgesamt wurden vier tabellarische Protokolle erstellt – pro Thema, also SwissDRG oder integrierte Versorgung, und pro Durchführung je eines. Im Folgenden werden die zentralen Themen der vier Protokolle mit einzelnen Belegen aus den Interviews dargestellt. Die vollständigen Protokolle sind im Anhang einsehbar (Anhang 5 und Anhang 6). Die Ergebnisse werden bewusst knapp dargestellt, zwecks Lesefreundlichkeit. Die Synthese und Diskussion erfolgen nach der quantitativen Erhebung.

10.7.1 SwissDRG

Die Befragten diskutierten über die Positionierung der Sozialen Arbeit. Wie auch in der Theorie (vgl. Kapitel 7.2) beschrieben, sind sich die Befragten einig, dass sich die Soziale Arbeit unter ihrem Wert verkauft und ihre Stärken besser hervorheben muss.

- **Sozialarbeitende müssen ihre Stärken besser hervorheben: Sozialversicherungswissen, Aufbauen und Pflegen von Netzwerken, Gesprächsführung. Oft werden runde Tische gemacht und diese laufen alle über den Spitalsozialdienst (Durchführung 1, Person 3: 18:52).**

Als wichtig erachtet wird, dass sich Sozialarbeitende ihren Kompetenzen, ihrem Fachwissen und Erfahrungen bewusst sind und sich so in den Diskurs mit anderen Fachrichtungen einbringen.

- **Immer wie mehr Mediziner wollen die Bio-psycho-soziale-Dimensionen verstehen und in ihren Bereichen umsetzen. Dort ist es zentral, dass es Fachleute gibt, die Wissen und Erfahrungen weitergeben. Es braucht starke Sozialarbeitende**

im Gesundheitswesen (Durchführung 1, Person 1; 35:29).

- ***Es soll kein Klagen sein, sondern Kompetenzen, Wissen, Erfahrungen sollen kommuniziert werden von den Sozialarbeitenden. Das ist der Schlüssel, um sich mehr in den Diskurs von verschiedenen Fachrichtungen einzubringen (Durchführung 1, Person 1; 36:52).***

Als wichtigster Punkt für die erfolgreiche Positionierung der Sozialen Arbeit sehen die Befragten aber klar die Öffentlichkeitsarbeit und das politische Lobbying. Im Weiteren wurde darauf hingewiesen, dass die Positionierung der Sozialen Arbeit nicht erst im Berufsalltag beginnt, sondern bereits in der Ausbildung thematisiert werden muss.

- ***Professionskonkurrenz zwischen Sozialer Arbeit und Pflege. Pflege sehr selbstbewusst («Das können wir auch»), haben starke Lobby (Durchführung 1, Person 5; 32:12).***
- ***Positionierung muss auch auf der Ebene der Fachhochschulen thematisiert werden. Was sind Aufgaben des Departements Gesundheit und was des Departements Soziale Arbeit? Schwierig aufzulösen, da es auch mit starken Strukturen zu tun hat (Durchführung 1, Person 5; 40:35).***

Die Diskussion drehte sich weiter um ein sehr zentrales und für die Positionierung der Spitalsozialarbeit wichtiges Thema: Die Finanzierung. Wie in der Theorie (vgl. Kapitel 2.7.1 sowie Kapitel 3.4) beschrieben stehen seit der Einführung von SwissDRG Effizienz und Effektivität in den Krankenhäusern stark im Fokus. Aufgrund der vorherrschenden Sparpolitik muss sich die Soziale Arbeit im Allgemeinen und die Krankenhaussozialarbeit im Speziellen zunehmend mit Kosteneinsparungen auseinandersetzen. Das steht in engem Zusammenhang mit der Positionierung der Sozialen Arbeit: Aktuell können die Leistungen der Spitalsozialarbeit nicht kostenrelevant via SwissDRG abgerechnet werden.

- ***Es regelt sich immer wie mehr alles über die Finanzierung («Wer bezahlt es»). In den Spitälern läuft die Finanzierung zu einem grossen Teil über die Krankenkassen und es ist auf die einzelne Person konzentriert. Würde das über die Gemeinde laufen, wäre es als gesellschaftliches Problem anerkannt und man würde Lösungen dafür suchen. Grundsätzlich ist es eine gesellschaftliche Thematik und dann wäre es logisch, dass die Gesellschaft mitfinanziert (und nicht individualisiert auf KVG) (Durchführung 1, Person 3; 20:18).***
- ***Dem Spitaldirektor geht es ums Portemonnaie. Im Moment ist die Spitalsozialarbeit nur auf der Ausgabenseite und nicht bei der Einnahmeseite. Und wenn die Spitalsozialarbeit ihre Leistungen kostenwirksam via SwissDRG abrechnen könnte, wäre sie nicht nur bei der Ausgaben- sondern auch bei der Einnahmeseite. Man müsste das möglichst schnell initiieren, so kann man auch darlegen, warum man Sozialarbeitende braucht (Durchführung 1, Person 3; 28:29).***
- ***Bei Menschen, welche komplexe gesundheitliche und soziale Situationen aufweisen, wird der Druck immer grösser, dass sie möglichst rasch wieder entlassen werden aufgrund der Kostenfrage (Durchführung 1, Person 3; 11:51).***

Damit sich die Soziale Arbeit im ökonomischen Diskurs behaupten kann, ist das Betreiben der Wirksamkeitsforschung sehr wichtig.

- ***Nach Wirkung schreien alle, aber es ist extrem schwierig, diese zu messen. Die Soziale Arbeit hat keine Laborbedingungen und die Faktoren sind so vielfältig,***

dass es schwierig ist, klassische Wirkungsforschung zu machen

(Durchführung 1, Person 1; 26:30)

- **Die Wirksamkeit der Leistungen der Sozialarbeitenden ist schwierig zu messen. Jede Pflegehandlung kannst du deklarieren, was irgendwann zur Erhöhung der Pflegestufe führt. Wenn Sozialarbeitende etwas machen, kann das nicht deklariert werden** *(Durchführung 1, Person 6; 24:51).*

Rege diskutiert wurden die Zuständigkeiten und die damit einhergehende interprofessionelle Zusammenarbeit sowie die Abgrenzung zwischen den Disziplinen. Wie in Kapitel 2.7.2 beschrieben, befindet sich die Sozialarbeit im Krankenhaus in einer schwierigen Position, da sie einerseits effektiv sowie effizient arbeiten und andererseits Menschen nachweisbar helfen muss – dies trotz steigender Arbeitsbelastung. Gelingt der Sozialen Arbeit die Nachweisbarkeit ihrer Leistungen nicht, so läuft sie Gefahr, dass andere Berufsgruppen (z.B. Ärzteschaft und Pflegefachpersonen) ihre Aufgaben übernehmen und die Grenzen zwischen den Professionen verwischen. Diese Problematik wird von den Befragten auch so wahrgenommen und bestätigt.

- **Entwicklung in den Spitälern geht eher weg von der Sozialen Arbeit. Immer mehr Spitäler stellen keine Sozialarbeitende mehr ein, z.B. Hirslandengruppe** *(Durchführung 1, Person 6; 15:16).*
- **Abgrenzungsschwierigkeiten sind generell in der Sozialen Arbeit, aber speziell im Spital immer wieder Thema, z.B. gegenüber der Pflegefachpersonen. Wer übernimmt jetzt welche Aufgaben? Es ist hilfreich zu klären, wer für welches Problem zuständig ist und die Soziale Arbeit allgemein ist zuständig für die soziale Dimension** *(Durchführung 1, Person 1; 13:16).*
- **Spitalsozialarbeit ist dann zuständig, wenn sie die entsprechenden Kompetenzen hat und diese dann auch zeigen und nutzen kann** *(Durchführung 1, Person 2; 16:20).*

Die Befragten diskutierten darüber, ob die Spitalsozialarbeit für das «Soziale Problem» zuständig ist oder ob nicht eher die Gemeinde die Verantwortung übernehmen müsste. Es wurden Situationen beschrieben, die aufzeigen, dass ein Hausarzt oder eine Hausärztin eine Patientin oder einen Patienten zur Abklärung ins Krankenhaus einweist, dies z.B. aus Zeitgründen oder fehlendem Wissen, wie vermutet wird. Im Grundsatz wurde auch diskutiert, wie interinstitutionelle Übergänge gestaltet werden können, so dass sie den Situationen der Patient/innen gerecht werden.

- **Wer muss das «Soziale Problem» lösen. Ist das die Aufgabe des Spitalsozialdienstes oder wäre nicht die Gemeinde zuständig** *(Durchführung 1, Person 3; 10:19).*
- **Übergeordnete Frage: Muss die Gesellschaft die Leistungen der Sozialen Arbeit bezahlen?** *(Durchführung 1, Person 3; 30:06).*

Die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus nahm in den vergangenen Jahren stetig ab, wie dies auch in der Theorie (vgl. Kapitel 1.4.1) thematisiert wurde. Die Befragten diskutierten die Folgen dieser Abnahme seit der Einführung von SwissDRG:

- **Druck nahm zu: Ärzte machten Druck nach der Einführung, dass die Patient/innen nicht zu lange stationär bleiben. Dies bedeutet, dass die Sozialarbeitenden eine geeignete Nachsorgelösung suchen müssen** *(2; 6:13).*
- **Abnahme der Aufenthaltsdauer im Spital nimmt fortlaufend ab. Früher war man**

auf der Medizin durchschnittlich 9 Tage stationär, heute noch 5 ½ Tage. Auf der Orthopädie/Chirurgie sind es 3 Tage. Gründe schwer zu eruieren, es hat sicherlich auch mit dem medizinischen Fortschritt einen Zusammenhang. Das Spital hat gleich viel Betten, aber es werden viel mehr Patient/innen behandelt. Spitalsozialarbeit ist bei rund 1/3 der Patient/innen involviert, was bedeutet, dass man mehr Arbeit hat, aber der Spitaldirektor sagt, dass es nicht mehr Betten zu belegen gibt und somit auch nicht mehr Einnahmen hat (3; 6:27)

Nach der Frage der Chancen für die Spitalsozialarbeit seit Einführung von SwissDRG fanden die Befragten klare Worte:

- **Es wird immer ganz spezifische Einsatzgebiete geben, in denen die Soziale Arbeit nicht aus den Spitälern wegzudenken ist, wie zum Beispiel im Kinderschutz (Gefährdungsmeldungen), Palliative Care oder fürsorgerische Unterbringungen (Durchführung 2, Person 1; 07:03).**
- **Kostenrelevante Abrechnung der Leistungen der Spitalsozialarbeit wäre deshalb interessant, weil die Spitalsozialarbeit mal auf der Einnahme- und nicht nur auf der Ausgabenseite steht (Durchführung 2, Person 1; 16:27).**

Aus Sicht der Befragten zeigen sich aber auch zahlreiche Risiken für die Spitalsozialarbeit die seit der der Einführung von SwissDRG im Alltag spürbar sind und Auswirkungen auf die Arbeit haben:

- **Man spürt den Kosten-/Spardruck im Arbeitsalltag massiv. Ganz konkret auf die Soziale Arbeit bezogen ist es so, dass immer wie weniger Soziale Arbeit gemacht wird. Man macht eine Austrittsplanung, aber da stellt sich die Frage, ob man dafür Soziale Arbeit studiert haben muss (Durchführung 2, Person 1; 05:45).**
- **Die Austrittsplanung kann nicht systemisch gemacht werden. Der Fokus liegt auf der Diagnose und mit dieser Diagnose kann man nach Hause, ohne dass die Ärzteschaft das Umfeld anschaut (Durchführung 2, Person 1; 03:50).**

Die Befragten beschäftigten sich eingehend mit den konkreten Auswirkungen von SwissDRG auf den Alltag im Akutspital im Allgemeinen und in der Spitalsozialarbeit im Spezifischen. Viele der diskutierten Punkte finden sich auch in der Theorie wieder, wie das Kapitel 4.4 und 4.5 aufzeigen.

- **In einer Organisation entsteht ein enormer Druck. Ärzteschaft, Pflegefachpersonen und auch Sozialarbeitende werden Zudiener für die möglichst schnelle und reibungslose Entlassung (Durchführung 2, Person 2; 11:15).**
- **Das Denken in Mengen ist vorherrschend geworden (Durchführung 2, Person 2;10:43).**
- **Das Problem ist: Welches sind die finanziell attraktiven Bereiche? Es kann sein, dass kleinere Spitäler eine Risikoselektion vornehmen zu Lasten der grösseren Spitäler (Durchführung 2, Person 2; 18:46).**

10.7.2 Integrierte Versorgung

Die Befragten diskutierten Gründe, weshalb eine integrierte Versorgung notwendig ist. Hier wird insbesondere die Kontinuität der Betreuung, Begleitung und Behandlung hervorgehoben. Wie in der Theorie (vgl. Kapitel 6 und Kapitel 7) beschrieben, sind auch

die Befragten der Meinung, dass mit der integrierten Versorgung Über-, Unter- oder Fehlbehandlungen reduziert werden können. Aber auch der ökonomische und gesellschaftliche Nutzen wird betont.

- **Die institutionellen Übergänge sind die kritischsten Phasen und genau dort hören die falsch verstandenen Arten von Case Management auf. [...] Bei diesen institutionellen Übergängen ist integrierte Versorgung besonders wichtig** (Durchführung 1, Person 6; 52: 57).
- **Eine gute integrierte Versorgung senkt die Kosten, da sie stationäre Aufenthalte auf eine sinnvolle Art und Weise verhindert** (Durchführung 1, Person 2; 58:31).
- **Spezifische Zielgruppen, wie beispielweise Demenzbetroffene, können viel professioneller und aus einer Hand betreut werden. So können Betroffene unter Umständen länger zu Hause bleiben, was die Kosten senkt und die Zufriedenheit steigert – auch der Angehörigen, wenn sie unterstützt werden. Die längere Begleitung lässt auch eine Kontinuität zu, welche dem Behandlungsprozess hilft** (Durchführung 1, Person 6; 01:16:26).

Die Befragten sind sich einig, dass integrierte Versorgung ein wichtiges künftiges Versorgungssystem darstellt. Es werden aber auch Probleme bei der Umsetzung integrierter Versorgung dargelegt. Die verschiedenen Tarifsysteme im Gesundheitswesen stellen ein grosses Hindernis für eine gelingende integrierte Versorgung dar (vgl. Kapitel 6 und Kapitel 9). Selbst wenn Projekte der integrierten Versorgung finanziert werden können, sind sie häufig vom Engagement einzelner abhängig – für die öffentliche Hand und für die Privatwirtschaft fehlen Anreize für eine Beteiligung.

- **Es benötigt die Vereinheitlichung der Finanzierung über alle Leistungsträger hinweg, damit integrierte Versorgung funktionieren kann** (Durchführung 1, Person 5; 55:25).
- **Häufig hängen Projekte, wie beispielsweise die Sozialarbeiter in Hausarztpraxen, vom Engagement der Beteiligten ab und sind nicht feste, personenunabhängige Strukturen. So hat in Basel ein Hausarzt aufgehört, danach war auch kein Sozialarbeiter beim Nachfolger mehr beschäftigt** (Durchführung 1, Person 3; 01:08:00).
- **Für eine gelingende integrierte Versorgung müssen die dahinterstehenden Leistungen abgerechnet werden können. Dabei können sie entweder in den bestehenden Strukturen des Gesundheitswesens finanziert werden, wobei die Leistungserbringer wahrscheinlich eine relativ grosse Autonomie beim Einsatz der Mittel hätten. Oder aber die öffentliche Hand muss ihren Beitrag dazu leisten – insbesondere bei den Themen, die im bestehenden System schlecht abgebildet sind, wie z.B. die Betreuung oder die Lotsenfunktion der Sozialen Arbeit. Ohne substantielles Engagement der öffentlichen Hand wird es wohl nicht funktionieren** (Durchführung 2, Person 2; 48:16).

Die Probleme bei der Umsetzung integrierter Versorgung wurden sehr breit diskutiert. Es wird von Fehlanreizen im Gesundheitswesen gesprochen. Die ökonomischen Leitprinzipien führen gemäss den Befragten dazu, dass sich niemand für die Bearbeitung der sozialen Dimension zuständig fühlt oder fühlen möchte: Es bestehen keine Strukturen, welche die Abrechenbarkeit von Leistungen, die auf die Bearbeitung der sozialen Dimension abzielen, ermöglichen. Die Einrichtung solcher Strukturen wird dadurch erschwert, dass der Nachweis von Wirksamkeit für die Soziale Arbeit schwierig ist.

- **Bei Sozialarbeitenden in Hausarztpraxen müssen die Hausärzte bereit sein, die Kosten zu übernehmen. Sie sind nicht anders finanzierbar. In Anbetracht des Lohnes, sind dann wenige dazu bereit (Durchführung 2, Person 1; 53:57).**
- **Es gibt einen Gap zwischen dem Wissen um soziale Determinanten von Gesundheit und der Art und Weise, wie das Gesundheits- und Sozialwesen in den Institutionen funktioniert. Die sozialen Determinanten sind in der Praxis nicht abgebildet beziehungsweise nicht sichtbar. Zum Beispiel in der Langzeitpflege, wo Betreuung ein sehr wichtiger Teil ist, aber nirgends abgebildet ist (Durchführung 2, Person 2; 38:27).**
- **Wirkungsnachweise sind für die Soziale Arbeit schwierig. Ein Fall mit Beratung kann kaum einem Fall ohne Beratung gegenübergestellt werden, da es sich immer um Einzelfälle handelt, wo so viele Faktoren vorkommen, dass ein Vergleich wenig aussagekräftig ist. (Durchführung 2, Person 1; 51:50).**

Letztlich wird auch noch der Umstand bemängelt, dass kein einheitliches Verständnis von integrierter Versorgung existiert. Im Gegensatz zu den Problemen bei der Umsetzung werden aber auch laufende und potentielle Projekte der integrierten Versorgung angesprochen – inklusive Vorschläge, wie die Finanzierung gestaltet werden könnte. Es besteht ein Konsens darin, dass die Soziale Arbeit aufzeigen können muss, dass ihre Arbeit zu längerfristigen finanziellen Einsparungen führt. Dies kann entweder auf Ebene der Kostenträger geschehen oder aber auch auf Ebene der Leistungserbringer.

- **Es gibt Hausarztpraxen, wo Sozialarbeiter über die Gemeinschaftskosten der Praxis finanziert werden, weil die Ärzte gemerkt haben, dass wenn sich jemand um die soziale Dimension kümmert, sie in dieser Zeit mehr Patienten behandeln können. So stimmt letztlich auch die Rechnung (Durchführung 1, Person 1; 01:07:28).**
- **Wir benötigen gute Best-Practice-Beispiele. Eine Idee beziehungsweise ein existierendes Projekt ist: Der Sozialdienst einer Gemeinde zahlt Case Management (extern angeboten) bei Komplexfällen. Er kann Leistungen in einem gewissen Rahmen bezahlen. Sozial benachteiligte Menschen können z.B. durch einen Sozialarbeiter betreut werden, die Gesundheitsleistungen werden koordiniert, aber bezahlt wie bisher. So könnte die Verbindung von Gesundheits- und Sozialwesen auch in der Kostenbeteiligung geschehen (Durchführung 1, Person 1; 01:00:20).**

Viele der Befragten stellen sich vor, dass eine enge Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Sozialwesen der einzig gangbare Weg zu einer wirklich integrierten und integrierenden Versorgung darstellt. Die Zusammenarbeit zwischen Hausärztinnen und Hausärzten als Gatekeeper für das Gesundheitswesen und Sozialarbeitenden als Gatekeeper zum Sozialwesen ist dabei die meistgenannte Form der interprofessionellen Zusammenarbeit. Die Teilnehmenden der Fokusgruppe stimmen darin überein, dass die integrierte Versorgung für die Soziale Arbeit ein sehr spannendes Arbeitsumfeld wäre. Es wurde rege darüber diskutiert, welche Rolle die Soziale Arbeit darin einnehmen könnte. Die übergeordnete, vernetzte Denkweise der Sozialen Arbeit dient dabei als Begründung der besonderen Eignung der Sozialen Arbeit, eine wichtige Funktion in der integrierten Versorgung einzunehmen. Als Beispiel dafür wird die von der Sozialen Arbeit verwendete Methode des Case Management erwähnt.

- **Obwohl Ausbildungen zu Case Management immer mehr von Personen ausserhalb der Sozialen Arbeit besucht werden, ist es immer noch eine Methode, die**

die Soziale Arbeit schon immer verwendet hat. Für die Begleitung von Personen in der «reineren» Form des Case Management ist die Soziale Arbeit prädestiniert (Durchführung 1, Person 3; 44:00).

- **Bottom-Up-Ansätze von Case Management sind genuin Soziale Arbeit. So sind es zentrale Kompetenzen von Sozialer Arbeit. Das ist eine Rolle, die die Soziale Arbeit einnehmen kann (Durchführung 1, Person 1; 48:00).**

Weshalb wird es denn überhaupt als wichtig erachtet, dass die Soziale Arbeit eine wichtige Rolle einnimmt? Die Befragten beantworten diese Frage damit, dass sie den Zusammenhang zwischen Krankheit und Sozialleben hervorhebt.

- **Es ist absolut unbestritten, dass soziale Probleme einen Einfluss auf die Gesundheit haben können, insbesondere dann, wenn sie länger anhalten. Und umgekehrt ist unbestritten, dass langwierige Krankheiten die soziale Dimension beeinflussen. Folgen sind wirtschaftliche Probleme, fehlende soziale Teilhabe etc. Klassische Gebiete, die die Soziale Arbeit betreffen (Durchführung 2, Person 1; 36:23).**

Nachdem besprochen wurde, weshalb es wichtig ist, dass die Soziale Arbeit in der integrierten Versorgung eine Rolle einnimmt, und weshalb sie sich dazu eignet, wurde auch diskutiert, welche Rollen sie konkret einnehmen soll oder kann.

- **Die Soziale Arbeit kann drei verschiedene Rollen in der integrierten Versorgung einnehmen: 1. Als beteiligte Profession, welche die soziale Dimension bearbeitet, noch ohne Koordinationsfunktion. 2. die reine Koordinationsfunktion, worin die Soziale Arbeit gut ist, was aber die Pflege auch leisten könnte. Bei der Koordinationsfunktion, z.B. im Sinne eines Round Tables, geht es darum, die Fäden in einer Hand zu halten und die Fragmentierung überbrücken zu können. Als 3. Funktion wäre die Kombination. Also Vertretung der Profession plus die Übernahme der Koordination (Durchführung 1, Person 1, 48:30).**
- **Die Lotsenfunktion ist im Gesundheitswesen extrem wichtig und könnte viele Leerläufe und Probleme für Patientinnen und Patienten ersparen. Es würde sicherlich auch ökonomisch Sinn machen. Das wäre absolut denkbar als Aufgabe der Sozialen Arbeit (2; 33:51).**
- **Politisches Lobbying und Öffentlichkeitsarbeit müssen erfolgen und Aufgabe der Sozialen Arbeit sein (Durchführung 2, Person 2; 40:13 oder 01:10:07).**

Aus diesen Ausführungen ergeben sich drei Rollen, welche die Soziale Arbeit laut den Befragten in der integrierten Versorgung einnehmen kann: Soziale Arbeit als Teil eines interprofessionellen Teams und die Lotsenfunktion, sowie Lobbying und Öffentlichkeitsarbeit – und letztlich auch die Kombination der Rollen. Es wird aber auch klar festgehalten, dass sich nicht nur die Soziale Arbeit für eine wichtige Rolle in der integrierten Versorgung eignet. Es ist durchaus Konkurrenz vorhanden. Diese Konkurrenz wird als Risiko für die Soziale Arbeit im Akutspital und im Gesundheitswesen allgemein wahrgenommen – insbesondere auch deswegen, weil sich andere Professionen gemäss den Befragten besser verkaufen.

- **Lobbying fällt vielen sozialen Berufen schwer. Es wird als etwas Unreines, Schmutziges gesehen (Durchführung 2, Person 2; 01:10:41).**
- **Interdisziplinarität versus klare Abgrenzung zu andere Berufsgruppen.**

Die Pflegeprofession ist beispielsweise wahnsinnig aktiv mit ihren Bestrebungen. Sie integrieren immer mehr auch die sozialen Determinanten in ihre Abklärungen, schenken ihnen mehr Beachtung. Das ist zwar begrüßenswert, aber sie übernehmen damit Aufgaben, die früher klar der Sozialen Arbeit zugeordnet wurden (Durchführung 2, Person 2; 01:05:25).

- **Die Soziale Arbeit verkauft sich schlecht. Bei der Pflege oder beim Arzt wissen alle, welche Wissensbestände sie in etwa haben. Bei einem Sozialarbeiter ist das den meisten Laien völlig unklar. Auch anderen Berufsgruppen ist nicht bewusst, was beispielsweise die Inhalte des Studiums sind. Es geht um Kompetenzerwartungen (Durchführung 2, Person 1; 01:11:19).**

Entsprechend werden von den Befragten auch «Hausaufgaben» erwähnt, die die Soziale Arbeit erledigen muss, will sie sich in dieser Konkurrenz erfolgreich positionieren. Diese «Hausaufgaben» sind auf verschiedenen Ebenen zu verorten. Sie beginnen mit der Ausbildung:

- **Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit macht bis zu einem Viertel der Erwerbstätigen in der Sozialen Arbeit aus. Dennoch wird es im Studium häufig zu wenig thematisiert. Da besteht noch ein Potenzial (Durchführung 2, Person 2; 01:13:00).**

Im Weiteren wird auch die intraprofessionelle Zusammenarbeit als Gebiet erwähnt, in dem noch Verbesserungspotentiale vorhanden sind:

- **Des Weiteren hängt die Positionierung der Sozialen Arbeit auch von Zusammenschlüssen und gegenseitiger Unterstützung / gegenseitigem Austausch ab, wie es zum Beispiel im sages möglich ist (Durchführung 1, Person 2; 01:17:35).**
- **Es gibt die Pro Senectute, die Krebsliga, die Pro Infirmis, man hat Sozialarbeitende in den Alters- und Pflegeheimen. Vielleicht müsste man auch sie in die Pflicht nehmen und die Zusammenarbeit dort durch mehr Transparenz fördern (Durchführung 2, Person 1; 01:04:14).**

Als wichtigster Punkt für die erfolgreiche Positionierung der Sozialen Arbeit sehen die Befragten aber klar die Öffentlichkeitsarbeit und das politische Lobbying. Die Wirksamkeitsforschung soll dabei als Werkzeug dienen, welches die Argumente der Sozialen Arbeit im ökonomisch dominierten Diskurs stärken soll.

- **Es muss wieder auf die politische Agenda, dass Soziale Arbeit als Gesundheitsberuf anerkannt wird. Da wurde etwas verpasst vor ein paar Jahren. Das wäre ein erster Schritt (Durchführung 2, Person 1; 35:39).**
- **Die fehlende Sichtbarkeit von Themen, wie beispielsweise die zentrale Bedeutung von Betreuung in der Langzeitpflege, kann nur durch Lobbying und politische Arbeit erfolgen. Es fehlt diesen Themen an Sichtbarkeit auf dem politischen Parkett. Deshalb ist die Öffentlichkeitsarbeit und das politische Lobbying ein ganz wichtiger Punkt (Durchführung 2, Person 2; 39:38).**
- **In der Wirksamkeitsforschung hat auch die Soziale Arbeit grosse Fortschritte gemacht (z.B. die SROI-Analyse). Effekte können mit Frankenbeträgen beziffert werden. Solche Analysen müssen durchgeführt und damit Öffentlichkeitsarbeit und Lobbying betrieben werden (Durchführung 2, Person 2; 01:09:24).**

Zusammengefasst gibt es für die Soziale Arbeit einiges zu tun, will sie sich im Gesundheitswesen im Rahmen der integrierten Versorgung erfolgreich positionieren. Dass sie aber dazu die Kompetenzen hat, insbesondere wenn sie mit anderen Professionen zusammenarbeitet, wird von den Befragten jedoch unmissverständlich festgehalten:

- **Soziale Arbeit ist DIE Profession für die Umsetzung integrierter Versorgung** (Durchführung 1, Person 6, 43:15).

10.8 Fazit qualitative Erhebung

Die Soziale Arbeit hat gemäss den Befragten die Kompetenzen, sich gut zu positionieren. Dazu muss sie aber ihre Stärken besser hervorheben können. Besonders auf zwei Ebenen soll dies erfolgen:

- **Interprofessionelle Zusammenarbeit:** Die Soziale Arbeit soll ihre Stärken in den fachlichen Diskurs mit anderen Berufsgruppen einbringen. Erst dadurch werden klare Abgrenzungen zu den Zuständigkeiten anderer Berufsgruppen möglich. Die Soziale Arbeit ist dann zuständig, wenn sie die Kompetenzen zur Erfüllung des Auftrags besitzt und das auch zeigen kann. Dies ist in zweierlei Hinsicht wichtig: Zum einen kann sich die Soziale Arbeit so von konkurrierenden Professionen, die immer mehr die soziale Dimension von Krankheit mitbearbeiten, abheben. Zum anderen wird so die Zusammenarbeit mit den anderen Professionen gefördert: Wenn den anderen Professionen bewusst wird, welche Kompetenzen die Soziale Arbeit mitbringt, beziehen diese sie für die Bearbeitung komplexer, der Interprofessionalität bedürftiger Problemstellungen, häufiger mit ein.
- **Öffentlichkeit und Politik:** Der Umstand, dass die Kompetenzen und Stärken der Sozialen Arbeit der grossen Öffentlichkeit nicht bekannt sind, wird bemängelt. Während die Aufgaben, welche Ärztinnen und Ärzte oder Pflegende erfüllen, weitgehend geläufig sind, stellt sich oft die Frage, was Soziale Arbeit im Gesundheitswesen überhaupt leistet. Auch im politischen Prozess ist dieser Umstand hinderlich. Da gemäss den Befragten insbesondere die Finanzierung von Leistungen die Rahmenbedingungen der Arbeit bestimmt, wird der Argumentation für Leistungen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen in Form von politischem Lobbying grosse Bedeutung zugemessen.

Es wurde diskutiert, wie die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen ihre Stärken besser hervorheben kann. Bereits im Rahmen der Ausbildung auf Ebene der Fachhochschulen sollen Schritte unternommen werden, welche die Fähigkeit zur Einbringung in den fachlichen Diskurs fördern sollen. Gemeinsame Ausbildungen mit anderen Professionen sind eine Möglichkeit, die hervorgehoben wird. Weiter wird die Abrechenbarkeit der Leistungen Sozialer Arbeit über SwissDRG erwähnt: Die Soziale Arbeit soll dadurch auch auf der Ertrags- und nicht mehr nur auf der Aufwandseite in den Erfolgsrechnungen der Akutspitäler auftauchen, womit sie nicht mehr nur als Kostenverursacherin wahrgenommen wird.

Im Rahmen der Politik und der öffentlichen Wahrnehmung wird jedoch insbesondere die Wirksamkeitsforschung thematisiert. Der Diskurs in der Politik – und auch der Diskurs über Unsinn und Sinn der Sozialen Arbeit in den Medien – ist ökonomisch dominiert. Der Nachweis von Wirksamkeit wird deshalb als zentrale Herausforderung für die Soziale Arbeit gesehen. Für soziale Berufe ist ein Wirkungsnachweis schwierig, es wurden aber zum Beispiel in Form von SROI-Analysen auch Fortschritte erzielt.

Der Nachweis von Wirkung wird von den Befragten deshalb als so zentral angesehen, weil er für den politischen Diskurs wichtig ist. Die Politik bestimmt die Rahmenbedingungen, unter denen im Gesundheitswesen gearbeitet wird. Insbesondere die Tarifstrukturen beziehungsweise die Finanzierung von Leistungen werden als entscheidender und einschneidender Faktor betrachtet – und zwar sowohl bei SwissDRG als auch bei der integrierten Versorgung:

- **SwissDRG:** Seit Einführung dieser Tarifstruktur kam es zu einer starken Verkürzung der Aufenthaltsdauer. Die Folgen sind für die Befragten insbesondere, dass die Soziale Arbeit deutlich mehr an Fristen gebunden ist und weniger Zeit hat, wirklich Soziale Arbeit zu betreiben. Es geht weniger um die Bearbeitung der sozialen Dimension von Krankheit und vielmehr um die reine Austrittsplanung. Die Anreize, die durch das Tarifsysteem geschaffen werden, führen gemäss den Befragten zu einer zunehmenden Abkehr von der Sozialen Arbeit im Spital. Die Patientinnen und Patienten werden zunehmend nur im Rahmen ihrer Diagnose gesehen, da damit Leistungen verrechnet werden können. Das Denken in Mengen wird vorherrschend. Es wird kritisiert, dass eine Liste von Diagnosen nie die Komplexität abbilden kann, die ein Leben mit hochkomplexen chronischen Krankheiten beinhaltet. Für eine ausführliche Sozialanamnese und entsprechende Nachsorgeplanung bleibt aber aufgrund der zunehmenden Bindung an Fristen oft keine Zeit. Nicht zuletzt wird auch eine Zunahme an Risikoselektion durch die Spitäler befürchtet: Nur noch die medizinischen Fachgebiete werden angeboten, die vergleichsweise gut abgegolten werden.
- **Integrierte Versorgung:** Die unterschiedlichen Tarifstrukturen im Gesundheitswesen verhindern eine effektive integrierte Versorgung. Wenn die ökonomischen Anreize fehlen, also bestimmte Leistungen wie Betreuung und Koordination nicht abgerechnet werden können, fühlt sich niemand dafür zuständig – oder möchte sich nicht dafür zuständig fühlen. Die Finanzierung von laufenden Projekten hängt häufig vom Engagement einzelner Personen ab, wie zum Beispiel bei einer Hausarztpraxis, die Sozialarbeitende über das Praxisbudget bezahlt. Im Weiteren werden gemäss den Befragten viele Projekte nur für eine Pilotphase finanziert, danach werden sie wieder fallengelassen, da keine neue Finanzierung sichergestellt werden konnte. Auch die Diskussion, ob die Versicherer oder aber die öffentliche Hand die Finanzierung einer integrierten Versorgung leisten soll, ist nicht abschliessend geklärt.

Die Befragten halten klar fest, dass es aber durchaus ökonomische Gründe gibt, die für eine flächendeckende Finanzierung von integrierter Versorgung sprechen: Die Unübersichtlichkeit und Zersplitterung des Gesundheitswesens führt zu Verzögerungen bei den Schnittstellen (zum Beispiel ein längerer Spitalaufenthalt, da keine geeignete Nachsorge in nützlicher Frist gefunden werden konnte), zu Fehlern, welche Nachbehandlungen mit sich ziehen, zu Über- oder Doppelbehandlungen etc. Eine funktionierende integrierte Versorgung könnte das verhindern – was sowohl ökonomisch als auch im Sinne des Wohls von Patientinnen und Patienten sinnvoll wäre. Bei den Befragten sind auch durchaus Ideen für eine gelingende integrierte Versorgung vorhanden. Es wurden mehrere Formen von Projekten diskutiert, welche umgesetzt werden könnten oder sich bereits in der Pilotphase befinden – häufig inklusive Möglichkeiten der Finanzierung. Ein Beispiel soll hier nochmals aufgeführt werden, da es auch das Problem der

Finanzierungszuständigkeit zwischen öffentlichen und privaten Kostenträgern ansatzweise thematisiert:

- Eine Idee beziehungsweise ein existierendes Projekt ist: Der Sozialdienst einer Gemeinde zahlt Case Management (extern angeboten) bei Komplexfällen. Er kann Leistungen in einem gewissen Rahmen bezahlen. Sozial benachteiligte Menschen können z.B. durch einen Sozialarbeiter betreut werden, die Gesundheitsleistungen werden koordiniert, aber bezahlt wie bisher. So könnte die Verbindung von Gesundheits- und Sozialwesen auch in der Kostenbeteiligung geschehen (Durchführung 1, Person 1; 01:00:20)

Nebst den möglichen Projekten wurde auch über die Rollen gesprochen, die die Soziale Arbeit im Rahmen der integrierten Versorgung einnehmen kann: Soziale Arbeit als Teil eines interprofessionellen Teams, welcher die soziale Dimension bearbeitet, die Lotsenfunktion für Patientinnen und Patienten im unübersichtlichen Gesundheitswesen, sowie Lobbying und Öffentlichkeitsarbeit – und auch die Kombination der Rollen.

Soll die Soziale Arbeit jedoch die gewünschten Rollen einnehmen können – egal ob in der integrierten Versorgung oder im Rahmen von SwissDRG im Akutspital – muss sie sich besser verkaufen. Sie muss wie erwähnt ihre Stärken besser hervorheben, im politischen, öffentlichen und im fachlichen Diskurs.

TEIL 3:

QUANTITATIVE

ERHEBUNG

11 QUANTITATIVE ERHEBUNG

Wie in Kapitel 1.3 beschrieben, folgt nach der qualitativen Erhebung die quantitative Erhebung. Ziel dieser Sequenz ist die Generalisierung der Ergebnisse der qualitativen Sequenz. Es folgt die Überprüfung, ob die in der Fragestellung als relevant bestimmten Professionellen – die Spitalsozialarbeitenden – die Meinungen der Fokusgruppenteilnehmenden teilen. Im Folgenden wird dargelegt, auf welche Art und Weise das erfolgen soll.

11.1 Forschungsdesign

Forschungsdesigns werden nach verschiedenen Kriterien unterteilt. Die Fachstelle «Empirische Methoden» der Fachhochschule Luzern schreibt dazu (2017, S. 1).

«[Es gilt,] die zeitliche Dimension der Erhebung zu definieren, wobei zwischen Quer- und Längsschnitterhebungen sowie der spezielleren Untersuchungsform Kohortenuntersuchung unterschieden werden kann. Weiter gilt es zu definieren, ob Vergleichs- und Kontrollgruppen zum Einsatz kommen sollen. Die Definition der Untersuchungsform endet mit der Entscheidung über die eingesetzte Erhebungsmethode (Befragung, Inhaltsanalyse, Beobachtung, nichtreaktive Methoden).»

11.1.1 Zeitliche Dimension

Die zeitliche Dimension einer Erhebung bezeichnet nichts anderes, als die Anzahl der Erhebungen. Bei einem Querschnittsdesign wird zu einem einmaligen Zeitpunkt eine Erhebung durchgeführt, bei Längsschnittstudien sind mehrere Erhebungen oder Erhebungsphasen vorgesehen. Bei den Längsschnittstudien wird weiter zwischen Trend- und Panelstudien unterschieden: Panelstudien richten ihre Befragungen immer an dieselben Teilnehmenden, womit auch Veränderungen auf individueller Ebene erfasst werden können. Trendstudien hingegen sind eine Abfolge an Querschnittsstudien, wobei die Teilnehmenden sich ändern, aber nach bestimmten Merkmalen verglichen werden (Raithel, 2008, S. 50).

Für die vorliegende Arbeit wurde ein Querschnittsdesign gewählt. Damit sind mehrere Vorteile verbunden (Pfeiffer, 2019, S.1):

- Es handelt sich um eine Momentaufnahme, die gut geeignet ist, um aktuelle Meinungen zu spezifischen Themen oder Aussagen zu erfassen. Da bei der vorliegenden Arbeit die Meinung der Spitalsozialarbeitenden zu den in den Fokusgruppen generierten Aussagen erfasst werden soll, eignet sich dieses Design.
- Die Querschnittsstudien sind kostengünstig, da sie nur einmal durchgeführt werden. Im Vergleich zu einer Panelstudie muss auch keine intensive «Panelpflege» erfolgen.
- Aus denselben Gründen ist die Querschnittsstudie auch wenig aufwändig.
- Für eine einmalige Befragung lassen sich einfacher Teilnehmende gewinnen. Die Rücklaufquote nimmt bei Längsschnittstudien tendenziell ab.
- Ein weiterer entscheidender Faktor ist der zeitliche Aspekt: Für eine Master-Thesis ist eine Frist gesetzt, welche im Vergleich zu sonst üblichen Forschungsprozessen zeitlich knapp bemessen ist. Eine einmalige Erhebung erlaubt eine frühere Datenbearbeitung und -auswertung.

Für die Querschnittsstudie gibt es jedoch einen erheblichen Nachteil: Die Entwicklung über Zeit kann nicht erfasst werden. Bei einer nächsten Befragung könnte sich herausstellen, dass sich die Meinung der Befragten geändert hat. Wenn keine solche nächste Befragung stattfindet, kann keine solche Erkenntnis erfolgen. Bei der vorliegenden Arbeit ist jedoch vielmehr eine Momentaufnahme gefragt, weshalb dieser Nachteil nicht ganz so schwer wiegt.

11.1.2 Einsatz von Kontroll- und Vergleichsgruppen

In der quantitativen Forschung wird zwischen experimentellen, quasi-experimentellen und nicht-experimentellen Designs unterschieden. Die Designs unterscheiden sich vor allem darin, wie stark der Einfluss von Störvariablen und die Varianz der unabhängigen Variablen kontrolliert werden können (Raithel, 2008, S. 51). Sowohl beim experimentellen als auch beim quasi-experimentellen Design werden bewusst vor der Erhebung zwei Gruppen gebildet: Eine Experimental- und eine Kontrollgruppe. Die beiden Gruppen werden unterschiedlich behandelt. Die Experimentalgruppe erhält beispielsweise ein Medikament, während die Kontrollgruppe ein Placebo einnimmt. Die beiden Gruppen werden im experimentellen Design zufällig zugeordnet (Randomisierung), dabei aber nach bestimmten Merkmalsausprägungen – wie zum Beispiel Alter, Geschlecht etc. – gleich verteilt (Matching). Dadurch soll der Einfluss der unabhängigen Variablen auf die Gruppen untersucht und möglichst Drittvariablen ausgeschlossen werden. Dieses Design ist vor allem in Laborexperimenten möglich. Sobald eine Untersuchung im «Feld» stattfinden muss oder soll, ist oft eine randomisierte Zuteilung zu einer Kontroll- oder Experimentalgruppe nicht mehr möglich. Es wird hier von einem quasi-experimentellen Design gesprochen, da die Zuteilung nicht zufällig erfolgt (Raithel, 2008, S. 52).

Das häufigste Design in der Sozialforschung ist jedoch das nicht-experimentelle Design (Fachstelle Empirische Methoden der Fachhochschule Luzern, 2017, S. 1). Wenn aus praktischen oder aus ethischen Gründen keine vorgängige, willkürliche Zuteilung zu einer Gruppe erfolgen kann, wird auf ein nicht-experimentelles Design zurückgegriffen. Bei diesem Design werden, wenn überhaupt, erst bei der Datenauswertung verschiedene Gruppen gebildet. Dies ist insbesondere dann zielführend, wenn der Zusammenhang «nur» zwischen zwei Variablen untersucht wird. Dabei wird von einem Ex-post-facto-Design gesprochen. Die grossen Nachteile dieses Design sind, dass keine kausalen Reihenfolgen der Variablen gebildet werden und der Einfluss von Drittvariablen kaum kontrolliert werden kann (Raithel, 2008, S. 52).

Die vorliegende Arbeit ist ein nicht-experimentelles Design. Es wurde keine vorgängige Zuordnung der Befragten in eine Kontroll- und Experimentalgruppe vorgenommen.

11.1.3 Erhebungsmethode

Die weitaus gebräuchlichste Erhebungsmethode ist die Befragung. Sie wird in 70% aller Untersuchungen verwendet (Raithel, 2008, S. 65). Bei einer Befragung handelt es sich um einen geplanten, systematisierten Kommunikationsprozess zwischen Forschenden und Befragten. Dabei gibt es unterschiedliche Formen, die nach folgenden Kriterien unterschieden werden (ebd., 2008, S. 66):

- Umfang der Strukturierung und Standardisierung: Eine Befragung kann von wenig strukturiert bis stark strukturiert und standardisiert durchgeführt werden.

Die vorliegende Erhebung ist stark strukturiert und standardisiert. Eine stärkere Standardisierung soll die Vergleichbarkeit und die Generalisierbarkeit von Antworten erhöhen, was Ziel dieser Erhebung ist.

- Art der Kommunikation: Befragungen können schriftlich oder mündlich durchgeführt werden. Die qualitative Sequenz war eine mündliche Erhebung. Die Planung der Fokusgruppe war mit terminlichen Schwierigkeiten verbunden (vgl. Kapitel 10.3). Da die Anzahl der Befragten bei der quantitativen Sequenz noch grösser ist, wurde entschieden, eine schriftliche Befragung durchzuführen.
- Befragungssetting: Es können Einzelpersonen oder Gruppen befragt werden. In dieser Sequenz werden Einzelbefragungen durchgeführt, derselben Argumentation folgend wie der Entscheid für die schriftliche anstelle einer mündlichen Befragung.
- Durchführungsform: Gemäss Raithel (2008) können Befragungen schriftlich, internetgestützt, persönlich oder telefonisch erfolgen (S. 66). Hier wird eine internetgestützte Form gewählt. Die Vorteile liegen in tiefen Kosten, einfachem Feldzugang und erleichterter Datenerfassung.

Die schriftliche Form der Befragung hat sowohl Vor- als auch Nachteile (Raithel, 2008, S. 67).

Vorteile sind:

- Tiefer Personal- und Zeitaufwand im Vergleich zu mündlichen Befragungen.
- Beliebig viel Zeit für die Befragten, die Fragen anzuschauen und sich Gedanken dazu zu machen. Ausserdem können die Fragen auch mehrfach angeschaut und Antworten geändert werden.
- Die Person des Interviewenden fällt als mögliche Fehlerquelle weg. Verhalten und Merkmale der Interviewenden können bei mündlichen Befragungen die Ergebnisse verfälschen.

Nachteile sind:

- Es gibt keine Kontrolle, dass die avisierten Befragten die Antworten geben. Es kann auch jemand anderes den Fragebogen ausfüllen. Allgemein ist die Kontrolle über die Befragungssituation nicht gegeben.
- Wenn eine Frage oder Antwortmöglichkeit nicht verstanden wird, kann kein Nachfragen erfolgen. Das ist einer der Gründe, weshalb ein Pretest wichtig ist, um die Verständlichkeit sicherzustellen.
- Die Chance ist gross, dass einzelne Fragen nicht sorgfältig oder gar nicht beantwortet werden. Das ist bei einer mündlichen Befragung unwahrscheinlich.

Die Erhebung für die vorliegende Arbeit erfolgt trotz der damit verbundenen Nachteile in Form einer standardisierten, schriftlichen, internetgestützten Einzelbefragung. Sie wird auf der Plattform LimeSurvey Professional erstellt.

11.2 Feldzugang und Sampling

Bei der Erhebung handelt es sich um eine Vollerhebung der Leitungspersonen von Sozialdiensten in Deutschschweizer Akutspitalern. Die Einschränkung auf Leitungspersonen ist so zu begründen, dass sie mit den gesundheitspolitischen Themen SwissDRG und integrierte Versorgung, sowie deren Auswirkungen eher vertraut sein dürften, als die übrigen Mitarbeitenden: Die Leitungspersonen müssen gegenüber vorgesetzten Stellen

in der Regel die Leistungen der Spitalsozialarbeit legitimieren und beschäftigen sich, so auch die These des Fachverbandes sages, eher mit diesen weitergreifenden Themen. Die vorgesetzten Stellen der Spitalsozialarbeit werden meist mit berufsfremden Personen besetzt, als Beispiel dient hier die Lindenhofgruppe aus Bern: Der Spitalsozialdienst ist der Direktion Pflege unterstellt. Die Leitung des Spitalsozialdienstes muss daher die Leistungen der Sozialen Arbeit gegenüber Personen legitimieren, welche die Profession der Sozialen Arbeit wenig kennen. Das erfordert eine Auseinandersetzung mit aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen, darunter auch Tarifstrukturen.

Des Weiteren wird aus forschungspragmatischen Gründen auf eine Erhebung in den anderssprachigen Kantonen verzichtet, da sie mit erheblichem Aufwand bezüglich Übersetzungsleistungen der Fragebögen, der Antworten und der anschliessenden Rückmeldungen an die Befragten verbunden wäre. Ausgewiesene zweisprachige Spitäler werden jedoch angefragt.

Für die Befragung wird ein Onlinefragebogen auf LimeSurvey erstellt. Die Spitäler werden per E-Mail angeschrieben mit der Bitte, den Link für den Fragebogen an die Leitungspersonen ihrer Sozialdienste weiterzuleiten – die Links sind personalisiert und anonymisiert, sie lassen vonseiten der Befragenden keine Rückschlüsse darauf zu, wer den Fragebogen wie ausgefüllt hat, sondern bloss, ob die Person ihn ausgefüllt hat oder nicht. Dem E-Mail wird ein Schreiben beigelegt, welches einerseits bezeugt, dass die Autorin und der Autor im Interesse des Schweizerischen Fachverbandes von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen sages handeln, andererseits die Angeschriebenen um Teilnahme an der Befragung bittet (Schreiben zu finden in Anhang 1). Weiter wird ein Informationsschreiben der Autorin und des Autors beigelegt, indem dieselben (leicht angepassten) Angaben erfasst werden, wie im Informationsschreiben an die Fokusgruppenteilnehmenden (Schreiben zu finden in Anhang 7). Die Auswahl der Spitäler erfolgt anhand der Spitalliste des Bundesamts für Gesundheit BAG, welches im Bericht zu den Kennzahlen der Schweizer Spitäler aus dem Jahr 2017 die Spitäler nach Spitaltyp aufgeführt hat (2017, S. 646–648). SwissDRG betrifft die Tarifstruktur der akutsomatischen Krankenhäuser in der Schweiz (vgl. Kapitel 4). Es wurde deshalb entschieden, die akutsomatischen Krankenhäuser für die Teilnahme anzufragen. Die Spitäler, welche die Grund- und Zentrumsversorgung abdecken (Typ Allgemeinspital, Niveaus 1–5), werden angeschrieben. Rehabilitationskliniken und psychiatrische Kliniken werden nicht angefragt, da sie anderen Tarifsystemen als dem SwissDRG unterliegen. Die Anzahl der angefragten Spitäler beläuft sich auf $n=75$. Das ist für eine quantitative Erhebung eher gering, weshalb eine hohe Rücklaufquote sehr wichtig ist.

Um eine möglichst hohe Teilnahmebereitschaft – und in der Folge Rücklaufquote – sicherstellen zu können, wird die Erhebung mehrfach angekündigt:

- Wie bereits erwähnt, wird die Anfrage für die Teilnahme zusammen mit einem Schreiben des Fachverbandes sages an die Spitäler gemailt.
- Zwei Wochen später wird ein Reminder gesendet.
- Der Fachverband sages hat in seinem Newsletter die Erhebung zusätzlich angekündigt.
- Selbst den Spitalern, die auf die Ankündigung oder den Reminder nicht reagiert haben, wird der Link für die Erhebung zugestellt.

Nachdem nun bestimmt wurde, welches Untersuchungsdesign gewählt wird und wer befragt wird, stellt sich nun die Frage nach dem Erhebungsinstrument selbst: Der Onlinefragebogen.

11.3 Fragebogen

Wie in Kapitel 10.5 erwähnt, war die Moderation der Fokusgruppen für die unerfahrenen Moderierenden herausfordernd. Es konnten nicht alle Fragestellungen, die in Kapitel 10.4 definiert wurden, besprochen werden. Ziel der quantitativen Erhebung ist somit einerseits die Ergänzung in Bezug auf die Fragestellungen, die in der Fokusgruppe noch zu wenig bearbeitet werden konnten, andererseits dient die Erhebung aber auch der Generalisierung oder Quantifizierung der Aussagen aus den Fokusgruppen mit dem Ziel der Überprüfung, ob die Leitungspersonen der Spitalsozialdienste in der Deutschschweiz die Meinungen der Fokusgruppenteilnehmenden teilen.

Bei der Konstruktion eines Fragebogens werden thematische Blöcke gebildet. Innerhalb dieser thematischen Blöcke werden mehrere Fragen gestellt, die den thematischen Block jeweils möglichst gut abdecken sollen (Raithel, 2008, S. 75). Die Operationalisierung der Fragestellungen, welche anhand der thematischen Blöcke aufgezeigt wird, ist im Anhang zu finden (Anhang 8). Nebst der Operationalisierung werden dort auch einige allgemeine Überlegungen und Entscheidungen erörtert, die für die gesamte Fragebogenkonstruktion gelten.

11.4 Pretest

Pretests sind wichtig um zu eruieren, ob ein erstelltes Erhebungsinstrument in der Form, wie es erstellt wurde, verwendet werden kann. Gemäss Raithel (2008) sollen insbesondere die Anwendbarkeit, Vollständigkeit, Qualität und Verstehbarkeit eines Instrumentes überprüft werden (S. 63). Dazu wird einer kleinen Stichprobe das Instrument zur Bearbeitung gesendet. Wie gross diese Stichprobe zu sein hat, ist umstritten. Hier wird der Empfehlung von Friedrichs (1990) gefolgt, welche eine einprozentige Stichprobe – im Vergleich zur letztendlichen Erhebung – vorschlägt (S. 245). Bei einer maximalen Stichprobe von $n=75$ sollten somit mindestens 8 Personen für den Pretest beigezogen werden. In der vorliegenden Arbeit wurde entschieden, den Pretest mit dem gesamten Vorstand des sages durchzuführen. Der Pretest wurde an 13 Personen gesendet. Die Begründungen für die Auswahl der Pretest-Gruppe sind folgende:

- **Feldzugang:** Die Erreichbarkeit des sages-Vorstands ist gesichert. Es sollen durch den Pretest möglichst viele Rückmeldungen für die allfällige Anpassung des Instrumentes vorliegen.
- **Wissen der Befragten:** Der Vorstand des sages eignet sich für den Pretest auch dadurch, dass sie sich mit der Thematik und auch mit der vorliegenden Erhebung auskennen. Sie waren bereits die Fokusgruppenteilnehmenden, weshalb sie die Vollständigkeit und Qualität des Fragebogens beurteilen können. Es haben jedoch nicht alle Vorstandsmitglieder an der Fokusgruppe teilnehmen können, was in diesem Fall ein Vorteil ist: Gerade diejenigen, die nicht teilgenommen haben und dadurch bezüglich Erhebung kein Vorwissen haben, können die Frage nach der Verständlichkeit gewinnbringender beantworten – die Teilnahme an der Fokusgruppe würden nämlich potentiell Rückschlüsse auf das Verständnis der Fragen erlauben, was hier aber gerade nicht gesucht wird.

- **Interesse der Befragten:** Da die vorliegende Erhebung in Rücksprache mit dem Berufsverband sages erstellt wurde, haben sie ein Interesse an der Verwendbarkeit der Ergebnisse und dadurch auch an der Anwendbarkeit des Erhebungsinstrumentes.

Den Teilnehmenden des Pretests wurde ein Dokument zugestellt, welches die Erfassung der Rückmeldungen zu den einzelnen Fragen, aber auch zur gesamten Erhebung ermöglicht (zu finden in Anhang 10). Konkret wurde gefragt nach:

Allgemeine Bemerkungen zum gesamten Erhebungsinstrument

- Waren die Fragen verständlich formuliert?
- War Interesse + Aufmerksamkeit des/der Befragten während des gesamten Fragebogens gegeben?
- Gab es technische Probleme mit Fragebogen Befragungshilfen?
- Bemerkungen zur Länge der Fragen: Zu kurz, gerade richtig oder zu lang?
- Bemerkungen zur Reihenfolge der Fragen
- Dauer zum Ausfüllen des Fragebogens
- Bemerkung zur Zeitdauer des Fragebogens: z.B. zu kurz, gerade richtig oder zu lang
- Sonstige Anmerkungen

Bemerkungen zu (jeder) einzelnen Frage

- Ist die Frage verständlich formuliert?
- Hat die Frage die richtige Länge oder ist sie zu kurz/zu lang?
- Ist die Frage am richtigen Ort, wenn die Reihenfolge der Fragen beachtet wird?
- Sind die Antwortoptionen und Teilfragen verständlich formuliert (insbesondere bei Matrixfragen)?
- Fehlen wichtige Antwortoptionen oder Teilfragen? Wenn ja, welche?
- Sonstige Bemerkungen oder Vorschläge zur Frage

Das Erhebungsinstrument wurde in der Folge anhand der Rückmeldungen angepasst. So wurde zum Beispiel die Definition, was «gute» und «wichtige» Zusammenarbeit definiert (vgl Anhang 8) aufgrund einer Rückmeldung dem Instrument beigefügt. Die meistgenannte Rückmeldung konnte jedoch nicht umgesetzt werden: Bei den Matrixfragen – das sind die Fragen, die mittels Ratingskala eine Beurteilung mehrerer Antwortmöglichkeiten erlauben – wurde gefordert, dass innerhalb der Matrix noch eine freie Antwortoption beigefügt wird, im Sinne einer halboffenen Frage. Die Plattform LimeSurvey bietet das aber nicht als Option an. Nach Rücksprache mit Forschenden der Berner Fachhochschule BFH wäre das nur mit vertieften Kenntnissen der Programmiersprache Java Script möglich und wäre mit erheblichem Aufwand verbunden. Deshalb wurde entschieden, diese freien Antwortoptionen nicht anzubieten.

11.5 Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte online mit der Plattform LimeSurvey. Den n=75 Spitälern wurde ein individueller Zugangsschlüssel zugestellt. Dieser Zugangsschlüssel ermöglicht den wiederholten Zugang zum Erhebungsinstrument. Es konnten somit über mehrere Tage die Antworten noch angepasst oder überdacht werden. Den Befragten wurde für die Beantwortung ein erstes Zeitfenster von 14 Tagen zur Verfügung gestellt. Nach

diesen 14 Tagen wurde ein Reminder an diejenigen Personen gesendet, die den Fragebogen noch nicht (fertig) ausgefüllt hatten (automatisiert durch LimeSurvey). Nach insgesamt 21 Tagen wurde die Umfrage beendet und die Ergebnisse in das Statistikprogramm SPSS exportiert. Für den Export in das SPSS steht auf LimeSurvey eine Funktion zur Verfügung, welche nebst den Daten auch den Export der ganzen Syntax ermöglicht (Variablenamen, Codes etc.).

11.6 Datenaufbereitung und -auswertung

Die Datenauswertung erfolgt mittels Statistikprogramm SPSS. Zuerst werden die Daten aufbereitet. Dazu werden folgende Schritte vorgenommen:

- **Erstellen der Datenmatrix:** Dies erfolgt automatisch durch die Exportfunktion von LimeSurvey. Zur Sicherheit wird die unbearbeitete Datenmatrix extern gespeichert. Die Datenbearbeitung erfolgt an einer Kopie der Originaldatenmatrix. Jeder befragten Person wird eine ID-Nummer zugewiesen, damit bei Bedarf eine Fallidentifikation möglich ist.
- **Erstellen des Codeplans:** Der Codeplan beinhaltet die Fragencodes, die Variablenbeschriftung, das Messniveau (metrisch, ordinal, nominal), die Angabe zu fehlenden Werten und die Wertebeschriftung. Wenn zum Beispiel bei einer Frage die Ausprägungen 1 bis 5 möglich sind, wird in der Wertebeschriftung erfasst, was diese Werte genau bedeuten: 1 bedeutet zum Beispiel «schlecht», 2 «eher schlecht», 3 «unentschieden» und so weiter. Ausserdem muss bestimmt werden, welche Werte als fehlend deklariert werden. In der vorliegenden Arbeit werden Werte als fehlend angegeben, wenn a) die Befragten die Frage gar nicht ausgefüllt haben (erhält den Code -9) oder b) die Weiss-nicht-Kategorie gewählt haben (Code 6). Die fehlenden Werte werden für die statistische Auswertung aus den Analysen ausgeschlossen.

Weiter werden die Variablen beschriftet. LimeSurvey übernimmt jeweils die ganze Fragestellung als Variablenname. Diese sind jedoch zu lang und müssen gekürzt werden. So wird beispielsweise «[«Wirkungsnachweise sind für die Soziale Arbeit schwierig»] Beurteilen Sie folgende Aussagen zu den Stärken und Schwächen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen» automatisch aufgeführt, wird aber in «Wirkungsnachweise sind für die Soziale Arbeit schwierig» geändert. Dies dient der Übersichtlichkeit, was insbesondere für die Darstellung der Ergebnisse – wie etwa bei Diagrammen – wichtig ist. Die Bestimmung des Messniveaus ist ein wichtiger Schritt. Die unterschiedlichen Messniveaus lassen unterschiedliche statistische Analysen zu. Unterschieden wird zwischen Nominal-, Ordinal-, Intervall- und Ratioskala (Raithel, 2008, S. 43). In der Theorie ist klar umschrieben, welche Variablen welchem Messniveau zugehören, mit einer wichtigen Ausnahme: Die Ratingskalen. Bei Ratingskalen wird immer wieder diskutiert, ob es zulässig ist, sie als intervallskaliert zu interpretieren. Dazu müssten die Abstände zwischen den Kategorien nicht nur in eine Rangfolge gebracht werden können – wie bei einer Ordinalskala – sondern die Abstände zwischen den einzelnen Kategorien müssten gleich sein (Raithel, 2008, S. 44). Hier gibt es zwei klare Lager: Auf der einen Seite sind die Messtheoretiker, die Ratingskalen als ordinalskaliert klassifizieren, auf der anderen Seite befinden sich die Forschungspragmatiker, die finden, dass die Verletzung der Intervallskaleneigenschaft bei Ratingskalen nicht gravierend ist (Döring & Bortz, 2016, S. 124). In der Forschung haben sich dazu einige Überlegungen weitgehend durchgesetzt (S. 126):

- Ratingskalen mit fünf oder sieben Kategorien werden in der Regel als intervallskaliert interpretiert.
- Ratingskalen mit weniger Kategorien sind ordinalskaliert.
- Gerade Ratingskalen mit zwei Mittelkategorien sind eher ordinalskaliert, da angenommen wird, dass der Abstand zwischen den zwei Mittelkategorien grösser ist, als zu den restlichen Kategorien.
- Wenn Zweifel an der Äquidistanz zwischen den Kategorien bestehen, werden die Variablen ordinal ausgewertet.

Die Ratingskalen in der vorliegenden Arbeit werden als intervallskaliert interpretiert. Sie umfassen fünf Kategorien, sind ungerade – also mit nur einer Mittelkategorie – und die Abstände zwischen den Kategorien können ohne grössere Zweifel als äquidistant betrachtet werden. Ausserdem sind Mittelwerte für die Angabe der durchschnittlichen Zustimmung oder Ablehnung zu einer Aussage wichtig, die nur ermittelt beziehungsweise interpretiert werden dürfen, wenn die Variabel intervallskaliert ist. Im SPSS wird daher für die Ratingskalen das Messniveau «metrisch» gewählt.

- **Datenbereinigung:** Bei der Datenbereinigung sollen Fehler bei der Eingabe der Daten aufgefunden und behoben werden. Dazu wurde in einem ersten Schritt die gesamte Datenmatrix in Augenschein genommen. Da die Daten automatisch von LimeSurvey in das SPSS exportiert werden konnten, wurden bei dieser Durchsicht keine offensichtlich fehlenden oder falschen Daten gefunden. Im zweiten Schritt wurden insbesondere Maximum und Minimum mittels der deskriptiven Statistik bestimmt, wie von Raithel (2008) vorgeschlagen (S. 93 ff.). Dadurch lassen sich einfach Ausreisser erkennen: Wenn nur Werte zwischen 1 bis 6 möglich sind und plötzlich ein Wert von 14 vorliegt, kann etwas nicht stimmen. Es wurden jedoch bei der Datenbereinigung keine Fehler im Rohdatensatz gefunden.
- **Umcodierung der Variablen:** Die Variablen werden alle in die gleiche Richtung gepolt. Bei den Fragen nach Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken entspricht der Wert 1 im Rohdatensatz der Aussage «stimme zu» und der Wert 5 der Aussage «stimme nicht zu». In der Regel sollte es so sein, dass der höchste Wert der höchsten Zustimmung zur Aussage entspricht. Deshalb werden die Variablen hier umgepolt (Raithel, 2008, S. 96).

Im Weiteren werden sogenannte Bereichseinteiler erstellt. Sie dienen dazu, Variablen in Variablengruppen zusammenzufassen. Das ist beispielsweise beim Alter oder der Anzahl Jahre Berufs- oder Leitungserfahrung sinnvoll: Eine statistische Auswertung für alle Jahresangaben zu machen, ist nicht zielführend. Vielmehr werden sie in Gruppen aufgeteilt. Die Leitungserfahrung beispielsweise wurde in 5-Jahres-Schritten eingeteilt: 0–5 Jahre, 6–10 Jahre, 11–15 Jahre und mehr als 15 Jahre Berufserfahrung. Mit diesen Bereichseinteilern lassen sich statistische Verfahren zu Zusammenhängen eher durchführen. Soll zum Beispiel eine Kreuztabelle erstellt werden, um den Zusammenhang zweier Variablen zu untersuchen, sollte in jeder Zelle die erwartete Häufigkeit mindestens 5 betragen (Raithel, 2008, S. 142). Dies ist, wenn bei Leitungserfahrung jedes einzelne Jahr zur Auswertung verwendet wird, kaum möglich. Letztlich werden auch noch Variablengruppierungen bei den Ratingskalen vorgenommen. Wenn die Werte 1 und 2 «stimme nicht zu» bzw. «stimme eher nicht zu» und die Werte 4 und 5 «stimme eher zu» bzw. «stimme zu» entsprechen, kann die Variable auch in Zustimmung und Ablehnung

zusammengefasst werden. Dann entspricht der neue Wert 1 den alten Werten 1 und 2 und wird «stimme (eher) nicht zu» genannt. Die Mittelkategorie mit dem vorangehenden Wert 3 hat neu den Wert 2. Die alten Werte 4 und 5 sind neu im Wert 3 «stimme (eher) zu» zusammengefasst. Diese Umkodierung auf Zustimmung/Ablehnung ermöglicht einen schnelleren Überblick über das Datenmaterial (Raithel, 2008, S. 96).

Im Anschluss an die Datenbereinigung findet die Datenauswertung mittels statistischer Verfahren statt. In der vorliegenden Arbeit geht es primär um die Generalisierung der Aussagen aus den Fokusgruppen, also um eine quantifizierte Beurteilung bezüglich Zustimmung oder Ablehnung zu den in den Fokusgruppen getätigten Aussagen. Dies wird mittels deskriptiver Statistik erreicht. Zu Beginn der Auswertung werden die univariaten Methoden zu Häufigkeitsverteilungen, den Massen der zentralen Tendenz und Streuungsmassen verwendet.

- **Häufigkeitsverteilungen:** Bei Häufigkeiten wird zwischen absoluten und relativen Häufigkeiten unterschieden. Absolute Häufigkeiten geben die Anzahl an Merkmalsausprägungen wieder, also beispielweise wie oft die Kategorie «stimme zu» bei einer Aussage gewählt wurde. Die relative Häufigkeit zeigt den Prozentwert, also den prozentualen Anteil, an – zum Beispiel wie viel Prozent der Befragten die Kategorie «stimme zu» gewählt haben.
- **Masse der zentralen Tendenz:** Die Masse der zentralen Tendenz geben an, wo sich der Schwerpunkt oder die Mitte einer gegebenen Häufigkeitsverteilung befindet (Raithel, 2008, S. 134). Sie unterscheiden sich je nach Skalenniveau. Der Modus kann auf jedem Skalenniveau angegeben werden und bezeichnet den häufigsten Wert. Der Median kann ab ordinalem Skalenniveau angegeben werden und teilt die Anzahl der Merkmalsträger in zwei gleiche Hälften: 50% der Befragten haben den gleichen oder einen tieferen, 50% den gleichen oder einen höheren Wert gewählt. Er wird deshalb auch Zentralwert genannt. Der Mittelwert ist der geläufig als Durchschnitt bezeichnete Wert, der ab einem metrischen Skalenniveau verwendet werden darf.
- **Streuungsmasse:** Während die Masse der zentralen Tendenz die Mitte bestimmen, geben die Streuungsmasse an, wie stark die Antworten der Befragten im Schnitt von dieser Mitte abweichen. In der Statistik ist insbesondere die Standardabweichung für metrische Daten sehr weit verbreitet (Raithel, 2008, S. 135). Sie gibt an, wie stark die Werte im Schnitt vom Mittelwert abweichen. Für nominale Daten gibt es kein Streuungsmass – ausser man möchte die Anteilswerte als solches bezeichnen. Für ordinalskalierte Daten wird der Semiquartilabstand verwendet. Während der Median die Antworten in zwei gleich grosse Hälften teilt, lässt sich dasselbe für andere Prozentwerte durchführen. Insbesondere die Quartile, also die 25%- und die 75%-Grenze werden dabei oft verwendet. Die Streuung der mittleren 50%, also die Differenz der Werte an der 25%- und der 75%-Grenze, wird als Semiquartilabstand definiert.
- Für die **multivariate Statistik** bieten sich im Rahmen dieser Arbeit vor allem Verfahren für die Prüfung und Testung von Unterschieden zwischen definierten Gruppen (unabhängige Stichproben) an. Die Kreuztabelle und damit verbunden der Chi-Quadrat-Test sind in der vorliegenden Arbeit wahrscheinlich wenig aussagekräftig, da die Stichprobe eher klein ist (für Kreuztabellen sollten, wie erwähnt, pro Zelle eine erwartete Häufigkeit von mindestens 5 vorliegen). Da die Ratingskalen

grösstenteils als intervallskaliert interpretiert werden können, bietet sich jedoch der Mittelwertdifferenztest an, zum Beispiel der t-Test nach Student. Dafür müssen die Variablen aber normalverteilt sein. Sind sie es nicht, wäre der Median für einen nichtparametrischen Test heranzuziehen (Raithel, 2008, S. 146). Hier bietet sich der Kruskal-Wallis-Test an. Er eignet sich, wenn mehrere unabhängige Stichproben untersucht werden sollen. Er erzielt auch bei kleinen Stichproben, in denen die Variablen nicht normalverteilt sind, gute Ergebnisse. Gerade bei kleinen Stichproben ist die asymptotische Signifikanz, wie sie standardmässig berechnet wird, zu ungenau. Hier wird die exakte Signifikanz berechnet. Wenn nun ein Ergebnis gemäss dem Kruskal-Wallis-Test statistisch signifikant ist, liegt ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen (zum Beispiel nach Ausbildungsart) vor. Um zu eruieren, welche Gruppen sich voneinander statistisch signifikant unterscheiden, müssen im Anschluss Post-hoc-Tests durchgeführt werden (ebd., 2008, S. 150).

Andere statistische Verfahren, wie Regressions-, Hauptfaktoren- oder Reliabilitätsanalysen etc. bieten sich hier nicht an, da die Operationalisierung und die Fragebogenkonstruktion nicht hypothesenprüfend aufgebaut ist und keine Itembatterien verwendet wurden, also auch nicht von in der quantitativen Forschung klassisch enthaltenen Indizes oder Skalen ausgegangen werden kann (Raithel, 2008, S. 103 ff.).

11.7 Ergebnisse

Insgesamt wurden 75 Spitäler angefragt, den Link zur Erhebung an die Leitungspersonen ihrer Spitalsozialdienst weiterzuleiten. 55 Fragebögen wurden ausgefüllt (n=55), wobei 36 vollständig ausgefüllt wurden. Die Rücklaufquote beträgt somit 73% für alle und 48% für die vollständig ausgefüllten Fragebögen. Die Ergebnisse der quantitativen Erhebung werden, ebenso wie die Operationalisierung, im Rahmen der thematischen Blöcke des Erhebungsinstrumentes dargestellt.

11.7.1 Demographische Daten

Alter: 43 Personen füllten die Angaben zu Alter aus (n=43). Im Schnitt sind die Befragten 49 Jahre alt, während die jüngste Person 30 Jahre und die älteste 61 Jahre alt ist. Das meistgenannte Alter ist 54 (17.1% von n=43).

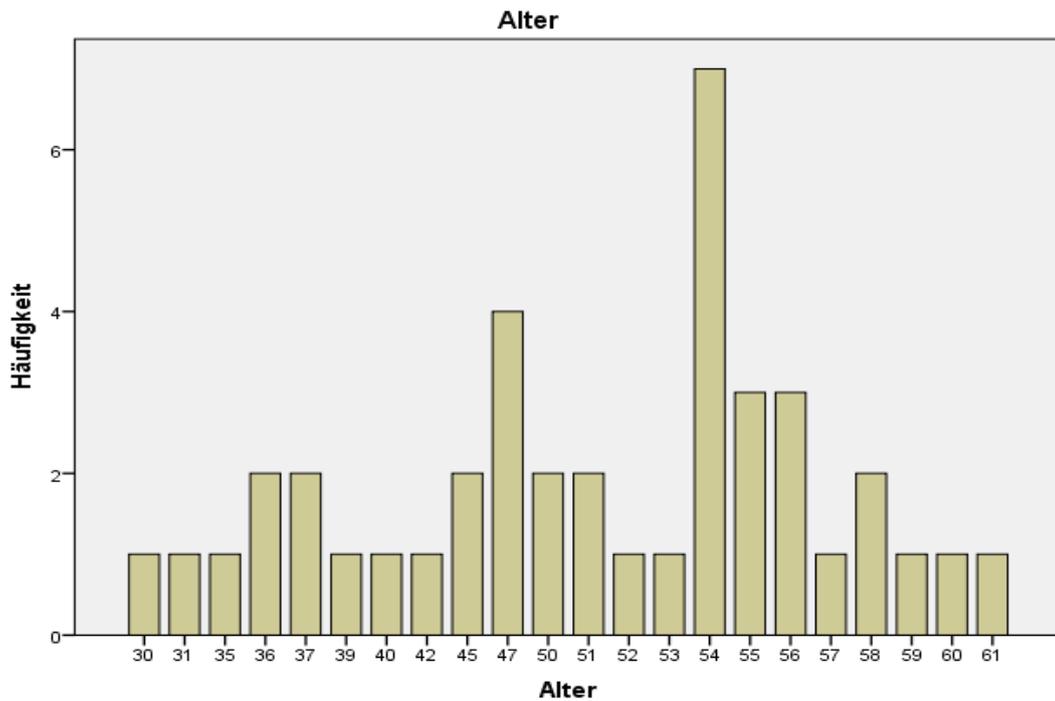


Abb. 11: Alter der Befragten (Quelle: eigene Darstellung)

Anzahl Jahre Berufserfahrung auf dem Spitalsozialdienst: 41 Personen haben hierzu eine Angabe gemacht (n=41). Der Mittelwert beträgt 9.34 Jahre, das Minimum 1 Jahr und das Maximum 24 Jahre. Der meistgenannte Wert (Modus) ist 7 Jahre Berufserfahrung auf dem Spitalsozialdienst (12.2% von n=41).

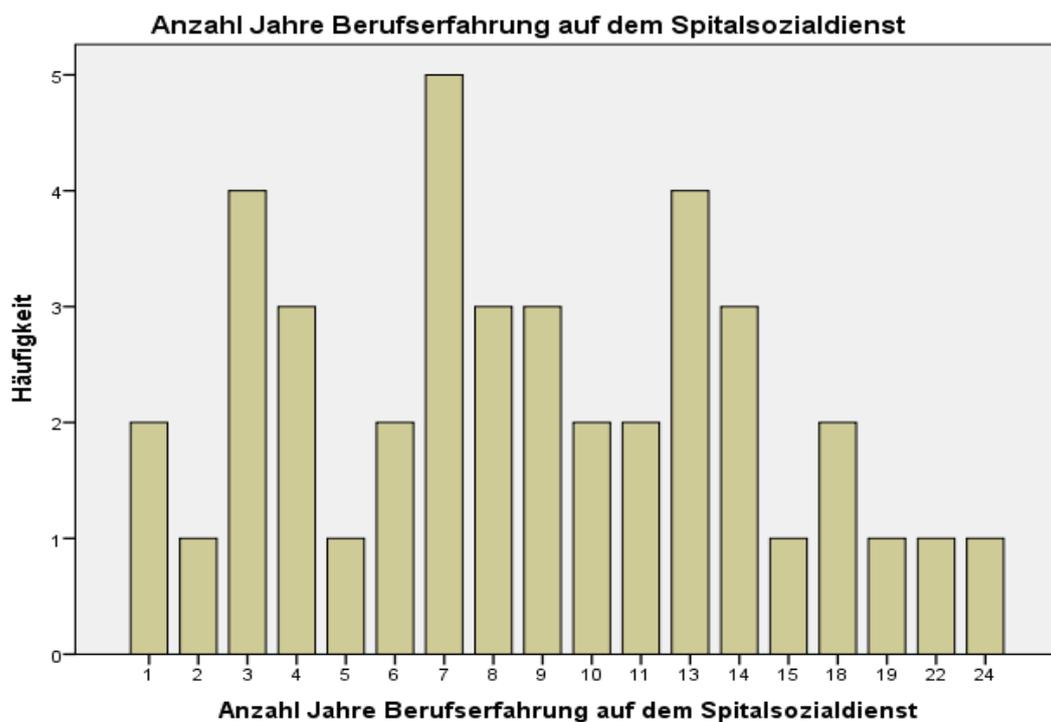


Abb. 12: Anzahl Jahre Berufserfahrung auf dem Spitalsozialdienst (Quelle: eigene Darstellung)

Anzahl Jahre Leitungserfahrung auf dem Spitalsozialdienst: 43 Personen haben hier eine Angabe gemacht (n=43). Sie haben im Schnitt 5.9 Jahre Leitungserfahrung auf dem Spitalsozialdienst. Zwei haben erst gerade die Leitungsfunktion übernommen, während eine Person bereits 18 Jahre einen Spitalsozialdienst leitet. Sowohl 1 Jahr Leitungserfahrung als auch 4 Jahre Leitungserfahrung werden am häufigsten angegeben (je 16.3% von n=43).

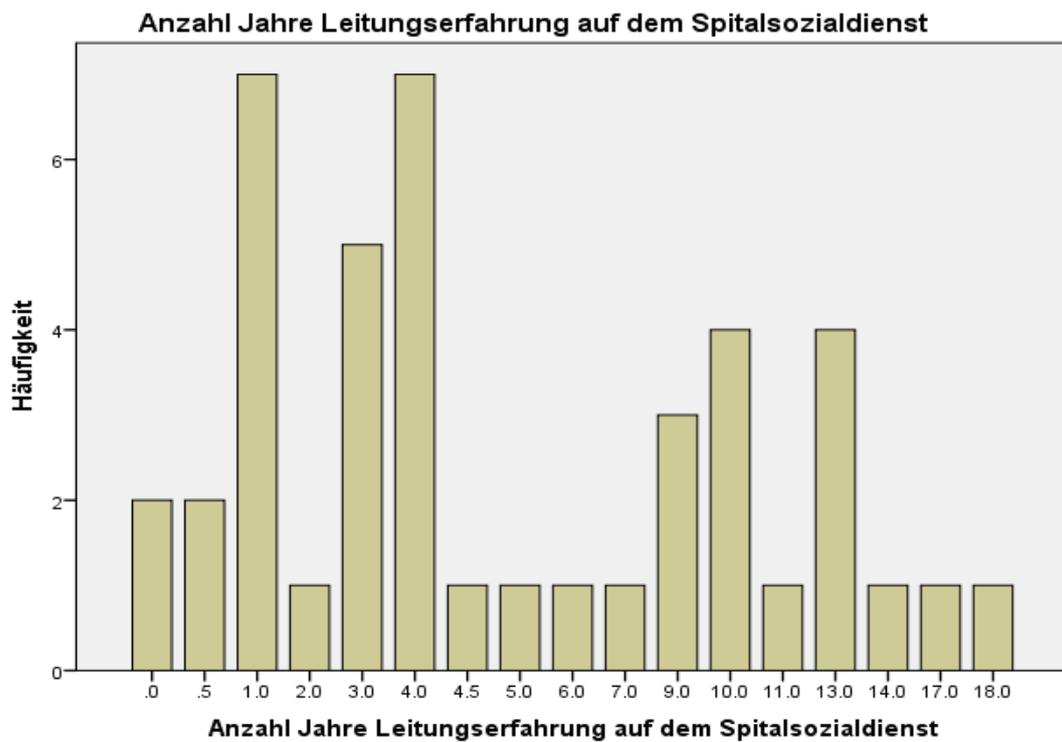


Abb. 13: Anzahl Jahre Leitungserfahrung auf dem Spitalsozialdienst (Quelle: eigene Darstellung)

Ausbildung: Die Frage nach der Art der Ausbildung haben 46 Personen ausgefüllt. Davon haben 43.5% einen Bachelor in Sozialer Arbeit (20 Personen), 4.3% einen Master in Sozialer Arbeit (2 Personen), sowie 23.9% eine zusätzliche Ausbildung absolviert (11 Personen). Weiter haben 21.7% (10 Personen) einen Bachelor in Pflege und davon 7 Personen (15.2%) eine Zusatzausbildung. 2 Personen (4.3%) haben ihre Grundausbildung in der Physiotherapie absolviert, wobei beide haben eine Zusatzausbildung gemacht. Bei den Zusatzausbildungen werden insbesondere Ausbildungen im Case Management (7 Nennungen) und im Sozialversicherungsrecht (4 Nennungen) angegeben. Weiter wurden zwei Weiterbildungsmaster, je einer in Integratives Management und einer in Managed Health Care, genannt.

11.7.2 Aktuelle Rolle der Spitalsozialarbeit unter SwissDRG

Um die Übersichtlichkeit der Ergebnisse zu gewährleisten, werden die Antworten auf die Teilfragen folgend in einer Tabelle zusammengefasst. Die ausführlichen Tabellen zu den einzelnen Teilfragen können im Anhang eingesehen werden (Anhang 9). Zu jeder Fragestellung wurden nebst der deskriptiven Statistik auch bi- und multivariate Verfahren verwendet. Wie in Anhang 8.2 beschrieben, wurden die demographischen Daten

erhoben, um im Sinne eines Ex-post-facto-Designs nach der Datenerhebung Gruppen bilden zu können – bei Alter, Jahre Berufserfahrung und Jahre Leitungserfahrung wurden die Gruppen mittels Bereichseinteiler erstellt. Die Aussagen wurden entsprechend nach Ausbildungsart, Alter der Befragten, Jahre Berufserfahrung und Jahre Leitungserfahrung inferenzstatistisch untersucht.

1. FRAGE: «Wie beurteilen Sie die Notwendigkeit, dass folgende Aufgaben durch Sozialarbeitende durchgeführt werden?»

Notwendigkeit der Übernahme durch Sozialarbeitende

		Psychosoziale Begleitung in Krisensituationen	Ressourcenallokation (insbesondere familiäres Umfeld)	Erschließung (sozial-)rechtlicher Ansprüche	Nachsorgeorganisation	Vernetzung mit externen Beratungsstellen	Einleiten behördlicher Massnahmen (z.B. Kindes- und Erwachsenenschutz)
N	Gültig	40	40	42	42	42	42
	Fehlend	15	15	13	13	13	13
Mittelwert		4.45	4.575	4.619	4.3095	4.6667	4.5952
Median		5	5	5	4	5	5
Modus		5	5	5	5	5	5
Standardabweichung		.67748	.54948	.58236	.74860	.57027	.62701
Minimum		2	3	3	2	3	3
Maximum		5	5	5	5	5	5
Perzentile	25	4	4	4	4	4	4
	50	5	5	5	4	5	5
	75	5	5	5	5	5	5

Tab.5: Notwendigkeit der Übernahme durch Sozialarbeitende Notwendigkeit der Übernahme durch Sozialarbeitende (Quelle: eigene Darstellung)

Bei allen Aufgaben wird es als mindestens vorteilhaft, wenn nicht gar zwingend, beurteilt, dass sie durch Sozialarbeitende durchgeführt werden. Selbst die 25%-Perzentile sind bei allen Aufgaben mit dem Wert 4 versehen, was für «von Vorteil» steht. Bei den Aufgaben «psychosoziale Begleitung in Krisensituationen» und «Nachsorgeorganisation» hat jeweils eine Person angegeben, dass es unvorteilhaft ist, wenn sie durch Sozialarbeitende übernommen werden. Die Nachsorgeorganisation wird indes am kontroversesten beurteilt: Der Mittelwert ist der geringste dieser Aufgaben, die Streuung um den Mittelwert jedoch von allen Aufgaben am grössten (Standardabweichung) und es ist die einzige Aufgabe mit dem Medianwert 4 («von Vorteil») – alle anderen haben den Wert 5 («zwingend»). Mit anderen Worten wird es von mindestens 50% der Befragten als zwingend angesehen, dass die Aufgaben durch Sozialarbeitende durchgeführt werden – bei allen Aufgaben ausser der Nachsorgeorganisation, wo es von 45.2% der Befragten als

«zwingend» eingestuft wird. Es lässt sich festhalten, dass «zwingend» in jedem Fall die meistgewählte Antwortoption war (Modus), «unvorteilhaft» nur in zwei Fällen und «kontraproduktiv» nie gewählt wurde (Minimum von 1 kommt nicht vor).

Inferenzstatistisch ergibt sich bei der Beurteilung dieser Frage lediglich zwischen den verschiedenen Ausbildungsarten einen statistisch signifikanten Unterschied. Beim Alter, der Berufserfahrung und der Leitungserfahrung ergeben sich keine Unterschiede.

Kruskall-Wallis-Test: Nach Ausbildungsart (a,b)

	Psychosoziale Begleitung in Krisensituationen	Ressourcenallokation (insbesondere familiäres Umfeld)	Erschließung (sozial-) rechtlicher Ansprüche	Nachsorgeorganisation	Vernetzung mit externen Beratungsstellen	Einleiten behördlicher Massnahmen (z.B. Kindes- und Erwachsenenschutz)
Chi-Quadrat	9.030	10.733	8.379	2.490	2.438	3.948
df	2	2	2	2	2	2
Asymptotische Signifikanz	.011	.005	.015	.288	.296	.139
Exakte Signifikanz	.008	.003	.016	.293	.357	.118
Punkt-Wahrscheinlichkeit	.001	.000	.001	.008	.018	.008

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Ausbildung

Tab. 6: Kruskal-Wallis-Test: Nach Ausbildungsart (a, b) (Quelle: eigene Darstellung)

Bei den ersten drei Aufgaben ergeben sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Antworten und der Ausbildungsart. Bei der Ausbildungsart wurden Ausbildungen in Sozialer Arbeit und Pflege unterschieden, sowie diejenigen, die beides absolviert haben. In allen drei Fällen ergab sich zwischen denjenigen, die eine pflegerische Ausbildung und denjenigen, die eine sozialarbeiterische Ausbildung haben, statistisch signifikante Unterschiede. Die korrigierte Signifikanz (Bonferroni-Korrektur) ist, in der Reihenfolge, wie die Aufgaben in der Tabelle aufgeführt sind: $p=0.009$, $p=0.003$ und $p=0.038$. Post-hoc-Tests zeigen, dass Personen mit pflegerischer Ausbildung die Übernahme dieser drei Aufgaben durch Sozialarbeitende als weniger zwingend (Median=4.000) ansehen, als diejenigen mit sozialarbeiterischer Ausbildung (Median=5.000).

2. FRAGE: «Als wie wichtig erachten Sie die Zusammenarbeit von Sozialarbeitenden mit folgenden Berufsgruppen im Spital?»

		Ärztinnen und Ärzte	Pflegende	Physio- therapie	Ergo- therapie	Ernäh- rungs- beratung	Psycholo- ginnen und Psycho- logen	Seelsorge	Medizini- sche Codierung
N	Gültig	42	42	42	41	42	40	42	38
	Fehl- end	13	13	13	14	13	15	13	17
Mittelwert		4.93	4.88	4.31	3.95	3.5	4.30	3.60	3.21
Median		5	5	4	4	4	4	4	3
Modus		5	5	5	4	4	5	4	2 ^a
Standard- abweichung		.261	.395	.749	.865	1.018	.791	1.149	1.094
Minimum		4	3	2	2	2	2	1	1
Maximum		5	5	5	5	5	5	5	5
Per- zentile	25	5	5	4	3.5	3	4	3	2
	50	5	5	4	4	4	4	4	3
	75	5	5	5	5	4	5	4.25	4

a. Mehrere Modi vorhanden. Der kleinste Wert wird angezeigt.

Tab. 7: Zusammenarbeit; wie wichtig (Quelle: eigene Darstellung)

Für die Befragten ist die Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten am wichtigsten. 3 Personen (7.1%) haben angegeben, dass die Zusammenarbeit mit ihnen «eher wichtig» ist – die restlichen Personen betrachten sie alle als «wichtig» (92.9%). Ähnlich verhält es sich mit den Pflegenden, wo eine Person «unentschieden» sowie 3 Personen «eher wichtig» angegeben haben, der weitaus grösste Teil (90.5%) aber «wichtig» gewählt hat. Im Weiteren werden insbesondere die Physiotherapie und Psychologinnen und Psychologen als weitere wichtige Partner in der interprofessionellen Zusammenarbeit gesehen: Bei beiden gab jeweils eine Person die Zusammenarbeit als «eher unwichtig» an, während über 80% die Zusammenarbeit als zumindest «eher wichtig» bezeichnen – die Perzentile bei 25% sind entsprechend Wert 4. Bei beiden Berufsgruppen betrachten über 45% die Zusammenarbeit gar als «wichtig». Die Zusammenarbeit mit der Ergotherapie wird ebenfalls als eher wichtig betrachtet: Während 7.1% «eher unwichtig» und 17.1% «unentschieden» gewählt haben, sind immerhin drei Viertel der Befragten der Meinung, dass die Zusammenarbeit «eher wichtig» (48.8%) oder «wichtig» (26.8%) ist. Die Seelsorge, die Ernährungsberatung und vor allem die medizinische Codierung werden als nicht ganz so zentrale Bezugsprofessionen bewertet. Allerdings muss hier klar festgehalten werden, dass bei allen Berufsgruppen der Mittelwert über 3 liegt, was bedeutet, dass die Zusammenarbeit mit ihnen eher als wichtig denn als unwichtig betrachtet wird. Bei diesen Berufsgruppen sind auch die Standardabweichungen grösser, was bedeutet, dass sich die Befragten weniger einig sind, welchen Stellenwert sie der jeweiligen Berufsgruppe zuordnen. Inferenzstatistisch zeigen sich im Kruskal-Wallis-Test für k-unabhängige Stichproben keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten nach demographischen Gruppen (Ausbildung, Alter, Berufserfahrung und Leitungserfahrung).

3. FRAGE: «Wie gut funktioniert die Zusammenarbeit mit folgenden Berufsgruppen?»

		Zusammenarbeit, wie gut							
		Ärztinnen und Ärzte	Pflegende	Physio- therapie	Ergo- therapie	Ernäh- rungs- beratung	Psycholo- ginnen und Psycho- logen	Seelsorge	Medizini- sche Codierung
N	Gültig	42	42	40	32	33	31	34	26
	Fehl- end	13	13	15	23	22	24	21	29
Mittelwert		4.57	4.71	4.63	4.66	4.73	4.48	4.59	4.04
Median		5	5	5	5	5	5	5	4
Modus		5	5	5	5	5	5	5	5
Standard- abweichung		.668	.554	.628	.545	.517	.677	.657	1.216
Minimum		2	3	2	3	3	3	3	1
Maximum		5	5	5	5	5	5	5	5
Per- zentile	25	4	4.75	4	4	4.5	4	4	3.75
	50	5	5	5	5	5	5	5	4
	75	5	5	5	5	5	5	5	5

Tab. 8: Zusammenarbeit, wie gut (Quelle: eigene Darstellung)

Bei den Ärztinnen und Ärzten wird die Zusammenarbeit insgesamt als gut funktionierend erlebt. Nur eine Person hat angegeben, dass die Zusammenarbeit «eher schlecht» funktioniert. 64.3% geben den höchsten Wert an, sind also zufrieden mit der Zusammenarbeit. Die Zusammenarbeit mit den Pflegenden wird von den Befragten hoch eingestuft. 76.2% sind der Meinung, dass sie «gut» funktioniert. Einzig die Zusammenarbeit mit der Ernährungsberatung wird im Schnitt noch etwas besser eingestuft. Insgesamt wird die interprofessionelle Zusammenarbeit als gut erlebt, was darin erkennbar ist, dass bei sämtlichen Berufsgruppen (ausser der medizinischen Codierung) mehr als 50% die Zusammenarbeit als «gut» und mehr als 75% die Zusammenarbeit als mindestens «eher gut» beurteilen. Die medizinische Codierung ist indes die einzige Berufsgruppe, wo auch der niedrigste Wert «schlecht» gewählt wurde (7.7%). Doch auch hier sind die Befragten in mehr als 50% der Meinung, dass die Zusammenarbeit mindestens «eher gut» ist. Inferenzstatistisch zeigen sich im Kruskal-Wallis-Test für k-unabhängige Stichproben keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten nach demographischen Gruppen (Ausbildung, Alter, Berufserfahrung und Leitungserfahrung).

4. FRAGE: «In welchen medizinischen Disziplinen erachten Sie es als zwingend, dass Sozialarbeitende Teil des interprofessionellen Teams sind?»

Disziplin(en)	Anzahl «Gewählt» bei n=43	Prozentanteil bei n=43
Innere Medizin Onkologie Palliative Care	41	95.3%
Geriatrie	40	93%
Psychosomatik	36	83.7%
Neurologie/Neurochirurgie	34	79.1%
Orthopädie	31	72.1%
Pädiatrie Gynäkologie/Geburtshilfe	28	65.1%
IPS/IMC Schmerzmedizin	26	60.5%
Rheumatologie Kardiologie	25	58.1%
Pneumologie Viszeralchirurgie	23	53.5%
Nephrologie	19	44.2%
Urologie	13	30.2%

Tab.9: Medizinische Disziplin(en) (Quelle: eigene Darstellung)

Die Beteiligung der Sozialen Arbeit im interprofessionellen Team wird in den Disziplinen Innere Medizin, Onkologie, Palliative Care und Geriatrie mit über 90 % gefordert. Die Psychosomatik und Neurologie/Neurochirurgie befinden sich über der 75 %-Grenze, gefolgt von der Orthopädie mit immerhin noch 72.1 %. Einzig bei der Nephrologie und der Urologie sind weniger als 50 % der Befragten der Meinung, dass zwingend Sozialarbeitende Teil des interprofessionellen Teams sein sollten.

11.73 Entwicklung der Rolle der Spitalsozialarbeit unter SwissDRG

Frage: «Beurteilen Sie folgende Aussagen zur Entwicklung der Rolle der Spitalsozialarbeit seit Einführung von SwissDRG.»

Zur Übersichtlichkeit wird die nachfolgende Tabelle in zwei Teile geteilt.

Entwicklung Spitalsozialarbeit unter SwissDRG (Teil 1)

		«Die Entwicklung unter DRG in den Spitälern führt weg von der Sozialen Arbeit»	«In den Spitälern werden die Aufgaben der Spitalsozialarbeit zunehmend durch andere Berufsgruppen ausgeübt»	«Der Kosten- und Spardruck seit der Einführung von SwissDRG ist im Arbeitsalltag stark spürbar»	«Seit der Einführung von SwissDRG ist die Spitalsozialarbeit viel mehr an Fristen (z.B. Austritte) gebunden»
N	Gültig	36	39	37	38
	Fehlend	19	16	18	17
Mittelwert		2.83	2.95	4.57	4.39
Median		3	3	5	5
Modus		4	3	5	5
Standardabweichung		1.298	1.213	.867	1.054
Minimum		1	1	1	1
Maximum		5	5	5	5
Perzentile	25	2	2	4	4
	50	3	3	5	5
	75	4	4	5	5

Tab. 10: Entwicklung Spitalsozialarbeit unter SwissDRG (Teil 1) (Quelle: eigene Darstellung)

Die Befragten lehnen die Aussagen «Die Entwicklung unter DRG in den Spitälern führt weg von der Sozialen Arbeit» und «In den Spitälern werden die Aufgaben der Sozialen Arbeit zunehmen durch andere Berufsgruppen ausgeübt» eher ab. Während letztere Aussage annähernd normalverteilt ist, die Befragten also fast gleichermassen Zustimmung wie Ablehnung und am meisten «unentschieden» äussern, sind sich die Befragten bei der ersten Aussage uneinig. 44.5% stimmen der Aussage (eher) zu, während 47.2% sie (eher) ablehnen.

Bei den Aussagen «Der Kosten- und Spardruck seit Einführung von SwissDRG ist im Arbeitsalltag stark spürbar» und «Seit Einführung von SwissDRG ist die Spitalsozialarbeit viel mehr an Fristen (z.B. Austritte) gebunden» wird jeweils nur 1 «trifft nicht zu» angegeben. Bei beiden Aussagen ist die Zustimmung sehr hoch, der Mittelwert liegt über 4 («trifft eher zu»). Bei der ersten Aussage haben 73% und bei der zweiten 68.4% den höchsten Zustimmungswert «trifft zu» gewählt.

Entwicklung Spitalsozialarbeit unter SwissDRG (Teil 2)

		«Der Arbeitsalltag hat sich nach sozialarbeiterischem Selbstverständnis verschlechtert»	«Den Interessen/Wünschen der Patientinnen und Patienten kann weniger Rechnung getragen werden»	«Ärztenschaft, Pflegefachpersonen und Sozialarbeitende sind nur noch Zudiener für die möglichst schnelle und reibungslose Entlassung der Patient/innen»	«Abgrenzungsschwierigkeiten sind in der Sozialen Arbeit im Spital immer wieder Thema, dies z.B. gegenüber der Pflege»
N	Gültig	36	39	39	38
	Fehlend	19	16	16	17
Mittelwert		3.5	3.31	2.90	2.92
Median		4	3	3	2.5
Modus		4	2	2	2
Standardabweichung		1.207	1.280	1.165	1.531
Minimum		1	1	1	1
Maximum		5	5	5	5
Perzentile	25	2.25	2	2	2
	50	4	3	3	2.5
	75	4	4	4	5

Tab. 11: Entwicklung Spitalsozialarbeit unter SwissDRG (Teil 2) (Quelle: eigene Darstellung)

Bei allen Aussagen ist die Standardabweichung eher hoch, was für eine breite Streuung um den Mittelwert spricht. Der Aussage «Der Arbeitsalltag hat sich nach sozialarbeiterischem Selbstverständnis verschlechtert» stimmen über die Hälfte (58.3%) (eher) zu, während sie 25% (eher) ablehnen. «Den Interessen/Wünschen der Patientinnen und Patienten kann weniger Rechnung getragen werden» wird von 35.9% (eher) abgelehnt, 48.7% stimmen der Aussage (eher) zu. Die meisten Aussagen sind bei «trifft eher nicht zu» (30.8%) und «trifft eher zu» (25.6%) zu finden – die Ergebnisse sind fast bimodal, was dafür sprechen würde, dass sich die Befragten gut in zwei Gruppen teilen liessen. Die Ergebnisse der bi- und multivariaten Statistik ergeben jedoch keine Zusammenhänge zwischen den demographischen Daten und dem Antwortverhalten hier (wird weiter unten noch ausgeführt).

Die nächste Aussage «Ärztenschaft, Pflegefachpersonen und Sozialarbeitende sind nur noch Zudiener für eine möglichst schnelle und reibungslose Entlassung der Patient/innen» wird von den Befragten abgelehnt (41% lehnen ab, 30.8% stimmen (eher) zu). Bei der Aussage «Abgrenzungsschwierigkeiten sind in der Sozialen Arbeit im Spital immer wieder Thema, dies z.B. gegenüber der Pflege» sind sich die Befragten uneinig. Während mehr als ein Viertel (26.3%) der Befragten den höchsten Zustimmungswert angegeben haben, lehnen sie 50% (eher) ab.

Bei der letzten Aussage «Abgrenzungsschwierigkeiten sind in der Sozialen Arbeit im Spital immer wieder Thema, dies z.B. gegenüber der Pflege» gibt es einen statistisch signifikanten Unterschied im Antwortverhalten nach Ausbildungsart. Pflegende stimmen dieser Aussage weniger zu (Median=1.000) als diejenigen mit sozialarbeiterischer Ausbildung (Median=2.000) und diejenigen, die beides absolviert haben (Median=3.000) mit einer korrigierten statistischen Signifikanz von $p=0.016$ bzw. $p=0.007$. Zwischen den beiden anderen Gruppen ist der Unterschied nicht signifikant ($p=0.665$). Im Weiteren ist auffällig, dass die Personen mit der meisten Berufserfahrung (mehr als 15 Jahre Berufserfahrung) bei jeder Aussage den höchsten Zustimmungswert (Mittelwert) angegeben haben – also die grössten Veränderungen seit Einführung von SwissDRG von allen Befragten annehmen. Gleichzeitig sind diejenigen mit der längsten Leitungserfahrung (mehr als 10 Jahre Leitungserfahrung) diejenigen, die den niedrigsten Zustimmungswert bei 75% der Aussagen aufweisen – bei den anderen 25% jeweils den zweitniedrigsten. Sie schätzen die Veränderungen seit Einführung von SwissDRG als nicht so stark ein. Hier sind jedoch die Unterschiede zwischen den Gruppen nicht statistisch signifikant.

11.7.4 Verständnis integrierter Versorgung

1. FRAGE: «Sie gehen von einer multimorbiden, chronisch erkrankten und geriatrischen Patientin mit hoher medizinisch-pflegerischer Komplexität aus: Welche der folgenden Formen der Kooperation in der Versorgung reicht Ihrer Meinung nach aus?»

Reichweite integrierte Versorgung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Interprofessionelle Zusammenarbeit im Team/in der Institution	4	7.3	11.1	11.1
	Interinstitutionelle Zusammenarbeit auf vertikaler Ebene (Schnittstelle, z.B. zwischen Spital und Langzeitpflege)	13	23.6	36.1	47.2
	Gesamter Behandlungspfad im Gesundheitswesen aus einer Hand (vertikale Integration der Gesundheitssektoren)	9	16.4	25.0	72.2
	Gesamter Behandlungspfad im Gesundheits- und Sozialwesen aus einer Hand (vertikale Integration aller Sektoren)	10	18.2	27.8	100.0
	Gesamt	36	65.5	100.0	
Fehlend	Missing	19	34.5		
Gesamt		55	100.0		

Tab. 12: Reichweite integrierte Versorgung (Quelle: eigene Darstellung)

Den Befragten wurden fünf Optionen angeboten, die sich alle in der Reichweite der Kooperation in der integrierten Versorgung unterscheiden. Die Möglichkeit «Interinstitutionelle Zusammenarbeit auf horizontaler Ebene (z.B. in Form eines Ärztenetzwerks)» wurde von den Befragten nicht gewählt, weshalb sie in obiger Tabelle nicht aufgeführt wird. Von den anderen Möglichkeiten wird die «Interinstitutionelle Zusammenarbeit auf vertikaler Ebene» mit 36.1% am häufigsten gewählt, gefolgt von der Möglichkeit, die die gesamte Integration von Gesundheits- und Sozialwesen fordert (27.8%). Die «Interprofessionelle Zusammenarbeit im Team/in der Institution» wird mit 11.1% am wenigsten gewählt. Eine inferenzstatistische Analyse ist hier insofern nicht möglich, als dass die Antwortmöglichkeiten als ordinalskalierte Zeichenreihenfolge im SPSS gehandelt wird: Die Variable ist zwar ordinalskaliert, kann aber auch nicht für einen nichtparametrischen Test eingesetzt werden. Eine Kreuztabelle und der dazugehörige Chi-Quadrat-Test liefern keine brauchbaren Ergebnisse, da die geforderte erwartete Häufigkeit von mindestens 5 pro Zelle nicht erreicht wird.

11.75 Rolle und Aufgaben der Sozialen Arbeit in der integrierten Versorgung

1. FRAGE: «Als wie wichtig erachten Sie folgende Aufgaben für Sozialarbeitende im Gesundheitswesen?»

Diese Frage ist unterteilt in drei Rollen, wie in Anhang 8.6 beschrieben – Soziale Arbeit als Teil des interprofessionellen Teams, Lotsenfunktion und Lobbying/Öffentlichkeitsarbeit.

Rolle 1: Soziale Arbeit als Teil eines interprofessionellen Teams

		Psychosoziale Begleitung in Krisen- situationen	Ressourcen- allokation (insbesondere familiäres Umfeld)	Erschließung (sozial- rechtlicher Ansprüche	Nachsorge- organisation	Einleiten be- hördlicher Massnahmen (z.B. Kindes- und Erwach- senenschutz)	Schulung anderer Professionen/ Leistungs- erbringer bzgl. Sozialwesen
N	Gültig	37	36	37	37	37	35
	Fehlend	18	19	18	18	18	20
Mittelwert		4.65	4.81	4.73	4.54	4.65	4.14
Median		5	5	5	5	5	5
Modus		5	5	5	5	5	5
Standardabweichung		.538	.401	.608	.869	.753	1.192
Minimum		3	4	2	2	2	1
Maximum		5	5	5	5	5	5
Perzentile	25	4	5	5	4	4.5	4
	50	5	5	5	5	5	5
	75	5	5	5	5	5	5

Tab. 13: Rolle 1: Soziale Arbeit als Teil eines interprofessionellen Teams (Quelle: eigene Darstellung)

Die aufgeführten Aufgaben werden von den Befragten im Schnitt alle als mindestens «eher wichtig» beurteilt: Die Mittelwerte liegen alle über dem Wert 4, bei allen sind sowohl der Modus als auch der Median mit dem Wert 5 «wichtig» aufgeführt. Insbesondere die Ressourcenallokation und die Erschliessung sozialrechtlicher Ansprüche werden als «wichtig» beurteilt (bei beiden ca. 80%). Die Aufgabe «Schulung anderer Professionen/Leistungserbringer bzgl. Sozialwesen» hat die grösste Streuung und den niedrigsten Mittelwert. Es ist auch die einzige Aufgabe, bei welcher der Wert 1 «unwichtig» gewählt wurde (8.6%). Gleichzeitig wurde die Kategorie 5 «wichtig» am wenigsten oft gewählt – in knapp über 50% der Fälle, verglichen mit mindestens 70% bei den anderen Aufgaben.

Die inferenzstatistische Auswertung mittels Kruskal-Wallis-Test zeigte keine statistisch signifikanten Unterschiede in den post-hoc gebildeten Gruppen. Eine Auffälligkeit war jedoch, dass diejenigen Befragten, die zwischen 0–5 Jahren Berufserfahrung auf dem Spitalsozialdienst aufweisen, 4 von 6 Aufgaben den niedrigsten Wert (Mittelwert) und bei den anderen 2 Aufgaben den zweitniedrigsten Wert im Vergleich zu den anderen Gruppen angegeben haben. Sie bewerten die Aufgaben insgesamt als weniger wichtig als die anderen Gruppen von Befragten.

		Rolle 2: Lotsenfunktion						
		Case Management über alle Sektoren hinweg	Zusammenbringen der verschiedenen Leistungserbringer an einen Tisch	Kontinuierliche Begleitung von Patientinnen und Patienten über längere Zeiträume	Koordination der gesundheitlichen und sozialen Leistungen, z.B. in einem Behandlungsplan	Vernetzung mit externen Beratungsstellen	Informationsaustausch zwischen Leistungserbringern und Patientinnen und Patienten sicherstellen	Mediation in Konfliktfällen
N	Gültig	36	36	37	37	37	36	36
	Fehlend	19	19	18	18	18	19	19
Mittelwert		4.58	4.69	4.35	4.38	4.73	4.39	4.33
Median		5	5	5	5	5	5	4.5
Modus		5	5	5	5	5	5	5
Standardabweichung		.732	.624	.889	.794	.608	.803	.793
Minimum		2	3	2	2	2	2	2
Maximum		5	5	5	5	5	5	5
Perzentile	25	4	5	4	4	5	4	4
	50	5	5	5	5	5	5	4
	75	5	5	5	5	5	5	5

Tab. 14: Rolle 2: Lotsenfunktion (Quelle: eigene Darstellung)

Auch bei der Rolle Lotsenfunktion werden alle Aufgaben als (eher) wichtig eingestuft. Bei allen Aufgaben, ausser der Mediation in Konfliktfällen, ist der Median bei 5 («wichtig»). Bei allen Aufgaben ist der Modus 5 und sind die Mittelwerte über 4 («eher wichtig»). Bei keiner Aufgabe wurde der Wert 1 («unwichtig») angegeben. Mit 78.4% Angaben zu «wichtig» wird die Vernetzung mit externen Beratungsstellen am häufigsten als «wichtig» bezeichnet, dicht gefolgt vom Zusammenbringen der verschiedenen Leistungserbringern an einen Tisch (77.8%). Die Mediation in Konfliktfällen wird im Vergleich zu den anderen Aufgaben als nicht ganz so wichtig wahrgenommen, wobei sie immer noch 86.1% als mindestens «eher wichtig» bezeichnen (die Unterschiede in den Mittelwerten sind auch nur marginal). Inferenzstatistisch zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Rolle 3: Öffentlichkeitsarbeit/Lobbying

		Wirkungs- nachweise erbringen	Kenntnisse von alternativen Versiche- rungs- modellen	Kenntnisse von Anreizen für / Interes- sen von ver- schiedenen Akteuren im Gesund- heitswesen	Politisches Lobbying	Netzwerkar- beit mit allen Akteuren (z.B. auch SwissDRG; Krankenkas- se, Politiker, FMH, Sozial- direktorinnen und - direktoren etc.)	Öffentlich- keitsarbeit
N	Gültig	36	35	37	36	36	37
	Fehlend	19	20	18	19	19	18
Mittelwert		4.42	3.97	4.22	4.06	4.47	4.24
Median		5	4	5	4	5	5
Modus		5	4	5	5	5	5
Standardabweichung		.937	1.043	.976	1.170	.910	.925
Minimum		2	2	2	1	1	2
Maximum		5	5	5	5	5	5
Perzentile	25	4	4	4	4	4	4
	50	5	4	5	4	5	5
	75	5	5	5	5	5	5

Tab. 15: Rolle 3: Öffentlichkeitsarbeit/Lobbying (Quelle: eigene Darstellung)

Die Aufgaben «Wirkungsnachweise erbringen» und «Netzwerkarbeit» sind für die Befragten bei dieser Rolle im Schnitt am wichtigsten. In beiden Fällen geben 63.9% der Befragten an, dass diese Aufgaben «wichtig» sind. Die Aufgabe «Kenntnisse von alternativen Versicherungsmodellen» ist die einzige Aufgabe, bei der nicht «wichtig» am häufigsten gewählt wurde, sondern «eher wichtig». Sie ist auch diejenige, die von den angebotenen Aufgaben als am wenigsten wichtig deklariert wird. Das politische Lobbying

wird insgesamt als «eher wichtig» bezeichnet, ist aber im Vergleich zu anderen Aufgaben für die Befragten weniger im Vordergrund – jedoch geben nur 13.9% der Befragten an, dass diese Aufgabe (eher) unwichtig ist. Mit einer Standardabweichung von 1.170 ist die Streuung um den Mittelwert beim politischen Lobbying derweil am grössten. Bei der inferenzstatistischen Analyse stellt sich heraus, dass sich die Einschätzung, wie wichtig das politische Lobbying ist, nach Ausbildungsart signifikant unterscheidet. Personen mit pflegerischer Ausbildung bewerten das Lobbying als weniger wichtig (Median=3.000) als Personen mit sozialarbeiterischer bzw. beiden Ausbildungen (beide Median=4.000) bei $p=0.015$ bzw. $p=0.011$.

2. FRAGE: «Welche Rolle(n) sollten die Soziale Arbeit Ihrer Meinung nach in der integrierten Versorgung einnehmen?»

Bei dieser Frage konnten die Befragten alle für sie zutreffenden Antworten angeben. Die Soziale Arbeit als Teil des interprofessionellen Teams wurde in 91.9% der Fälle gewählt, die Lotsenfunktion in 48.6% und das politische Lobbying in 27% der Fälle. Beim zur Verfügung gestellten freien Textfeld (halboffene Frage) wurde keine weitere Rolle angegeben. Während in den Kreuztabellen (vermutlich) aufgrund der niedrigen Anzahl der Befragten keine statistisch signifikanten Zusammenhänge zwischen Antwortverhalten und den demographischen Daten festgestellt werden können, sei hier dennoch auf einige Auffälligkeiten verwiesen.

52% der Personen mit sozialarbeiterischer Ausbildung haben die Lotsenfunktion gewählt – bei denjenigen mit pflegerischer Ausbildung waren es 28.5%. Während die Gruppe mit Leitungserfahrung von über 10 Jahren in 83.3% der Fälle die Lotsenfunktion gewählt hat, sind es bei den anderen beiden Gruppen (0–5 Jahre und 6–10 Jahre Leitungserfahrung) weniger als 50%.

Während in der vorangehenden Frage Personen mit einer Ausbildung in Sozialer Arbeit mit dem Mittelwert von 4.26 der Aufgabe «politisches Lobbying» noch als (eher) wichtig betrachtet haben, haben davon hier nur 26% Öffentlichkeitsarbeit/Lobbying als Antwort angegeben.

11.7.6 Bezugsgruppen der Sozialen Arbeit in der integrierten Versorgung

1. FRAGE: «Stellen Sie sich vor, Sie sind Teil eines Projekts integrierter Versorgung. Zielgruppe des Projekts sind multimorbide, chronisch erkrankte und geriatrische Patientinnen und Patienten mit hoher medizinisch-pflegerischer Komplexität. Wie beurteilen Sie die Wichtigkeit, dass die folgenden Berufsgruppen in Ihr Projekt einbezogen werden?»

Um die Übersichtlichkeit zu gewährleisten, werden die Ergebnisse in zwei getrennten Tabellen mit je fünf Antwortmöglichkeiten aufgeführt.

Berufsgruppen im Projekt integrierter Versorgung (Teil 1)

		Hausärztinnen und -ärzte	Pflegende spitalintern	Pflegende spitalextern	Physiotherapeu- tinnen und - therapeuten	Fachärztinnen und -ärzte
N	Gültig	37	37	37	36	37
	Fehlend	18	18	18	19	18
Mittelwert		4.92	4.59	4.78	4.31	4.43
Median		5.00	5.00	5.00	4.00	4.00
Modus		5	5	5	4 ^a	5
Standardabweichung		.277	.725	.479	.749	.603
Minimum		4	2	3	2	3
Maximum		5	5	5	5	5
Perzentile	25	5.00	4.00	5.00	4.00	4.00
	50	5.00	5.00	5.00	4.00	4.00
	75	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00

a. Mehrere Modi vorhanden. Der kleinste Wert wird angezeigt.

Tab. 16: Berufsgruppen im Projekt integrierte Versorgung (Teil 1) (Quelle: eigene Darstellung)

Berufsgruppen im Projekt integrierter Versorgung (Teil 2)

		Ernährungs- beraterinnen und -berater	Psychologinnen und Psychologen	Andere Sozial- arbeitende / sages	Krankenkassen	Politikerinnen und Politiker
N	Gültig	37	37	37	37	37
	Fehlend	18	18	18	18	18
Mittelwert		4.03	4.16	4.30	4.24	3.81
Median		4.00	4.00	5.00	4.00	4.00
Modus		4	4	5	5	5
Standardabweichung		.726	.764	.939	.863	1.244
Minimum		3	2	1	2	1
Maximum		5	5	5	5	5
Perzentile	25	3.50	4.00	4.00	4.00	3.00
	50	4.00	4.00	5.00	4.00	4.00
	75	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00

Tab. 17: Berufsgruppen im Projekt integrierter Versorgung (Teil 2) (Quelle: eigene Darstellung)

Der Einbezug von Hausärztinnen und -ärzten in ihr Projekt integrierter Versorgung ist für 91.9% der Befragten «wichtig» und für die restlichen 8.1% «eher wichtig». Das ist der höchste Wert von allen Berufsgruppen. Auch die spitalexternen Pflegenden werden als wichtige Partner eingeschätzt – 81.1% sehen es als «wichtig» an, sie in ihrem Projekt einzubeziehen. Andere Sozialarbeitende und Politikerinnen und Politiker sind indes die einzigen Berufsgruppen, bei denen auch der niedrigste Wert von 1 («unwichtig») gewählt

wurde. Die Politikerinnen und Politiker werden insgesamt als am wenigsten wichtig für den Einbezug in das Projekt bewertet, wobei immer noch 64.8% ihren Einbezug als zumindest «eher wichtig» bezeichnen.

Bei jeder Berufsgruppe sind mindestens 75% der Befragten der Meinung, dass sie in ihr Projekt der integrierten Versorgung einbezogen werden sollten – mit Ausnahme der Politikerinnen und Politiker. Inferenzstatistisch zeigt sich, dass die Befragten mit 6–10 Jahren Leitungserfahrung die Beteiligung der Politikerinnen und Politiker statistisch signifikant ($p=0.031$ bzw. $p=0.021$) weniger wichtig beurteilen (Median=2.5) als die Befragten mit 0–5 oder mehr als 10 Jahren Leitungserfahrung (Median=4 bzw. 4.5).

2. FRAGE: «In Ihrem Projekt integrierter Versorgung, welche Rolle ordnen Sie der Sozialen Arbeit in der Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen zu?»

Die beratende Rolle wurde von 40% der Befragten gewählt, die koordinierende Rolle von 49.1%, sowie die steuernde Rolle von 25.5%. Unter «Sonstiges» gab eine Person eine weitere Rolle an: Fallführung. Um Zusammenhänge zwischen den Antworten und den demographischen Daten zu prüfen, wurden Kreuztabellen erstellt. In zwei Fällen ergaben sich statistisch signifikante Zusammenhänge. Einerseits zwischen der Zuteilung zu einer Gruppe nach Anzahl Jahren Leitungserfahrung und der Wahl, ob der Sozialen Arbeit eine beratende Rolle zugeordnet werden soll und andererseits zwischen der Ausbildungsart und der Wahl, ob der Sozialen Arbeit eine steuernde Rolle zugeordnet werden soll.

Kreuztabelle

Anzahl

		Jahre Leitungserfahrung nach Gruppen			Gesamt
		0–5 Jahre	6–10 Jahre	über 10 Jahre	
Projekt integrierte Versorgung, Rolle Soziale Arbeit: beratende Rolle	Nicht Gewählt	9	1	5	15
	Ja	14	7	1	22
Gesamt		23	8	6	37

Tab. 18: Kreuztabelle: Rolle und Anzahl Jahre Leitungserfahrung (Quelle: eigene Darstellung)

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	7.187 ^a	2	.028
Likelihood-Quotient	7.736	2	.021
Zusammenhang linear-mit-linear	1.593	1	.207
Anzahl der gültigen Fälle	37		

a. 4 Zellen (66.7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 2.43.

Tab. 19: Chi-Quadrat-Tests – Rolle und Anzahl Jahre Leitungserfahrung (Quelle: eigene Darstellung)

Die Befragten, die mehr als 10 Jahre Leitungserfahrung haben, haben die «beratende Rolle» kaum gewählt (16.6%). Bei den anderen beiden Gruppen sind die Werte über 60% (60.8% bzw. 87.5%). Der Zusammenhang ist mit $p=0.028$ statistisch signifikant. Allerdings wird in 66.7% der Zellen die erwartete Häufigkeit von 5 nicht erreicht, was der Aussagekraft der Analyse abträglich ist.

Kreuztabelle

Anzahl

		Ausbildung in SA			Gesamt
		Pflege	Soziale Arbeit	beides	
Projekt integrierte Versorgung, Rolle Soziale Arbeit: steuernde Rolle	Nicht Gewählt	3	18	0	21
	Ja	4	5	5	14
Gesamt		7	23	5	35

Tab.20: Kreuztabelle: Rolle und Ausbildungsart (Quelle: eigene Darstellung)

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	11.553 ^a	2	.003
Likelihood-Quotient	13.465	2	.001
Zusammenhang linear-mit-linear	1.103	1	.294
Anzahl der gültigen Fälle	35		

a. 4 Zellen (66.7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 2.00.

Tab.21: Chi-Quadrat-Tests – Rolle und Ausbildungsart (Quelle: eigene Darstellung)

Die Befragten, die sowohl eine pflegerische als auch eine sozialarbeiterische Ausbildung absolviert haben, sind alle der Meinung, dass die Soziale Arbeit in ihrem Projekt der integrierten Versorgung eine steuernde Rolle einnehmen sollte. Bei denjenigen, die eine Pflegeausbildung abgeschlossen haben, sind es noch 57%, mit sozialarbeitersicher Ausbildung noch 21.7%. Der Zusammenhang zwischen Ausbildung und dem Antwortverhalten ist hier mit $p=0.003$ signifikant, aber es liegt dasselbe Problem wie bei obiger Analyse vor: Die erwarteten Häufigkeiten sind in 66.7% der Zellen zu klein.

11.7.7 Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen

		Stärken und Schwächen (Teil 1)							
		«Die Soziale Arbeit verkauft sich schlecht»	«Es gibt Aufgabebereiche, wie der Kinderschutz, welche nur durch Sozialarbeiten bearbeitet werden können»	«Wirkungsnachweise sind für die Soziale Arbeit schwierig»	«Die Soziale Arbeit ist in Organisationen des Gesundheitswesens gut positioniert»	«Die professionelle Vernetzung und gegenseitige Unterstützung ist gut (z.B. Fachverbandes)»	«Der Fachverband hat politisches Gewicht»	«Sozialarbeitende sind nicht bereit leitende Rollen einzunehmen»	
N	Gültig	35	34	37	36	35	27	30	
	Fehlend	20	21	18	19	20	28	25	
Mittelwert		3.89	3.97	3.70	2.92	3.54	2.93	2.37	
Median		4.00	4.00	4.00	3.00	4.00	3.00	2.00	
Modus		4	5	4	2	4	2 ^a	2	
Standardabweichung		.963	1.291	1.175	1.105	1.120	1.107	1.189	
Minimum		1	1	1	1	1	1	1	
Maximum		5	5	5	5	5	5	4	
Perzentile	25	4.00	4.00	3.00	2.00	3.00	2.00	1.00	
	50	4.00	4.00	4.00	3.00	4.00	3.00	2.00	
	75	4.00	5.00	5.00	4.00	4.00	3.00	4.00	

a. Mehrere Modi vorhanden. Der kleinste Wert wird angezeigt.

Tab.22: Stärken und Schwächen (Teil 1) (Quelle: eigene Darstellung)

Stärken und Schwächen (Teil 2)

		«Die Kompetenzen der Sozialen Arbeit sind anderen Berufsgruppen nicht bekannt»	«Die Soziale Arbeit bearbeitet die soziale Dimension von Krankheit effizient und effektiv»	«Sozialarbeitende im Spital befassen sich mit den aktuellen Entwicklungen in der Gesundheitspolitik»	«Sozialarbeitende kennen Projekte der integrierten Versorgung»	«Sozialarbeitende gestalten Projekte der integrierten Versorgung aktiv mit»	«Die Soziale Arbeit kann im politischen Prozess gut argumentieren»	«Die Soziale Arbeit betreibt genügend Öffentlichkeitsarbeit»
N	Gültig	36	35	35	35	32	31	32
	Fehlend	19	20	20	20	23	24	23
Mittelwert		3.64	3.80	3.74	3.40	3.09	2.58	2.13
Median		4.00	4.00	4.00	4.00	3.00	3.00	2.00
Modus		4	5	4	4	4	2 ^a	2
Standardabweichung		1.125	1.052	1.146	1.193	1.201	.923	.833
Minimum		1	2	1	1	1	1	1
Maximum		5	5	5	5	5	5	4
Perzentile	25	3.00	3.00	3.00	2.00	2.00	2.00	2.00
	50	4.00	4.00	4.00	4.00	3.00	3.00	2.00
	75	4.00	5.00	5.00	4.00	4.00	3.00	3.00

a. Mehrere Modi vorhanden. Der kleinste Wert wird angezeigt.

Tab. 23: Stärken und Schwächen (Teil 2) (Quelle: eigene Darstellung)

Von allen Aussagen stimmen die Befragten der Aussage, dass es Aufgabenbereiche gibt, die nur durch Sozialarbeitende bearbeitet werden können, im Schnitt am meisten zu (Mittelwert) – es ist auch die Aussage, welche den höchsten Prozentsatz beim Wert 5 («stimme zu») aufweist mit 44.1%. Bei drei Aussagen sind die Befragten insgesamt, wenn der Mittelwert und der Median betrachtet wird, «unentschieden» – was heisst, dass die Mittelwerte sich knapp um den Wert 3 bewegen und auch der Median 3 beträgt. Das betrifft die Aussagen «Die Soziale Arbeit ist in Organisationen des Gesundheitswesens gut positioniert», «Der Fachverband hat politisches Gewicht» und «Sozialarbeitende gestalten Projekte der integrierten Versorgung aktiv mit». Erstere ist eher bimodal, während die anderen beiden annähernd normalverteilt sind. Mit anderen Worten sind sich die Befragten bei der ersten der drei Aussagen nicht einig, während die anderen zwei wirklich eher «unentschieden» bewertet werden. Nur bei zwei Aussagen ist der Median niedriger als der Wert 3 «unentschieden». Dies ist bei «Die Soziale Arbeit betreibt genügend Öffentlichkeitsarbeit» und bei «Sozialarbeitende sind nicht bereit, leitende Rollen einzunehmen» der Fall. Entsprechend werden diese beiden Aussagen von 71.9% bzw. 66.7% abgelehnt («stimme (eher) nicht zu»). Allerdings stimmen letzterer Aussage 30% der Befragten eher zu, was aufzeigt, dass sich die Befragten hier nicht gleicher Meinung sind, auch wenn sie die Aussage insgesamt ablehnen (es gibt z.B. keine Angabe zu «stimme zu»). Zusätzlich wird auch die Aussage

«Die Soziale Arbeit kann im politischen Prozess zu argumentieren» von denjenigen, die nicht die Kategorie «unentschieden» gewählt haben, deutlich abgelehnt (48.4% Ablehnung und 12.9% Zustimmung). Bei allen anderen Aussagen, die bisher nicht erwähnt wurden, stimmen die Befragten der Aussage (eher) zu, was sich darin zeigt, dass bei allen der Modus und der Median mindestens 4 («stimme eher zu») beträgt und die Mittelwerte über 3.4 liegen. Inferenzstatistisch gibt es einen statistisch signifikanten Unterschied im Antwortverhalten, nach Anzahl Jahren Berufserfahrung: Der Aussage «Die Soziale Arbeit betreibt genügend Öffentlichkeitsarbeit» wird von denjenigen mit über 15 Jahren Berufserfahrung deutlich mehr zugestimmt (Median=3.5) als bei den anderen Gruppen (Mediane=2.0), die korrigierten p-Werte sind im Post-hoc-Test im Vergleich zu den Gruppen 0–5 Jahren, 5–10 Jahren und 11–15 Jahren Berufserfahrung alle unter $p=0.05$. Weiter wird im Kruskal-Wallis-Test ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen dem Antwortverhalten auf die Aussage «Sozialarbeitende sind nicht bereit leitende Rollen einzunehmen» je nach Ausbildungsart angegeben (exakte Signifikanz $p=0.04$). In der Post-hoc-Analyse ergab sich jedoch ein Problem mit dem Programm SPSS: Die paarweisen Vergleiche im Post-hoc-Test werden nur durchgeführt, wenn die Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Tests signifikant sind, wobei aber die asymptotische Signifikanz berechnet wird. Da sie hier genau $p=0.05$ beträgt, werden die paarweisen Vergleiche nicht durchgeführt. Deshalb kann an dieser Stelle anhand der Durchsicht der Boxplots zwar angegeben werden, wie sich die Mediane der Gruppen unterscheiden, aber die Angabe der korrigierten Signifikanz bezüglich Unterschiede der einzelnen Gruppen im paarweisen Vergleich ist nicht möglich. Es lässt sich lediglich festhalten, dass Pflegenden die Aussage eher ablehnen (Median= 1.00) als Sozialarbeitende (Median=2.00) oder diejenigen mit beiden Ausbildungen (Median=3.00).

Chancen und Risiken (Teil 1)

		«Die aktuellen Finanzierungsmodelle sind unvorteilhaft für die Soziale Arbeit»	«Die Soziale Arbeit ist auf gutem Weg, als Gesundheitsberuf anerkannt zu werden»	«Bemühungen müssen unternommen werden, dass die Leistungen der Spitalsozialarbeit via SwissDRG kostenrelevant abgerechnet werden können»	«Den sozialen Determinanten von Krankheit wird in der Praxis keine Beachtung geschenkt»	«Im Gesundheitswesen werden nur noch ökonomische Argumente akzeptiert»	«Die Aufgaben der Sozialen Arbeit können auch durch andere Berufsgruppen übernommen werden»
N	Gültig	33	30	35	33	36	36
	Fehlend	22	25	20	22	19	19
Mittelwert		3.94	2.73	4.40	3.15	3.36	1.89
Median		4.00	3.00	5.00	3.00	4.00	1.00
Modus		4	2 ^a	5	4	4	1
Standardabweichung		1.197	1.015	1.090	1.064	1.175	1.190
Minimum		1	1	1	1	1	1
Maximum		5	5	5	5	5	5
Perzentile	25	4.00	2.00	4.00	2.00	2.00	1.00
	50	4.00	3.00	5.00	3.00	4.00	1.00
	75	5.00	3.25	5.00	4.00	4.00	3.00

a. Mehrere Modi vorhanden. Der kleinste Wert wird angezeigt.

Tab.24: Chancen und Risiken (Teil 1) (Quelle: eigene Darstellung)

88.6% der Befragten stimmen der Aussage mindestens eher zu, dass Bemühungen unternommen werden müssen, dass die Leistungen der Spitalsozialarbeit kostenrelevant abgerechnet werden können – von den Befragten haben 65.7% den höchsten Wert «stimme zu» gewählt, während 3 Personen die Aussage (eher) ablehnen (8.6%). Die Zustimmung zur verwandten Aussage «Die aktuellen Finanzierungsmodelle sind unvorteilhaft für die Soziale Arbeit» ist mit 78.8% ebenfalls hoch, wobei mehr «stimme eher zu» als «stimme zu» gewählt wurde (42.4% bzw. 36.4%). Die Befragten geben ausserdem 52.8% Zustimmung («stimme eher zu» und «stimme zu») und 27.5% Ablehnung («stimme eher nicht zu» und «stimme nicht zu») zur Aussage an, dass im Gesundheitswesen nur noch ökonomische Argumente akzeptiert werden. Sie sind ebenfalls der Meinung (45.5% stimmen eher zu, 27.3% stimmen (eher) nicht zu), dass den sozialen Determinanten von Krankheit in der Praxis keine Beachtung geschenkt wird.

Die Aussage, dass die Aufgaben der Sozialen Arbeit auch durch andere Berufsgruppen übernommen werden kann, wird deutlich abgelehnt. Der niedrigste Zustimmungswert «stimme nicht zu» ist der Modus, wurde entsprechend am häufigsten gewählt (55.6%). 13.8% stimmen der Aussage jedoch (eher) zu – der höchste Wert «stimme zu» wurde je-

doch nur von einer Person gewählt. Im Weiteren lehnen die Befragten auch die Aussage, dass die Soziale Arbeit auf gutem Weg ist als Gesundheitsberuf anerkannt zu werden, ab. Ein Drittel der Befragten ist «unentschieden», über 40% lehnen die Aussage ab und knapp über 20% stimmen der Aussage (eher) zu. Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Meinungen über diese Aussagen stark divergieren, was an der relativ hohen Standardabweichung sämtlicher Aussagen abzulesen ist.

Chancen und Risiken (Teil 2)

		«Die Wertschätzung von Sozialarbeitenden im Gesundheitswesen ist gross»	«In der Wirksamkeitsforschung für soziale Berufe wurden grosse Fortschritte gemacht»	«Die Anliegen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen sind den wichtigsten Akteuren (Krankenkassen, Leistungserbringer, FMH etc.) weitgehend bekannt»	«Die Methodik der Sozialen Arbeit wird zunehmend von anderen Professionen verwendet»	«Der Spar- druck trifft Sozial- arbeitende besonders hart»	«Die Be- handlung der sozialen Dimension von Krank- heit durch Sozialarbei- tende ist für die Ärzte- schaft und die Pflegen- den eine grosse Entlastung»
N	Gültig	36	25	34	32	35	35
	Fehlend	19	30	21	23	20	20
Mittelwert		2.92	2.32	2.18	3.38	3.03	4.71
Median		3.00	2.00	2.00	3.50	3.00	5.00
Modus		2	2	2	3 ^a	2	5
Standard- abweichung		1.131	.988	1.267	1.289	1.339	.572
Minimum		1	1	1	1	1	3
Maximum		5	4	5	5	5	5
Perzenti- le	25	2.00	2.00	1.00	3.00	2.00	5.00
	50	3.00	2.00	2.00	3.50	3.00	5.00
	75	4.00	3.00	2.25	4.00	4.00	5.00

a. Mehrere Modi vorhanden. Der kleinste Wert wird angezeigt.

Tab. 25: Chancen und Risiken (Teil 2) (Quelle: eigene Darstellung)

Die Arbeit von Sozialarbeitenden ist für die Ärzteschaft und die Pflegenden gemäss den Befragten eine grosse Entlastung. 94.2% stimmen der Aussage zumindest eher zu (77.1% «stimme zu», 17.1% «stimme eher zu»). Die Aussage wurde auch von niemandem abgelehnt. Dennoch sind die Befragten im Schnitt der Meinung, dass Aussage «Die

Wertschätzung von Sozialarbeitenden im Gesundheitswesen ist gross» abgelehnt werden muss. Ein Drittel lehnt die Aussage «eher ab» (Modus) und ein Viertel stimmt «eher zu». Ob der Spardruck Sozialarbeitende besonders hart trifft wird insgesamt als «unentschieden» bewertet – die Antworten sind fast normalverteilt mit einer grossen Standardabweichung, die Befragten sind sich nicht einig (je 40% stimmen der Aussagen (eher) zu und stimmen ihr (eher) nicht zu). Klar abgelehnt wird die Aussage «Die Anliegen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen sind den wichtigsten Akteuren (Krankenkassen, Leistungserbringer, FMH etc.) weitgehend bekannt». 76.5% der Befragten lehnen die Aussage (eher) ab, während 14.2% der Aussage (eher) zustimmen. Auch die Aussage, dass in der Wirksamkeitsforschung für soziale Berufe grosse Fortschritte gemacht wurden, wird insgesamt abgelehnt. Während sie 64% (eher) ablehnen, stimmen 16% eher zu, bei keiner Angabe beim höchsten Zustimmungswert «stimme zu» – entsprechend ist die Standardabweichung geringer im Vergleich zu anderen Aussagen. Der Aussage «Die Methodik der Sozialen Arbeit wird zunehmend von anderen Professionen verwendet» stimmen 50% der Befragten (eher) zu, rund 28% haben «unentschieden» gewählt und 21.9% stimmen (eher) nicht zu. Inferenzstatistisch zeigen sich im Kruskal-Wallis-Test für k-unabhängige Stichproben keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten nach demographischen Gruppen (Ausbildung, Alter, Berufserfahrung und Leitungserfahrung).

11.8 Fazit quantitative Erhebung

Bei sämtlichen Aufgaben, die bisher der Spitalsozialarbeit unter SwissDRG zugeschrieben werden, wird von den Befragten als zwingend oder zumindest von Vorteil angesehen, dass sie von Sozialarbeitenden wahrgenommen werden. Bei drei Aufgaben – der psychosozialen Begleitung, der Ressourcenallokation und der Erschliessung (sozial-) rechtlicher Ansprüche – sehen es Personen mit pflegerischer Ausbildung als weniger zwingend an, dass sie von Sozialarbeitenden durchgeführt werden. Insgesamt wird die Nachsorgeorganisation von den Aufgaben am wenigsten zwingend der Sozialen Arbeit zugeschrieben. Bei der Frage, wie wichtig die Zusammenarbeit mit einzelnen Berufsgruppen bewertet wird, werden insbesondere die Ärztinnen und Ärzte, Pflegenden, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, sowie Psychologinnen und Psychologen hervorgehoben. Die Zusammenarbeit mit allen Berufsgruppen wird insgesamt als gut erlebt, nur bei der medizinischen Codierung wird sie als eher gut bewertet. Die Zusammenarbeit mit Pflegenden wird von den Befragten am besten eingeschätzt. In den Disziplinen Innere Medizin, Palliative Care, Onkologie und Geriatrie wird der Einbezug von Sozialarbeitenden im Team von über 90% der Befragten gefordert, in den Disziplinen Nephrologie und Urologie wird er hingegen als weniger zwingend beurteilt – sie sind die einzigen Disziplinen, bei denen weniger als 50% der Befragten den Einbezug der Sozialen Arbeit im interprofessionellen Team forderten.

Während die interprofessionelle Zusammenarbeit insgesamt als gut bewertet wird und es Aufgabengebiete gibt, die klar der Spitalsozialarbeit zugeordnet werden, gab es doch aus Sicht der Befragten einige negative Entwicklungen seit der Einführung von SwissDRG: Der Kosten- und Spardruck hat stark zugenommen, Fristen wie zum Beispiel Austrittsdaten werden wichtiger, der Arbeitsalltag hat sich nach sozialarbeiterischem Verständnis eher verschlechtert und den Wünschen der Patientinnen und Patienten kann weniger Rechnung getragen werden. Dennoch sind die Befragten nicht der Meinung, dass die Entwicklung im Spital von der Sozialen Arbeit wegführt. Sie sehen das interprofessionelle Team auch

nicht nur als Zudienende für eine möglichst schnelle Entlassung der Patientinnen und Patienten aus dem Spital. Einer in den Fokusgruppen geäusserten Entwicklung, dass die Abgrenzungsschwierigkeiten im Spital insbesondere gegenüber der Pflege immer wieder Thema sind, stimmen die Befragten insgesamt nicht zu. Hier ist jedoch auffällig, dass sich das Antwortverhalten nach Ausbildungsart stark unterscheidet: Personen mit pflegerischem Hintergrund sehen keine Abgrenzungsschwierigkeiten (Mittelwert=1.63), während diejenigen mit sozialarbeiterischer Ausbildung eher ambivalent sind (Mittelwert=3.17) und diejenigen mit beiden Ausbildungen die Abgrenzungsschwierigkeiten eher stark erleben (Mittelwert=4.2). Weiter fällt auf, dass diejenigen mit der längsten Berufserfahrung (über 15 Jahre) auf dem Spitalsozialdienst die Veränderungen im Vergleich zu den anderen Gruppen stärker gewichten – in allen Fällen also im Schnitt die höchste Zustimmung zu den Aussagen aufwiesen. Gleichzeitig bewerten diejenigen mit der längsten Leitungserfahrung die Veränderungen am geringsten. Insgesamt zeigt sich, dass insbesondere die finanziellen Rahmenbedingungen als Faktor für die Veränderungen des Arbeitsalltags seit Einführung von SwissDRG gesehen werden. Während finanzielle Überlegungen zunehmen, wird dennoch an der Notwendigkeit festgehalten, dass Sozialarbeitende im Spital weiterhin die bisherigen Aufgaben ausführen. Besonders in Disziplinen, wo der sozialen Dimension von Krankheit erfahrungsgemäss mehr Bedeutung zugemessen wird (zum Beispiel in der Palliative Care oder der Geriatrie), wird der Einbezug der Spitalsozialarbeit von den Befragten weiterhin als zwingend beurteilt. Weiter lässt sich festhalten, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit als gut funktionierend erlebt wird. Bei der integrierten Versorgung, insbesondere auf die Reichweite der Kooperation bezogen, zeigen sich unterschiedliche Verständnisse bei den Befragten ab: Für etwa die Hälfte der Befragten reicht eine weniger ausgeprägte Kooperation für die Behandlung und Betreuung multimorbider, geriatrischer und chronisch erkrankter Patientinnen und Patienten aus. Die Kooperation im Team oder an der Schnittstelle zu den Nachsorgenden ist ihrer Meinung nach genügend. Die andere Hälfte fordert jedoch eine stärkere Integration der Leistungen, mit je ca. 25%, die eine Integration des gesamten Behandlungspfades entweder im Gesundheitswesen oder im Gesundheits- und Sozialwesen als angemessen betrachten. Während die Hälfte der Befragten ein hohes Mass an Kooperation in der Versorgung fordert, werden dennoch diejenigen Aufgaben am wichtigsten bewertet, die Sozialarbeitende als Teil des interprofessionellen Teams erbringen. Aufgaben, die der Lotsenfunktion und der Öffentlichkeitsarbeit/dem Lobbying zugeordnet werden, werden als etwas weniger wichtig bewertet. Dies zeigt sich auch am Ergebnis der Frage, welche Rolle die Soziale Arbeit in der integrierten Versorgung einnehmen soll: Über 90% der Befragten wählten die Soziale Arbeit als Teil des interprofessionellen Teams, während die Lotsenfunktion mit 48.6% und insbesondere die Öffentlichkeitsarbeit/das Lobbying mit 27% deutlich weniger oft gewählt wurden (Mehrfachantworten waren möglich). Hier lässt sich festhalten, dass diejenigen Befragten mit mehr Leitungserfahrung die Lotsenfunktion öfter als Rolle der Sozialen Arbeit in der integrierten Versorgung vorgesehen haben. Es ist auffallend, dass das politische Lobbying mit einem Mittelwert von 4.06 und die Öffentlichkeitsarbeit mit einem Mittelwert von 4.24 von den Befragten als (eher) wichtig betrachtet werden, dennoch nur 27% diese Rolle gewählt haben.

Folgend werden die zehn Aufgaben aufgeführt, bei denen die Befragten es im Schnitt am wichtigsten betrachten, dass sie im Rahmen der integrierten Versorgung durch die Soziale Arbeit wahrgenommen werden. Sie sind absteigend nach Mittelwert geordnet:

1. Ressourcenallokation (insbesondere im familiären Umfeld)
2. Erschliessung (sozial-)rechtlicher Ansprüche
3. Vernetzung mit externen Beratungsstellen
4. Zusammenbringen der verschiedenen Leistungserbringer an einen Tisch
5. Psychosoziale Begleitung in Krisensituationen
6. Einleiten behördlicher Massnahmen (z.B. Kindes- und Erwachsenenschutz)
7. Case Management über alle Sektoren hinweg
8. Nachsorgeorganisation
9. Netzwerkarbeit mit allen Akteuren (z.B. SwissDRG, Krankenkassen, Politik, FMH, Sozialdirektionen etc.)
10. Wirkungsnachweise erbringen

Fünf dieser zehn Aufgaben werden der Rolle «Soziale Arbeit als Teil des interprofessionellen Teams» zugeschrieben (1., 2., 5., 6. und 8.). Drei werden der Rolle «Lotsenfunktion» zugeordnet (3., 4. und 7.). Die 9. und 10. Aufgabe gehören zur Rolle «Öffentlichkeitsarbeit/Lobbying». Diese Ergebnisse decken sich mit der Wahl der Befragten, welche Rolle sie der Sozialen Arbeit in der integrierten Versorgung zuordnen (siehe oben). Bei der Frage, welche Berufsgruppen die Befragten in ihrem (hypothetischen) Projekt in der integrierten Versorgung miteinbeziehen möchten, wurden die Mittelwerte und die Mediane verglichen: Hausärztinnen und Hausärzte, Pflegende (spitalintern und spitalextern), sowie andere Sozialarbeitende werden von den Befragten als wichtigste Berufsgruppen definiert. Gefolgt werden sie von Fachärztinnen und Fachärzten, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, sowie den Krankenkassen. Der Einbezug von Politikerinnen und Politikern wird von den Befragten als am wenigsten wichtig bewertet.

Weiter sehen die Befragten die Professionellen der Sozialen Arbeit in ihrem Projekt in einer koordinierenden Rolle (73%) oder in einer beratenden Rolle (59.5%). Nur gerade 37.8% der Befragten schreiben den Sozialarbeitenden eine steuernde – also leitende – Rolle zu. Hier ist jedoch auffällig, dass besonders Personen mit sozialarbeiterischer Ausbildung nicht die steuernde Rolle gewählt haben. Mehr als die Hälfte der Befragten mit pflegerischer Ausbildung und 100% derjenigen mit beiden Ausbildungen sehen eine steuernde Rolle für die Sozialarbeitenden vor.

Zum Schluss der Befragung beurteilten die Befragten Äusserungen zu Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen.

Stärken aus Sicht der Befragten sind:

- Es gibt Aufgabenbereiche, wie der Kinderschutz, die nur durch Sozialarbeitende bearbeitet werden können.
- Die gegenseitige Vernetzung und Unterstützung (z.B. im Fachverband sages) ist gut.
- Die Soziale Arbeit bearbeitet die soziale Dimension von Krankheit effizient und effektiv.
- Sozialarbeitende befassen sich mit aktuellen Entwicklungen in der Gesundheitspolitik.
- Sozialarbeitende sind bereit, leitende Rollen einzunehmen.

Die **Schwächen** umfassen:

- Die Soziale Arbeit verkauft sich schlecht.
- Wirkungsnachweise sind für die Soziale Arbeit schwierig.
- Die Soziale Arbeit kann im politischen Prozess nicht gut argumentieren.
- Die Soziale Arbeit betreibt nicht genügend Öffentlichkeitsarbeit.
- Die Kompetenzen der Sozialen Arbeit sind den anderen Berufsgruppen zu wenig bekannt.

Chancen sehen die Befragten bei folgenden Aussagen:

- Bemühungen müssen unternommen werden, dass die Leistungen der Spitalsozialarbeit via SwissDRG kostenrelevant abgerechnet werden können.
- Andere Berufsgruppen können die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen nicht ersetzen.
- Die Behandlung der sozialen Dimension von Krankheit durch Sozialarbeitende ist für die Ärzteschaft und die Pflegenden eine grosse Entlastung.

Risiken sind hingegen vor allem:

- Die Finanzierungsmodelle sind für die Soziale Arbeit unvorteilhaft.
- Die Soziale Arbeit wird nicht als Gesundheitsberuf anerkannt und ist bisher nicht auf gutem Weg dazu, das zu erreichen.
- In der Wirksamkeitsforschung für soziale Berufe wurden keine grossen Fortschritte gemacht.
- Die Anliegen der Sozialen Arbeit sind anderen Akteuren im Gesundheitswesen weitgehend unbekannt.
- Die Methodik der Sozialen Arbeit wird zunehmend auch von anderen Berufsgruppen übernommen.
- Im Gesundheitswesen werden vor allem ökonomische Argumente akzeptiert.

Alle anderen Aussagen, die hier nicht aufgeführt sind, wurden von den Befragten insgesamt nicht eindeutig abgelehnt oder angenommen – sprich als «unentschieden» bewertet.

Wiederum sind die finanziellen Strukturen ein stark einschneidender Faktor, der den Arbeitsalltag bestimmt. Die Beeinflussung dieser Strukturen gestaltet sich schwierig, da im Gesundheitswesen vor allem ökonomische Argumente akzeptiert werden und die Soziale Arbeit Mühe mit der Erbringung von Wirkungsnachweisen zu haben scheint. Entsprechend verkauft sich die Soziale Arbeit in den Augen der Befragten schlecht: Sie kann im politischen Prozess nicht gut argumentieren und betreibt zu wenig Öffentlichkeitsarbeit. Während von den Befragten festgehalten wird, dass die bereits bestehenden Aufgabenbereiche grösstenteils durch Sozialarbeitende bearbeitet werden müssen – es also klar Aufgabenbereiche gibt, die nur durch Sozialarbeitende bearbeitet werden können – und die interprofessionelle Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen als gut funktionierend bewertet wird, wird gleichzeitig bemängelt, dass die Kompetenzen und die Anliegen der Sozialen Arbeit anderen Akteuren im Gesundheitswesen zu wenig bekannt sind und in der Folge wenig Anerkennung erhalten. Dabei wäre für die Befragten klar, dass die Soziale Arbeit im Rahmen der integrierten Versorgung viele Aufgaben übernehmen kann, sei es als Teil des interprofessionellen Teams, in der Lotsenfunktion oder

im öffentlichen und politischen Rahmen. Sie würde gemäss den Befragten vor allem in koordinierender Rolle agieren. Obwohl die Befragten der Meinung sind, dass Sozialarbeitende bereit sind, leitende Rolle einzunehmen, weisen sie der Sozialen Arbeit kaum eine leitende Rolle zu. Weiter halten die Befragten fest, welche Berufsgruppen oder Professionen sie für ihre Arbeit als wichtig erachten. Sowohl unter SwissDRG als auch in der integrierten Versorgung werden vor allem die Ärztinnen und Ärzte, die Pflegenden, die Physiotherapeutinnen und -therapeuten und die Psychologinnen und Psychologen als wichtige Partner angesehen. Im Rahmen der integrierten Versorgung kommen die Krankenkassen dazu, da sie die grössten Kostenträger sind. Die Politikerinnen und Politiker, die die strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen beeinflussen könnten, werden hingegen unter allen Berufsgruppen als am wenigsten wichtig bewertet. Auch wenn klar ist, wer die wichtigsten Partner sind und die Aufgaben, welche sie als die wichtigsten erachten, aufgelistet werden können, sind sich die Befragten über die Ausgestaltung der integrierten Versorgung uneinig: Die Bewertung, welche Form von Kooperation in der Versorgung ausreicht, fällt sehr unterschiedlich aus. Hier scheint noch Handlungsbedarf zu bestehen. Die Befragten halten jedoch auch fest, dass der gegenseitige Austausch und die gegenseitige Unterstützung, zum Beispiel im Rahmen des Fachverbandes, gut ist. Das könnte eine Grundlage sein, um über die künftige Ausgestaltung des Gesundheitswesens und die Rolle der Sozialen Arbeit darin diskutieren zu können.

**TEIL 4:
DISKUSSION &
SYNTHESE**

12 DISKUSSION

Im Fokus der vorliegenden Master-Thesis stand die Soziale Arbeit, welche im Rahmen von zwei wichtigen gesundheitspolitischen Entwicklungen SwissDRG und integrierte Versorgung beleuchtet wurde. Aus diesem Grund wurde zunächst die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen vorgestellt, die Eckdaten und Trends im Schweizer Gesundheitswesen aufgezeigt, die Einführung der SwissDRG in der Schweiz nachgezeichnet und die integrierte Versorgung als innovativer Ansatz expliziert. Anhand der Ergebnisse aus der qualitativen und der quantitativen Erhebung konnte aufgezeigt werden, dass sich die Soziale Arbeit in einem komplexen Umfeld befindet und behaupten muss.

In diesem Kapitel erfolgt nun die Diskussion der Ergebnisse anhand der Fragestellungen, die in Kapitel 1.2 hergeleitet wurden.

12.1 Beantwortung der Fragestellungen

Die Forschungsfrage, wie sich die Soziale Arbeit im Rahmen der gesundheitspolitischen Massnahmen SwissDRG und integrierter Versorgung positionieren kann, ist vielschichtig. Um sie beantworten zu können, werden zuerst die Ergebnisse aus der Theorie sowie der Empirie entlang der Unterfragen diskutiert. Die Forschungsfrage wird im Anschluss zusammenfassend beantwortet.

12.1.1 Unterfragen SwissDRG

1. UNTERFRAGE: Wie gestaltet sich aktuell die Rolle der Spitalsozialarbeit unter SwissDRG?

In der Theorie liessen sich kaum Daten zur aktuellen Rolle der Spitalsozialarbeit seit der Einführung von SwissDRG finden. Ausser in der vom Büro BASS im Jahr 2013 durchgeführten Studie zur «Bestandesaufnahme Spitalsozialarbeit in der Schweiz» (vgl. Kapitel 2.6) wurden Daten dazu erhoben, was für Leistungen die Spitalsozialarbeit erbringt. Wie in Kapitel 1.2 erläutert, ist mit einer Position auch immer eine Funktion verbunden, welche die inhaltlichen Aufgaben beschreibt. Gemäss Erhebung des Büro BASS zeigte sich, dass in mehr als 80 % der Spitalsozialdienste Nachsorgeorganisation und psychosoziale Beratung der Patientin oder des Patienten bzw. deren Systems meistens oder zumindest bei einem Teil der Patientinnen und Patienten geleistet werden. Derselbe Wert ist bei behördlichen Massnahmen deutlich geringer (bei ca. 30 %). Die sozialrechtliche Beratung ist mit 76 % deutlich mehr vertreten. In der quantitativen Erhebung (vgl. Kapitel 11.7.2) wurden die Teilnehmenden zur aktuellen Rolle der Spitalsozialarbeit unter SwissDRG befragt. Die erste Frage widmete sich der Notwendigkeit, dass die aufgelisteten Aufgaben durch Sozialarbeitende durchgeführt werden. Bei allen Aufgaben wurde es als mindestens vorteilhaft, wenn nicht sogar zwingend angesehen, dass sie durch Sozialarbeitende ausgeführt werden. Entgegen der Literatur wird die Nachsorgeorganisation am kontroversesten beurteilt: Nur diese Aufgabe wird mit «von Vorteil» beurteilt, alle anderen Aufgaben mindestens mit «zwingend», dass sie von Sozialarbeitenden ausgeführt werden. Bei den ersten drei Aufgaben (psychosoziale Begleitung in Krisensituationen, Ressourcenallokation, Erschliessung rechtlicher Ansprüche) ergaben sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Antworten und der Ausbildungsart. Bei der Ausbildungsart

wurden Ausbildungen in Sozialer Arbeit und Pflege unterschieden, sowie diejenigen, die beides absolviert haben. In allen drei Fällen ergab sich zwischen denjenigen, die eine pflegerische Ausbildung und denjenigen, die eine sozialarbeiterische Ausbildung haben, statistisch signifikante Unterschiede. Post-hoc-Tests zeigen, dass Personen mit pflegerischer Ausbildung die Übernahme dieser drei Aufgaben durch Sozialarbeitende als weniger zwingend (Median=4.000) ansehen, als diejenigen mit sozialarbeiterischem Hintergrund (Median=5.000).

Wie in Anhang 8.3 ersichtlich, ist die Spitalsozialarbeit nebst ihren Aufgaben auch durch das interprofessionelle Setting, in dem sie arbeitet, bestimmt. Dass sich die Soziale Arbeit in den interprofessionellen Diskurs einbringt, wurde auch in der Fokusgruppe diskutiert (vgl. Kapitel 10.7.1). Daher wurde mit Hilfe der zweiten Frage in einem ersten Schritt erfragt, mit welchen Professionen oder Berufsgruppen die Zusammenarbeit als besonders wichtig erachtet wird und in einem zweiten Schritt (dritte Frage), wie gut diese Zusammenarbeit funktioniert. Gemäss den Ergebnissen der Onlineumfrage (vgl. Kapitel 11.7.2) erachten 92,9% der Befragten die Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten als «wichtig». Ähnlich bei den Pflegenden: Hier erachten 90,5% der Befragten die Zusammenarbeit als «wichtig». Weitere wichtige Partnerinnen und Partner sind die Physio- und Psychotherapie. Bei beiden betrachten über 45% der Befragten die Zusammenarbeit als «wichtig». Auch die Zusammenarbeit mit der Ergotherapie wird als «eher wichtig» betrachtet. Die Seelsorge, die Ernährungsberatung und vor allem die medizinische Codierung werden als nicht ganz so zentrale Bezugsprofessionen bewertet. In der dritten Frage ging es darum zu bewerten, wie gut diese Zusammenarbeit funktioniert. Bei den Ärztinnen und Ärzten wird die Zusammenarbeit insgesamt als gut funktionierend erlebt. Nur eine Person hat angegeben, dass die Zusammenarbeit «eher schlecht» funktioniert. 64.3% geben den höchsten Wert an, sind also zufrieden mit der Zusammenarbeit. Die Zusammenarbeit mit den Pflegenden wird von den Befragten hoch eingestuft. 76.2% sind der Meinung, dass sie «gut» funktioniert. Einzig die Zusammenarbeit mit der Ernährungsberatung wird im Schnitt noch etwas besser eingestuft. Insgesamt wird die interprofessionelle Zusammenarbeit als gut erlebt, was darin erkennbar ist, dass bei sämtlichen Berufsgruppen (ausser der medizinischen Codierung) mehr als 50% die Zusammenarbeit als «gut» und mehr als 75% die Zusammenarbeit als mindestens «eher gut» beurteilen.

Die Teilnehmenden der Fokusgruppen (vgl. Kapitel 10.7.1) gaben an, dass die Aufgabenbereiche herausgearbeitet werden müssen, die nur von Sozialarbeitenden ausgeführt werden können (beispielsweise Abklärungen von Gefährdungsmeldungen oder Interventionen im Rahmen der Palliative Care). In der Onlineumfrage (Kapitel 11.7.2) wurde in der vierten Frage nach den Bereichen gefragt, in welchen es zwingend ist, dass Sozialarbeitende Teil des interprofessionellen Teams sind. Die Beteiligung der Sozialen Arbeit im interprofessionellen Team wird in den Disziplinen Innere Medizin, Onkologie, Palliative Care und Geriatrie mit über 90% gefordert. Die Psychosomatik und Neurologie/Neurochirurgie befinden sich über der 75%-Grenze, gefolgt von der Orthopädie mit immerhin noch 72.1%. Einzig bei der Nephrologie und der Urologie sind weniger als 50% der Befragten der Meinung, dass zwingend Sozialarbeitende Teil des interprofessionellen Teams sein sollten.

Zur aktuellen Rolle der Spitalsozialarbeit im Rahmen von SwissDRG gehört auch der Aspekt der Finanzen: Wie in Kapitel 5.1 ausführlich beschrieben, fand die Einführung der SwissDRG nur in den Gesundheitsberufen statt. Die Leistungen der Spitalsozialarbeit können nicht kostenwirksam abgerechnet und ausgewiesen werden, sondern sind in der Basisrate enthalten.

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass die Spitalsozialarbeit im Rahmen von SwissDRG eine wichtige Rolle ausübt, vor allem als Schnittstellen- und Vernetzungsprofession. Trotzdem werden zur Sozialen Arbeit im Akutspital bis anhin kaum Daten erhoben.

2. UNTERFRAGE: Welche Veränderungen in der Rolle von Spitalsozialarbeitenden sind seit Einführung von SwissDRG feststellbar?

In der Theorie liessen sich keine Daten zur Veränderung der Rolle der Spitalsozialarbeit seit der Einführung von SwissDRG finden. Dies ist an sich nicht verwunderlich, ist die Spitalsozialarbeit doch Teil der Basisrate und kann nicht entsprechend ausgewiesen werden. In der Fokusgruppe (vgl. Kapitel 10.7.1) wurde diskutiert und festgehalten, dass die Entwicklung in den Spitälern weg führt von der Sozialen Arbeit. Immer öfters übernehmen andere Berufsgruppen (namentlich die Pflege) die Tätigkeiten der Spitalsozialarbeit. Gerade deshalb ist es unabdingbar, dass der Sozialen Arbeit der Nachweis über ihre Leistungen gelingt, denn ansonsten läuft sie Gefahr, dass andere Berufsgruppen ihre Aufgaben übernehmen (z.B. weil sie kostengünstiger sind). Die Teilnehmenden der beiden Fokusgruppen fanden klare Worte dafür, wie sich ihre Arbeit seit der Einführung der SwissDRG verändert hat:

- ***Seit dem Arbeitsbeginn der Expertin in der Spitalsozialarbeit im 2013 hat sich die Arbeit zunehmend verschlechtert bzw. verschärft. Dies in Bezug auf die Interessen der Patient/innen. Man ist zunehmend an Fristen der Austritte gebunden. Der Fokus der Spitalsozialarbeit liegt vielmehr auf der Austrittsplanung (Durchführung 2, Person 1; 2:50).***
- ***Man spürt den Kosten-/ Spardruck im Arbeitsalltag massiv. Ganz konkret auf die Soziale Arbeit bezogen ist es so, dass immer wie weniger Soziale Arbeit gemacht wird. Man macht eine Austrittsplanung, aber da stellt sich die Frage, ob man dafür Soziale Arbeit studiert haben muss (Durchführung 2, Person 1; 05.45).***

Dass der Fokus auf der Austrittsplanung liegt, lässt sich an den Ergebnissen der Erhebung zur Spitalsozialarbeit des Büro BASS zeigen: Die Nachsorgeorganisation ist die weitaus am häufigsten erfasste Leistung (vgl. Kapitel 6). Die Befragten bestätigen im Rahmen der quantitativen Erhebung die Aussage aus der Fokusgruppe, dass die Spitalsozialarbeit seit Einführung von SwissDRG vielmehr an Fristen – wie zum Beispiel die durch die Diagnoseliste vorgegebene mittlere Verweildauer – gebunden ist und der Kosten- und Spardruck massiv zugenommen hat. Entsprechend sind sie auch der Meinung, dass den Interessen der Patientinnen und Patienten weniger Rechnung getragen werden kann und sich der Arbeitsalltag nach sozialarbeiterischem Verständnis verschlechtert hat. Anhand der zweiten Aussage lässt sich eine Vermutung anstellen: Die Nachsorgeorganisation ist diejenige Aufgabe, die in der quantitativen Erhebung am wenigsten zwingend der Spitalsozialarbeit zugewiesen wird. Das könnte daran liegen, so die These, dass die Austrittsplanung immer weniger mit der Vorstellung, was unter Sozialer Arbeit verstanden

wird, zu tun hat. Wenn nun die Austrittsplanung so stark an Gewicht zugenommen hat, aber immer weniger mit Sozialer Arbeit zu tun hat – zum Beispiel durch die Abnahme der anwaltschaftlichen Vertretung für die Interessen der Patientinnen und Patienten – so erstaunt es nicht, dass die Befragten seit Einführung von SwissDRG für die Spitalsozialarbeit und für die Patientinnen und Patienten eher negative Auswirkungen feststellen. Dies lässt sich an einem weiteren Thema der Fokusgruppe aufzeigen: Da der Fokus vielfach auf der Diagnose liegt, kann die Austrittsplanung nicht systematisch gemacht werden. Allein ausgehend von der Diagnose und der entsprechenden vorgesehenen Verweildauer, könnte eine Patientin oder ein Patient theoretisch zwar aus dem Spital entlassen werden, es bleibt jedoch kaum oder gar keine Zeit, um die soziale Dimension miteinzubeziehen. Daher müsste eine Fallpauschale grundsätzlich differenziert hinterfragt werden:

- ***Multimorbide, hochkomplexe Patient/innen lassen sich nicht mit einer Fallpauschale abgelten. Da braucht es eine umfassende Sozialanamnese, um aufs ganze System Einfluss zu nehmen*** (Durchführung 2, Person 1; 14:11).

Es wurde rege diskutiert und festgehalten, dass das Denken in Mengen vorherrschend geworden ist und dass die Ärzteschaft, Pflegefachpersonen und Sozialarbeitende lediglich Zudienende für eine möglichst schnelle und reibungslose Entlassung geworden sind. Hier jedoch widersprechen die Befragten aus der quantitative Erhebung den Fokusgruppenteilnehmenden: Sie sind nicht der Meinung, dass das interprofessionelle Team nur noch Zudienende für eine reibungslose Entlassung geworden ist. Sie sind auch nicht der Meinung, dass sich die Entwicklung im Spital von der Sozialen Arbeit wegbewegt. Das scheint sich auf den ersten Blick mit der Zustimmung zu den Aussagen «Den Interessen der Patientinnen und Patienten kann weniger Rechnung getragen werden», «Die Spitalsozialarbeit ist seit Einführung von SwissDRG viel mehr an Fristen gebunden» und «Der Arbeitsalltag hat sich nach sozialarbeiterischem Verständnis verschlechtert» zu widersprechen. Dass sich der Arbeitsalltag nach sozialarbeiterischem Verständnis verschlechtert hat, muss aber noch nicht heissen, dass die Entwicklung von der Sozialen Arbeit wegführt – denn es werden immer noch die meisten Aufgaben zwingend der Spitalsozialarbeit zugeschrieben, auch wenn diejenige, die am wenigsten zwingend zugeschrieben wird (die Nachsorgeorganisation), zunehmend an Gewicht gewinnt. Es werden also Aufgaben wichtiger, die klar der Sozialen Arbeit zugeordnet werden, aber von den Sozialarbeitenden selbst nicht mehr ganz der Vorstellung entsprechen, was sie unter Sozialer Arbeit verstehen. Weiter heisst die Zunahme an Bedeutung der Aufgabe «Nachsorgeorganisation» nicht, dass die anderen Aufgaben unwichtig sind, weshalb auch postuliert werden kann, dass das interprofessionelle Team mehr tut, als nur noch eine reibungslose Entlassung anzuvisieren.

Die Befragten in der quantitativen Erhebung mit der längsten Berufserfahrung sehen indes die grössten Veränderungen seit Einführung von SwissDRG. Es lässt sich nicht abschliessend feststellen, ob die Veränderungen wirklich aufgrund der Einführung von SwissDRG stattgefunden haben oder ob die Veränderungen in einem Arbeitsfeld natürlich über längere Zeiträume grösser ausfallen. Die Befragten mit der längsten Leitungserfahrung sehen hingegen die geringsten Veränderungen seit Einführung von SwissDRG. Die These zur Erklärung dieses Sachverhaltes ist folgende: Veränderungen werden als weniger bedrohlich und weniger einschneidend wahrgenommen, wenn auf die Veränderungen Einfluss genommen werden kann. Leitungspersonen haben mehr Einfluss auf

die Ausgestaltung des Arbeitsalltags, weshalb sie die Veränderungen entsprechend als weniger einschneidend wahrnehmen. Die in den Fokusgruppen oft thematisierten Abgrenzungsschwierigkeiten gegenüber anderen Professionen – und insbesondere gegenüber der Pflege (vgl. Kapitel 10.7.1) – werden im quantitativen Teil von den Befragten nicht so stark wahrgenommen. Jedoch sind die Unterschiede nach Ausbildungsart auffällig. Pflegende sehen keine Abgrenzungsschwierigkeiten, während Sozialarbeitende sie zumindest teilweise wahrnehmen. Diejenigen mit beiden Ausbildungen sehen sie sogar stark (vgl. Kapitel 11.7.3 und 11.8). Das heisst, dass diejenigen, die bei beiden Professionen genau wissen, welche Aufgaben und Kompetenzen mit der jeweiligen Profession verbunden sind, mehr Überschneidungen beziehungsweise Abgrenzungsschwierigkeiten sehen, als diejenigen mit «nur» einer ausbildungsspezifischen Perspektive.

12.1.2 Unterfragen integrierte Versorgung

1. UNTERFRAGE: Welches Verständnis von integrierter Versorgung haben die Spitalsozialarbeitenden?

Das Schweizer Forum für integrierte Versorgung (fmc) hat im Jahr 2017 dem Institut für Betriebs- und Regionalökonomie der Hochschule Luzern – Wirtschaft eine Studie in Auftrag gegeben: Ziel war es, grundlegende Fragen zur Einführung der integrierten Versorgung in der Schweiz zu untersuchen (vgl. Kapitel 6.2.2). Die 361 an der Umfrage beteiligten Personen (u.a. Bund, Kantone, Gemeinden, Akteurinnen und Akteure aus der Langzeitpflege, Spitälern, Krankenversicherern) wurden zu den Zielen der integrierten Versorgung befragt. Dabei stellte sich heraus, dass die Befragten ein gemeinsames Verständnis haben, was integrierte Versorgung ist und welchen Stellenwert sie hat. Zum Beispiel stimmten 98 % der Aussage «Koordination und Kontinuität der Versorgung über einen längeren Zeitraum ermöglichen» zu oder 97 % waren sich hinsichtlich dieser Aussage «Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Fachpersonen und Organisationen verbessern» einig. Quintessenz der Studie war, dass zwar ein mehrheitlich einheitliches Verständnis über integrierte Versorgung besteht, aber dass keine Übereinstimmung hinsichtlich deren Ausgestaltung vorliegt. Auch herrscht Unzufriedenheit bezüglich der Aufgaben- und Kompetenzverteilung zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden. Es findet kaum eine Abstimmung der drei Ebenen statt.

Hier fällt auf, dass die Differenzierung wichtig ist zwischen dem Verständnis, was integrierte Versorgung leisten soll und dem Verständnis, wie integrierte Versorgung umgesetzt werden kann. Die Teilnehmenden der Fokusgruppe sind sich einig, dass gelingende integrierte Versorgung Kosten spart, Fehl-, Über- und Unterbehandlungen verhindert, den Patientinnen und Patienten die Navigation im unübersichtlichen Gesundheitswesen erleichtert, Qualitätsoptimierungen ermöglicht und – durch die PatientInnenorientierung – die Bearbeitung der sozialen Dimension von Krankheit mehr in den Fokus rückt. Das Verständnis, was integrierte Versorgung leisten kann und soll, ist weitgehend einheitlich. Bezüglich Umsetzung sei jedoch kein einheitliches Verständnis vorhanden (vgl. Kapitel 10.7.2). Die Teilnehmenden diskutierten rege bereits laufende und mögliche Projekte integrierter Versorgung. Um ein einheitliches Verständnis auch bezüglich Umsetzung der integrierten Versorgung herstellen zu können, benötigt es aber gemäss den Teilnehmenden der Fokusgruppe Best-Practice-Beispiele:

- **Wir benötigen gute Best-Practice-Beispiele. Eine Idee beziehungsweise ein existierendes Projekt ist: Der Sozialdienst einer Gemeinde zahlt Case Management (extern angeboten) bei Komplexfällen. Er kann Leistungen in einem gewissen Rahmen bezahlen. Sozial benachteiligte Menschen können z.B. durch einen Sozialarbeiter betreut werden, die Gesundheitsleistungen werden koordiniert, aber bezahlt wie bisher. So könnte die Verbindung von Gesundheits- und Sozialwesen auch in der Kostenbeteiligung geschehen (Durchführung 1, Person 1; 01:00:20).**

Auch in der quantitativen Erhebung zeigt sich, dass das Verständnis, wie integrierte Versorgung umgesetzt werden kann, nicht einheitlich ist. Rund die Hälfte der Befragten spricht sich für eine grosse Reichweite der Kooperation in der Versorgung aus (über den gesamten Behandlungspfad im Sozial- und/oder Gesundheitswesen). Für die andere Hälfte ist eine Koordination an den Schnittstellen selbst (zum Beispiel zwischen Akutspital und Langzeitpflege) ausreichend. Bei der Auswahl wurden den Befragten Beispiele zur Verfügung gestellt. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Befragten ihre Antwort eher anhand der Beispiele anstelle der Benennung der Auswahlmöglichkeiten gewählt haben. Deshalb ist dieses Ergebnis mit Vorsicht zu behandeln. Weiter spielt hier vermutlich auch die Auswahl der Befragten eine entscheidende Rolle: Es werden die Leitungspersonen der Deutschschweizer Akutspitalsozialdienste befragt. Die zentrale Aufgabe der Austrittsplanung wird meist im Rahmen einer Schnittstelle zu den Nachsorgenden (zum Beispiel einer Langzeitpflegeinstitution) wahrgenommen. Es kann deshalb sein, dass die Option «Interinstitutionelle Zusammenarbeit auf vertikaler Ebene (Schnittstelle, z.B. zwischen Spital und Langzeitpflege)» unverhältnismässig oft gewählt wurde – bei Personen aus anderen Bereichen des Gesundheitswesens wäre die Antwort unter Umständen anders ausgefallen.

Zum Verständnis integrierter Versorgung gehört aber auch die Kenntnis von Herausforderungen, die mit der Umsetzung verbunden sind. In der Literatur werden, wie bereits erwähnt, abgesehen von unterschiedlichen Vorstellungen bezüglich der Umsetzung integrierter Versorgung insbesondere die politischen und strukturellen Bedingungen erwähnt: Die Aufgaben- und Kompetenzverteilung im föderalistischen System und die als mangelhaft bezeichnete Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Ebenen (Bund, Kantone und Gemeinden) werden als grosse Hürden für die Umsetzung einer gelingenden integrierten Versorgung gesehen (vgl. Kapitel 6.2.2). Die Teilnehmenden der Fokusgruppe fordern deshalb eine Neuordnung auf Bundesebene:

- **Die Finanzierung des Gesundheits- und Sozialwesens muss auf Bundesebene neu gedacht werden. Sonst ist und bleibt es ein Flickwerk an Lösungen, wie beispielsweise bei der AÜP. Die Kantone wollen jedoch ihr Mitspracherecht nicht abgeben, sie finanzieren ja auch einen grossen Teil der stationären Aufenthalte (Durchführung 1, Person 3; 59:08).**

Ebenfalls zeigen die Teilnehmenden zeigen auf, wie ökonomische (Fehl-) Anreize und die fehlende Zusammenarbeit zwischen den Kostenträgern das Gesundheits- und Sozialwesen beeinflussen:

- **Das Motto «ambulant vor stationär» ist nichts anderes als eine Sparübung der Kantone, da sie im ambulanten Bereich nicht mitfinanzieren müssen. So werden immer mehr Leistungen in den ambulanten Bereich verschoben, ohne zu fragen,**

ob das sinnvoll ist oder nicht. Solche finanziellen Fehlanreize müssten behoben werden (Durchführung 1, Person 3; 54:28).

Weiter wird bemängelt, dass selbst wenn Projekte umgesetzt werden können, bei denen die Finanzierung über verschiedene Kostenträger geregelt wurde, diese Projekte nach kurzer Zeit wieder aufgegeben werden müssen.

- **Integrierte Versorgung ist momentan sehr beliebt. Das Problem ist, dass ein gutes Projekt gestartet wird, nach ein paar Jahren verläuft es dann, weil es nicht mehr finanziert wird. Dann kommt ein anderes Projekt. So ist es zerstückelt und nicht integrierend** (Durchführung 1, Person 6; 56:43).

Hinsichtlich der Probleme bei der Umsetzung wurde in den Fokusgruppen breit diskutiert: Es war von Fehlanreizen im Gesundheitswesen die Rede und dass sich niemand zuständig fühlt, die soziale Dimension zu bearbeiten. Strukturen würden fehlen, welche die Abrechenbarkeit von Leistungen der sozialen Dimension ermöglichen. Zusätzlich erschwert wird dies durch die Tatsache, dass Wirksamkeitsnachweise für die Soziale Arbeit schwierig sind.

- **Die Akutspitäler sehen sich für die sozialen Probleme nicht zuständig. Das hört man oft von der Spitalleitung. Man will die Verantwortung abgeben indem man sagt, man sei Gesundheitsdienstleister und nicht für das Soziale zuständig. Dafür gebe es ja schliesslich Sozialdienste. An diese wird dann die Erwartung gestellt, dass sie in das Spital kommen und die weitere Versorgung planen, was natürlich nicht möglich ist** (Durchführung 2, Person 1; 40:50).
- **Wirkungsnachweise sind für die Soziale Arbeit schwierig. Ein Fall mit Beratung kann kaum einem Fall ohne Beratung gegenübergestellt werden, da es sich immer um Einzelfälle handelt, wo so viele Faktoren vorkommen, dass ein Vergleich wenig aussagekräftig ist.** (Durchführung 2, Person 1; 51:50).

2. UNTERFRAGE: Welche Aufgaben bzw. Rollen sind für die Soziale Arbeit in der integrierten Versorgung überhaupt denkbar?

Wie in Kapitel 7.2 beschrieben, arbeitet die Spitalsozialarbeit an der Schnittstelle von stationärer und ambulanter Versorgung. Gemäss Greuèl & Mennemann (2006) «erfordert die Integrierte Versorgung eine konstruktive Bearbeitung von Schnittstellen» (S. 143) und genau dazu leistet die Spitalsozialarbeit bereits jetzt einen wichtigen Beitrag als so genannte Schnittstellen- und Vernetzungsprofession. Im Jahr 2002 wurde an einer Tagung in Deutschland zum Thema «Neue gesundheitspolitische Programme – Chance für die Sozialarbeit» die Positionierung der Sozialen Arbeit behandelt (vgl. Kapitel 7.2). Im Rahmen der integrierten Versorgung nimmt die Hausärztin oder der Hausarzt oftmals die Funktion der Lotsin oder des Lotsen durch das Gesundheitswesen ein. Rege diskutiert wurde dabei, dass die Soziale Arbeit bereits jetzt an zahlreichen Stellen des Gesundheitswesens tätig ist und auch eine Funktion als Lotsin oder Lotse einnimmt bzw. Brücken zwischen Sozial- und Gesundheitswesen baut. Quintessenz von dieser Tagung war, dass die Soziale Arbeit vielmehr in Hausarztpraxen arbeiten sollte und dort die Probleme der Patientinnen und Patienten langfristig bearbeiten kann. Auch in den beiden Fokusgruppen (vgl. Kapitel 10.7.2) wurde darüber diskutiert, welche Rolle die Soziale Arbeit im Rahmen der integrierten Versorgung einnehmen könnte. Die Soziale Arbeit eignet

sich deshalb gut, eine wichtige Rolle in der integrierten Versorgung einzunehmen, da sie übergeordnet und vernetzt denkt. Dabei wurde spezifisch die von der Sozialen Arbeit verwendete Methode des Case Managements erwähnt:

- **Obwohl Ausbildungen zu Case Management immer mehr von Personen ausserhalb der Sozialen Arbeit besucht werden, ist es immer noch eine Methode, die die Soziale Arbeit schon immer verwendet hat. Für die Begleitung von Personen in der «reineren» Form des Case Management ist die Soziale Arbeit prädestiniert (Durchführung 1, Person 3; 44:00).**
- **Bottom-Up-Ansätze von Case Management sind genuin Soziale Arbeit. So sind es zentrale Kompetenzen von Sozialer Arbeit. Das ist eine Rolle, die die Soziale Arbeit einnehmen kann (Durchführung 1, Person 1; 48:00).**

Es ist bekanntlich unbestritten, dass soziale Probleme einen Einfluss auf die Gesundheit haben können bzw. dass Krankheit einen Einfluss auf die soziale Dimension haben kann. Folgende Aussage aus der Fokusgruppe zeigt, warum es wichtig ist, dass die Soziale Arbeit eine Rolle in der integrierten Versorgung einnimmt:

- **Es ist absolut unbestritten, dass soziale Probleme einen Einfluss auf die Gesundheit haben können, insbesondere dann, wenn sie länger anhalten. Und umgekehrt ist unbestritten, dass langwierige Krankheiten die soziale Dimension beeinflussen. Folgen sind wirtschaftliche Probleme, fehlende soziale Teilhabe etc. Klassische Gebiete, die die Soziale Arbeit betreffen (Durchführung 2, Person 1; 36:23).**

Gerade das Hinweisen auf und die Bekanntmachung von Missständen gehört zu den zentralen Aufgaben der Sozialen Arbeit. Die Soziale Arbeit setzt sich im Gesundheitswesen dafür ein, dass Strukturen geschaffen werden, die die soziale Teilhabe von kranken Menschen fördert und erhält (vgl. Kapitel 2.2 und Kapitel 8). Gerade deshalb gehört die Öffentlichkeitsarbeit und das politische Lobbying zu den Aufgaben der Sozialen Arbeit, auch in der integrierten Versorgung. Die Diskussion in der Fokusgruppe drehte sich darum, welche weiteren Rollen die Soziale Arbeit in der integrierten Versorgung konkret einnehmen kann:

- **Die Soziale Arbeit kann drei verschiedene Rollen in der integrierten Versorgung einnehmen: 1. Als beteiligte Profession, welche die soziale Dimension bearbeitet, noch ohne Koordinationsfunktion. 2. die reine Koordinationsfunktion, worin die Soziale Arbeit gut ist, was aber die Pflege auch leisten könnte. Bei der Koordinationsfunktion, z.B. im Sinne eines Round Tables, geht es darum, die Fäden in einer Hand zu halten und die Fragmentierung überbrücken zu können. Als 3. Funktion wäre die Kombination. Also Vertretung der Profession plus die Übernahme der Koordination (Durchführung 1, Person 1, 48:30).**

Es ergeben sich also drei mögliche konkrete Rollen für die Soziale Arbeit: Soziale Arbeit als Teil eines interprofessionellen Teams, Lotsenfunktion und Lobbying / Öffentlichkeitsarbeit. Eine Kombination der Rollen wäre auch möglich. Die Befragten in der quantitativen Erhebung sehen «Soziale Arbeit als Teil eines interprofessionellen Teams» als die wichtigste Rolle. 91.9% der Befragten haben diese Rolle für die Soziale Arbeit in der integrierten Versorgung gewählt. Hier werden insbesondere folgende Aufgaben als wichtig erachtet:

- Ressourcenallokation (insbesondere im familiären Umfeld)
- Erschliessung (sozial-)rechtlicher Ansprüche
- Psychosoziale Begleitung in Krisensituationen
- Einleiten behördlicher Massnahmen (z.B. Kindes- und Erwachsenenschutz)
- Nachsorgeorganisation

Die soziale Dimension von Krankheit soll im Rahmen dieser Aufgaben bearbeitet werden. Die Schulung anderer Professionen bezüglich Sozialwesen wird in dieser Rolle zwar noch als «eher wichtig» bewertet, aber von allen Aufgaben am wenigsten gewählt. Dies mag, so die These, aus Gründen der Abgrenzung zu anderen Professionen sein: In der Fokusgruppe wurde erwähnt, dass insbesondere Pflegende sich immer öfters auch der Methodik und der Wissensbestände der Sozialen Arbeit bedienen. Das mag auf der einen Seite begrüssenswert sein, andererseits weckt es Ängste, dass die Spitalsozialarbeitenden zusehends durch Pflegende ersetzt wird.

Die Lotsenfunktion wurde noch von 48.6% der Befragten gewählt. Als wichtigste Aufgaben wurden hier folgende bestimmt:

- Vernetzung mit externen Beratungsstellen
- Zusammenbringen der verschiedenen Leistungserbringer an einen Tisch
- Case Management über alle Sektoren hinweg

Weitere Aufgaben wie die kontinuierliche Begleitung von Patientinnen und Patienten über längere Zeiträume, die Koordination der gesundheitlichen und sozialen Leistungen und die Sicherstellung des Informationsaustauschs zwischen Leistungserbringenden und Patientinnen und Patienten werden auch als wichtige Aufgaben in der Lotsenfunktion gesehen.

Die Personen mit mehr Leitungserfahrung messen der Lotsenfunktion mehr Bedeutung bei – über 80% derjenigen mit mehr als 10 Jahren Leitungserfahrung haben die Lotsenfunktion gewählt, im Vergleich zu weniger als 50% bei 0–5 oder 5–10 Jahren Leitungserfahrung. Womit sich dieser Unterschied erklären lässt und ob hier überhaupt ein kausaler Zusammenhang besteht, lässt sich nicht eruieren.

Die Öffentlichkeitsarbeit/das politische Lobbying wurde von 27% der Befragten gewählt. Hier werden insbesondere die folgenden zwei Aufgaben als wichtig erachtet:

- Netzwerkarbeit mit allen Akteuren (z.B. SwissDRG, Krankenkassen, Politik, FMH, Sozialdirektionen etc.)
- Wirkungsnachweise erbringen

Die Öffentlichkeitsarbeit und das politische Lobbying selbst als Aufgaben werden weniger gewichtet als die zwei oben erwähnten Aufgaben. Dennoch werden sie als «eher wichtig» eingestuft. Es ist auffallend, dass das politische Lobbying mit einem Mittelwert von 4.06 und die Öffentlichkeitsarbeit mit einem Mittelwert von 4.24 von den Befragten als (eher) wichtig betrachtet werden, dennoch nur 27% diese Rolle gewählt haben. Die Aussagen, dass die Soziale Arbeit genügend Öffentlichkeitsarbeit betreibt und dass sie im politischen Prozess gut argumentieren kann, werden von den Befragten klar abgelehnt. Es wird klar mehr Öffentlichkeitsarbeit gefordert, ebenso wie mehr Wirkungsnachweise, die letztlich als Instrument im politischen Prozess verwendet werden, und

dennoch wird nur in 27% der Fälle Öffentlichkeitsarbeit und Lobbying als Rolle der Sozialen Arbeit in der integrierten Versorgung gewählt. Das kann damit zusammenhängen, dass die Befragten die Soziale Arbeit nicht als die richtige Profession für diese Rolle sehen – also die Kompetenzen dazu nicht vorhanden sind oder sie sich deren nicht bewusst sind. Es kann aber auch damit zusammenhängen, dass Lobbying häufig als etwas Unreines/Schmutziges gesehen wird:

- **Lobbying fällt vielen sozialen Berufen schwer. Es wird als etwas Unreines, Schmutziges gesehen** (Durchführung 1, Person 2; 01:10:41).

Letztlich bereitet auch die Übernahme von ökonomischem Gedankengut, welches für das Lobbying unabdingbar scheint, vielen Professionellen der Sozialen Arbeit Mühe. Das ökonomische Gedankengut wird von vielen Professionellen für die Entstehung der Problemlagen verantwortlich gemacht, die durch die Soziale Arbeit bearbeitet werden. Eine unhinterfragte Übernahme ökonomischen Gedankenguts ist deshalb gefährlich. Eine kritische, durchdachte Übernahme scheint jedoch unumgänglich, möchte die Soziale Arbeit im politischen Prozess mitargumentieren können. Das Erbringen von Wirkungsnachweisen und die Netzwerkarbeit mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen wird von den Befragten und von den Teilnehmenden der Fokusgruppe demnach auch als wichtig (bei Letzteren gar zentral) bewertet.

Die Soziale Arbeit ist in der integrierten Versorgung nicht die einzige Profession. Deshalb ist nebst den Aufgaben, welche die Soziale Arbeit in der integrierten Versorgung einnehmen kann auch die Frage wichtig, welche Professionen sie als wichtige Partner in der integrierten Versorgung sehen. Obsan führte zwischen Juli 2015 und Juli 2016 eine gesamtschweizerische Studie durch mit dem Ziel, eine detaillierte Übersicht aller Initiativen zur integrierten Versorgung in der Schweiz zu schaffen (vgl. Kapitel 7). Durchschnittlich waren an den Integrationsinitiativen fünf Gesundheitsfach- bzw. Berufsgruppen beteiligt. Neben Ärztinnen und Ärzte (91%) und Pflegefachpersonen (87%) war die Spitalsozialarbeit an vierter Stelle mit 43% in den Initiativen involviert. In der Fokusgruppe wurde auf dieses Thema wenig eingegangen. Klar hervorgehoben wurde jedoch die zentrale Bedeutung von Hausärztinnen und Hausärzten in der integrierten Versorgung:

- **Ein Hausarzt im traditionellen Sinn kann, zumindest in ländlichen Regionen, integrierte Versorgung machen** (Durchführung 1, Person 1; 55:45).
- **Die Ärzte als Gatekeeper für das Gesundheitswesen und die Sozialarbeiter für das Sozialwesen** (Durchführung 1, Person 1; 01:06:43).

Auch die Bedeutung der Pflege und der Krankenkassen wurde kurz angedeutet:

- **Auch von anderen Gesundheitsberufen, insbesondere der Pflege, sind Bestrebungen (z.B. Advanced Practice Nurse) erkennbar, eine Rolle als Lotsen durch das Gesundheitssystem wahrzunehmen – was auch gut denkbar wäre** (Durchführung 2, Person 2; 34:26).
- **Case Manager bei primär grossen Krankenkassen, die auch daran interessiert sind, eher Prävention zu fördern und so auch die soziale Dimension stärker berücksichtigen** (Durchführung 1, Person 1; 01:11:39).

In der quantitativen Erhebung wurde explizit nach den Professionen gefragt, die nach Meinung der Befragten in der integrierten Versorgung wichtige Partner der Sozialen

Arbeit sind. Folgende werden als zentral erachtet:

- Hausärztinnen und -ärzte
- Pflegende (spitalintern und spitalextern)
- andere Sozialarbeitende
- Fachärztinnen und -ärzte
- Physiotherapeutinnen und -therapeuten
- Krankenkassen

Politikerinnen und Politiker werden hingegen als weniger wichtig bewertet.

Dass die Antworten so ausgefallen sind, kann vor dem Hintergrund des Arbeitsalltags der Befragten betrachtet werden: Die als wichtig bezeichneten Professionen sind weitgehend diejenigen, mit denen die Befragten in ihrem Arbeitsalltag zusammenarbeiten, wenn sie eine ambulante Nachsorge aufgleisen möchten. Politikerinnen und Politiker, die beispielsweise für die Veränderung von Strukturen und Rahmenbedingungen wichtig sind, spielen im Arbeitsalltag fast keine Rolle. Eine Beschäftigung mit den politischen Aspekten ist während des Arbeitsalltags oft auch nur in «gestohlenen» Zeitfenstern möglich, wie folgende Aussage aus der Fokusgruppe zeigt:

- ***Wenn man 100% arbeitet, kannst du dich eher auch mal Arbeiten annehmen, die nicht direkt mit deiner zu tun haben (z.B. professionspolitische). Es braucht eine stetige Weiterentwicklung und diese Zeit musst du dir im Arbeitsalltag oft «stehlen» (Durchführung 1, Person 3; 38:20).***

Dass die Zeit für politische Aspekte der Sozialen Arbeit im Arbeitsalltag nicht oder nicht genügend vorhanden und oft auch gar nicht vorgesehen ist, kann als weiterer Erklärungsansatz dafür dienen, dass die Rolle der Öffentlichkeitsarbeit/des politischen Lobbyings von den Befragten nur in 27% der Fälle gewählt wird.

In der Zusammenarbeit mit den anderen Professionen wird die Soziale Arbeit von den Befragten in einer koordinierenden Rolle (73%) oder in einer beratenden Rolle (59.5%) gesehen. Nur gerade 37.8% der Befragten schreiben den Sozialarbeitenden eine steuernde – also leitende – Rolle zu. Hier ist jedoch auffällig, dass besonders Personen mit sozialarbeiterischer Ausbildung nicht die steuernde Rolle gewählt haben. Mehr als die Hälfte der Befragten mit pflegerischer Ausbildung und 100% derjenigen mit beiden Ausbildungen sehen eine steuernde Rolle für die Sozialarbeitenden vor.

12.1.3 Unterfrage zu Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen

Worin bestehen die Schwächen und Stärken der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen?

Wie in der Operationalisierung in Anhang 8.8 beschrieben, wurden den Befragten der Onlineumfrage Aussagen zu Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken zur Bewertung vorgelegt. Die Ergebnisse aus den Fokusgruppen und der Onlineumfrage werden nachfolgend diskutiert.

Stärken und Schwächen

Wie in der Herleitung der Fragestellung (vgl. Kapitel 1.2) beschrieben wird, kann sich die Soziale Arbeit dann wie gewünscht positionieren, wenn es ihr gelingt, die eigenen Stärken in den Augen der Zielgruppen hervorzuheben. Die aktuelle Rolle / Positionierung der Spitalsozialarbeit hängt somit davon ab, wie sich die Soziale Arbeit im Allgemeinen und die Spitalsozialarbeit im Spezifischen «verkauft». Wie in Kapitel 7.2 beschrieben und auch in der Fokusgruppe (vgl. Kapitel 10.7.1) erläutert, verkauft sich die Soziale Arbeit unter ihrem Wert. Diesem Umstand stimmen in der quantitativen Erhebung 80% mindestens eher zu. Die Soziale Arbeit verkauft sich auf zwei Ebenen schlecht: Einerseits im interprofessionellen Setting und andererseits auf der politischen Ebene. So bemängeln die Befragten in der quantitativen Erhebung, dass die Kompetenzen der Sozialen Arbeit den anderen Berufsgruppen weitgehend unbekannt sind. Weiter wird festgehalten, dass die Soziale Arbeit im politischen Prozess nicht gut argumentieren kann. Ersteres, so die These, hängt damit zusammen, dass die Soziale Arbeit nicht genügend Öffentlichkeitsarbeit betreibt, womit die Kompetenzen der breiten Öffentlichkeit – und somit auch den anderen Berufsgruppen – weitgehend unbekannt bleiben. Das wurde so auch in der Fokusgruppe angedeutet:

- **Die Soziale Arbeit verkauft sich schlecht. Bei der Pflege oder beim Arzt wissen alle, welche Wissensbestände sie in etwa haben. Bei einem Sozialarbeiter ist das den meisten Laien völlig unklar. Auch anderen Berufsgruppen ist nicht bewusst, was beispielsweise die Inhalte des Studiums sind. Es geht um Kompetenzerwartungen** (Durchführung 2, Person 1; 01:11:19).

Wollen also die Professionellen der Sozialen Arbeit, dass ihre Kompetenzen von anderen Berufsgruppen und in der breiten Öffentlichkeit anerkannt werden, müssen sie Öffentlichkeitsarbeit betreiben. Die Aussage «Die Soziale Arbeit betreibt genügend Öffentlichkeitsarbeit» wird indes aber von 71.9% der Befragten abgelehnt, was klar als Schwäche deklariert werden muss. Auf der politischen Ebene kann die Soziale Arbeit gemäss den Befragten nicht gut argumentieren. Im ökonomisch dominierten Diskurs über das Gesundheitswesen braucht es zwingend Wirksamkeitsforschung, damit sich die Soziale Arbeit im Allgemeinen und die Spitalsozialarbeit im Spezifischen behaupten kann. In der Onlineumfrage war die Aufgabe «Wirkungsnachweise erbringen» demnach für die Befragten auch wichtig. 63.9% der Befragten gaben an, dass diese Aufgabe «wichtig» ist. Doch Wirksamkeitsforschung zu betreiben ist nicht ganz einfach, wie diese Aussage aus der Fokusgruppe zeigt:

- **Die Wirksamkeit der Leistungen der Sozialarbeitenden ist schwierig zu messen. Jede Pflegehandlung kannst du deklarieren, was irgendwann zur Erhöhung der Pflegestufe führt. Wenn Sozialarbeitende etwas machen, kann das nicht deklariert werden** (Durchführung 1, Person 6; 24:51).

Dass Wirkungsnachweise für die Soziale Arbeit schwierig sind, wird auch von den Befragten in der quantitativen Erhebung festgehalten. 67.5% der Befragten stimmen der Aussage «Wirkungsnachweise sind für die Soziale Arbeit schwierig» zu.

Die bisher aufgeführten Umstände, welche als Schwächen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen angesehen werden, verhindern eine Hervorhebung ihrer Stärken. In der quantitativen Befragung werden folgende Stärken betont:

- Es gibt Aufgabenbereiche, wie der Kinderschutz, die nur durch Sozialarbeitende

bearbeitet werden können.

- Die gegenseitige Vernetzung und Unterstützung (z.B. im Fachverband sages) ist gut.
- Die Soziale Arbeit bearbeitet die soziale Dimension von Krankheit effizient und effektiv.
- Sozialarbeitende befassen sich mit aktuellen Entwicklungen in der Gesundheitspolitik.
- Sozialarbeitende sind bereit, leitende Rollen einzunehmen.

Diese Stärken decken sich weitgehend mit den Aussagen aus den Fokusgruppen. Wenn Sozialarbeitende bereit sind, leitende Rollen einzunehmen, sich mit den aktuellen Entwicklungen auseinandersetzen, gegenseitig gut vernetzt sind und es schaffen, dass aufgezeigt werden kann, dass die Soziale Arbeit die soziale Dimension von Krankheit effizient und effektiv behandelt, sowie in gewissen Aufgabenbereichen unverzichtbar ist, wäre ein grosser Schritt für die erfolgreiche Positionierung getan.

- ***Des Weiteren hängt die Positionierung der Sozialen Arbeit auch von Zusammenschlüssen und gegenseitiger Unterstützung / gegenseitigem Austausch ab, wie es zum Beispiel im sages möglich ist (Durchführung 1, Person 2; 01:17:35).***
- ***Die Soziale Arbeit muss auch Leitungsfunktionen wahrnehmen, damit die Rolle so gestaltet werden kann, wie es sinnvoll ist und gewünscht wird. Viele sind aber nicht dazu bereit, die Leitungsfunktionen wahrzunehmen (Durchführung 1, Person 3; 01:25:29).***

Chancen und Risiken

Wie in Kapitel 5.1 ausführlich beschrieben, fand die Einführung der SwissDRG nur in den Gesundheitsberufen statt. Die Leistungen der Spitalsozialarbeit können nicht kostenwirksam abgerechnet und ausgewiesen werden, sondern sind in der Basisrate enthalten. Grundsätzlich kann die Einführung der SwissDRG trotzdem eine Chance für die Soziale Arbeit bedeuten, da das Spital aufgrund der Fallpauschalen daran interessiert ist, dass Lang- und Überlieger verhindert werden. Da die Spitalsozialarbeit bei komplexen Fällen die Fallführung bei der Austrittsplanung übernimmt, sind die Akutspitäler auf eine effiziente und effektive Arbeitsweise des Spitalsozialdienstes angewiesen. Effektiv deshalb, weil bei Wiedereintritt einer Patientin oder eines Patienten innerhalb von 18 Tagen die gleiche Fallpauschale weitergeführt wird – vorausgesetzt, dass keine neue Diagnose vorliegt. Damit die Spitalsozialarbeit effizient und effektiv arbeiten kann, braucht sie Ressourcen, um geeignete Anschlusslösungen für die Patientinnen und Patienten zu finden. Dies sind ökonomische Argumente, die sich gut bei den vorgeetzten Stellen einbringen lassen. Die Verweildauer im Spital hat sich seit der Einführung von SwissDRG nachweislich verkürzt (vgl. Kapitel 1.4.1) und die Nachsorgeplanungen (namentlich Spitex, Pflegeheime, Rehabilitationen) sowie die Aufenthaltsdauer in Rehabilitationen haben zugenommen (vgl. Kapitel 1.4.1). Da die Patientinnen und Patienten früher und mit weniger stabilen medizinisch-pflegerischen Situationen verlegt werden, erfordert dies eine gute Zusammenarbeit mit den Nachsorgeinstitutionen. Denn diese müssen sich auf die zunehmende Komplexität der Fälle vorbereiten können. Da die Spitalsozialarbeit an der Schnittstelle von akutstationärem und ambulantem Bereich tätig ist, kann sie die benötigten guten Kontakte zu Nachsorgeorganisationen sicherstellen. Das ist eine Chance für die Spitalsozialarbeit und sie kann sich hier durch ihre Schnittstellen- und Vernetzungskompetenz profilieren (vgl. Kapitel 5.2.1).

In der Fokusgruppe drehte sich die Diskussion um das wichtige Thema der kostenwirksamen Abrechnung (vgl. Kapitel 10.7.1): Da die Leistungen nicht kostenwirksam via DRG-System abgerechnet werden können, wird die Spitalsozialarbeit weiterhin auf der Ausgaben- und nicht auf der Einnahmeseite stehen. Dies hat erheblichen Einfluss auf die Positionierung der Spitalsozialarbeit innerhalb und ausserhalb des Akutspitals. Letztlich ist die Spitalsozialarbeit, wie bekanntlich in vielen anderen Bereichen der Sozialen Arbeit auch, einem Legitimationsdruck ausgesetzt. Dies verdeutlicht folgende Aussage aus der Fokusgruppe:

- ***Dem Spitaldirektor geht es ums Portemonnaie. Im Moment ist die Spitalsozialarbeit nur auf der Ausgabenseite und nicht bei der Einnahmeseite. Und wenn die Spitalsozialarbeit ihre Leistungen kostenwirksam via SwissDRG abrechnen könnte, wäre sie nicht nur bei der Ausgaben- sondern auch bei der Einnahmeseite. Man müsste das möglichst schnell initiieren, so kann man auch darlegen, warum man Sozialarbeitende braucht*** (Durchführung 1, Person 3; 28:29).

Auch in der Onlineumfrage (vgl. Kapitel 11.7.7) stimmten 88.6% der Befragten der Aussage mindestens eher zu, dass Bemühungen unternommen werden müssen, dass die Leistungen der Spitalsozialarbeit kostenrelevant abgerechnet werden. Die Zustimmung zur verwandten Aussage «Die aktuellen Finanzierungsmodelle sind unvorteilhaft für die Soziale Arbeit» ist mit 78.8% ebenfalls hoch. Die Befragten geben ausserdem 52.8% Zustimmung und 27.5% Ablehnung zur Aussage an, dass im Gesundheitswesen nur noch ökonomische Argumente akzeptiert werden. Die Befragten sind gleichzeitig nicht der Meinung, dass im politisch wichtigen Bereich der Wirksamkeitsforschung grosse Fortschritte erzielt wurden. Sie sind ebenfalls der Meinung, dass den sozialen Determinanten von Krankheit in der Praxis keine Beachtung geschenkt wird. Das sind alles Risiken, die für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen bestehen.

Die Aussage, dass die Aufgaben der Sozialen Arbeit auch durch andere Berufsgruppen übernommen werden kann, wird deutlich abgelehnt. Der niedrigste Zustimmungswert «stimme nicht zu» ist der Modus, wurde entsprechend am häufigsten gewählt (55.6%). Anders wird dies in der Fokusgruppe diskutiert: Dort wurde thematisiert, dass die Entwicklung in den Spitälern immer mehr wegführt von der Sozialen Arbeit. Immer mehr Spitäler stellen keine Sozialarbeitende mehr ein (vgl. Kapitel 10.7.1). Weiter ist auch klar, dass sich die Soziale Arbeit nicht als einzige Profession für wichtige Rollen in der integrierten Versorgung eignet. Diese Konkurrenz bedeutet ein Risiko für die Soziale Arbeit im Akutspital und im Gesundheitswesen allgemein, dies auch deshalb, da sich die anderen Professionen gemäss den Fokusgruppenteilnehmenden besser verkaufen können.

- ***Auch von anderen Gesundheitsberufen, insbesondere der Pflege, sind Bestrebungen (z.B. Advanced Practice Nurse) erkennbar, eine Rolle als Lotsen durch das Gesundheitssystem wahrzunehmen – was auch gut denkbar wäre*** (Durchführung 2, Person 2; 34:26).

Trotz dieser Risiken bestehen durchaus auch Chancen. Wie oben ausgeführt könnte die kostenrelevante Abrechnung der Leistungen unter SwissDRG eine Chance darstellen. Leider ist die Soziale Arbeit aber bisher nicht als Gesundheitsberuf anerkannt und befindet sich gemäss den Befragten auch nicht auf gutem Weg dazu. Dennoch wird von den Befragten festgehalten, dass die Behandlung der sozialen Dimension von Krankheit

durch Sozialarbeitende für die Ärzteschaft und die Pflegenden eine grosse Entlastung darstellt – sie können sich dadurch auf ihre Kernkompetenzen fokussieren.

12.1.4 Forschungsfrage

Wie kann sich die Soziale Arbeit im Rahmen der gesundheitspolitischen Massnahmen SwissDRG und integrierte Versorgung positionieren?

Wie in der Herleitung der Fragestellung (vgl. Kapitel 1.2) beschrieben wurde, müssen für eine erfolgreiche Positionierung folgende Schritte erfolgen:

- a) Definition des Produkts
- b) Bestimmung der Soll-Position
- c) Bestimmung der Zielgruppen
- d) Herausarbeitung der Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken
- e) Hervorhebung der Stärken in den Augen der Zielgruppen

Sie werden im Folgenden gesondert betrachtet.

Definition des Produkts

Das Produkt der Sozialen Arbeit ist eine Dienstleistung. Der Begriff der Dienstleistung wird in der Literatur kritisch diskutiert. Deshalb wird eine kurze Beschreibung vorgenommen, welches Verständnis die Autorin und der Autor der Arbeit vom Dienstleistungsbegriff haben. Der Dienstleistungssektor wird als Tertiärsektor bezeichnet, welcher historisch als Reaktion auf den Sekundärsektor Industrie folgte. Die Abkehr vom Menschen hin zur Maschine in den Produktionsbetrieben des Sekundärsektors, hatte gemäss Fourastiè (1969) zur Folge, dass es im Tertiärsektor «[...] zu einer Spezialisierung des Menschen auf das eigentlich Menschliche [...]» kam (S. 23). Dieser Fokus auf den Menschen in der Erbringung der Dienstleistungen wird auch von Matthias Schütze (2006) betont: «Bei Dienstleistungen handelt es sich folglich grundsätzlich um eine Aushandlung zwischen dem individuellen Wunsch (z.B. nach sozialer Hilfestellung) und den gesellschaftlichen Bedingungen zur Befriedigung dieses Wunsches» (S. 6). Die Soziale Arbeit ist hier die Vermittlung zwischen den individuellen Wünschen und den gesellschaftlichen Bedingungen zur Befriedigung des Wunsches – das klassische Doppelmandat. Wird dazugenommen, dass auch die Bearbeitung der gesellschaftlichen Bedingungen zur Befriedigung individueller Wünsche zu den Aufgaben Sozialer Arbeit gehört, wird das vorliegende Verständnis der Dienstleistung Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen vervollständigt. Im Sinne des Dienstleistungsbegriffs wird hier das Produkt folglich als die Aufgabengebiete verstanden, die die Soziale Arbeit bearbeitet. An dieser Stelle wird nochmals auf die 10 Aufgabengebiete verwiesen, die von den Befragten in der quantitativen Erhebung im Schnitt die höchsten Werte bei der Frage nach der Wichtigkeit zugeschrieben bekommen haben (vgl. Kapitel 11.8). Die Aufgaben, die am wichtigsten eingestuft werden, sind grösstenteils diejenigen Aufgaben, die die Spitalsozialarbeit bereits heute im Rahmen des interprofessionellen Teams erbringt. Weiter werden aber auch drei Aufgaben, die der Lotsenfunktion zugewiesen werden, hoch eingestuft, ebenso wie zwei Aufgaben, die der Öffentlichkeitsarbeit/dem Lobbying zugehören. Das Produkt umfasst demnach die Bearbeitung der individuellen Problemlagen der Patientinnen und Patienten im interprofessionellen Kontext, die Begleitung und Unterstützung der Patientinnen und Patienten

über den institutionellen Rahmen hinaus und die Bearbeitung der Rahmenbedingungen für die Erbringung dieser Dienstleistungen auf Ebene der Politik und der Öffentlichkeit mittels geeigneter Instrumente, wie zum Beispiel der Wirkungsnachweise

Bestimmung der Soll-Position

Im Rahmen von SwissDRG wird von den Teilnehmenden der Fokusgruppe klar festgehalten, welche Soll-Position angestrebt wird. Zum einen soll die Soziale Arbeit als Gesundheitsberuf anerkannt werden, zum anderen sollen die Leistungen der Sozialen Arbeit kostenrelevant abgerechnet werden können (vgl. Kapitel 10.7.1). Die Befragten in der quantitativen Erhebung bestätigten dieses Bedürfnis (vgl. Kapitel 11.7.7). Dadurch wird eine Aufwertung der Profession Soziale Arbeit im Spitalsektor angestrebt. In der integrierten Versorgung ist die Bestimmung der Soll-Position indes etwas diffuser. In der Literatur wird hervorgehoben, dass sich die Soziale Arbeit hervorragend als Schnittstellen- und Vernetzungsprofession eignet, da sie bereits jetzt an Schnittstellen tätig ist (vgl. Kapitel 7.2). Diese Schnittstellen umfassen diejenigen zwischen individuellen Wünschen und gesellschaftlichen Begebenheiten, zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Aspekten der Krankheit, aber auch zwischen den institutionellen Übergängen (zum Beispiel ambulant und stationär). Die Eignung der Sozialen Arbeit für die Bearbeitung dieser Schnittstellen wird auch von den Teilnehmenden der Fokusgruppe hervorgehoben (vgl. Kapitel 10.7.2). Entsprechend sehen die Befragten in der quantitativen Erhebung die Soziale Arbeit in der integrierten Versorgung in einer koordinierenden Rolle (vgl. Kapitel 11.7.6). Die Soll-Position wird folglich hier als Anerkennung dieser Eignung gesehen. Ziel ist, dass die Zielgruppen die Soziale Arbeit als Schnittstellen- und Vernetzungsprofession in der integrierten Versorgung anerkennen. Dafür ist es natürlich wichtig zu bestimmen, wer denn diese Zielgruppen sind.

Bestimmung der Zielgruppen

Die Soziale Arbeit erbringt ihre Dienstleistungen in erster Linie in der Zusammenarbeit mit ihrer Klientel. Dennoch wird das Klientel in der vorliegenden Arbeit in Bezug auf die professionspolitische Positionierung nicht als Zielgruppe definiert. Der Grund dafür ergibt sich aus der Unterscheidung zwischen Kundinnen und Kunden sowie Klientinnen und Klienten. Während Kunden im ökonomischen Verständnis die Wahlfreiheit haben und sich entsprechend über die Vor- und Nachteile der verschiedenen Angebote informieren, haben Klienten diese Wahlmöglichkeit nur selten. In einer anonym verfassten Studienarbeit wird dieser Umstand mit folgenden Worten beschrieben: «Klienten haben, nicht wie Kunden, durch ihr Kaufverhalten und ihre Wahlfreiheit die Macht, über Qualität und Quantität der Hilfeangebote zu bestimmen. Kunden können sich freiwillig für ein Angebot entscheiden. Diese Freiwilligkeit ist bei Klienten nicht immer gegeben» (Der Kunde in der Sozialen Arbeit, 2017, S. 11). Da die Klientel die Soziale Arbeit im Wesentlichen nicht freiwillig als Dienstleistende wählt, verliert die Hervorhebung der eigenen Stärken – die eigentliche Positionierung – an Bedeutung. Vielmehr sind diejenigen Personen, die sich noch nicht in einer Notlage befinden, also potentielle Klientel, hier als Zielgruppe zu sehen. Das wird auch in der Fokusgruppe so diskutiert, wie folgende Aussage belegt:

- ***Es hat viel mit der Marktlogik zu tun, die prägend ist. Die Vorstellung, dass Patient/innen ein Spital aussuchen als rationale Wahl, weil sie denken, dass sie dort eine besonders gute Behandlung erfahren werden. Ein Leistungserbringer positioniert sich als besonders guten, sorgfältigen und qualitätsbewusster***

Leistungserbringer, dazu zählt auch die Soziale Arbeit. Und die gut informierten Patient/innen wissen das und suchen deshalb das Spital aus, dann stimmen auch die Fallzahlen und es geht ökonomisch auf. Die grosse Streitfrage dahinter ist, ob das Gesundheitswesen als Markt funktioniert. Sind das Angebote, über die man sich informiert und dann in Anspruch nimmt? Gerade die Klientel, welche von der Arbeit der Sozialen Arbeit profitiert, stimmt das so wiederum nicht (Durchführung 2, Person 2, 24:03).

Wie ebenfalls in der Fokusgruppe diskutiert wurde, sind der grossen Öffentlichkeit die Kompetenzen und Aufgabengebiete der Sozialen Arbeit nicht bekannt. Sie können daher nicht von Personen, die sich noch nicht in einer Notlage befinden und deshalb mit der Sozialen Arbeit in Kontakt kommen, als Grundlage für eine rationale Entscheidung für oder gegen ein Angebot verwendet werden. Soll sich das ändern, muss die Öffentlichkeit als Zielgruppe definiert werden. Weiter wird die Politik als Zielgruppe definiert. Die Anerkennung der Sozialen Arbeit als Gesundheitsberuf und die finanziellen Rahmenbedingungen, die eine ausgeweitete Koordinationsrolle der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen überhaupt erst ermöglichen würden, sind abhängig von der Politik und den rechtlichen Grundlagen, die sie erarbeitet. Entsprechend geben auch die Teilnehmenden der Fokusgruppe häufig an, wie wichtig der politische Aspekt der Sozialen Arbeit ist (vgl. Kapitel 10.7.2). Die finanziellen Rahmenbedingungen, die immer wieder als zentral für die Positionierung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen bewertet werden, werden jedoch nicht nur durch die Politik und folglich die öffentliche Hand bestimmt, sondern auch durch andere Kostenträger, wie beispielsweise der Krankenkassen. In den Fokusgruppen wird deshalb auch das Lobbying nicht nur in der Politik, sondern auch bei den Krankenkassen gefordert (vgl. Kapitel 10.7.2). Weiter werden von den Befragten in der quantitativen Erhebung die Krankenkassen als wichtige Partner in der integrierten Versorgung gesehen (vgl. Kapitel 11.7.6). Letztlich werden die anderen, im Gesundheitswesen tätigen Professionen als Zielgruppe definiert. Eine gelingende und ganzheitliche Versorgung von Patientinnen und Patienten im Verständnis des bio-psycho-sozialen Modells ist nur interprofessionell möglich. Von den Professionen werden die Ärztinnen und Ärzte (in der integrierten Versorgung insbesondere Hausärztinnen und -ärzte), Pflegenden, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, andere Sozialarbeitende und Psychologinnen und Psychologen als besonders wichtige Partner der Sozialen Arbeit betrachtet (vgl. Kapitel 10.7.2, 11.7.2 und 11.7.6). Hier ist noch ein weiterer Aspekt zu beachten: In der integrierten Versorgung werden Projekte oft auf medizinisch-diagnostische Zielgruppen (zum Beispiel Demenzbetroffene) zugeschnitten. Auch im Spital bestimmen die verschiedenen medizinischen Disziplinen und die zugehörigen Diagnosen die Organisationseinheiten. Die Zielgruppe «andere Professionen», insbesondere die Fachärztinnen und -ärzte, kann deshalb nur in Zusammenhang mit den medizinischen Disziplinen bestimmt werden: Die Fachpersonen in Disziplinen wie Palliative Care, Innere Medizin, Geriatrie oder Psychosomatik können als wichtigere Partner der Sozialen Arbeit definiert werden, als diejenigen die in Disziplinen wie der Urologie oder der Nephrologie tätig sind (vgl. Kapitel 11.7.3). Jedoch scheint der Umkehrschluss hier zutreffender: Je nach Disziplin wird die Soziale Arbeit als Partnerin in der Versorgung für die involvierten Fachpersonen wichtiger, da in diesen Gebieten die soziale Dimension zunehmend an Bedeutung gewinnt und für den Heilungsverlauf oder den Erhalt der Lebensqualität wichtig wird. Dennoch sind die Disziplinen, in denen der sozialen Dimension für Krankheit noch wenig Beachtung

geschenkt wird, für die Positionierung der Sozialen Arbeit wichtig: Gerade in diesen Disziplinen besteht ein grosses Potential die Position der Sozialen Arbeit zu stärken – mit dem Ziel, das zum Wohle der Patientinnen und Patienten zu tun, indem eine umfassendere Betreuung und Behandlung ermöglicht wird. Bevor nun aber die Stärken in den Augen der aufgeführten Zielgruppen überhaupt hervorgehoben werden können, muss eruiert werden, welche Stärken und Schwächen überhaupt vorhanden sind. Ebenso sind für eine Positionierung die Beschäftigung mit Chancen und Risiken wichtig (vgl. Kapitel 1.2).

SWOT-Analyse

Die Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken, welche die Befragten in der quantitativen Erhebung für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen sehen, sind in Kapitel 11.8 aufgeführt. Bei der Betrachtung ist auffällig, dass die Schwächen sich im Wesentlichen auf eine Schwäche in der Positionierung kondensieren lassen, die Risiken insbesondere nachteilige Effekte einer fehlenden Positionierung in den Augen der Zielgruppen darstellen und die Chancen erst dann zum Tragen kommen, wenn eine entsprechende Anerkennung der Sozialen Arbeit in den Augen der Zielgruppen erfolgt ist. Das wird folgend ausgeführt: Die Soziale Arbeit hat grosse Schwierigkeiten, sich in den Augen der Zielgruppen hervorzuheben. Sie betreibt in den Augen der Befragten und der Fokusgruppenteilnehmenden zu wenig Öffentlichkeitsarbeit, erreicht also die potentielle Klientel nicht, kann im politischen Prozess nicht gut argumentieren und die Kompetenzen der Sozialen Arbeit sind anderen Berufsgruppen zu wenig bekannt. Zusätzlich sind die Wirkungsnachweise, die als Instrument für die Behebung dieses Missstandes und für die Positionierung in den Augen der Kostenträger dienen sollen, für die Soziale Arbeit schwierig zu erbringen. Diese Wirkungsnachweise sind wichtig, da im Gesundheitswesen zunehmend ökonomische Prinzipien handlungsleitend sind, was auch die Befragten in der quantitativen Erhebung bestätigen (vgl. Kapitel 11.7.7). Die Schwäche in diesem Bereich führt gemäss den Befragten und den Fokusgruppenteilnehmenden zu unvorteilhaften Finanzierungsmodellen für die Soziale Arbeit, der fehlenden Anerkennung als Gesundheitsberuf, einem fehlenden Bewusstsein vonseiten anderer Agierender im Gesundheitswesen für die Anliegen und Kompetenzen der Sozialen Arbeit, sowie einer damit verbundenen zunehmenden Übernahme der Aufgabengebiete Sozialer Arbeit durch andere Professionen (vgl. Kapitel 10.4.2 & Kapitel 11.7.7). Gelingt es nun der Sozialen Arbeit, ihre Stärken hervorzuheben, so soll es möglich sein, dass die Soll-Positionen erreicht werden können: Die Anerkennung als Gesundheitsberuf und die kostenrelevante Abrechnung der Leistungen unter SwissDRG, ebenso wie die Anerkennung als Schnittstellen- und Vernetzungsprofession. Letzteres kann mit zwei der erwähnten Chancen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen in Verbindung gebracht werden:

- Andere Berufsgruppen können die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen nicht ersetzen.
- Die Behandlung der sozialen Dimension von Krankheit durch Sozialarbeitende ist für die Ärzteschaft und die Pflegenden eine grosse Entlastung.

Werden diese Umstände anerkannt, was als Chance für die Soziale Arbeit zu bewerten ist, wird die Anerkennung als Schnittstellen- und Vernetzungsprofession deutlich wahrscheinlicher. Die grosse Stärke der Sozialen Arbeit, die in der Literatur (vgl. Kapitel 7.2), in der Fokusgruppe (vgl. Kapitel 10.7 & 10.8) und in der quantitativen Erhebung (vgl. Kapitel 11.7.7) hervorgehoben wird, ist ihre besondere Eignung zur vermittelnden Rolle auf

verschiedensten Ebenen. In einem Gesundheitssystem, in dem immer mehr Fokus auf Kooperation und Integration gelegt werden soll, scheint die Soziale Arbeit geradezu prädestiniert zu sein, die koordinierende, integrierende Kraft zu sein. Das kann gut anhand der Vermittlung zwischen biologischer, psychologischer und sozialer Ebene von Problemlagen aufgezeigt werden: Die Medizin bearbeitet fast ausschliesslich die biologische oder die psychologische Ebene. Es wird ersichtlich, dass die Medizin auf die Beachtung individueller Ausstattungsprobleme beschränkt ist. Zentral bei einer sozialarbeiterischen Sichtweise ist aber nach Silvia Staub-Bernasconi (2007), dass geklärt wird: «[...] was die biologisch/psychischen und was die gesellschaftlich/kulturellen Determinanten [...]» (S. 288) für das Unvermögen des Individuums sind, seine Bedürfnisse zu befriedigen. Wenn zum Beispiel ein älterer Mann nach seinem Spitalaufenthalt nicht nach Hause zurückkehren kann, werden von Sozialarbeitenden Wissensbestände auf mehreren Ebenen verwendet: Einerseits wird das Wissen aus der Medizin und der Psychologie benötigt, um die biologische/psychischen Determinanten zu bestimmen. Des Weiteren geht es aber um die Beachtung der sozialen Strukturen, die eine Rückkehr nach Hause verunmöglichen. Hierzu gehören nebst den Kenntnissen der sozialen Strukturen unter anderem weitreichende Kenntnisse zur gesellschaftlich ausgehandelten Ressourcenverteilung, da sie letztlich die vorhandenen Angebote für Personen in einer solchen Situation entscheidend bestimmen (Welche Leistungen werden finanziert? Wer darf Anspruch erheben? Wie wird dies legitimiert?). Hierin wird ersichtlich, welchen vermittelnden Beitrag Sozialarbeitende in der gesundheitlichen Versorgung erbringen können: Die Integration von mehreren Perspektiven und Ebenen, unter Einbezug der jeweiligen Wissensquellen. Wie Dominik Weber (2020) im Grundlagenbericht der Gesundheitsförderung Schweiz, dem Bundesamt für Gesundheit und der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren festhält, werden Schätzungen zufolge etwa 60% der Gesundheit eines Menschen von Faktoren bestimmt, die ausserhalb der Gesundheitspolitik liegen (S. 10). Die Beachtung sozialer – und dabei insbesondere materiell-struktureller – Determinanten wird für die gesundheitliche Versorgung immer wichtiger. Weber (2020) schreibt: «Die materiell-strukturellen Lebensbedingungen haben [...] die grösste Erklärungskraft hinsichtlich der Entstehung von gesundheitlicher Ungerechtigkeit» (S. 8). Genau die Bearbeitung dieser materiell-strukturellen Lebensbedingungen ist Auftrag der Sozialen Arbeit, wie auch im Berufskodex von AvenirSocial (2010) festgehalten wird (S. 6).

Nebst dieser grundsätzlichen Stärke der Sozialen Arbeit, vermittelnd zwischen diversen Ebenen und Interessen zu agieren und insbesondere die sozialen Determinanten von Krankheit zu bearbeiten, bestehen auch Stärken, die die Schwächen im Feld der Positionierung etwas mitigieren: Gemäss den Befragten ist die gegenseitige Vernetzung von Sozialarbeitenden – zum Beispiel im Fachverband sages – gut. Wie die Teilnehmenden der Fokusgruppe festhalten, bildet der Fachverband ein gutes Gefäss, um sich mit den aktuellen Entwicklungen in der Gesundheitspolitik auseinanderzusetzen und gemeinsame Zielsetzungen zu erarbeiten. Des Weiteren wird von den Befragten angegeben, dass Sozialarbeitende auch bereit sind, leitende Rollen einzunehmen – etwas, das in der Fokusgruppe gefordert wurde (vgl. Kapitel 11.7.7). Allerdings wird der Sozialen Arbeit in der integrierten Versorgung von den Befragten mit sozialarbeiterischer Ausbildung kaum eine steuernde Rolle zugeschrieben (vgl. Kapitel 11.7.6). Das mag mit dem Umstand zusammenhängen, dass sich Sozialarbeitende im Gesundheitswesen in der Tendenz selbst abwerten (vgl. Kapitel 2.7.2). Aufgrund dieses Umstandes kann es durchaus auch sein,

dass die in der Befragung festgehaltenen Schwächen von anderen Professionen nicht oder weniger stark eingeschätzt würden, was allerdings dadurch relativiert werden kann, dass in der inferenzstatistischen Auswertung keine Unterschiede im Antwortverhalten je nach Ausbildungsart festgestellt werden konnten (vgl. Kapitel 11.7.7).

Nachdem nun festgehalten werden konnte, dass die grosse Stärke der Sozialen Arbeit in ihrer vermittelnden, koordinierenden Rolle liegt, stellt sich die Frage, wie sie diese Stärke in den Augen der Zielgruppen hervorheben kann.

Hervorhebung der eigenen Stärken – die eigentliche Positionierung

Aus Sicht der Autorin und des Autors der vorliegenden Arbeit beginnt die Positionierung bei den Sozialarbeitenden selbst.

- **«Spitalsozialarbeit ist dann zuständig, wenn sie die entsprechenden Kompetenzen hat und diese dann auch zeigen und nutzen kann»** (Durchführung 1, Person 2, 16:20).
- **«Es braucht starke Sozialarbeitende im Gesundheitswesen. Es soll kein Klagen sein, sondern Kompetenzen, Wissen, Erfahrungen sollen kommuniziert werden von den Sozialarbeitenden»** (Durchführung 1, Person 1, 36:52).

Diesen Aussagen können zwei entscheidende Voraussetzungen für eine gelingende Positionierung der Sozialen Arbeit entnommen werden: Es benötigt selbstbewusste Sozialarbeitende, die sich nicht selbst abwerten und von der Wirksamkeit ihrer Handlungen überzeugt sind. Weiter müssen Kompetenzen erworben werden, die die Kommunikation des Wissensbestandes, der Erfahrungen und der Kompetenzen mit den Zielgruppen ermöglichen. Wie auch in der Fokusgruppe diskutiert, beginnt das auf der Ebene der Ausbildung. Fast ein Viertel der Erwerbstätigen in der Sozialen Arbeit in der Schweiz sind im Gesundheitswesen tätig. Dennoch wird diesem Umstand in den Bachelor-Studiengängen kaum Rechnung getragen: Es gibt vergleichsweise wenige Module, die sich auf die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen beziehen und noch weniger Module, die die interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen betrachten. Die Kompetenzen zur vermittelnden Rolle werden in dem vielseitigen Wissenskörper, der teilweise über die Bezugsdisziplinen bezogen wird, bereits erworben. Was aber wenig thematisiert wird, ist die Art und Weise, wie diese Kompetenzen selbstbewusst vertreten werden können – gerade in Bereichen wie dem Gesundheitswesen, wo die Soziale Arbeit bezüglich Beschäftigtenzahlen im Vergleich zu anderen Berufsgruppen eher marginal ausfällt. Die Befragten in der quantitativen Erhebung sowie die Teilnehmenden der Fokusgruppe betonen, wie wichtig deshalb auch die Beschäftigung mit Wirkungsnachweisen ist. Sie ermöglicht wissenschaftlich fundierte und am ökonomisch dominierten Diskurs orientierte Vermittlung der Kompetenzen Sozialer Arbeit. Somit ist der Erwerb folgender Kompetenzen für die Positionierung Sozialer Arbeit im Rahmen der Aus- und Weiterbildungen gefordert:

- Erwerb von Wissen und methodischer Kompetenz zur Bearbeitung der sozialen Dimension von Krankheit und Gesundheit im Rahmen des Gesundheitssystems.
- Erwerb von Kompetenzen zur Vermittlung der eigenen Wissensbestände im interprofessionellen Setting – insbesondere dann, wenn die professionsspezifischen Handlungs- und Deutungsmuster für das interprofessionelle Team nicht handlungsleitend sind. Hier stellt sich beispielsweise die Frage: Wie kann die Soziale Arbeit im interprofessionellen Setting agieren, damit ihre Überlegungen in der

Entscheidungsfindung einbezogen werden, obwohl sich die Institutionen im Gesundheitswesen oft nicht für die Bearbeitung der sozialen Dimension zuständig fühlen?

- Erwerb von Kompetenzen in der Wirksamkeitsforschung und in wissenschaftlich fundierten Lösungsvorschlägen.

Weiter wird aber auch von Sozialarbeitenden gefordert, dass sie eine Vorstellung davon haben, welche Position die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen einnehmen soll. Wie festgehalten wurde, besteht in der integrierten Versorgung weitgehend ein einheitliches Verständnis, was integrierte Versorgung leisten soll, hingegen jedoch nicht beim Thema, wie sie konkret ausgestaltet wird (vgl. Kapitel 6.2.2). Deshalb scheint wichtig, dass Sozialarbeitende:

- sich mit den aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen beschäftigen;
- sich gegenseitig gut vernetzen, um eine Plattform für die Diskussion der Entwicklungen und der Definition der angestrebten Soll-Position im Rahmen dieser Entwicklungen zu bilden;
- die gute Vernetzung, zum Beispiel im Rahmen des Fachverbandes nutzen, um ein politisches Gewicht zu erhalten, womit die Anliegen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen auf der politischen Ebene und in der Öffentlichkeit sichtbar gemacht werden können.

Sind diese Voraussetzung seitens der Sozialen Arbeit gegeben, kann die Positionierung bei den eigentlichen Zielgruppen geschehen.

Zielgruppe «andere Professionen»

Es gibt verschiedene Wege, wie die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen ihre Stärken und Kompetenzen in den Augen der anderen im Gesundheitswesen tätigen Professionen hervorheben kann. Folgend werden einige Beispiele genannt:

- **Interprofessionelle Ausbildung:** Sottas, Kissmann und Brügger (2016) halten Folgendes fest: «Weil die Gesundheitsversorgung auch in der Schweiz wegen steigender Komplexität der Therapiemassnahmen sowie der professions- und sektorenübergreifenden Prozesse zunehmend in Netzwerken stattfindet müssen, muss auch die Bildung Antworten auf diese Veränderungen geben – interprofessionelle Aus- und Weiterbildung ist dabei eine der wirksamsten strategischen Optionen [...]» S. 7). Ziel der interprofessionellen Ausbildung ist mehr als nur das Zusammenbringen der verschiedenen, professionsbedingten Sichtweisen. Vielmehr geht es um die Interaktion. Die Professionellen tasten sich gemeinsam an ein Problem heran, erarbeiten gemeinsame Problemdefinitionen und Handlungsoptionen. Eine Abkehr vom «Silodenken» hin zu einer wahren Interprofessionalität soll dabei erreicht werden. Es gibt in England ein Modell, welches die Gesundheits- und Sozialberufe in mehreren gemeinsamen Modulen zusammenführt – das Leicester-Modell. Exemplarisch wird hier das Modul «Inequalities in Health» verwendet: Aus Studierenden der Medizin, Sozialen Arbeit, Pflege, Psychologie, Geburtshilfe, Logopädie usw. werden Gruppen gebildet, worin jede Profession vertreten ist. Diesen Gruppen wird eine Patientin oder ein Patient zugeteilt. Die Auswahl erfolgt so, dass die Komplexität der Versorgung vor dem Hintergrund sozialer Benachteiligung ersichtlich wird. Die Studierenden besprechen die Stärken und Schwächen der Versorgung, definieren den Idealzustand und erarbeiten

gemeinsame Lösungsvorschläge (Sottas, Kissmann & Brügger, 2016, S. 23). Dieses Modell schärft den Blick für die sozialen Determinanten von Gesundheit, für die Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung, die Komplexität der Fälle und ermöglicht den Studierenden, die Kompetenzen, aber auch die Sichtweisen, der anderen Professionen kennenzulernen. Gleichzeitig werden Kompetenzen im interprofessionellen Austausch erlernt, Rollen erprobt und Wege der gemeinsamen Entscheidungsfindung kennengelernt. Für die Positionierung der Sozialen Arbeit scheint dieses Modell, besonders dieses Modul, sehr geeignet.

- **Projektarbeit:** Wie in der Fokusgruppe gefordert, benötigt es für eine gelingende integrierte Versorgung Best-Practice-Beispiele. Solche können auch dazu dienen, die Stärken Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen anderen Professionen aufzuzeigen. Ein Beispiel: Hausärztinnen und Hausärzte beschäftigen sich oft mit sozialen Problemen ihrer Patientinnen und Patienten. Wie eine Studie von Zimmerman et al. (2018) ergeben hat, beschäftigen sich die Hausärztinnen und Hausärzte in den Bundesländern Hamburg und Schleswig-Holstein mindestens drei Mal pro Woche mit sozialen Problemen in Bereichen wie Armut, Arbeit und Einsamkeit (S. 1). Die Befragten in dieser Studie bekennen Interesse an institutionalisierten Unterstützungsangeboten, an die sie die Bearbeitung dieser Problemlagen abgeben können. Ein Projekt, welches die Stärken der Sozialen Arbeit für die gesundheitliche Versorgung in den Augen einer anderen Profession aufzeigen könnte, wäre deshalb Sozialarbeit in hausärztlichen Praxen. Gemäss den Teilnehmenden der Fokusgruppe gibt oder gab es in der Schweiz ein entsprechendes Projekt, in dem ein Hausarzt eine Sozialarbeiterin oder einen Sozialarbeiter angestellt hat für die Bearbeitung der sozialen Problemlagen. Folge war, dass der Hausarzt mehr Zeit für die eigentliche medizinischen Betreuung hatte und die Bearbeitung der sozialen Problemlagen einer dafür ausgebildeten Person abgeben konnte. Die Finanzierung läuft über den Hausarzt, was dieses Projekt leider sehr personenabhängig macht: Hört dieser Hausarzt auf, kann es durchaus sein, dass eine Nachfolgerin oder ein Nachfolger die sozialarbeitende Person nicht weiter anstellt. Eine weitere Version dieses Projektes könnte aber auch eine gemeinsam finanzierte Beratungsstelle sein, die mehrere Hausarztpraxen betreut. Hier könnte allenfalls auch eine andere Form der Finanzierung, welche weniger personenabhängig ist, aufgegleist werden: Die Beratungsstellen könnten auch über die Gemeinden (teil-)finanziert werden, da die Bearbeitung der sozialen Problemlagen argumentativ eine kommunale Aufgabe darstellt (vgl. Kapitel 10.7.1).
- **Vernetzungsarbeit der Fachverbände:** Weitere Möglichkeiten ergeben sich unter Einbezug der verschiedenen Berufs- und Fachverbände. In der quantitativen Befragung wurde festgehalten, welche anderen Professionen von den Befragten als die wichtigsten Partner in der Versorgung gesehen werden (vgl. Kapitel 11.8):
 - Hausärztinnen und -ärzte
 - Pflegende (spitalintern und spitalextern)
 - andere Sozialarbeitende
 - Fachärztinnen und -ärzte
 - Physiotherapeutinnen und -therapeuten
 - Psychologinnen und Psychologen

Gemeinsame Konferenzen und Tagungen, aber auch die Bildung ständiger Arbeitsgruppen sind Möglichkeiten, die die Soziale Arbeit nutzen kann, um ihre Stärken in den Augen der anderen Professionen aufzuzeigen. Sie dienen aber auch dazu, gemeinsame Handlungsstrategien für die Bewältigung der zunehmenden Komplexität in der gesundheitlichen Versorgung zu erarbeiten und mit gemeinsamen Stellungnahmen die Politik und die Öffentlichkeit auf Missstände in der Versorgung hinzuweisen.

Zielgruppe «Kostenträgerinnen und -träger»

Die Positionierung bei der Zielgruppe der Kostenträgerinnen und -träger ist sicherlich eine der zentralen Herausforderungen für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Die Argumentation bei den Kostenträgern ist fakten- und zahlenbasiert. Will sich die Soziale Arbeit hier positionieren, sind Wirkungsnachweise zwingend nötig. Gerade diese sind für die Soziale Arbeit aus mehreren Gründen aber schwierig zu erbringen:

- Die Gründe für eine Notlage, welche die Soziale Arbeit möglichst beheben soll, sind komplex und von Person zu Person unterschiedlich. Die Durchführung von Laborexperimenten mit Versuchs- und Kontrollgruppen ist kaum möglich, da sich keine zwei gleichen Fälle finden lassen. Hinzu kommt hier ein forschungsethisches Problem: Die Personen in der Kontrollgruppe befinden sich in einer Notlage, welche aber nicht bearbeitet wird. Die Zuteilung einer Person zur Kontrollgruppe kann ethisch nicht oder nur sehr schwer legitimiert werden.
- Es stellt sich die Frage, was gemessen werden soll. Hier wird oft die Orientierung am Klientel gefordert: Konnte eine Frau mit Migrationshintergrund erfolgreich in den ersten Arbeitsmarkt integriert werden, nachdem sie an einem Programm teilgenommen hat? Diese Wirkungsmessung lässt sich vergleichsweise noch einfach durchführen. Wie sieht es aber im Gesundheitswesen aus? Ist Erfolg die Verhinderung einer Rehospitalisation? Ist Erfolg, wenn Hospitalisationen aufgrund von sozialen Problemlagen – welche medizinisch nicht indiziert wären – verhindert werden konnten? Oder wird Erfolg vielmehr daran gemessen, wie zufrieden die Patientinnen und Patienten mit ihrer Versorgung sind? Kann ein vordefinierter Zielkatalog und der darin bewertete Grad der Zielerreichung als Grundlage der Wirksamkeitsmessung verwendet werden?
- Selbst wenn sich durch Wirksamkeitsforschung und Evidence Based Practice eine Best-Practice eruieren lassen, kann das zu Problemen für die Soziale Arbeit führen: Durch den Nachweis von Wirksamkeit wird ein bestimmtes Vorgehen zum besten Vorgehen gekürt. Dieses wird nun flächendeckend verwendet. Diese flächendeckende Verwendung derselben Methodik schränkt den Handlungsspielraum der Sozialarbeitenden aber erheblich ein. Die Klientel wird für die Methodik passend gemacht, während nach sozialarbeiterischem Verständnis eher die Methodik der Klientel und ihrer Lebenswelt angepasst werden sollte. Weiter sind die Klientinnen und Klienten plötzlich nicht mehr nur für die Behebung ihrer eigenen Notlage – im Sinne der Eigenverantwortung, welche auch bereits kritisch betrachtet werden müsste – zuständig, sondern auch für den Erfolg der Institution, an die sie angebunden sind.

Trotz dieser Probleme ist die Beschäftigung mit messbarer Wirkung Sozialer Arbeit wichtig. Sie wird von den Kostenträgern vermehrt gefordert. Gelingen die Nachweise von

Wirkung, ergeben sich auch neue, interessante Möglichkeiten – auch in der Finanzierung von Leistungen, wie das Beispiel des Social Impact Bonds zeigt: Aufgrund des Finanzierungsdefizits der öffentlichen Hand und der Sozialversicherungen wird in der Sozialwirtschaft immer öfter das Konzept des Public-Private-Partnership diskutiert. Dabei handelt es sich um eine öffentlich-private Partnerschaft, die prinzipiell jede Form der Zusammenarbeit zwischen öffentlichem und privatem Sektor umfasst. Eine Form dieser Zusammenarbeit zeigt sich im Social Impact Bond SIB. Er bietet eine Möglichkeit, innovative Ansätze im sozialen Sektor mit Hilfe von privaten Investoren zu testen. In diesem Modell wird ein mehrjähriger Vertrag eingegangen, mit dem soziale Massnahmen von privaten Investoren vorfinanziert werden. Dabei ist die Rückzahlung des eingesetzten Investitionskapitals an den Erfolg der sozialen Massnahme gekoppelt. Mit einem SIB wird das Ziel verfolgt, ein bestimmtes soziales Problem durch präventive Massnahmen zu lindern resp. diesem Problem vorzubeugen. In diesem Rahmen werden private Investoren in soziale Programme eingebunden und eine Rendite wird nur ausgeschüttet, wenn vordefinierte Ziele erreicht wurden. Im SIB-Modell agieren drei Kern-Akteure:

1. **Der Auftraggeber:** Dieser zahlt an Investoren basierend auf erreichten Zielen. Dies ist meist der Staat oder der Kanton.
2. **Der Investor:** Dieser schießt das Kapital vor und erhält nur Renditen, wenn die vordefinierten Ziele erreicht wurden.
3. **Der Dienstleister:** Dieser erbringt die soziale Intervention, wobei er vom Investor vorbezahlt wird (Christen Jakob & Gäumann, 2018, S. 5).

Die Möglichkeit eines SIB im Gesundheitswesen zu prüfen, wäre für die Soziale Arbeit eine Chance, die Zielgruppe der Kostenträger nicht nur von den eigenen Stärken zu überzeugen, sondern neue Modelle der Kostenteilung zu testen. Eine mögliche Version wäre:

- **Auftraggeber:** Der Kanton und die Krankenkassen.
- **Investor:** Private, z.B. Hausärztinnen und Hausärzte.
- **Dienstleister:** Sozialberatungsstelle, z.B. unabhängig oder an einem Spital angeschlossen, wo die Belegärztinnen und -ärzte auch als Hausärztinnen und -ärzte tätig sind und entsprechend die Investoren wären.
- **Möglicher Zielkatalog:** Verminderung Anzahl Hospitalisationen aufgrund von sozialen oder pflegerischen Notständen. Bessere Inanspruchnahme von Sozialversicherungen, auf die Anspruch besteht, zwecks der Sicherung von materiellen Leistungen (wie in Kapitel 2 beschrieben, haben die materiell-strukturellen Lebensbedingungen einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit eines Menschen). Besserung der subjektiv wahrgenommenen Versorgungsqualität bei den Patientinnen und Patienten. Abnahme des zeitlichen Aufwandes der Hausärztinnen und -ärzte für die Bearbeitung von sozialen Problemstellungen.

Sollte ein solcher SIB erfolgreich implementiert werden können, können damit für die Positionierung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen gleich mehrere Aufgaben gelöst werden: Die Wirksamkeit kann anhand des Zielkatalogs gemessen werden, die Zielgruppe der Kostenträger beschäftigt sich zwangsläufig mit der Eignung der Sozialen Arbeit als Schnittstellenprofession und die Hausärztinnen und -ärzte, welche als eine der wichtigsten Partner für die Soziale Arbeit in der Versorgung gesehen werden, lernen die Kompetenzen der Sozialen Arbeit kennen.

Zielgruppe «Politik und Öffentlichkeit»

Beide Zielgruppen werden durch dasselbe Verfahren erreicht: Das Lobbying, auch Lobbyismus genannt. Explainity (2012) definiert Lobbyismus folgendermassen: «Die Einflussnahme auf politische Entscheidungen oder die öffentliche Meinung durch Vertreter von Interessensverbänden wird Lobbyismus genannt» (S. 1). Bei der Einflussnahme auf politische Entscheidungen wird weiter zwischen zwei Arten unterschieden: Beschaffungslobbyismus und Gesetzeslobbyismus. Der Beschaffungslobbyismus zielt auf das Akquirieren von finanziellen Mitteln oder Aufträgen ab, während der Gesetzeslobbyismus die Einflussnahme auf das Erlassen und die Ausgestaltung von Gesetzen abzielt (van Houtum, 2016, S. 3). Beide sind für die Positionierung der Sozialen Arbeit wichtig: Über den Gesetzeslobbyismus bezweckt sie die Erlangung des Status als Gesundheitsberuf und die rechtlichen Grundlagen für die Abrechenbarkeit von Leistungen über SwissDRG. Die Anerkennung als Schnittstellen- und Vernetzungsprofession kann als Erteilung eines Auftrags an die Soziale Arbeit interpretiert werden, was hier dem Beschaffungslobbyismus zugeordnet werden kann. Natürlich ist die Definition von Lobbying oder Lobbyismus so noch sehr unscharf. Von Alemann und Eckert (2006) unterscheiden die Formen von Lobbying anhand vier Merkmalsebenen (S. 3):

- 1. Organisationsform:** Die klassische Organisationsform im Lobbying sind Verbände. Dazu gehört beispielsweise auch der Fachverband sages. Für die Soziale Arbeit ist aber auch die Organisationsform der Kirchen wichtig, da sie viele soziale Projekte initiieren und mitfinanzieren. Weiter sind auch Bürgerinitiativen eine mögliche Organisationsform (von Alemann & Eckert, 2006, S. 3).
- 2. Adressatinnen und Adressaten:** Lobbying im klassischen Sinn wird als Einflussnahme auf die Parlamentarier verstanden, also die Legislative. Da aber, wie von von Alemann und Eckert festgehalten, die genaue Formulierung und Ausarbeitung von Gesetzestexten immer mehr in die Exekutive wandert, werden auch die entsprechenden Regierungsebenen immer wichtiger. Gerade in der Exekutive ergeben sich durch die Bildung von Arbeitsgruppen und Kommissionen Möglichkeiten für die Interessensverbände, Einfluss auf die Ausgestaltung von Gesetzen zu nehmen, oft noch vor den Mitgliedern des Parlaments selbst (von Alemann & Eckert, 2006, S. 3). Natürlich ist die Zusammenarbeit mit der Exekutive und der Legislative auf verschiedenen Ebenen möglich: Gemeinden, Kanton und Bund. Als wichtiger weiterer Adressat gilt die Öffentlichkeit. Sie wird demnach hier auch als Zielgruppe der Positionierung definiert. Durch medienzentrierte Öffentlichkeitsarbeit und eigene Publikationen mittels Einsatzes gezielter Public-Relations-Kenntnisse wird diese Zielgruppe erreicht (von Alemann & Eckert, 2006, S. 3). Ein erster Schritt hierbei stellt aus Sicht der Teilnehmenden der Fokusgruppe und der Befragten dar, dass die Aufgaben und Kompetenzen, die die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen hat, bekannt gemacht werden. Die Öffentlichkeit soll folgende Fragen beantworten können: Was leistet Soziale Arbeit im Gesundheitswesen? Was sind ihre Aufgaben? Weshalb benötigt es Soziale Arbeit im Gesundheitswesen?
- 3. Inhalte und Ideologien:** Die Inhalte und Ideologien sind Punkte im Lobbying, die häufig undurchsichtig sind und dazu führen, dass Lobbying für die meisten sozialen Berufe etwas Unreines und Schmutziges anhaftet (vgl. Kapitel 10.7.2). Oft werden öffentliche Interessen als Deckmantel für die Durchsetzung von Eigeninteressen benutzt. Davor ist auch die Soziale Arbeit nicht gefeit: Sie bewegt sich im Spannungsdreieck zwischen berufspolitischen Interessen, dem öffentlichen

Auftrag und der anwaltschaftlichen Interessensvertretung ihrer Klientel (van Houtum, 2016, S. 11). Für die Soziale Arbeit ist es verlockend, eine wichtige Position in der gesundheitlichen Versorgung einzufordern mit der Argumentation, dass es zum Wohle der Patientinnen und Patienten sei. Dabei darf aber nicht vergessen werden, dass auch die berufspolitischen Interessen eine erhebliche Rolle spielen. Dies zu vergessen wäre insbesondere in der Öffentlichkeitsarbeit folgenscher, da der Eindruck entstehen könnte, dass sich die Soziale Arbeit auf Kosten der Interessen der Klientel profilieren will. Eine Lösung für dieses Problem liegt in der Transparenz: Transparenz bezüglich der Ziele und Gründe für das Lobbying, aber insbesondere auch der Mittel und Methoden.

- 4. Mittel und Methoden:** Es gibt legale und illegale Mittel, Lobbying zu betreiben. An dieser Stelle werden nur die legalen Mittel kurz angesprochen – wobei legal nicht heisst, dass sie unproblematisch sind. Diese Methoden und Mittel werden von von Alemann & Eckert (2006) diskutiert (S. 5).
- **Personelle Penetration:** Wie bereits angedeutet, besteht die Möglichkeit, Personen in Kommissionen und Arbeitsgruppen einzubringen. Diese Personen sind dann als Vertreter von Interessensverbänden anzusehen. Wird dies jedoch nicht deklariert, ist es problematisch.
 - **Politikfinanzierung:** Wie auch bei der personellen Penetration ist hier die Transparenz für die Legitimität dieses Mittels von hoher Bedeutung. Politische Spenden mit dem Zweck, eine gewisse politische Entscheidung zu erkaufen, ist klar abzulehnen und illegal. Dennoch ist die finanzielle Unterstützung von politischen Parteien und Verbänden, welche gewisse politische Ansichten vertreten, durchaus üblich und sinnvoll. So wäre auch die Finanzierung von professionellen Lobbyistinnen und Lobbyisten durch Verbände Sozialer Arbeit für ihre Interessensvertretung ein durchaus legitimes Mittel.
 - **Politische Pression:** Die Druckausübung auf Entscheidungsträger gehört zum politischen Alltag (von Alemann & Eckert, 2006, S. 5). Hier spielen insbesondere die Medien eine grosse Rolle. Gerade an der aktuellen «Black Lives Matter»-Bewegung in den USA wird ersichtlich, wie die mediale Berichterstattung und die darauffolgenden Reaktionen auf die politische Ebene zumindest potentiell erheblichen Einfluss nehmen können. Die Verwendung der Medien für die Druckausübung auf die Politik ist auch für die Soziale Arbeit ein Mittel zur Durchsetzung ihrer Interessen, insbesondere wenn es um die anwaltschaftliche Vertretung der Interessen der Klientel durch die Aufdeckung von Missständen geht. Jedoch besteht auch hier die Gefahr, dass die legitime und legale Form der Pression durch Nötigungen und Drohungen verlassen wird. Weiter dürfen auch hier die Interessen der Klientel nicht als Deckmantel für die professionspolitischen Interessen verwendet werden.
 - **Information und Kommunikation:** Die sicherlich unproblematischste Methode von Lobbying findet sich in diesem Bereich. Sie ist auch eine der wichtigsten: Politikerinnen und Politiker sind auf das Wissen und die Expertise von Lobbyistinnen und Lobbyisten angewiesen (explainity, 2012, S. 1). Sie kondensieren die riesigen Datenmengen und neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse zu einem Thema, formulieren sie in kurzen, prägnanten Texten und zeigen Vor- und Nachteile gewisser Entscheidungen auf. Die Politikerinnen und Politiker in der Schweiz sind aus zeitlichen Gründen nicht in der Lage, in den jeweils relativ

kurzen Sessionen zu Expertinnen und Experten in jedem behandelten Thema zu werden. Sie sind zwangsläufig auf das Wissen der Interessensverbände angewiesen. Die Politikerinnen und Politiker bilden sich durch die Anhörung verschiedener Interessensverbände ein Bild der gesellschaftlichen Interessen. Wenn zum Beispiel über Atomenergie abgestimmt wird, werden sowohl die Ansichten der Atombefürworter als auch der -gegner wichtig sein, um sich ein Gesamtbild als Entscheidungsgrundlage bilden zu können. Im Sinne der anwaltschaftlichen Vertretung von Interessen der Klientel, aber auch im professionspolitischen Eigeninteresse der Sozialen Arbeit, ist es deshalb geradezu sträflich, wenn die Soziale Arbeit im Lobbying untervertreten ist. Die Interessen sozial benachteiligter Gruppen wie auch die Interessen der Sozialen Arbeit als Profession können so nicht in die Entscheidungsfindung der Politik einfließen.

Abschliessend kann festgehalten werden, dass es der Sozialen Arbeit für eine Positionierung im Rahmen der genannten gesundheitspolitischen Massnahme gelingen muss, im Sinne eines klassischen Sales Pitch, in kurzer und prägnanter Weise aufzeigen zu können, dass sie die Profession ist, der die nötigen gesetzlichen Grundlagen und die finanziellen Mittel zur Verfügung gestellt und die entsprechenden Aufträge erteilt werden soll. Für diese kurze und prägnante Überzeugungsarbeit bieten sich meist Zahlen und Fakten an. Gerade deshalb ist auch für das politische Lobbying die Erbringung von Wirkungsnachweisen wichtig.

Die in der vorliegenden Arbeit aufgezeigten Prozesse der Positionierung Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen lassen sich in folgender Darstellung zusammenfassen.



Abb. 14: Prozesse der Positionierung Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen
(Quelle: eigene Darstellung)

Wie in dieser, von den Fragestellungen geleiteten Diskussion aufgezeigt wurde, gibt es keine allgemeingültige Strategie für die Positionierung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Vielmehr müssen verschiedene Strategien je nach Zielgruppe eruiert und umgesetzt werden. Um die Übersicht über die verschiedenen Strategien und ihre Implementierung zu behalten, sowie Doppelspurigkeiten zu vermeiden, ist eine zentrale Steuerung nötig – analog dazu, wie es in der integrierten Versorgung vorgesehen ist. Für diese zentrale Steuerung benötigt es professionsspezifische Interessensverbände, also Berufs- und Fachverbände. So zum Beispiel der Fachverband sages.

13 KRITISCHE WÜRDIGUNG UND WEITERFÜHRENDE ÜBERLEGUNGEN

Aus den Grenzen der vorliegenden Master-Thesis zeichnen sich spannende Anknüpfungspunkte für weiterführende empirische Untersuchungen ab. Ziel dieser Master-Thesis war es, die Soziale Arbeit im Rahmen von zwei wichtigen gesundheitspolitischen Entwicklungen zu betrachten und Strategien für die professionspolitische Positionierung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen herauszuarbeiten. Allerdings gibt es einige Entscheidungen, die in der vorliegenden Arbeit getroffen wurden, die kritisch zu hinterfragen sind: Bei SwissDRG und integrierte Versorgung handelt es sich um zwei sehr unterschiedliche und grosse Themengebiete. Es würde sich anbieten, das Thema einer weiteren Untersuchung / Bearbeitung auf lediglich eine Massnahme zu begrenzen. So könnte eine Massnahme alleine im Detail betrachtet werden. Bekanntlich ist die Erarbeitung einer Master-Thesis zeitlich und bezüglich Zeichenzahl begrenzt, was es der Autorin und dem Autor der vorliegenden Arbeit erschwert hat, beiden gesundheitspolitischen Entwicklungen vertiefter gerecht zu werden.

Weiter ist das so genannte Mixed-Methods Design, in der, wie in Kapitel 1.3 beschrieben, verschiedene Methoden kombiniert werden, sehr aufwändig. Das Eingrenzen auf eine Form der Erhebung würde eine vertieftere Analyse und Diskussion der Ergebnisse ermöglichen. Weiter hätte die Einschränkung auf eine der zwei gesundheitspolitischen Massnahmen auch Auswirkungen auf die empirische Untersuchung. Beispielsweise könnten bei der Eingrenzung auf die integrierte Versorgung andere relevante «Player» im Gesundheitswesen befragt werden (beispielsweise Krankenkassen, Politikerinnen und Politiker, Patientinnen und Patienten, Hausärztinnen und Hausärzte, Pflegefachpersonen).

Das Sampling ist ein weiterer Punkt, welcher kritisch hinterfragt werden muss: In der vorliegenden Master-Thesis war die Stichprobe mit 75 Leitungspersonen der Spitalsozialdienste von Schweizer Akutspitalern bereits sehr klein. Die Gefahr einer geringen Rücklaufquote hingegen gross. Bei einer weiteren Untersuchung wäre es klar das Ziel, eine grössere Stichprobe zu befragen, um mehr Antworten zu erhalten. Ausserdem ist auch hier die Eingrenzung auf eine zu untersuchende gesundheitspolitische Massnahme begrüssenswert: Während bei der Befragung zu SwissDRG die vorliegende Begrenzung der Befragten auf Leitungspersonen der Spitalsozialdienste durchaus sinnvoll ist, ist sie bei der integrierten Versorgung nicht begründet: Integrierte Versorgung erfordert ein höheres Mass an Kooperation der verschiedenen Professionen, weshalb die Ausarbeitung von Vorstellungen bezüglich Positionen, Rollen und Aufgabenverteilungen im interprofessionellen Setting nur interprofessionell erarbeitet werden sollte – und nicht wie in der vorliegenden Arbeit «nur» professionsspezifisch. Ausserdem ist der Tätigkeitsbereich von Sozialarbeitenden im Gesundheitswesen nicht auf das Akutspital begrenzt – Sozialarbeitende sind auch in Rehabilitationskliniken, psychiatrischen Kliniken, in der Suchtarbeit und in weiteren Gebieten tätig. Um ein vollständiges Bild der Einstellung von Sozialarbeitenden im Gesundheitswesen zeichnen zu können, müssten auch sie befragt werden.

Es mag wohl an verschiedenen Faktoren liegen – die grosse Breite der zwei Themen, das aufwändige Mixed-Methods-Design oder auch die formalen Grenzen einer Master-Thesis – aber die vorgeschlagenen Strategien zur Positionierung der Sozialen Arbeit nach Zielgruppen bleiben oberflächlich. Weiterführend wäre es sicherlich interessant, die

einzelnen Strategien genauer zu betrachten, schärfer zu umreissen und mit den Personen, die mit der Umsetzung der jeweiligen Strategien betraut sind, über die Möglichkeiten einer Implementierung zu sprechen.

Die Begrenzung auf ein Thema und eine Art der Erhebung, sowie die Ausweitung der Stichprobe, hätte es den Verfassenden ermöglicht, vertiefere Erkenntnisse zum ausgewählten Thema zu gewinnen – oder sie zumindest vertiefter zu behandeln.

Ausblick

Die möglichen zukünftigen Forschungsarbeiten werden von den Autoren in drei Gebiete eingeteilt:

- **Verbesserung der Untersuchung auf Grund der Methodenkritik:** Wie bereits ausgeführt, könnten die Eingrenzung des Themas, die Fokussierung auf eine Erhebungsart und die Ausweitung der Stichprobe zu weiteren, spannenden und vertiefteren Ergebnissen und Erkenntnissen führen. So wäre beispielsweise eine qualitative Untersuchung zur konkreten Umsetzung integrierter Versorgung spannend: Qualitative Experteninterviews – zum Beispiel mit den Professionen, die in der vorliegenden Arbeit als wichtigste Bezugsprofessionen definiert wurden – würden eine möglich weitere Untersuchung darstellen.
- **Prüfung der Effektivität und Umsetzbarkeit der vorgeschlagenen Positionierungsstrategien:** Es gilt hier zu prüfen, inwiefern und wie genau die vorgeschlagenen Ansätze zur Positionierung umgesetzt werden können. Dabei könnten beispielsweise geprüft werden, inwiefern eine interprofessionelle Ausbildung umsetzbar ist, ob sich ein Social Impact Bond lohnt oder ob die Anstellung professioneller Lobbyisten ein gangbarer Weg wäre.
- **Weitere Grundlagenforschung:** Hier gibt es diverse Fragestellungen, die noch untersucht werden könnten. Zum Beispiel: Wie kann das politische Engagement von Sozialarbeitenden gefördert werden? Worin unterscheiden sich die professionspolitischen Interessen der Sozialen Arbeit von den anwaltschaftlich vertretenen Interessen der Klientel? Worin stimmen sie überein? Wie würde die kostenrelevante Abrechenbarkeit von Leistungen der Spitalsozialarbeit im Rahmen von SwissDRG konkret aussehen? Wie kann die Soziale Arbeit in der Wirksamkeitsforschung Fortschritte erzielen? Aber auch: Was sind die Faktoren, die die Arbeitszufriedenheit von Sozialarbeitenden im Gesundheitswesen bestimmen? Wie können diese beeinflusst werden?

Wie in der vorliegenden Arbeit ersichtlich wird, hat die Positionierung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen prozesshaften Charakter und kann in vielen verschiedenen Bereichen angegangen werden. Dieser Prozess ist für den Kontext der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen und den darin Tätigen von Bedeutung. Es besteht weiterhin ein grosser Forschungs- und vor allem auch Handlungsbedarf.

14 VERZEICHNISSE

14.1 Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
AP-DRG	All Patient Diagnosis Related Group
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BV	Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft Vom 18. April 1999 (Stand am 01. Januar 2020)
DRG	Diagnosis Related Groups
FMC	Schweizer Forum für Integrierte Versorgung
G-DRG	German Diagnosis Related Group
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
OBSAN	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
Sages	Schweizerischer Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Group

14.2 Abbildungsverzeichnis

Titelseite: © Isabelle Hölzer

ABB. 1: INITIATIVEN ZUR INTEGRIERTEN VERSORGUNG PRO KATEGORIE 1990–2016	9
ABB. 2: ERBRACHTE LEISTUNGEN DER SPITALSOZIALARBEIT	19
ABB. 3: METHODISCHE KOMPETENZEN	20
ABB. 4: ARBEITSUNTERSTÜTZENDE MASSNAHMEN	21
ABB. 5: „ANDERE“ ARBEITSUNTERSTÜTZENDE MASSNAHMEN	21
ABB. 6: BEURTEILUNG DES UMFANGS VON ARBEITSUNTERSTÜTZENDEN MASSNAHMEN	22
ABB. 7: STATISTISCHE ERFASSUNG VON KENNZAHLEN	22
ABB. 8: DRG-SYSTEM	33
ABB. 9: DIE VIER HANDLUNGSFELDER DER AGENDA „GESUNDHEIT 2020“	44
ABB. 10: GROUPES DE PROFESSIONNELS IMPLIQUÉS, % DES INITIATIVES (N=155)	50
ABB. 11: ALTER DER BEFRAGTEN	89
ABB. 12: ANZAHL JAHRE BERUFSERFAHRUNG AUF DEM SPITALSOZIALDIENST	89
ABB. 13: ANZAHL JAHRE LEITUNGSERFAHRUNG AUF DEM SPITALSOZIALDIENST	90
ABB. 14: PROZESSE DER POSITIONIERUNG SOZIALER ARBEIT IM GESUNDHEITSWESEN	145

14.3 Tabellenverzeichnis

TAB. 1: HERAUSFORDERUNGEN BEI DER AUFGABENERFÜLLUNG.	23
TAB. 2: ENTWICKLUNG DER INDIKATOREN ZUR ERGEBNISQUALITÄT (AKUTSOMATIK)	37
TAB. 3: RANGFOLGE DER ZIELE DER INTEGRIERTEN VERSORGUNG AUS SICHT ALLER BEFRAGTEN (N=361)	47

TAB. 4: TOP-3-ZIELE AUS SICHT DER GRÖSSTEN NICHTSTAATLICHEN AKTEURGRUPPEN MIT OPTIMISMUS-INDEX (N=215)	48
TAB. 5: NOTWENDIGKEIT DER ÜBERNAHME DURCH SOZIALARBEITENDE	91
TAB. 6: KRUSKALL-WALLIS-TEST: NACH AUSBILDUNGSART (A, B)	92
TAB. 7: ZUSAMMENARBEIT; WIE WICHTIG	93
TAB. 8: ZUSAMMENARBEIT, WIE GUT	94
TAB. 9: MEDIZINISCHE DISZIPLIN(EN)	95
TAB. 10: ENTWICKLUNG SPITALSOZIALARBEIT UNTER SWISSDRG (TEIL 1)	96
TAB. 11: ENTWICKLUNG SPITALSOZIALARBEIT UNTER SWISSDRG (TEIL 2)	97
TAB. 12: REICHWEITE INTEGRIERTE VERSORGUNG	98
TAB. 13: ROLLE 1: SOZIALE ARBEIT ALS TEIL EINES INTERPROFESSIONELLEN TEAMS	99
TAB. 14: ROLLE 2: LOTSENFUNKTION	100
TAB. 15: ROLLE 3: ÖFFENTLICHKEITSARBEIT/LOBBYING	101
TAB. 16: BERUFSGRUPPEN IM PROJEKT INTEGRIERTE VERSORGUNG (TEIL 1)	103
TAB. 17: BERUFSGRUPPEN IM PROJEKT INTEGRIERTER VERSORGUNG (TEIL 2)	103
TAB. 18: KREUZTABELLE: ROLLE UND ANZAHL JAHRE LEITUNGSERFAHRUNG	104
TAB. 19: CHI-QUADRAT-TESTS – ROLLE UND ANZAHL JAHRE LEITUNGSERFAHRUNG	105
TAB. 20: KREUZTABELLE: ROLLE UND AUSBILDUNGSART	105
TAB. 21: CHI-QUADRAT-TESTS – ROLLE UND AUSBILDUNGSART	106
TAB. 22: STÄRKEN UND SCHWÄCHEN (TEIL 1)	107
TAB. 23: STÄRKEN UND SCHWÄCHEN (TEIL 2)	108
TAB. 24: CHANCEN UND RISIKEN (TEIL 1)	110
TAB. 25: CHANCEN UND RISIKEN (TEIL 2)	111

14.4 Literaturverzeichnis

- Atteslander, Peter. (2003). Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin: de Gruyter.
- Benz, Benjamin & Rieger, Günter (2015): Politikwissenschaft für die Soziale Arbeit. Eine Einführung. Wiesbaden: Springer VS.
- Berchtold, Peter. (2008). Integrierte Versorgung – das wirksame Therapiekonzept für Qualität und Wirtschaftlichkeit. Die Volkswirtschaft. Das Magazin für Wirtschaftspolitik 09(11), S. 26–29.
- Bienz, Barbara & Reinmann, Arlette. (2004). Sozialarbeit im Krankenhaus. Aufgaben, Methoden, Ziele. Bern: Haupt.
- Friedli, Thomas (2016). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Schlaglichter auf ein wenig beachtetes Arbeitsfeld. Impuls. Magazin des Fachbereichs Soziale Arbeit. Berner Fachhochschule. 1/2016. S. 4–7.
- Galuske, Michael. (2002). Flexible Sozialpädagogik. Elemente einer Theorie Sozialer Arbeit in der modernen Arbeitsgesellschaft. Weinheim: Beltz Juventa.
- Geissler-Piltz, Brigitte, Mühlum, Albert & Pauls, Helmut. (2005). Klinische Sozialarbeit. München: Ernst Reinhardt.
- Greuèl, Marius & Mennemann, Hugo. (2006). Soziale Arbeit in der Integrierten Versorgung. München Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Gross, Peter. (1983). Die Verheißungen der Dienstleistungsgesellschaft. Soziale Befreiung oder Sozialherrschaft? Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH.

- Haunberger, Sigrid & Oberholzer, Daniel. (2015). Integrierte Versorgungsmodelle für ältere Menschen. Zu Fragen der Wirksamkeit und Ausgestaltung. In Bernadette Wüthrich, Jeremias Amstutz & Agnès Fritze (Hrsg.), *Soziale Versorgung zukunftsfähig gestalten* (S. 265–270). Wiesbaden: Springer.
- Hedinger, Damian, Tuch, Alexandre, Jörg, Reto & Widmer, Marcel. (2018). Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009–2016. *Obsan Bulletin* 4/2018. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Erstellt im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG).
- Homfeld, Hans Günther. (2012). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung. In Werner Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit – Ein einführendes Handbuch* (4. Aufl.) (S. 489–503). Wiesbaden: VS Verlag.
- Kessler, Oliver, Jehle, Kathrin, Wächter, Matthias, Gedamke, Susanne & Willisegger, Jonas (Hrsg.). (2019). *Immer mehr – immer besser? Über-, Unter- und Fehlversorgung im Schweizer Gesundheitswesen*. Bern: Hogrefe.
- Kuckartz, Udo. (2014). *Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren*. Springer: Wiesbaden.
- Langfeldt, Bettina & Goltz, Elke. (2017). Die Funktion qualitativer Vorstudien bei der Entwicklung standardisierter Erhebungsinstrumente. Ein Beispiel aus der Evaluationsforschung in militärischem Kontext. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 69(2), S. 313–315. DOI: 10.1007/s11577-017-0462-1
- Lutz, Roland. (2009). Auf dem Weg in die «Sozialwirtschaft», Die Ökonomisierung ist eine Chance, das Selbstbild der Sozialen Arbeit neu zu skizzieren. *Sozial Aktuell*, 2, 33–37.
- Lützenkirchen, Anne. (2005). *Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Zielgruppen – Praxisfelder der – Institutionen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Malk, Rolf, Kampmann, Thorsten & Indra, Peter. (2006). *DRG-Handbuch Schweiz. Grundlagen, Anwendungen, Auswirkungen und praktische Tipps für Anwender*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Menold, Natalja & Bogner, Kathrin (2015). *Gestaltung von Ratingskalen in Fragebögen*. Mannheim: GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (SDM Survey Guidelines). DOI: 10.15465/sdm-sg_015
- Menzel, Julia. (2008). *Berufliche Sozialisation*. München: Grin.
- Nöthel, Till. (1999). *Szenen-Marketing und Produkt-Positionierung. Ein Ansatz zur Zielgruppenfragmentierung*. Springer: Wiesbaden.
- Pfister Lipp, Eliane. (2011). *Die Rolle der Ethik in der Gesundheitspolitik. Eine philosophisch-empirische Untersuchung anhand der DRG-Reform in der Schweiz*. Zürich: LIT.
- Roth, Günter & Yollu-Tok, Aysel (2017): Politische Einstellungen bei Studierenden im Bereich Sozialwesen (Soziale Arbeit, Sozialarbeit, Sozialpädagogik). *neue praxis*, 47:2, 155–172.
- Ruddat, Michael. (2012). Auswertung der Fokusgruppen mittels Zusammenfassung zentraler Diskussionsaspekte. In Schulz, Marlen, Mack, Birgit & Renn, Otwin (Hrsg.), *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Von der Konzeption bis zur Auswertung* (S. 195–206). Stuttgart: Springer Verlag.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). (2020). *Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung: erfolgskritische Dimensionen und Fördermassnahmen. Differenzierung, Praxis und Implementierung*.

- Swiss Academies Communications, 20(2), S. 5–132.
- Soziale Arbeit im Gesundheitswesen *sages* (2018). Soziale Arbeit im Krankenhaus. Medizin und Soziales verbinden. Standardwerk aus dem Jahre 1913. Norderstedt: BoD – Books on Demand (Orig.: Ida M. Cannon (1913). *Social Work in Hospitals: A Contribution to Progressive Medicine*. New York: Russell Sage Foundation).
- Schönig, Werner (2013): Soziale Arbeit als Intervention und Modus der Sozialpolitik. In: Benjamin Benz, Günter Rieger, Werner Schönig & Monika Többe-Schukalla (Hrsg.), *Politik Sozialer Arbeit*. Band 1: Grundlagen, theoretische Perspektiven und Diskurse (32–53). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Schulz, Marlen, Mack, Birgit & Renn, Otwin. (2012). *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Von der Konzeption bis zur Auswertung*. Stuttgart: Springer Verlag.
- Schulz, Marlen. (2012). Quick and easy!?! Fokusgruppen in der angewandten Sozialwissenschaft. In Schulz, Marlen, Mack, Birgit & Renn, Otwin (Hrsg.), *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Von der Konzeption bis zur Auswertung* (S. 9–23). Stuttgart: Springer Verlag.
- Schusselé Fillietaz, Séverine, Berchtold, Peter, Kohler, Dimitri & Peytremann-Bridevaux, Isabelle. (2017). Integrierte Versorgung in der Schweiz. Ergebnisse der ersten nationalen Erhebung. *Schweizerische Ärztezeitung*, 98, 685–686.
- Schusselé Fillietaz, Séverine, Berchtold, Peter, Kohler, Dimitri & Peytremann-Bridevaux, Isabelle. (2017a). Soins intégrés en Suisse. Résultats de la 1re enquête (2015–2016) (Obsan Dossier 57). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Schürmann, Ewald. (2004). *Öffentlichkeitsarbeit für soziale Organisationen. Praxishandbuch für Strategien und Aktionen*. Weinheim und München: Juventa.
- Seifert, Alexander. (2017). Differenzierte Präferenzen. Studie untersuchte Gründe für den Eintritt in eine stationäre Alterspflegeeinrichtung. *BdW Blätter der Wohlfahrtspflege* 17(2), S. 73–74.
- Seithe, Mechthild. (2010). *Schwarzbuch Soziale Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Staub-Bernasconi, Silivia. (2007). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft: Systemtheoretische Grundlagen und professionelle Praxis – Ein Lehrbuch*. Bern: Haupt.
- Süsstrunk, Simon (2014). *Institutionelle Übergänge im Gesundheitswesen. Perspektive der Sozialen Arbeit (Master of Arts in Sozialer Arbeit mit Schwerpunkt Soziale Innovation, Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten*. Gefunden unter <http://hdl.handle.net/11654/17850>
- Süsstrunk, Simon (2015). Versorgung gestalten im Gesundheitswesen. Institutionelle Übergänge aus der Perspektive der Sozialen Arbeit. *SozialAktuell*. 47. Jg. (4). S. 17–19.
- Süsstrunk, Simon, Solèr, Maria & Hüttemann, Matthias (2016). Auf dem Weg zu Wirkungsforschung. Eine explorative Studie zur Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen der Schweiz. *FORUM sozialarbeit + gesundheit*. 4/2016. S. 26–28.
- Tuch, Alexandre, Jörg, Reto, Hediger, Damian & Widmer, Marcel. (2018). Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009–2016. Schlussbericht (Obsan Dossier 65). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Weber, Dominik. (2020). Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und

- Prävention in der Schweiz, Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen. Grundlagenbericht. Bern: GFCH, BAG, GDK
- Widmer, Werner & Siegenthaler, Roland. (2019). Durchblick im Gesundheitswesen. Handbuch für Öffentlichkeit und Politik. Zürich: Careum Verlag.
- Widmer, Marcel & Kohler, Dimitri (2016). Der Einfluss der neuen Spitalfinanzierung auf die Qualität der Versorgung – Aktualisierung 2013. Obsan Bulletin, 16(4), 1–4. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Erstellt im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG).
- Wild, Vereina, Pfister, Eliane & Biller-Andorno, Nikola. (2011). DRG und Ethik. Ethische Auswirkungen von ökonomischen Steuerungselementen im Gesundheitswesen. Basel: Schweizerischer Ärzteverlag AG.
- Zanoni, Urs & Berchtold, Peter. (2018). Bund, Kantone und Gemeinden in der Integrierten Versorgung: Rollenszenarien 2026 (Denkstoff Nummer 4). Neuägeri: fmc Schweizer Forum für Integrierte Versorgung.

14.5 Onlineverzeichnis

- AvenirSocial. (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen [PDF]. Gefunden unter https://www.hilfswerkuri.ch/fileadmin/user_upload/documents/ueber-uns/Berufskodex_Soziale-Arbeit-Schweiz.pdf
- Bundesamt für Gesundheit BAG. (2013). Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates [PDF]. Gefunden unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheits-2020/eine-umfassende-strategie-fuer-das-gesundheitswesen.html>
- Bundesamt für Gesundheit BAG. (2016). Faktenblatt „Koordinierte Versorgung“ [PDF]. Gefunden unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung.html>
- Bundesamt für Gesundheit BAG. (2017). Kennzahlen der Schweizer Spitäler [PDF]. Gefunden unter https://spitalstatistik.bagapps.ch/data/download/kzp17_publication.pdf?v=1566208444
- Bundesamt für Gesundheit BAG. (2019). Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Executive Summary zum Schlussbericht des BAG an den Bundesrat [PDF]. Gefunden unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi.html>
- Bundesamt für Gesundheit BAG. (2019a). Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030 [PDF]. Gefunden unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheits-2030/gesundheitspolitische-strategie-2030.html>
- Bundesamt für Gesundheit BAG. (2020). Gesundheitsberufegesetz GesBG und Ausführungsrecht sind in Kraft. Gefunden unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/berufe-im-gesundheitswesen/gesundheitsberufe-der-tertiaerstufe/bundesgesetz-ueber-die-gesundheitsberufe.html>
- Bundesamt für Statistik BFS. (2015). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2015–2045 [PDF]. Gefunden unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/zukuenftige-entwicklung/schweiz-szenarien.html>

- Bundesamt für Statistik BFS. (2019). Schweizerische Operationsklassifikation. Systematisches Verzeichnis – Version 2019 [PDF]. Gefunden unter <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/5808569/master>
- Bundeskanzlei. (2017). Demografischer Wandel in der Schweiz: Handlungsfelder auf Bundesebene [PDF]. Gefunden unter <https://www.bk.admin.ch/bk/de/home/dokumentation/fuehrungsunterstuetzung/demografiebericht.html>
- Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien BASS AG. (2013). Bestandaufnahme Spitalsozialarbeit in der Schweiz [PDF]. Gefunden unter <https://www.buerobass.ch/kernbereiche/projekte/bestandsaufnahme-spitalsozialarbeit-in-der-schweiz/project-view>
- Christen Jakob, Mariana, Gäumann, Andrea. (2018). Social Impact Bonds. Ein Leitfaden für die Praxis. Gefunden unter <https://www.hslu.ch/de-ch/soziale-arbeit/ueber-uns/aktuell/2018/01/10/social-impact-bonds/>
- Claus, Peter. (2016). Führung aus der Perspektive von Position, Funktion und Rolle. Gefunden unter https://www.hbu.ch/de/Fuehrung_Position_Funktion_Rolle.b61.10428.html
- Der Kunde in der Sozialen Arbeit. (2017). Gefunden unter <https://www.grin.com/document/435285>
- Dietschi, Irène. (2018). Hochbetagte Menschen mit Mehrfacherkrankungen. Typische Fallbeispiele aus der geriatrischen Praxis. Eine Massnahme zur Verbesserung der koordinierten Versorgung. Erstellt im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Gefunden unter https://gohrbandt.files.wordpress.com/2018/06/hochbetagte_menschen_d_pdf.pdf
- Explainity. (2012). Explainity erklärt: Lobbyismus. Gefunden unter <https://www.explainity.de/politik/lobbyismus-einfach-erklart/>
- Fachstelle Empirische Methoden Fachhochschule Luzern. (2017). Festlegung der Untersuchungsform. Gefunden unter <https://www.empirical-methods.hslu.ch/forschungsprozess/quantitative-forschung/festlegung-der-untersuchungsform/>
- Friedli, Thomas (2015): Über den Nutzen von Spitalsozialarbeit bei Epilepsie – Ein Panorama aus der Sicht Betroffener (Master-Thesis, Kooperationsstudiengang Master of Science in Sozialer Arbeit der Fachhochschulen Bern, Luzern, St. Gallen und Zürich). Verfügbar unter www.soziothek.ch
- Gabler Wirtschaftslexikon. (2018a). Integrierte Versorgung. Definition: Was ist „Integrierte Versorgung“?. Gefunden unter <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/integrierte-versorgung-51770/version-274923>
- Gabler Wirtschaftslexikon. (2018b). SWOT-Analyse. Definition: Was ist „SWOT-Analyse“?. Gefunden unter <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/swot-analyse-52664/version-275782>
- Galli, Claudia. (2017). «Interprofessionelle Zusammenarbeit bedingt, dass Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten geklärt sind.». Gefunden unter <https://www.spectra-online.ch/spectra/themen/linterprofessionelle-zusammenarbeit-bedingt-dass-zustaendigkeiten-und-verantwortlichkeiten-geklaert-sind-r-571-10.html>
- Gwerder, Severin. (2015). Spitalsozialarbeit. Die Methodenfrage wird aktuell. Eine empirische Studie zur Methodik der Sozialarbeitenden im Akutspital. Gefunden unter https://www.stadtzuerich.ch/content/dam/stzh/triemli/Deutsch/Ueber%20das%20Department/Berufsgruppen/Sozialdienst/Pdfs/Spitalsozialarbeit_Masterthesis_Severin%20Gwerder.pdf

- H+ Die Spitäler der Schweiz. (n.d.). Akutspital. Gefunden unter <https://www.hplus.ch/de/zahlen-statistiken/h-spital-und-klinik-monitor/begriffe/akutspital/>
- Kindler, Tobias (2019): Sozialarbeitspolitik. Eine empirische Untersuchung der politischen Aktivität von Fachpersonen der Sozialen Arbeit in der Schweiz (Master-Thesis, Kooperationsstudiengang Master of Science in Sozialer Arbeit der Fachhochschulen Bern, Luzern, St. Gallen und Zürich). Verfügbar unter www.soziothek.ch
- Kündig, Jörg, Hametner, Claudia, Hochli, Daniel, Kirschner, Michael, Luchsinger, Philippe, Wiesli, Reto, Pfister, Marianne, Imhof, Patrick, Vaucher, Fabian, Mesnil, Marcel & Beerli, Marius. (2019). Erfolgsfaktoren für den Aufbau integrierter Versorgungsmodelle [PDF]. Gefunden unter https://www.spitex.ch/files/Y5IYZ6/schweizer_gemeinde_de.pdf
- Loidl, Heidi. (2020). Warum Eiweiss im Alter wichtig ist. Gefunden unter <https://www.senioren-ratgeber.de/Ernaehrung/Warum-Eiweiss-im-Alter-wichtig-ist-535769.html>
- Mavridis, Thomas. (2005). Rezension vom 14.06.2005 zu: Ria Puhl: Klappern gehört zum Handwerk. Funktion und Perspektive von Öffentlichkeitsarbeit in der sozialen Arbeit. Gefunden unter <https://www.socialnet.de/rezensionen/1793.php>
- Pfeiffer, Franziska. (2019). Querschnittstudie vs. Längsschnittstudie in der Abschlussarbeit. Gefunden unter <https://www.scribbr.de/methodik/querschnittstudie-laengsschnittstudie/>
- Reinberger, Stefanie. (2016). Somatopsychologie. Kranker Körper – kranke Seele. Gefunden unter <https://www.spektrum.de/news/wenn-das-immunsystem-die-psyche-krank-macht/1422056>
- SBK. (2020). Pflgeethemen Spitäler. Gefunden unter <https://www.sbk.ch/pflgeethemen/spitaeler>
- Schütze, Matthias. (2006). Soziale Arbeit als Dienstleistung. Ein Diskussionsbeitrag zu Aktualität, Perspektiven und Chancen dienstleistungsorientierter Überlegungen an Sozialer Arbeit insbesondere im Hinblick auf das System der Kinderbetreuung. Gefunden unter <https://www.grin.com/document/85413>
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). (2014). Medizin und Oonomie – wie weiter? Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften [PDF]. Gefunden unter <https://www.samw.ch/de/Projekte/Archiv/Oekonomisierung-der-Medizin.html>
- Schweizerischer Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. (2020). Definition Spitalsozialarbeit [Website]. Gefunden unter <https://www.sages.ch/fachbereiche/spital/>
- Statista Research Departement. (2020). Statistiken zur Pflege in der Schweiz. Gefunden unter <https://de.statista.com/themen/5019/pflege-in-der-schweiz/>
- SwissDRG. (2016). Klarstellung und Fallbeispiele. Zu den Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG [PDF]. Gefunden unter https://www.swissdrg.org/application/files/1614/8111/3147/20161101_Klarstellungen_v3.4_d_Aenderungsdokumentation.pdf
- Van Houtum, Sabrina. (2016). Lobbying und Soziallobbying. Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den beiden Modellen. Gefunden unter <https://www.grin.com/document/456758>
- Von Alemann, Ulrich & Eckert, Florian. (2006). Lobbyismus als Schattenpolitik. Gefunden unter <https://www.bpb.de/apuz/29795/lobbyismus-als-schattenpolitik>

Zimmermann, Tobias, Mews, Claudia, Kloppe, Thomas, Tetzlaff, Britta, Hadwiger, Moritz, von dem Knesebeck, Olaf & Scherer, Martin. (2018). Soziale Probleme in der hausärztlichen Versorgung – Häufigkeit, Reaktionen, Handlungsoptionen und erwünschter Unterstützungsbedarf aus der Sicht von Hausärztinnen und Hausärzten. Gefunden unter [https://zefq-journal.com/article/S1865-9217\(18\)30008-4/fulltext](https://zefq-journal.com/article/S1865-9217(18)30008-4/fulltext)

ANHANG

Anhang 1: Mandatsbrief sages

sages

Schweizerischer Fachverband
Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

sages, Geschäftsstelle, 3010 Bern

Anrede
Vorname Name
Adresse
PLZ Ort

Bern, 24. April 2019

Anfrage zur Aushändigung von Daten

Sehr geehrte Damen und Herren

Der Schweizerische Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (sages) vereint Personen und Institutionen der Schweiz, welche professionelle Soziale Arbeit in den Aufgabenfeldern der gesundheitlichen Versorgung und im Kontext von Public Health leisten. sages nimmt Einfluss auf politisches Handeln und sorgt dafür, dass die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit gegenüber Behörden und Verwaltungen sowie in der Kooperation mit andern Berufs- und Interessensverbänden eine verlässliche Kraft ist. Wir tragen massgeblich dazu bei, dass Soziale Arbeit in den Aufgabenfeldern des Gesundheitswesens unter Einbezug von wissenschaftlichem Wissen und berufspraktischem Erfahrungswissen gestärkt und fachlich weiterentwickelt wird. Die Mitglieder unseres Fachverbandes kommen aus den Fachbereichen Bildung und Forschung, Gesundheitsligen, Integrierte Versorgung, Psychiatrie, Rehabilitation, Spital und Sucht (in alphabetischer Reihenfolge). Wir vereinen mehr als 120 Kliniken und Organisationen des Gesundheitswesens in Form von Kollektiv- und Einzelmitgliedschaften. Mehr Informationen zu unserem Fachverband finden Sie auf unserer Website unter: www.sages.ch

In unserem Auftrag verfassen Frau Corinne Stettler und Herr Nicolas Netzer im Rahmen ihres Masterstudiengangs «MSc in Sozialer Arbeit» der Fachhochschulen Bern, Luzern, St. Gallen und Zürich eine Masterthesis, in welcher unterem Anderem eine quantitativ-empirische Analyse der Finanzierungs- und Leistungserfassungsarten der Spitalsozialdienste in Deutschschweizer Akutspitälern durchgeführt wird. Wir möchten Sie deshalb höflichst bitten, ihnen die angefragten Daten im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen und des oben erwähnten Auftrags zur Verfügung zu stellen. Wir bedanken uns im Voraus herzlich für Ihre Bemühungen und Ihre Unterstützung.

Freundliche Grüsse



Sandro Bertschinger
sages-Geschäftsführer

sages, Geschäftsstelle, 3010 Bern
Telefon 076 395 33 66, www.sages.ch, geschaeftsstelle@sages.ch

Korrespondenz gesponsert von

senevita
Näher am Menschen

SmartLife
Care

SPITEX
RETIRES

Spitex
Stadt i Land

TERTIANUM

Anhang 2: Kontaktbrief Fokusgruppe

An die Teilnehmenden der Fokusgruppe

Bern, 14. August 2019

Chancen und Risiken für die Spitalsozialarbeit im Rahmen wichtiger gesundheitspolitischer Entwicklungen: SwissDRG und integrierte Versorgung

Sehr geehrte Damen und Herren

Im Rahmen des Kooperations-Masters in Sozialer Arbeit der Fachhochschulen Bern, Luzern, St. Gallen und Zürich, verfassen Corinne Stettler und Nicolas Netzer eine Masterthesis mit einer quantitativ-empirischen Erhebung. Zweck der Erhebung ist die Untersuchung von Chancen und Risiken für die Spitalsozialarbeit im Rahmen von zwei wichtigen gesundheitspolitischen Entwicklungen – namentlich SwissDRG und integrierte Versorgung.

Aufgrund Ihrer Erfahrung können Sie uns im Rahmen einer Fokusgruppe qualifiziert darüber Auskunft geben, welche Chancen und Risiken Ihrer Meinung nach für die Spitalsozialarbeit in Bezug auf diese Entwicklungen bestehen. Dabei sind sowohl professionspolitische als auch fachliche Argumente von Interesse. Diese Fokusgruppe findet mit fünf bis zehn anderen Teilnehmenden zusammen in einem Gruppengespräch in der letzten Augustwoche 2019 an der Berner Fachhochschule, Fachbereich Soziale Arbeit, statt. Zusätzlich sind beide Studierende anwesend. Ihre Teilnahme wird etwa 3 Stunden in Anspruch nehmen. Ein kleines Dankeschön für Ihre Teilnahme wartet am Ende der Fokusgruppe auf Sie.

Es ist nicht zu erwarten, dass Sie selbst aus Ihrer Teilnahme an dieser Fokusgruppe einen unmittelbaren Nutzen ziehen. Die Fokusgruppe wird jedoch genutzt, um eine anschliessende quantitative Erhebung vorzubereiten, bei welcher die Teamleitenden der Sozialdienste in Deutschschweizer Akutspitalern befragt werden. Diese Erhebung wird mit Unterstützung des Fachverbands Soziale Arbeit im Gesundheitswesen sa'ges durchgeführt. Die Ergebnisse der Studie werden somit dem Fachverband für die Planung von allfälligen Massnahmen zur Kenntnis gebracht.

Die Teilnahme an dieser Fokusgruppe ist für Sie grundsätzlich mit keinen Risiken verbunden. Sollten Sie sich jedoch durch die Beantwortung der Fragen in irgendeiner Form unwohl oder belastet fühlen, sprechen Sie uns bitte umgehend an. Sie können jederzeit auch ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahmebereitschaft widerrufen und die Fokusgruppe abbrechen ohne, dass dadurch irgendwelche Nachteile für Sie entstehen.

Wir versichern Ihnen, dass Ihre Unterlagen vertraulich und anonym behandelt werden und keine Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen. Der Zugang zu Ihren Daten, die nur zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden, obliegt ausschließlich den Studierenden und ihrer Fachbegleitung der Berner Fachhochschule, Fachbereich Soziale Arbeit, Prof. Dr. Dieter Hal-

ler. Ihr Name wird an keiner Stelle im Forschungsmaterial erscheinen. Das gilt auch für eine etwaige Veröffentlichung der Forschungsergebnisse. Auf Wunsch werden Sie die Studierenden gerne nach Ende der Fokusgruppe über die Ergebnisse der Untersuchung informieren.

Für Fragen stehen wir Ihnen zur Verfügung. Die Kontaktdaten finden Sie am Ende dieses Informationsblattes. Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie an dieser Forschungsgruppe teilnehmen!

Wir bitten um eine kurze Rückmeldung bis spätestens am Freitag, 16. August 2019 an eine der untenstehenden E-Mail-Adressen, ob Sie an der Fokusgruppe teilnehmen möchten oder nicht.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und freundliche Grüsse

Corinne Stettler

corinne.stettler@students.bfh.ch
Tel. 079 766 69 44

Nicolas Netzer

nicolas.netzer@students.bfh.ch
Tel. 079 784 55 27

Anhang 3: Einverständniserklärung Fokusgruppe

Teilnahme an der Fokusgruppe zum Thema

«Chancen und Risiken für die Spitalsozialarbeit im Rahmen wichtiger gesundheitspolitischer Entwicklungen: SwissDRG und integrierte Versorgung»

Einverständniserklärung

Die Ziele, Fragestellungen und das Vorgehen dieser Fokusgruppe wurden mir erklärt. Ich wurde mündlich und schriftlich informiert, wie die Fokusgruppe abläuft und über welche Themen gesprochen wird. Insbesondere wurde ich darüber informiert,

- dass die Fokusgruppe etwa eine Stunde und 30 Minuten dauert,
- dass die Fokusgruppe auf Tonband aufgenommen wird,
- dass meine Aussagen in der Abschrift anonymisiert werden,
- dass die Forschenden der Berner Fachhochschule gesetzlich der Schweigepflicht unterstehen und keine Rücksprache über meine Aussagen mit anderen Personen stattfindet,
- dass ich jederzeit das Interview absagen bzw. beenden kann, ohne dass daraus für mich Nachteile entstehen.

Ich bekam genügend Zeit um mich für oder gegen eine Teilnahme an der Fokusgruppe zu entscheiden.

Name:

Vorname:

Datum:

Unterschrift:

Ein Exemplar für die teilnehmende Person und ein Exemplar für die Berner Fachhochschule.

Anhang 4: Leitfaden Fokusgruppe

SwissDRG

Kurzer theoretischer Input gemäss Kapitel 4

Ein Versuch, der Entwicklung der Kostensteigerung im Gesundheitswesen entgegenzuwirken wurde im Jahr 2012 umgesetzt: In der ganzen Schweiz wurden die leistungsbezogenen Fallpauschalen DRG eingeführt. Seit 2012 werden also die Spitäler nicht mehr über Tagespauschalen finanziert, sondern über Pauschalen je nach Krankheitsbild.

Mit der Einführung erhoffte man sich unter anderem:

- *«Reduktion der Verweildauer:* Die Kürzung soll möglich werden durch eine rechtzeitige Verlegung in Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen und durch Prozess- und Schnittstellenoptimierungen.
- *Mehr Transparenz in der Leistungserbringung:* Diese soll möglich werden durch die Kenntnis der eigenen Kosten und die damit verbundene schweizweite Vergleichbarkeit von Leistungen in Spitälern.
- *Verbesserte Zusammenarbeit aller Beteiligten:* Diese soll möglich werden durch eine verstärkte Vernetzung in vertikaler (kompletter Patientenpfad) und horizontaler (innerhalb der Einrichtungen) Hinsicht.
- *Kosteneinsparungen:* Diese sollen möglich werden durch die Anreize zu einem effizienten Ressourceneinsatz und durch die Erschliessung von Wirtschaftlichkeitsreserven über Rationalisierungsmassnahmen (Prozess-, Personal- und Sachkostenoptimierung).
- *Preis- und Qualitätswettbewerb unter den Marktteilnehmern:* Durch die Leistungs- und Kostentransparenz soll ein echter Preis- und Leistungswettbewerb, vor allem unter den Spitälern, möglich werden. Damit würden die DRG erstens einen positiven Effekt auf die Versorgungsqualität haben und zweitens würden unrentable Spitäler schliessen oder mit anderen fusionieren.» (Pfister Lipp, 2011, S. 47 – 48)

In der Literatur wurden wiederholt u.a folgende mögliche Auswirkungen von SwissDRG kritisch diskutiert:

- *«Übermässige Reduktion der Verweildauer («blutige Entlassungen»):* Der Patient wird in instabilem Zustand und deshalb zu früh aus dem Spital entlassen.
- *Auslagerung von Leistungen in den vor- und nachstationären Bereich:* Dies ist insbesondere dann ein Problem, wenn diese Bereiche nicht genügend vorbereitet sind.

- *Wiederholte Spitaleinweisungen («Drehtüreffekt»)*: Wenn Patienten zu früh entlassen und deshalb nach kurzer Zeit wieder ins Spital eingewiesen werden (müssen).
- *Risikoselektion («Cherry picking»)*: Diese beinhaltet eine gezielte Aufnahme von Patienten mit geringeren Schwierigkeitsgraden, eine Verweigerung und Verschiebung von Behandlungen aus wirtschaftlichen Gründen (z.B. zu hohe Kosten oder unkalkulierbares Kostenrisiko), eine Verweigerung der Aufnahme oder Abschiebung von Notfallpatienten und eine Verlegung von «aufwändigen» Patienten in andere Spitäler.
- *Ausrichtung der Spitäler auf lukrative Gebiete*: Die Spitäler könnten sich vermehrt nur noch auf diejenigen Bereiche spezialisieren, die eine hohe Vergütung versprechen. Zusätzlich könnte sich das Personal in Richtung nachgefragter und profitabler Leistungsbereiche verschieben.
- *Spital- und Abteilungsschliessungen*: Die Schliessung von Spitälern und Abteilungen könnte sich nur nach der Rentabilität und nicht auch nach der Versorgungssicherheit einer Region entscheiden.» (Wild, Pfister & Biller-Andorno, 2009a: 4; Indra, 2004, S. 104 – 106; zit. nach Pfister Lipp, 2011, S. 48).

Durch die Einführung der Fallpauschalen sollen Kosten gespart werden. Das Prinzip «ambulant vor stationär». Was bedeutet diese Entwicklung für die Spitalsozialarbeit? Sie wurde im Prinzip wichtiger, wie man auch aus Untersuchungen aus Deutschland weiss. Die Fallzahlen der Spitalsozialarbeit stiegen dort nach der Einführung der neuen Spitalfinanzierung deutlich an. Der Grund hierfür ist klar: Wenn Patientinnen und Patienten früher entlassen werden, müssen sie auch ambulant besser unterstützt werden. Hier gewinnt die Spitalsozialarbeit an Bedeutung. Die Schattenseite davon ist: Es entsteht ein hoher Zeitdruck und die Gefahr, dass die bürokratische Handlungslogik dominiert. Somit würde die Soziale Arbeit schlussendlich mehr der Organisation als der Patientin / dem Patienten dienen.

Leitfragen

1. Gibt es aus Ihrer Sicht weitere Chancen und Risiken für die Spitalsozialarbeit aufgrund der Einführung von SwissDRG?
 - Was hat sich bewährt?
 - Was ist anders rausgekommen?
2. Was gibt es noch für Potential(e) für die Spitalsozialarbeit im Rahmen von SwissDRG?
3. Hat jemand von Ihnen vor der DRG-Einführung in der Spitalsozialarbeit gearbeitet? Wenn ja: Was hat sich konkret im Arbeitsalltag verändert?
 - Positive Veränderungen?

- Negative Veränderungen?
4. Gibt es aufgrund der Einführung von SwissDRG neue Chancen oder neue Risiken für die Spitalsozialarbeit?
- Professionspolitisch für die Soziale Arbeit oder für die Patient/innen (was die SA betrifft)?
 - Wenn wir von Chancen und Risiken sprechen: Aktuell stellt sich der Fachverband bekanntlich die Frage betreffend kostenrelevanter Abrechnung der Leistungen der Spitalsozialarbeit via SwissDRG: Wäre die Abrechenbarkeit der Leistungen eher eine Chance oder ein Risiko für die Spitalsozialarbeit? Was wären mögliche Auswirkungen?

Integrierte Versorgung

Kurzer theoretischer Input gemäss Kapitel 6

Gesundheitssystem bedingt durch:

- hoher medizinischer und therapeutischer Innovationsgrad und daraus resultierende arbeitsteilige Spezialisierung
- dadurch Zunahme an Funktions- und Abteilungsdenken, welche prozessorientiertes Denken der Akteure erschwert -> jeder fühlt sich nur für seinen Teil des Behandlungspfades zuständig
- wachsende Datenintransparenz, v.a. zwischen ambulantem und stationärem Sektor
- durch Föderalismus bedingte Zersplitterung des Gesundheitswesens
- dadurch erhöhte Schnittstellenproblematik mit insgesamt steigenden Kosten
- zunehmende Multimorbidität und Chronifizierung

Für Patient/innen bedeutet das:

- Immer grössere Unübersichtlichkeit des Gesundheitswesens, dadurch auch nur bedingte Einflussnahme auf Behandlungspfad
- Durch wachsende Datenintransparenz kommt es zu Unter-, Fehl- oder Überversorgung
- Fehlende Ansprechpersonen für allg. Anliegen -> jeder Sektor bearbeitet nur «seine» Problemstellungen

Integrierte Versorgung als Lösungsansatz:

- Strategie
- Transsektorale Vernetzung: Prozesssteuerung aus einer Hand

- Orientierung an den Bedürfnissen der Patienten
- neue vertrags- und leistungsrechtliche Finanzierungsmöglichkeiten
- v.a. für multimorbide und chronisch kranke Patienten immer wichtiger
- unnötige Hospitalisationen vermeiden
- soziale Komponente in Behandlungsprozess einbeziehen

Verschiedene Formen/Projekte der integrierten Versorgung:

- Ärztenetzwerke
- Koordinationsstellen
- Gesundheitszentren
- Spezifische Zielgruppen

Leitfragen

1. Welche Rolle kann die Soziale Arbeit in der integrierten Versorgung einnehmen bzw. welche Aufgaben kann sie übernehmen?
 - Ist die Soziale Arbeit nur Koordiniererin? Abklärerin von Ansprüchen?
 - Wo kann sie diese Aufgaben übernehmen? z.B. beim Hausarzt?
2. Welche Chancen sind mit dieser Rolle / diesen Aufgaben verbunden?
3. Welche Risiken sind mit dieser Rolle / diesen Aufgaben verbunden?
4. Welche «Hausaufgaben» muss die Soziale Arbeit noch erledigen, damit sie diese Rollen einnehmen kann?
 - a. Stichworte: Tue Gutes und rede darüber -> SA verkauft sich unter Wert
 - b. ökonomische Kriterien einbeziehen
 - c. Informationsaustausch zwischen stationärem und ambulantem Bereich
 - d. Zielgrößen für den Outcome, insbesondere im Hinblick auf Lebensqualität, definieren
 - e. Qualitätsindikatoren herausarbeiten

Anhang 5: Protokolle Fokusgruppe 29.08.2020

SwissDRG

Positionierung der Sozialen Arbeit	Wirkungsnachweis / Finanzen	Zuständigkeiten (interprofessionelle Zusammenarbeit)	Verkürzung Aufenthaltsdauer & Folgen
<ul style="list-style-type: none"> Entwicklung in den Spitälern geht eher weg von der Sozialen Arbeit. Immer mehr Spitäler stellen keine Sozialarbeitende mehr ein, z.B. Hirslandengruppe (6; 15:16). Sozialarbeitende müssen ihre Stärken besser hervorheben: Sozialversicherungswissen, Aufbauarbeiten und Pflegen von Netzwerken, Gesprächsführung. Oft werden runde Tische gemacht und diese laufen alle über den Spitalsozialdienst (3; 18:52). Professionskonkurrenz zwischen Sozialer Arbeit und Pflege. Pflege sehr selbstbewusst («Das können wir auch»), haben starke Lobby (5; 32:12). Pflege ist froh, wenn Spitalsozialarbeit Aufgaben übernimmt, da sie kaum zeitliche Ressourcen haben (3; 33:40). Immer wie mehr Mediziner wollen die Bio-psycho-soziale Dimensionen verstehen und in ihren Bereichen umsetzen. Dort ist 	<ul style="list-style-type: none"> Die Entschädigung der ambulanten Angebote ist viel schlechter, als die der stationären. Die Strategie «ambulant vor stationär» wird gefordert, aber man kann es in der Praxis praktisch nicht umsetzen (2; 18:16). Bei Menschen, welche komplexe gesundheitliche und soziale Situationen aufweisen, wird der Druck immer grösser, dass sie möglichst rasch wieder entlassen werden aufgrund der Kostenfrage (3; 11:51). Es regelt sich immer wie mehr alles über die Finanzierung («Wer bezahlt es»). In den Spitälern läuft die Finanzierung zu einem grossen Teil über die Krankenkassen und es ist auf die einzelne Person konzentriert. Würde das über die Gemeinde laufen, wäre es als gesellschaftliches Problem anerkannt und man würde Lösungen dafür suchen. Grundsätzlich ist es eine gesellschaftliche Thematik und dann wäre es logisch, dass die Gesellschaft mitfinanziert (und nicht individualisiert auf KVG) (3; 	<ul style="list-style-type: none"> Wer muss das «Soziale Problem» lösen. Ist das die Aufgabe des Spitalsozialdienstes oder wäre nicht die Gemeinde zuständig (3; 10:19). Es gibt Situationen, in denen z.B. der Hausarzt die Patient/innen ins Spital «zur Abklärung der sozialen Situation» schickt. Das Spital muss alle Patient/innen aufnehmen und dann sind sie «versorgt» (3; 11:05). Spitalsozialarbeit muss nicht für das Wohlergehen der älteren, multimorbiden Patient/innen nach der Spitalentlassung die Verantwortung übernehmen (5; 12:07). Abgrenzungsschwierigkeiten sind generell in der Sozialen Arbeit, aber speziell im Spital immer wieder Thema, z.B. gegenüber der Pflegefachpersonen. Wer übernimmt jetzt welche Aufgaben? Es ist hilfreich zu klären, wer für welches Problem zuständig ist und die Soziale Arbeit allgemein ist zuständig für die soziale Dimension (1; 13:16). 	<ul style="list-style-type: none"> Druck nahm zu: Ärzte machten Druck nach der Einführung, dass die Patient/innen nicht zu lange stationär bleiben. Dies bedeutet, dass die Sozialarbeitenden eine geeignete Nachsorgelösung suchen müssen (2; 6:13). Abnahme der Aufenthaltsdauer im Spital nimmt fortlaufend ab. Früher war man auf der Medizin durchschnittlich 9 Tage stationär, heute noch 5 ½ Tage. Auf der Orthopädie/Chirurgie sind es 3 Tage. Gründe schwer zu eruieren, es hat sicherlich auch mit dem medizinischen Fortschritt einen Zusammenhang. Das Spital hat gleich viel Betten, aber es werden viel mehr Patient/innen behandelt. Spitalsozialarbeit ist bei rund 1/3 der Patient/innen involviert, was bedeutet, dass man mehr Arbeit hat, aber der Spitaldirektor sagt, dass es nicht mehr Betten zu legen gibt und somit auch nicht mehr Einnahmen hat (3; 6:27) Schnellebigkeit der Organisation von z.B. Reha's oder Heimeintritte bei älteren Menschen (6; 08:57).

<p>es zentral, dass es Fachleute gibt, die Wissen und Erfahrungen weitergeben. Es braucht starke Sozialarbeitende im Gesundheitswesen (1; 35:29).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es soll kein Klagen sein, sondern Kompetenzen, Wissen, Erfahrungen sollen kommuniziert werden von den Sozialarbeitenden. Das ist der Schlüssel, um sich mehr in den Diskurs von verschiedenen Fachrichtungen einzubringen (1; 36:52). • Wenn man 100% arbeitet, kannst du dich eher auch mal Arbeiten annehmen, die nicht direkt mit deiner zu tun haben (z.B. professionspolitische). Es braucht eine stetige Weiterentwicklung und diese Zeit musst du dir im Arbeitsalltag oft «stehlen» (3; 38:20). • Positionierung muss auch auf der Ebene der Fachhochschulen thematisiert werden. Was sind Aufgaben des Departements Gesundheit und was des Departements Soziale Arbeit? Schwierig aufzulösen, da es auch mit starken Strukturen zu tun hat (5; 40:35). 	<p>20:18).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeut sagte einst, dass er keine Therapie mit einem Patienten machen kann, wenn bei diesem in vielen Bereichen alles im Argen liegt. Die Sozialarbeitenden tragen dazu bei, dass langfristig Kosten gesenkt werden können und umso wichtiger ist es, dass sie stetig ihre Kompetenzen weiter entwickeln und die Lobby vorantreiben (2; 23:44). • Die Wirksamkeit der Leistungen der Sozialarbeitenden ist schwierig zu messen. Jede Pflegehandlung kannst du deklarieren, was irgendwann zur Erhöhung der Pflegestufe führt. Wenn Sozialarbeitende etwas machen, kann das nicht deklariert werden (6; 24:51). • Nach Wirkung schreiben alle, aber es ist extrem schwierig, diese zu messen. Die Soziale Arbeit hat keine Laborbedingungen und die Faktoren sind so vielfältig, dass es schwierig ist, klassische Wirkungsforschung zu machen (1; 26:30) • Dem Spitaldirektor geht es ums Portemonnaie. Im Moment ist die Spitalsozialarbeit nur auf der Ausgabenseite und nicht bei der Einnahmenseite. Und wenn die Spitalsozialarbeit ihre Leistungen kostenwirksam via SwissDRG abrechnen könnte, wäre sie nicht nur bei der Ausgaben- sondern auch bei der Einnahmenseite. Man müsste das möglichst schnell initi- 	<ul style="list-style-type: none"> • Verknüpfung von Sozial- und Gesundheitswesen ist enorm wichtig, um klären zu können, wer für was zuständig ist. Einfach zu trennen ist es nicht, da gesundheitliche und soziale Ungleichheiten zusammenspielen. Gerade deshalb ist eine Zusammenarbeit so wichtig (1; 13:56).3 • Die Frage ist auch, wie man die interinstitutionellen Übergänge so gestaltet, dass sie den Situationen der Patient/innen gerecht werden (1; 14:42). • Spitalsozialarbeit ist dann zuständig, wenn sie die entsprechenden Kompetenzen hat und diese dann auch zeigen und nutzen kann (2; 16:20). • In der Schweiz fehlt eine Stelle, an die man junge Patient/innen, welche mehrfache Probleme auf der sozialen und gesundheitlichen Ebene haben, weiter vermitteln kann. Die Sozialarbeitenden machen dann ambulant an dem weiter, was man im Spital begonnen hat (4; 17:32). 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Aufenthaltsdauer im Heim hat sich auch extrem verkürzt und es kommen nur noch diese Patient/innen, welche die letzte Phase antreten (6; 9:22). • Die Spitalsozialarbeit geht fast ein wenig unter, weil sich die Prozesse sehr verändert haben. Z.B. in der Orthopädie werden die Patient/innen 2 Wochen vorher schon angemeldet und dann organisiert man etwas für nach der OP, aber oftmals treten Soziale Probleme nach der OP auf und ggf. ist dann gar keine Zeit mehr, eben dieses zu bearbeiten (4; 9:53).
---	--	---	--

ieren, so kann man auch darlegen, warum man Sozialarbeitende braucht (3; 28:29).

- Übergeordnete Frage: Muss die Gesellschaft die Leistungen der Sozialen Arbeit bezahlen? (3; 30:06).
- Wenn Leistungen der Spitalsozialarbeit via SwissDRG kostenwirksam abgerechnet werden, spüren das die Prämienzahler/innen und nicht eine andere Profession (3; 32:52).

Integrierte Versorgung

Rolle der Sozialen Arbeit	Projekte der integrierten Versorgung	Gründe, weshalb integrierte Versorgung notwendig ist	Probleme bei der Umsetzung integrierter Versorgung
<ul style="list-style-type: none"> • DIE Profession für die Umsetzung integrierter Versorgung, aufgrund der übergeordneten, vernetzten Arbeitsweise im Sinne eines Case Management. Zusätzlich andere Denkart als beispielsweise die Pflegenden und das nötige Fachwissen für die Erfassung von Lebensumständen, Sozialversicherungen etc. (6; 43:15). • Case Management. Obwohl Ausbildungen zu Case Management immer mehr von Personen außerhalb der Sozialen Arbeit besucht werden, ist es immer noch eine Methode, die die Soziale Arbeit schon immer verwendet hat. Für die Begleitung von Personen in der «reineren» Form des Case Management ist die Soziale Arbeit prädestiniert (3; 44:00). • Bottom-Up-Ansätze von Case Management sind genuin Soziale Arbeit. So sind es zentrale Kompetenzen von Sozialer Arbeit. Das ist eine Rolle, die die Soziale Arbeit einnehmen kann (1; 48:00). • Die Soziale Arbeit kann drei verschiedene Rollen in der integrierten Versorgung einnehmen: 1. Als beteiligte Profession, welche die 	<ul style="list-style-type: none"> • Bisher viele Beispiele von Projekten, aber es ist noch keine wirklich konsequente Umsetzung von integrierter Versorgung sichtbar (1; 47:30). • Ein Hausarzt im traditionellen Sinn kann, zumindest in ländlichen Regionen, integrierte Versorgung machen (1; 55:45). • Wir benötigen gute Best-Practice-Beispiele. Eine Idee beziehungsweise ein existierendes Projekt ist: Der Sozialdienst einer Gemeinde zahlt Case Management (extern angeboten) bei Komplexfällen. Er kann Leistungen in einem gewissen Rahmen bezahlen. Sozial beteiligte Menschen können z.B. durch einen Sozialarbeiter betreut werden, die Gesundheitsleistungen werden koordiniert, aber bezahlt wie bisher. So könnte die Verbindung von Gesundheits- und Sozialwesen auch in der Kostenbeteiligung geschehen (1; 01:00:20). • Da die Patienten, die durch integrierte Versorgung betreut werden sollen, bereits an vielen Stellen angebunden sind, ist ein weiterer Vorschlag, dass die Finanzierung 	<ul style="list-style-type: none"> • Personen müssen auch vor und nach dem stationären Aufenthalt begleitet werden (3; 44:57). • Nach Investition von vielleicht höheren Ausgangskosten, können die Kosten sehr wahrscheinlich ziemlich schnell über alle Berechnungen hinweg gesenkt werden (1; 47:15). • Der gesellschaftliche Nutzen ist da (2; 49:35). • Rehospitalisationen sind für Kliniken irgendwann auch nicht mehr interessant, auch wenn stationäre Aufenthalte sich lohnen. Da kommt ein Herr Müller immer wieder in die Psychiatrie, den die Nachfolgeinstitutionen nicht mehr aufnehmen wollen. Was ist dann mit diesem Patienten? Dann behalten wir ihn halt noch ein bisschen bei uns. Dann muss er doch irgendwann gehen und es ist dann nicht klar, wohin er geht. Die integrierte Versorgung wäre so ein Nutzen für die Klinik (2; 50:00). • Meist muss aus Finanzierungsgründen immer Ärzte die Behandlungsmacht haben. Wenn aber ein Arzt entscheiden muss, der den 	<ul style="list-style-type: none"> • Case Management nur noch als inflationärer Begriff, als Deckmantel. Er lässt sich gut verkaufen, dahinter steckt aber oft nichts. Insbesondere ist Case Management zeitlich oft nur auf den stationären Aufenthalt begrenzt (3; 44:45). • Finanzierung: Insbesondere unterschiedliche Abrechnungs- oder Tarifsysteme, die institutionelle Übergänge erschweren, z.B. bei Personen in terminalen Phasen. Wenn die Finanzierung keine Rolle spielen würde, könnte man solche Übergänge viel einfacher gestalten, aber es schaut halt jeder für seinen Teil solange die Finanzierung eine Rolle spielt (3; 45:20). • Case Management ist ein Plastikbegriff. Es wird gefüllt nach Lust und Laune. Es klingt gut. Top-Down-Ansätze von Case Management haben eine Verwaltungslogik und sind vor allem dazu da, betriebsintern schnellere, kostensparende Abläufe zu haben (1; 47:45). • Die Frage nach dem Nutzen ist auf Ebene einer Klinik anders als

<p>soziale Dimension bearbeitet, noch ohne Koordinationfunktion, 2. die reine Koordinationfunktion, worin die Soziale Arbeit gut ist, was aber die Pflege auch leisten könnte. Bei der Koordinationsfunktion, z.B. im Sinne eines Round Tables, geht es darum, die Fäden in einer Hand zu halten und die Fragmentierung überbrücken zu können. Als 3. Funktion wäre die Kombination. Also Vertretung der Profession plus die Übernahme der Koordination (1, 48:30).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lobbying bei der Krankenkasse betreiben. Mit Alternativen Versicherungsmodellen, welche eher die soziale Dimension mitverschlechtern und -finanzieren, kann sich aus eine Krankenkasse Wettbewerbsvorteile verschaffen. Die Soziale Arbeit muss allerdings ihren Nutzen zeigen können. Das wäre auch eine Aufgabe vom Fachverband sages (2: 58:38 und 01:10:01). • Integrierte Versorgung wäre für die Soziale Arbeit ein sehr reizvolles, abwechslungsreiches und auch herausforderndes Arbeitsfeld (alle, 01:15:30). • Die Wahrnehmung der Sozialen Arbeit – und damit verbunden die Potentiale für die Rolle, die sie einnehmen kann – hängt von der Fachlichkeit ab, die die Sozialarbeitenden gegen aussen ausstrahlen. Eine Führungsperson kann noch so innovativ sein, wenn 	<p>an den Stellen ansetzt, die bereits vorhanden sind. In der Akutsumatik wird das schwierig, aber beispielsweise bei der Psychiatrie könnte der Sozialdienst das Case Management mitfinanzieren und so eine bessere, längere Betreuung ermöglichen (2; 01:03:49).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine solche Finanzierung wäre aber auch für Spitalsozialdienste interessant. Zum Beispiel wenn die Gemeinde oder das Sozialwesen dort mitfinanziert. <i>Denn von ärztlicher Seite muss oft ein Ausritt forciert werden, auch wenn häusliche Umstände, wie eine unhygienische Wohnung bei Wunden, eine Rückkehr nach Hause noch nicht ermöglichen. Da hört die Betreuung nach Austritt auf, die nachbetreuenden Dienste wie Spitex oder Sozialdienst erledigen auch nur je ihren Teil, aber niemand hat die Hauptverantwortung.</i> Hier wäre eine Finanzierung der weiteren Betreuung durch den Spitalsozialdienst nötig (3; 01:04:57). • Soziale Arbeit in Ärztezentren oder Hausarztpraxen sollen vermehrt vorkommen. Die Ärzte als Gatekeeper für das Gesundheitswesen und die Sozialarbeiter für das Sozialwesen. Die BFH hat ein entsprechendes Projekt (1; 01:06:43). • Sozialarbeiter gibt es beispielsweise im SaluToMed in Zollikofen. Dort sagen sie, sie sind stark entlastet worden, weil jemand die so- 	<p>Patienten gar nicht gut kennt – nicht wie beispielsweise das Case Management – dann ist das Risiko zu bezeichnen. Wer trägt dann die Verantwortung? Wenn kein niedergelassener Psychiater die Verantwortung trägt und der Arzt in der Psychiatrie den Patienten entlässt, wer ist dann zuständig? Das wäre die Funktion von Case Management, dass jemand für die Patienten verantwortlich ist, wenn sie stationär sind, aber auch danach (2; 52:10).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die institutionellen Übergänge sind die kritischsten Phasen und genau dort hören die falsch verstandenen Arten von Case Management auf. Wenn ein Case Management an Bedingungen geknüpft sind, welche dann wegfallen, sind die Betroffenen plötzlich auf sich alleine gestellt. So zum Beispiel beim Case Management Berufsbildung. Wenn eine junge Frau mit Mehrfachproblematik (häusliche Gewalt, junges Kind, Sozialhilfebezug etc.) die Ausbildung verliert, ist sie nicht mehr beim Case Management Berufsbildung angegliedert, auch wenn sie deren Begleitung vielleicht erst recht nötig hätte. Bei diesen institutionellen Übergängen ist integrierte Versorgung besonders wichtig (6; 52: 57). • Eine gute integrierte Versorgung senkt die Kosten, da sie stationäre Aufenthalte auf eine sinnvolle Art und Weise verhindert (2; 58:31). 	<p>auf Ebene Patient oder gesellschaftlich. Für die Klinik ist der Fall abgeschlossen, wenn der Patient ausgetreten ist (2; 49:40).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fehlanreize für die Organisationen im Gesundheitswesen (1; 49:58). • Case Management im Sinne der integrierten Versorgung wird in der Psychiatrie ambulant abgerechnet. Das ist schlecht vergütet, weshalb das Interesse fast ausschließlich auf den stationären Sektor gerichtet ist (2; 50:48). • Es müsste eine völlig andere Art der Finanzierung im Gesundheitswesen herrschen. Das Motto «ambulant vor stationär» ist nichts anderes als eine Sparübung der Kantone, da sie im ambulanten Bereich nicht mitfinanzieren müssen. So werden immer mehr Leistungen in den ambulanten Bereich verschoben, ohne zu fragen, ob das sinnvoll ist oder nicht. Solche finanziellen Fehlanreize müssten behoben werden (3; 54:28). • Es benötigt die Vereinheitlichung der Finanzierung über alle Leistungsträger hinweg, damit integrierte Versorgung funktionieren kann (5; 55:25). • Es gibt kein einheitliches Verständnis davon, was integrierte Versorgung überhaupt ist (1; 55:30). • Die Begriffe Managed Care und
--	---	---	--

<p>die Personen an der Basis nicht gut arbeiten, wird die Soziale Arbeit an Wert verlieren. Des Weiteren hängt die Positionierung der Sozialen Arbeit auch von Zusammenhängen und gegenseitiger Unterstützung/gegenseitigem Austausch ab, wie es zum Beispiel im sages möglich ist (2; 01:17:35).</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Soziale Arbeit muss auch Leitungsfunktionen wahrnehmen, damit die Rolle so gestaltet werden kann, wie es sinnvoll ist und gewünscht wird. Viele sind aber nicht dazu bereit, die Leitungsfunktionen wahrzunehmen (3; 01:25:29). 	<p>ziale Dimension bearbeitet, der/die auch das Fachwissen dazu hat (6; 01:07:07).</p> <ul style="list-style-type: none"> Es gibt Hausarztpraxen, wo Sozialarbeiter über die Gemeinschaftskosten der Praxis finanziert werden, weil die Ärzte gemerkt haben, dass wenn sich jemand um die soziale Dimension kümmert, sie in dieser Zeit mehr Patienten behandeln können. So stimmt letztlich auch die Rechnung (1; 01:07:28). Es wäre aber wichtig, eher auf Ebene von Gesundheitszentren zu denken, da es immer weniger Hausärzte gibt, und dort Soziale Arbeit voranzutreiben. Dort wäre auch mehr Interprofessionalität möglich, da alle Professionen in einem Gebäude arbeiten, zusammen Pause mache, fachlichen Austausch betreiben etc. (5; 01:08:57). Case Manager bei primär grossen Krankenkassen, die auch daran interessiert sind, eher Prävention zu fördern und so auch die soziale Dimension stärker berücksichtigen. So können für die Krankenkasse Kosten gespart werden (1; 01:11:39). Therapeuten, die in ihren Sitzungen gewisse soziale Problemlagen aus Zeitdruck nicht mehr bearbeiten können oder wollen, bezahlen neu eine von Sozialarbeitern besetzte Beratungsstelle, welche aber vom Therapeuten fi- 	<ul style="list-style-type: none"> Von ärztlicher Seite muss oft ein Austritt forciert werden, auch wenn häusliche Umstände, wie eine unhygienische Wohnung bei Wunden, eine Rückkehr nach Hause noch nicht ermöglichen. Da hört die Betreuung nach Austritt auf, die nachbetreuenden Dienste wie Spitex oder Sozialdienst erledigen auch nur je ihren Teil, aber niemand hat die Hauptverantwortung. Das gefährdet den Heilungserfolg (3; 01:04:57). Lebensnahe Versorgung ist nötig, nicht nur im Spital, welches in der Regel kilometerweit vom Wohnort entfernt ist. Deshalb wäre integrierte Versorgung wichtig, da sie nahe am Lebensraum stattfinden kann (5; 01:09:42). Durch die Bearbeitung der sozialen Dimension können viele Kosten gespart werden. Ein Therapeut kann so lange die psychische Situation oder ein Arzt so lange die medizinische Situation bearbeiten, wenn die soziale Situation zu Hause so unvorteilhaft ist, wird es viel schneller wieder zu Problemen kommen (1; 01:12:43). Spezifische Zielgruppen, wie beispielsweise Demenzbetroffene, können viel professioneller und aus einer Hand betreut werden. So können Betroffene unter Umständen länger zu Hause bleiben, was die Kosten senkt und die Zufriedenheit steigert – auch der Angehörigen, wenn sie unterstützt werden. Die längere Begleitung 	<p>integrierte Versorgung sind als Etiketten zu verstehen. Es muss jeweils genau geschaut werden, was sich dahinter verbirgt (1, 55:46).</p> <ul style="list-style-type: none"> Integrierte Versorgung ist momentan sehr beliebt. Das Problem ist, dass ein gutes Projekt gestartet wird, nach ein paar Jahren verläuft es dann, weil es nicht mehr finanziert wird. Dann kommt ein anderes Projekt. So ist es zerstückelt und nicht integrierend (6; 56:43). Die Finanzierung des Gesundheits- und Sozialwesens muss auf Bundesebene neu gedacht werden. Sonst ist und bleibt es ein Flickwerk an Lösungen, wie beispielsweise beim AUP. Die Kantone wollen jedoch ihr Mitspracherecht nicht abgeben, sie finanzieren ja auch einen grossen Teil der stationären Aufenthalte (3; 59:08). Häufig hängen Projekte, wie beispielsweise die Sozialarbeiter in Hausarztpraxen, vom Engagement der Beteiligten ab und sind nicht feste, personenunabhängige Strukturen. So hat in Basel ein Hausarzt aufgehört, danach war auch kein Sozialarbeiter beim Nachfolger mehr beschäftigt (3; 01:08:00).
---	--	---	---

		<p>lässt auch eine Kontinuität zu, welche dem Behandlungsprozess hilft (6; 01:16:26).</p>	
	<p>nanziert wird. Quasi delegierte Sozialarbeit (2; 01:13:21).</p> <ul style="list-style-type: none">• Kontaktstelle Demenz: Case Management für Personen mit Demenz, mit dem Ziel, sie möglichst lange zu Hause betreuen zu können (6; 01:16:22).		

Anhang 6: Protokolle Fokusgruppe 30.08.2020

SwissDRG

Chancen für die Spitalsozialarbeit seit der Einführung von SwissDRG	Risiken für die Spitalsozialarbeit seit der Ein- führung von SwissDRG	Konkrete Auswirkungen SwissDRG
--	--	--------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> • Es wird immer ganz spezifische Einsatzgebiete geben, in denen die Soziale Arbeit nicht aus den Spitälern wegzudenken ist, wie zum Beispiel im Kinderschutz (Gefährdungsmaßnahmen), Palliative Care oder fürsorgliche Unterbringungen (1; 07:03). • Evtl. müsste man die Bereiche klar herausarbeiten, in denen es wirklich unabdingbar ist, dass Spitalsozialarbeit bzw. ein/e SAR die Arbeit macht und nicht eine andere Berufsgruppe (1; 21:43). • Sobald der Finanzierungsaspekt kommt, braucht es ein/e SAR (1; 22:35). • Lohnen sich die ganzen Bestrebungen, wenn man schaut, wie viel man abrechnen kann, trotz den intensiven Begleitungen mancher Patientengruppen (1; 15:53). Kostenrelevante Abrechnung der Leistungen der Spitalsozialarbeit wäre deshalb interessant, weil die Spitalsozialarbeit mal auf der Einnahme- und nicht nur auf der Ausgabenseite steht (1; 16:27). 	<ul style="list-style-type: none"> • Man spürt den Kosten-/Spardruck im Arbeitsalltag massiv. Ganz konkret auf die Soziale Arbeit bezogen ist es so, dass immer wie weniger Soziale Arbeit gemacht wird. Man macht eine Austrittsplanung, aber da stellt sich die Frage, ob man dafür Soziale Arbeit studiert haben muss (1; 05:45). • Seit dem Arbeitsbeginn der Expertin in der Spitalsozialarbeit im 2013 hat sich die Arbeit zunehmend verschlechtert bzw. verschärft. Dies in Bezug auf die Interessen der Patient/innen. Man ist zunehmend an Fristen der Austritte gebunden. Der Fokus der Spitalsozialarbeit liegt vielmehr auf der Austrittsplanung (1; 2:50). • Die Austrittsplanung kann nicht systemisch gemacht werden. Der Fokus liegt auf der Diagnose und mit dieser Diagnose kann man nach Hause, ohne dass die Ärzteschaft das Umfeld anschaut (1; 03:50). • Multimorbide, hochkomplexe Patient/innen lassen sich nicht mit einer Fallpauschale abgellen. Da braucht es eine umfassende Sozialanamnese, um auf das ganze System Einfluss zu nehmen (1; 14:11). • Es gibt zunehmend Patientengruppen, für die keine Nachsorge gefunden werden können. Es bestehen Versorgungslücken (1; 14:51). • Die Arbeit der Spitalsozialarbeit müsste eine Diagnose sein bzw. kostenrelevant via SwissDRG abgerechnet werden können (1; 15:29). 	<ul style="list-style-type: none"> • Seit SwissDRG eingeführt wurde, wird nur noch über das diskutiert. Das war DIE grosse Zäsur. Aber zum Beispiel im Kanton Bern gab es auch vor SwissDRG Diagnose basierende Fallpauschalen (2; 08:34). • Die Anreize, die SwissDRG für die Leistungserbringer schaffen sollte, hat es schon länger gegeben. Mit SwissDRG wurde es flächendeckender (2; 09:14). • Für Spitäler entsteht ein enormer Druck, die Menge an Patient/innen zu haben. Fallzahlen müssen da sein. Die Aufenthaltsdauer ist rein ökonomisch kein Kriterium mehr (2; 09:38). • Je schneller ein Austritt stattfindet, desto schneller kann der nächste Austritt angestrebt werden, was wiederum Geld einbringt (2; 10:00). • Der grosse Paradigmenwechsel bestand darin, dass keine Defizite mehr abgegolten werden, sondern dass sich der Kanton als Leistungseinkäufer positioniert (2; 10:22). • Das Denken in Mengen ist vorherrschend geworden (2; 10:43). • In einer Organisation entsteht ein enormer Druck. Ärzteschaft, Pflegefachpersonen und auch Sozialarbeitende werden Zudienere für die möglichst schnelle und reibungslose Entlassung (2; 11:15). • Effektiv Geld bringen Operationen ein. Man hat in einem Berner Spital 12 neue Operationssäle gebaut, aber aktuell besteht das Problem, dass zu wenig Betten vorhanden sind für so viele neue Operationen (1; 12:43). • Beim DRG spricht man immer auch gerne vom unternehmerischen Spielraum. Es gibt auch Verfechter der These, dass in einem Betrieb, der sehr gut organisiert ist, eigentlich auch genügend Mittel zur Verfügung stehen sollten für beispielsweise eine gut ausgebaut Soziale Arbeit. Weil man gut aufgestellt ist, weil Abläufe gut organisiert sind, weil man ertragsreiche Sparten hat (2; 16:42). • Das Problem ist: Welches sind die finanziell attraktiven Bereiche? Es kann sein, dass kleinere Spitäler eine Risikoselektion vornehmen zu Lasten der grösseren Spitäler (2; 18:46). • Es hat viel mit der Marktlogik zu tun, die prägend ist. Die Vorstel-
---	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Aufgrund der Ambulantisierung wurde der Spitalsozialarbeit gesagt, dass es nun weniger stationäre Patient/innen gibt, weshalb sie auch weniger zu tun haben werden. Aber Patient/innen, welche ambulante Eingriffe machen lassen, gehören nicht zum Klientel der Spitalsozialarbeit (1; 13:29). • Bei der Patientengruppe, welche die Soziale Arbeit am meisten braucht, hat man keine rückläufigen Fallzahlen gehabt. Auf der Medizin kommt es z.B. aber immer wieder zu leeren Betten, weil man diese sperren muss aufgrund von Viren oder Patienten mit einem Infekt, die man isolieren muss etc. Wenn man rein die Fallzahlen anschaut, gehen solche Gründe auf den ersten Blick schnell vergessen (1; 26:58). 	<p>lung, dass Patient/innen ein Spital aussuchen als rationale Wahl, weil sie denken, dass sie dort eine besonders gute Behandlung erfahren werden. Ein Leistungserbringer positioniert sich als besonders guten, sorgfältigen und qualitätsbewusster Leistungserbringer, dazu zählt auch die Soziale Arbeit. Und die gut informierten Patient/innen wissen das und suchen deshalb das Spital aus, dann stimmen auch die Fallzahlen und es geht ökonomisch auf. Die grosse Streitfrage dahinter ist, ob das Gesundheitswesen als Markt funktioniert. Sind das Angebote, über die man sich informiert und dann in Anspruch nimmt? Gerade die Klientel, welche von der Arbeit der Sozialen Arbeit profitiert, stimmt das so wiederum nicht. Also ist es schwierig, in diesem System argumentieren zu können, dass es die Soziale Arbeit braucht. Man muss aufzeigen können, was der ökonomische Vorteil der SA ist. Oder die Patient/innen müssten das offensiver einfordern von den Leistungserbringern. Das ist entscheidend: Hat man einen guten Ruf, kommen die Patient/innen gerne. Abgesehen davon ist es ja nicht eine rationale Wahl in einer Notfallsituation (2; 24:03).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Patientengruppe, die rückläufig ist, sind die onkologischen Patient/innen. Dabei muss man beachten, dass zwei Belegärzte in einem Berner Spital ihre Praxis aufgegeben haben und noch keine Nachfolger gefunden werden konnten. Auch hier gingen Fallzahlen zurück aufgrund dieser beiden Zubringer, die fehlten. Solche Parameter sind nicht beeinflussbar (1; 28:46).
--	---	--

Integrierte Versorgung

Rolle der Sozialen Arbeit in der integrierten Versorgung	Risiken für die Soziale Arbeit	«Hausaufgaben» für die Soziale Arbeit, will sie sich in der integrierten Versorgung positionieren	Probleme bei der Umsetzung integrierter Versorgung
<ul style="list-style-type: none"> Das soziale System hat einen ganz wichtigen Einfluss auf die geeignete Anschlusslösung/Versorgung. Und der Einbezug dieser Überlegungen ist sicher Aufgabe der Sozialen Arbeit (1; 32:16). Die Soziale Arbeit ist prädestiniert für Case Management. Die Fallsteuerung kann sinnvollerweise Sozialarbeitenden zugeteilt werden im Sinne einer Koordinationsfunktion (1; 32:52). Die Lotsenfunktion ist im Gesundheitswesen extrem wichtig und könnte viele Leerläufe und Probleme für Patientinnen und Patienten ersparen. Es würde sicherlich auch ökonomisch Sinn machen. Das wäre absolut denkbar als Aufgabe der Sozialen Arbeit (2; 33:51). Es ist absolut unbestritten, dass soziale Probleme einen Einfluss auf die Gesundheit haben können, insbesondere dann, wenn sie länger anhalten. Und umgekehrt ist unbestritten, dass langwierige Krankheiten die soziale Dimension beeinflussen. Folgen sind wirtschaftliche Probleme, fehlende soziale Teilhabe etc. Klassische Gebiete, die die So- 	<ul style="list-style-type: none"> Auch von anderen Gesundheitsberufen, insbesondere der Pflege, sind Bestrebungen (z.B. Advanced Practice Nurse) erkennbar, eine Rolle als Lotsen durch das Gesundheitssystem wahrzunehmen – was auch gut denkbar wäre (2; 34:26). Ohne politische Aktivität und Öffentlichkeitsarbeit fehlen die Anreize, dass sich die Versorgung von selbst in die Richtung entwickelt, die für Beteiligte, insbesondere auch für die Soziale Arbeit, als richtig angesehen wird (2, 40:13). Wirkungsnachweise sind für die Soziale Arbeit schwierig. Ein Fall mit Beratung kann kaum einem Fall ohne Beratung gegenübergestellt werden, da es sich immer um Einzelfälle handelt, wo so viele Faktoren vorkommen, dass ein Vergleich wenig aussagekräftig ist. Und vielleicht sollte man, ganz keizerisch gesagt, einfach mal einen ganzen Monat unbezahlten Urlaub nehmen, damit sichtbar wird, wie es ohne die Soziale Arbeit funktioniert. Soziale Arbeit wird erst sichtbar bzw. vermisst, wenn sie nicht mehr da ist. Allerdings lässt sich das natürlich kaum durchführen 	<ul style="list-style-type: none"> Es muss wieder auf die politische Agenda, dass Soziale Arbeit als Gesundheitsberuf anerkannt wird. Da wurde etwas verpasst vor ein paar Jahren. Das wäre ein erster Schritt (1; 35:39). Die fehlende Sichtbarkeit von Themen, wie beispielsweise die zentrale Bedeutung von Betreuung in der Langzeitpflege, kann nur durch Lobbying und politische Arbeit erfolgen. Es fehlt diesen Themen an Sichtbarkeit auf dem politischen Parkett. Deshalb ist die Öffentlichkeitsarbeit und das politische Lobbying ein ganz wichtiger Punkt (2; 39:38). Es braucht eine gute Analyse von entstehenden Kosten, wenn nicht integrierend versorgt wird. Also ein Wirkungsnachweis – auch davon, wer profitiert, wenn wirklich eine funktionierende integrierte Versorgung vorhanden ist (2; 51:21). Wenn Hausärzte merken, dass es zu Hause nicht mehr geht, senden sie ihre Patienten auf den Notfall. Das kommt teurer als ein Sozialarbeiter, der in der Praxis arbeitet und solche Fälle übernimmt. Wenn die Soziale 	<ul style="list-style-type: none"> Es gibt einen Gap zwischen dem Wissen um soziale Determinanten von Gesundheit und der Art und Weise, wie das Gesundheits- und Sozialwesen in den Institutionen funktioniert. Die sozialen Determinanten sind in der Praxis nicht abgebildet beziehungsweise nicht sichtbar. Zum Beispiel in der Langzeitpflege, wo Betreuung ein sehr wichtiger Teil ist, aber nirgends abgebildet ist (2; 38:27). Die Akutspitäler sehen sich für die sozialen Probleme nicht zuständig. Das hört man oft von der Spitalleitung. Man will die Verantwortung abgeben indem man sagt, man sei Gesundheitsdienstleister und nicht für das Soziale zuständig. Dafür gebe es ja schliesslich Sozialdienste. An diese wird dann die Erwartung gestellt, dass sie in das Spital kommen und die weitere Versorgung planen, was natürlich nicht möglich ist (1; 40:50). Die Leistungsabrechnung für die soziale Dimension der Krankheit ist schwierig. Sozialdienste sind nur zuständig, wenn die sozialen rechtlichen Bedingungen erfüllt sind. Da müssten Patienten einen Sozialhilfeantrag stellen,

<p>ziale Arbeit betreffen (1; 36:23).</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Soziale Arbeit im Spital könnte das Case Management für die Praxen der Belegärzte eines Spitals ambulant anbieten. Ein Hausarzt, der Belegarzt in einem Spital ist, wird die Patienten oft wegen sozialer Dekompensation einweisen. Ein solches ambulantes Beratungsangebot könnte dem entgegenwirken (1; 55:47). Politisches Lobbying und Öffentlichkeitsarbeit müssen erfolgen und Aufgabe der Sozialen Arbeit sein (während des Gesprächs immer wieder Thema, z.B. 2; 40:13 oder 01:10:07). Es wird immer Patientengruppen geben, wie zum Beispiel beim Kinderschutz und bei Gefährdungsmeldungen, wo zwingend Sozialarbeitende da sein müssen – sonst wäre es sträflich (1; 01:07:31). 	<p>(1; 51:50).</p> <ul style="list-style-type: none"> Bei Sozialarbeitenden in Hausarztpraxen müssen die Hausärzte bereit sein, die Kosten zu übernehmen. Sie sind nicht anders finanzierbar. In Anbetracht des Lohnes, sind dann wenige dazu bereit (1; 53:57). Solange Ökonomen in den Spitalleitungen sitzen, werden Leistungen, die erbracht werden sollen, aber nicht zwingend müssen, gestrichen, da so letztlich gespart werden kann. Die Bearbeitung der sozialen Dimension gehört dazu (1; 59:34). Es besteht allgemein die Frage nach der Akzeptanz der Sozialen Arbeit. Es wird oft die Frage gestellt: Kann eine andere Berufsgruppe die Aufgaben übernehmen? Beispielsweise ein Hausarzt hat oft bereits eine Art Case Management Funktion (1; 01:03:32). Interdisziplinarität versus klare Abgrenzung zu andere Berufsgruppen. Die Pflegeprofession ist beispielsweise wahnsinnig aktiv mit ihren Bestrebungen. Sie integrieren immer mehr auch die sozialen Determinanten in ihre Abklärungen, schenken ihnen mehr Beachtung. Das ist zwar begrüssenswert, aber sie übernehmen damit Aufgaben, die früher klar der Sozialen Arbeit zugeordnet wurden (2; 01:05:25). 	<p>Arbeit dies öffentlich und in Form von Lobbying bei den Krankenkassen bekannt machen würde, so könnte es für die Krankenkassen interessant sein, die Finanzierung von Sozialarbeitenden in Praxen zu prüfen (1; 54:58).</p> <ul style="list-style-type: none"> Leistungserbringer in die Pflicht nehmen. Eigentlich sind in den Fallpauschalen, die ja auch demografische Faktoren beinhalten, die Finanzierung von Leistungen wie die Spitalsozialarbeit vorgesehen – eigentlich die umfassende Finanzierung von allen Leistungen, die bei einer Diagnose nötig sind. Da müssen die Leistungserbringer wieder mehr in die Pflicht genommen werden (2; 57:41). Die Soziale Arbeit muss sich auch im Organigramm gut positionieren. Negative Effekte, wie beispielsweise bei einer Unterstellung unter den Pflegedienst, wären vielleicht anders oder würden wegfallen, wenn der Spitalsozialdienst eine Stabstelle oder viel enger mit dem Controlling verwoben wäre (1; 01:00:21). Es gibt die Pro Senectute, die Krebsliga, die Pro Infirmis, man hat Sozialarbeitende in den Alters- und Pflegeheimen. Vielleicht müsste man auch sie in die Pflicht nehmen und die Zusammenarbeit dort durch mehr Transparenz fördern (1; 	<p>weicher für sie häufig zu aufwändig ist (1; 45:35).</p> <ul style="list-style-type: none"> Für eine gelingende integrierte Versorgung müssen die dahinterstehenden Leistungen abgerechnet werden können. Dabei können sie entweder in den bestehenden Strukturen des Gesundheitswesens finanziert werden, wobei die Leistungserbringer wahrscheinlich eine relativ grosse Autonomie beim Einsatz der Mittel hätten. Oder aber die öffentliche Hand muss ihren Beitrag dazu leisten – insbesondere bei den Themen, die im bestehenden System schlecht abgebildet sind, wie z.B. die Betreuung oder die Lotsenfunktion der Sozialen Arbeit. Ohne substantielles Engagement der öffentlichen Hand wird es wohl nicht funktionieren (2; 48:16). Es kommt zu künstlichen Mengenausweitungen von Behandlungen im Spital, da Hausärzte ihre Patienten für die Sozialplanung ins Spital verlegen. Ein HWI oder eine ähnliche Diagnose kann dann immer gefunden werden (1; 56:38). Solange Ökonomen in den Spitalleitungen sitzen, werden Leistungen, die erbracht werden sollen, aber nicht zwingend müssen, gestrichen, da so letztlich gespart werden kann. Die Bearbeitung der sozialen Dimension gehört dazu (1; 59:34).
--	--	---	--

	<p>01:04:14).</p> <ul style="list-style-type: none"> In der Wirksamkeitsforschung hat auch die Soziale Arbeit grosse Fortschritte gemacht (z.B. die SROI-Analyse). Effekte können mit Frankenbeiträgen beziffert werden. Solche Analysen müssen durchgeführt und damit Öffentlichkeitsarbeit und Lobbying betrieben werden (2; 01:09:24). Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit macht bis zu einem Viertel der Erwerbstätigen in der Sozialen Arbeit aus. Dennoch wird es im Studium häufig zu wenig thematisiert. Da besteht noch ein Potenzial (12; 01:13:00). 	<ul style="list-style-type: none"> Lobbying fällt vielen sozialen Berufen schwer. Es wird als etwas Unreines, Schmutziges gesehen (2; 01:10:41). Die Soziale Arbeit verkauft sich schlecht. Bei der Pflege oder beim Arzt wissen alle, welche Wissensbestände sie in etwa haben. Bei einem Sozialarbeiter ist das den meisten Laien völlig unklar. Auch anderen Berufsgruppen ist nicht bewusst, was beispielsweise die Inhalte des Studiums sind. Es geht um Kompetenzerwartungen (1; 01:11:19). 	
--	---	---	--

Anhang 7: Kontaktbrief Onlineumfrage

An die Leitungspersonen der Spitalsozialdienste Deutschschweizer Akutspitäler

Bern, 11. August 2019

Chancen und Risiken für die Spitalsozialarbeit im Rahmen wichtiger gesundheitspolitischer Entwicklungen: SwissDRG und integrierte Versorgung

Sehr geehrte Damen und Herren

Im Rahmen des Kooperations-Masters in Sozialer Arbeit der Fachhochschulen Bern, Luzern, St. Gallen und Zürich verfassen Corinne Stettler und Nicolas Netzer eine Masterthesis mit einer quantitativ-empirischen Erhebung. Zweck der Erhebung ist die Untersuchung von Chancen und Risiken für die Spitalsozialarbeit im Rahmen von zwei wichtigen gesundheitspolitischen Entwicklungen – namentlich SwissDRG und integrierte Versorgung.

Thema

Aufgrund Ihrer Erfahrung als Leitungsperson in der Spitalsozialarbeit können Sie uns im Rahmen einer Fragebogenerhebung qualifiziert darüber Auskunft geben, welche Chancen und Risiken Ihrer Meinung nach für die Spitalsozialarbeit in Bezug auf diese Entwicklungen bestehen. Dabei sind sowohl professionspolitische als auch fachliche Argumente von Interesse. Diese Fragebogenerhebung findet gemäss aufgestelltem Zeitplan Ende September 2019 online statt, via Link, den Sie per E-Mail erhalten werden. Ihre Teilnahme wird etwa 30-40 Minuten in Anspruch nehmen. Es ist nicht zu erwarten, dass Sie selbst aus Ihrer Teilnahme an dieser schriftlichen Befragung einen unmittelbaren Nutzen ziehen. Die Erhebung wird jedoch mit Unterstützung des Fachverbands Soziale Arbeit im Gesundheitswesen sages durchgeführt. Die Ergebnisse der Studie werden somit dem Fachverband für die Planung von allfälligen Massnahmen zur Kenntnis gebracht.

Recht auf Rückzug

Die Teilnahme an dieser Fragebogenerhebung birgt keine Risiken für Sie. Sollten Sie sich jedoch durch die Beantwortung der Fragen in irgendeiner Form unwohl oder belastet fühlen, kontaktieren Sie uns bitte umgehend. Sie können jederzeit auch ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahmebereitschaft widerrufen und die schriftliche Befragung abbrechen ohne, dass dadurch irgendwelche Nachteile für Sie entstehen. Auch nach Abschluss der Erhebung haben Sie das Recht, Ihre Daten bei den Studierenden (Kontaktaten siehe Ende Informationsblatt) in mündlicher oder schriftlicher Form zurückzuziehen, so dass diese gelöscht werden. Dies ist jedoch nicht mehr möglich, sobald Ihre Daten ausgewertet wurden.

Datenschutz

Es handelt sich hierbei um eine schriftliche Befragung. Die erhobenen Daten lassen keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person zu. Die gesammelten Daten stehen nur den Studierenden und ihrer Fachbegleitung, Herr Prof. Dr. Dieter Haller, zur Verfügung. Die Weitergabe der Daten erfolgt ausschliesslich zu wissenschaftlichen Zwecken und Sie werden ausnahmslos nicht na-

mentlich darin genannt. Auch in etwaigen Veröffentlichungen der Daten und Ergebnisse dieser Erhebung werden Sie nicht namentlich erwähnt.

Für Fragen stehen wir Ihnen zur Verfügung. Die Kontaktdaten finden Sie am Ende dieses Informationsblattes.

Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie an dieser Erhebung teilnehmen! Wir bitten um eine kurze Rückmeldung an eine der untenstehenden E-Mail-Adressen, ob Sie an der Erhebung teilnehmen möchten oder nicht und damit wir Ihre Kontaktangaben haben.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und freundliche Grüsse

Corinne Stettler

corinne.stettler@students.bfh.ch
Tel. 079 766 69 44

Nicolas Netzer

nicolas.netzer@students.bfh.ch
Tel. 079 784 55 27

Anhang 8: Operationalisierung Onlineumfrage

Anhang 8.1: Allgemeine Überlegungen zur Fragebogenkonstruktion

Gemäss Raithel (2008) müssen bei der Fragebogenkonstruktion drei Elemente beachtet werden: Die Formen und Struktur der Fragen, die Formulierung der Fragen und der Aufbau des Erhebungsinstrumentes (S. 67).

Bei der *Form und Struktur der Fragen* ist insbesondere die Unterscheidung zwischen offenen, halb-offenen und geschlossenen Fragen wichtig. Offene Fragen haben gerade in quantitativen Erhebungen schwerwiegende Nachteile: Bei offenen Fragen müssen die Befragten ihre Antwort jeweils selbst formulieren. Das benötigt eine erhöhte Denkleistung. Gemäss Atteslander (2003) erfordern offene Fragen von den Befragten, dass sie sich an etwas erinnern, während geschlossene ein reines Erkennen erfordern (S. 167 ff.). Die erhöhte Schwierigkeit in der Beantwortung offener Fragen führt zu Antwortverweigerungen. Im Weiteren ist die Auswertung offener Fragen deutlich aufwändiger, da keine einheitlichen Formulierungen gewählt werden (Raithel, 2008, S. 68). Die Ausarbeitung der offenen Fragen erfordert somit eine inhaltsanalytische Auswertung. Geschlossene Fragen sind im Gegensatz zu den offenen Fragen der meistgewählte Modus Operandi in der quantitativen Forschung. Die Vergleichbarkeit der Antworten, die leichtere Beantwortbarkeit der Fragen mit der damit verbundenen höheren Ausfüllwahrscheinlichkeit und der geringere Aufwand bei der Auswertung sind einige Gründe, weshalb geschlossene Fragen bevorzugt werden (S. 68). Der Nachteil geschlossener Fragen ist jedoch, dass die Befragten nur Antworten im Rahmen der Antwortkategorien geben können. Sind die Antwortkategorien nicht vollständig oder sind sie schlecht gewählt, sind die Ergebnisse wenig aussagekräftig. Gerade bei Fragen, bei denen die weitgehende Abdeckung der Antwortmöglichkeiten durch die Antwortkategorien angezweifelt werden könnte, wird deshalb die Hybridform halb-offen gewählt: Zum Beispiel in der Form einer Antwortkategorie «Sonstiges» können die Befragten nebst den Antwortkategorien ihre eigene Antwortformulierung angeben. Für die vorliegende Arbeit wurden geschlossene Fragen gewählt, mit einigen halb-offenen Fragen, wenn ein weiterer explorativer Erkenntnisgewinn erhofft wurde. Mehr dazu nachfolgend in den einzelnen thematischen Blöcken. Da in der Erhebung keine Filter- oder Trichterfragen verwendet werden, wird hier auf die nähere Beschreibung deren Funktion verzichtet. Es soll an dieser Stelle nur kurz erwähnt werden, weshalb sie für die vorliegende Erhebung nicht von Belang sind: Filterfragen sind nicht nötig, da alle Befragten alle Fragen beantworten sollen. Trichterfragen sind nicht nötig, da es kein speziell heikles Thema gibt, auf welches mit leichteren, allgemeinen Fragen hingeführt werden soll (Raithel, 2008, S. 72).

Weiter gibt es zahlreiche Überlegungen, welche die *Formulierung der Antwortkategorien* bestimmen. Die geläufigsten Formen der Antwortkategorien sind Ratingskalen (Raitzel, 2008, S. 68). Bei Ratingskalen sind verschiedene Überlegungen zu folgenden Themen nötig:

- Sollen alle Antwortmöglichkeiten verbalisiert oder nur numerisch Angaben ermöglicht werden? Falls verbalisiert: alle Kategorien oder nur die Endpunkte?
- Anzahl der Antwortkategorien: Soll eine gerade oder ungerade Anzahl gewählt werden? Reichen fünf Kategorien aus oder sollen doch lieber 10 formuliert werden?
- Soll eine Weiss-nicht-Kategorie angeboten werden oder nicht?
- Sollen die Antwortmöglichkeiten unipolar oder doch bipolar sein?

Diese Fragen wurden wissenschaftlich untersucht. Menold & Bogner (2015) vom Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften haben die wissenschaftlichen Erkenntnisse zu den verschiedenen Formen von Ratingskalen zusammengetragen und geben entsprechende Empfehlungen ab (S. 1 ff.). Die vorliegende Arbeit folgt diesen Empfehlungen.

Anzahl der Antwortkategorien: Während zu wenig Kategorien ungenügend differenzieren, erschweren zu viele Antwortkategorien das Verständnis der einzelnen Antwortoptionen bei den Befragten (S. 2). Als allgemeine Regel werden fünf bis sieben Kategorien empfohlen. Die vorliegende Arbeit enthält bei Ratingskalen jeweils fünf Antwortkategorien.

Kategorienlabels: Zur Erhöhung der Reliabilität und Validität werden klar vollverbalisierte Skalen empfohlen. D.h., dass jede Antwortkategorie benannt und nicht nur mit einer Nummer versehen wird. Damit sind jedoch auch einige Anforderungen verbunden: «Erstens sollten sie präzise sein. Zweitens sollten die Ratingskalen ausbalanciert sein. Ausbalancierte Ratingskalen sind symmetrisch bzw. haben die gleiche Anzahl positiver und negativer Kategorien. Drittens sollten sie allgemein verständlich oder universell sein und viertens sollten die Abstände zwischen den Kategorien in einer Ratingskala gleich (äquidistant) sein» (Menold & Bogner, 2015, S. 3).

Skalenpolarität: Bipolare Skalen umfassen Antwortmöglichkeiten, die sowohl negativ als auch positiv sind, wie zum Beispiel das Gegensatzpaar schlecht-gut. Unipolare Skalen hingegen sind auf eine Richtung ausgerichtet, wie zum Beispiel kaum-sehr. Gemäss Menold & Bogner (2015) gibt es zur Formulierung einer Empfehlung aber noch zu wenig eindeutige Forschungsergebnisse (S. 4). Für die vorliegende Erhebung wurden bipolare Skalen gewählt, damit die Befragten sowohl negative als auch positive Antworten zu den Teilfragen geben können.

Skalenmitte: Der Begriff Skalenmitte dreht sich um die Frage, ob eine mittlere Antwortkategorie angeboten werden soll – also eine gerade oder ungerade Anzahl von Antwortkategorien. Beide Möglichkeiten haben Vor- und Nachteile, so dass diese Frage kontrovers diskutiert wird. Das Anbieten einer Mittelkategorie kann zur Folge haben, dass ermüdete Befragte die Mittelkategorie wählen, ohne dass sie wirklich die entsprechende Einstellung haben. Ausserdem besteht besonders bei bipolaren Skalen die Schwierigkeit der Interpretation: Ist mit der Wahl der Mittelkategorie Indifferenz oder Ambivalenz gemeint? Zusätzlich kann es sein, dass Personen, die keine Einstellung zum Thema haben, die Mittelkategorie wählen anstelle einer Weiss-nicht-Kategorie. Trotzdem wird von vielen Forschenden empfohlen, eine Mittelkategorie einzufügen, da sonst der Zwang zu einer künstlichen Entscheidung bei fehlender Mittelkategorie (insbesondere bei bipolaren Skalen) zu einer systematischen Verzerrung der Ergebnisse führt (2015, S. 6). Um diese systematische Verzerrung zu verhindern, wird in der vorliegenden Erhebung eine Mittelkategorie angeboten.

Weiss-nicht-Kategorie: Während sich Menold & Bogner zu diesem Thema nicht eindeutig äussern, vertritt Raithel (2008) hier eine klare Position: «Die Verwendung einer «weiss-nicht»-Kategorie wird als notwendig erachtet, da ein entsprechendes Fehlen zur Abgabe einer «substantiellen» Antwort zwingt. [...] Bei einer «erzwungenen» inhaltlichen Antwort [...] ist davon auszugehen, dass die Beantwortungen eher zufällig erfolgen» (S. 74-75). Entsprechend wird den Befragten hier eine Weiss-nicht-Kategorie angeboten.

Die **Formulierung der Fragen** richtet sich nach klaren Kriterien. Raithel (2008) schreibt dazu: «Eine Frage sollte kurz, einfach, präzise, direkt und eindimensional formuliert sein» (S. 73). Fragen sollen insbesondere nicht mehrere Bedeutungen haben – sich also nur auf einen Sachverhalt beziehen, nicht suggestiv sein – also keine «richtige» Antwort andeuten, nicht hypothetisch formuliert und nicht überfordernd sein. Insbesondere der letzte Aspekt der Überforderung setzt voraus, dass die Erhebung an den Kompetenzen und am Wissen der Befragten angepasst ist. Dies ist ein weiterer Grund, weshalb für die Erhebung die Leitungspersonen der Spitalsozialdienste gewählt wurden, da sie sich am ehesten mit den formulierten Fragestellungen beschäftigen (vgl. Kapitel 11.2). Die Prüfung, ob die Fragen verständlich, eindimensional, präzise, direkt formuliert wurden, erfolgt in mehreren Schritten: Die Forschenden selbst überprüfen die Frageformulierung, im zweiten Schritt erfolgt die Beurteilung (in der vorliegenden Arbeit) durch die Fachbegleitung der Arbeit und letztlich werden auch im Rahmen des Pretests Rückmeldungen zur Frageformulierung (und -platzierung) erbeten (vgl. Kapitel 11.4).

Der **Aufbau des Fragebogens** ist, wie bereits erwähnt, in Form von thematischen Blöcken unterteilt. Die Anordnung der thematischen Blöcke richtet sich nach folgenden Regeln:

- **Zu Beginn werden Einleitungs- und Eröffnungsfragen formuliert:** Sie sollten leicht zu beantworten sein. Normalerweise werden soziodemographische Fragen eher an das Ende der Erhebung gesetzt (Raithel, 2008, S. 74). In vorliegendem Fall wurde jedoch entschieden, sie zu Beginn zu platzieren. So soll ein leichter Einstieg ermöglicht werden. Die restlichen Fragen sind schwieriger zu beantworten. Da der Fragebogen bereits eher lang ist, wurde auf das Anbringen von zusätzlichen, leichten Einstiegsfragen verzichtet.
- **Die Anordnung der Themenblöcke sollte die Spannungskurve erhalten:** Die Aufmerksamkeit der Befragten nimmt mit der Dauer der Befragung zunehmend ab. Aus diesem Grund sollten die spannenden Fragen eher im zweiten Drittel der Arbeit platziert werden, damit die Spannungskurve erhalten bleibt (S. 75). Diese Überlegung bietet für die vorliegende Erhebung wenig Handlungsoptionen, da – wie weiter unten noch ausgeführt wird – vielmehr die thematisch sinnvolle Abfolge der Themenblöcke die Anordnung bestimmt.
- **Die Anordnung der Themenblöcke sollte auch hinsichtlich Platzierungs- oder Ausstrahlungseffekt überdacht werden:** In einem Themenblock wird nach dem Verständnis integrierter Versorgung gefragt, wobei Beispiele aufgeführt werden, denen ein sehr weitläufiges, flächendeckendes Bild von integrierter Versorgung zugrunde liegt. Im nächsten Themenblock wird nach den möglichen Rollen für die Soziale Arbeit in der integrierten Versorgung gefragt. Ein Ausstrahlungseffekt könnte hier vorliegen: Die weitfassenden Beispiele des vorangehenden Themenblocks könnten das Antwortverhalten bei der Frage nach der Rolle beeinflussen, so dass mehr Rollen der Sozialen Arbeit zugeschrieben werden. Da jedoch auch die umgekehrte Anordnung einen Ausstrahlungseffekt haben könnte, wird eher nach Kriterien der thematisch sinnvollen Anordnung platziert.
- **Zwischen den Themenblöcken sollten Überleitungsformulierungen eine Einleitung in den neuen Themenblock ermöglichen:** Die Überleitungsformulierungen sollten möglichst kurz, dabei aber klar und präzise sein. Damit sollen Ermüdungseffekte bei den Befragten verhindert und die Spannungskurve erhalten werden.

Der entscheidende Faktor für die vorliegende Erhebung ist die sinnvolle thematische Ordnung: Die integrierte Versorgung als gesundheitspolitische Massnahme wird implementiert, um (unter Anderem) den Auswirkungen der Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich entgegenzuwirken. Diese Verlagerung ist eine Folge der Einführung von SwissDRG (vgl. Kapitel 4). Somit ist SwissDRG zeitlich der integrierten Versorgung vorgela-

gert. Dies wird auch in der Erhebung so aufgeführt. Im ersten Schritt wird die aktuelle Rolle der Spitalsozialarbeit unter SwissDRG erfragt (Status Quo), danach die Veränderungen, die seit Einführung von SwissDRG im Arbeitsalltag feststellbar sind (Entwicklung). Im Anschluss wird mittels thematischer Überleitung die integrierte Versorgung als eine Reaktion auf die Folgen von SwissDRG eingeführt. Zuerst wird mit verschiedenen Beispielen nach dem Verständnis integrierter Versorgung gefragt (Definition integrierter Versorgung), bevor auf die Rolle der Sozialen Arbeit in der integrierten Versorgung eingegangen wird. Damit eruiert werden kann, welche Rolle die Soziale Arbeit wirklich einnehmen kann, ist aber auch der abschliessende Themenblock zu Chancen, Risiken, Stärken und Schwächen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen nötig. Eine andere Art der Anordnung wäre nicht sinnvoll gewesen, da die thematischen Überleitungen nicht im selben kleinen Umfang möglich gewesen wären. Die Folge wäre lange thematische Herleitungen, die die Befragten ermüden oder gar verwirren.

Anhang 8.2: Demographische Daten

Im ersten Block wird nach demographischen Daten gefragt. Die demographischen Daten sollen dazu dienen, dass im Sinne eines Ex-post-facto-Designs bei der Datenauswertung Gruppen gebildet und anschliessend verglichen werden können. Konkret werden folgende Angaben erfragt:

- Alter der Teilnehmenden
- Anzahl Jahre Berufserfahrung auf dem Spitalsozialdienst
- Anzahl Jahre Leitungserfahrung auf dem Spitalsozialdienst
- Art der beruflichen Ausbildung

Die ersten drei Angaben erfolgen im Zahlenformat. Für die letzte Angabe wurden verschiedene Möglichkeiten zur Auswahl angeboten:

- Soziale Arbeit (Diplom/BSc/BA)
- Soziale Arbeit (MSc/MA)
- Soziale Arbeit und Zusatzausbildung
- Pflegeausbildung (Diplom/BSc/BA)
- Pflegeausbildung (MSc/MA)
- Pflege- und Zusatzausbildung
- Sonstiges

Im Feld zu «Sonstiges» können die Befragten auch Angaben zu ihrer jeweiligen Zusatzausbildung angeben. Diese Frage wird aus mehreren Gründen gestellt: Die Spitalsozialdienste sind nicht nur durch Sozialarbeitende besetzt, sondern oft durch Pflegenden. Es interessiert

einerseits, wie das Verhältnis zwischen Pflegenden und Sozialarbeitenden in den Leitungspositionen der Spitalsozialdienste gestaltet ist, andererseits soll auch untersucht werden, ob sich das Antwortverhalten je nach beruflichem Hintergrund ändert. Gemäss Menzel (2008) werden in der beruflichen Sozialisation «[...] Kenntnisse, Fähigkeiten, Motive, Orientierungen und Deutungsmuster integriert, die dann Anwendung in der Arbeitstätigkeit finden» (S. 4). Unterschiedliche berufliche Sozialisationswege führen zu unterschiedlichen Deutungsmustern, weshalb davon auszugehen ist, dass sich die Antworten je nach Ausbildung unterscheiden.

Anhang 8.3: Aktuelle Rolle der Spitalsozialarbeit unter SwissDRG

Wie in der Herleitung der Fragestellung festgehalten wurde (vgl. Kapitel 1.2), hängt mit der Position oder der Rolle immer eine Anzahl Funktionen zusammen. Diese Funktionen können im Umfeld einer Organisation als Aufgabengebiete definiert werden. Um letztlich eine Position und die damit verbundenen Funktionen erhalten zu können, ist es aus professionspolitischer Sicht wichtig, dass aufgezeigt werden kann, dass gerade die Soziale Arbeit für die bereits bestehenden Aufgabengebiete unverzichtbar ist. So ist es denn auch eine Forderung, welche in der Fokusgruppe erwähnt wurde, dass die Aufgabengebiete eruiert werden, in denen die Soziale Arbeit zwingend involviert sein muss. In der ersten Fragestellung wird somit nach der Notwendigkeit gefragt, dass bestimmte Aufgaben durch Sozialarbeitende durchgeführt werden. Die genaue Frageformulierung lautet:

- *«Wie beurteilen Sie die Notwendigkeit, dass folgende Aufgaben durch Sozialarbeitende durchgeführt werden?»*

Für die Bestimmung der Aufgabengebiete wurden die CHOP-Codes für die Spitalsozialarbeit im Rahmen von SwissDRG verwendet. Die CHOP-Codes sind die Codes, nach denen die Behandlungen im Schweizer Gesundheitswesen erfasst werden (Bundesamt für Statistik BfS, 2019, S. 1). Für die Spitalsozialarbeit sind folgende fünf Codes vorgesehen (S. 352):

- Sozialrechtliche Beratung
- Psychosoziale Beratung des Patienten
- Psychosoziale Beratung des Patientensystems
- Einleitung behördlicher Massnahmen
- Nachsorgeorganisation

Diese fünf Codes wurden als Grundlage verwendet, umformuliert und ergänzt. Die Ergänzung ergibt sich aus den Angaben der Fokusgruppenteilnehmenden, welche Aufgabengebiete erwähnt haben, die nicht eindeutig einer dieser fünf Kategorien zugeordnet werden kön-

nen oder deren Kategorienbezeichnung zu wenig konkret ist. Letztlich wird nach der Notwendigkeit der Übernahme folgender Aufgaben durch Sozialarbeitende gefragt:

- *Psychosoziale Begleitung in Krisensituationen*: Dies fasst sowohl die Beratung der Patientinnen und Patienten, als auch diejenige ihres Systems zusammen.
- Ressourcenallokation (insbesondere familiäres Umfeld): In Form einer von den Fokusgruppenteilnehmenden geforderten, ausführliche Sozialanamnese sollen die Ressourcen der Patientinnen und Patienten im Rahmen ihres Systems erfasst werden.
- *Erschliessung (sozial-)rechtlicher Ansprüche*: Es geht gemäss den Fokusgruppenteilnehmenden nicht bloss um Beratung bezüglich sozialrechtlicher Ansprüche, sondern auch um deren Erschliessung.
- *Nachsorgeorganisation*.
- *Vernetzung mit externen Beratungsstellen*: Gerade im Rahmen der verkürzten Aufenthaltsdauer in den Spitälern können oft nebst einer ersten unmittelbaren Nachsorgeplanung keine weiteren, wichtigen und unterstützenden Schritte eingeleitet werden. Deshalb ist die Vernetzung mit externen Beratungsstellen für die weitere Unterstützung nach Austritt sehr wichtig geworden.
- *Einleiten behördlicher Massnahmen* (z.B. Kindes- und Erwachsenenschutz).

Die Befragten sollen nun hinsichtlich dieser Aufgabenbereiche beurteilen, wie notwendig es ist, dass sie durch Sozialarbeitende bearbeitet werden. Für die Einschätzung wird den Befragten eine Likert-Skala angeboten. Es handelt sich um eine bipolare, fünfstufige, vollverbalisierte Skala mit folgenden Ausprägungen: zwingend, von Vorteil, unerheblich, unvorteilhaft, kontraproduktiv (und eine Weiss-nicht-Kategorie).

Wie bereits im Theorieteil (vgl. Kapitel 2.7.2) und in den Ergebnissen der qualitativen Erhebung festgehalten wird (vgl. Kapitel 10.4.1 sowie Kapitel 10.4.2), ist die Spitalsozialarbeit im Wesentlichen nebst ihren Aufgaben durch das interprofessionelle Setting, in dem sie agiert, bestimmt. Die Einbringung der Spitalsozialarbeit in den interprofessionellen, fachlichen Diskurs wird demnach als eine zentrale Herausforderung in der Fokusgruppe diskutiert. Wenn denn nun der fachliche Diskurs und das interprofessionelle Setting so wichtig sind, stellt sich bei der Bestimmung des Status Quo der Spitalsozialarbeit die Frage, mit welchen Professionen oder Berufsgruppen die Zusammenarbeit als besonders wichtig erachtet wird und im zweiten Schritt, wie gut diese Zusammenarbeit funktioniert. Entsprechend werden folgende Fragestellungen formuliert:

- «Als wie wichtig erachten Sie die Zusammenarbeit von Sozialarbeitenden mit folgenden Berufsgruppen im Spital?»
- «Wie gut funktioniert die Zusammenarbeit mit folgenden Berufsgruppen?»

Die Auswahl der Berufsgruppen erfolgt anhand einer Stellungnahme des Bundesamts für Gesundheit: «Die Gesundheitsberufe sind zusammen mit den Medizinal- und Psychologieberufen ein wichtiger Bestandteil des Gesundheitssystems» (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2020, S. 1). Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen, sowie die im Spital am häufigsten vertretenen Gesundheitsberufe werden aufgeführt. Die Gesundheitsberufe Optometrie und Osteopathie werden weggelassen, da sie im akutstationären Setting kaum anzutreffen sind. Als Ergänzung wird jedoch die Berufsgruppe Medizinische Codierung hinzugefügt. In der Fokusgruppe wurde gefordert, dass die Zusammenarbeit mit der Medizinischen Codierung gefördert wird. Die Medizinische Codierung ist für die Abrechnung der Leistungen verantwortlich. Da, wie im Ergebnis der qualitativen Erhebung festgehalten wird (vgl. Kapitel 10.4.1), die Finanzierung beziehungsweise die Tarifstrukturen als wichtigste Rahmenbedingungen der Spitalsozialarbeit wahrgenommen werden, scheint eine Beschäftigung mit der Berufsgruppe, die sich am eingehendsten mit der Tarifstruktur auseinandersetzt, durchaus sinnvoll. Die volle Liste der Berufsgruppen, die den Befragten für die Beantwortung der Fragestellungen anboten wird, ist somit Folgende:

- Ärztinnen und Ärzte
- Pflegende
- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Ernährungsberatung
- Psychologinnen und Psychologen
- Seelsorge
- Medizinische Codierung

Als Antwortmöglichkeiten werden wiederum bipolare, fünfstufige, vollverbalisierte Skalen mit Weiss-nicht-Kategorie angeboten. Die Ausprägungen sind:

- Bei der Frage «wie wichtig?»: unwichtig, eher unwichtig, unentschieden, eher wichtig und wichtig.
- Bei der Frage «wie gut?»: schlecht, eher schlecht, mittelmässig, eher gut und gut.

Bei der Frageformulierung stellt sich die Frage, was denn unter «wichtiger» und «guter» Zusammenarbeit zu verstehen ist. Dazu wurden theoretische Überlegungen beigezogen. «Wichtig» ist eine Zusammenarbeit dann, wenn sie für die Erfüllung des eigenen Auftrags nötig ist, die Berufsgruppen vom Fachwissen der jeweils anderen bei der Ausübung der Arbeit profitieren und wenn die Zusammenarbeit regelmässig stattfindet – also die Frequenz hoch ist (Schweizerische Akademie der Wissenschaften SAMW, 2020, S. 14 ff.). «Gut» funktioniert eine Zusammenarbeit dann, wenn folgende Bedingungen gegeben sind: Reflexions-

fähigkeit und -bereitschaft der Teilnehmenden (bzgl. Rolle und Strukturen), Zielgerichtet, offene Kommunikation, klare Zuständigkeiten und Abläufe, sowie die Anerkennung der Kompetenzen der anderen Berufsgruppen (Galli, 2017, S. 1). Diese beiden Definitionen werden den Befragten in Form eines Hilfetextes unmittelbar bei der betreffenden Frage zur Verfügung gestellt. So soll die Vergleichbarkeit gewährleistet werden, indem die Befragten sehen, was unter «guter» und «wichtiger» Zusammenarbeit zu verstehen ist.

Nun ist es aber so, dass die Spitäler selbst nicht nur nach Berufsgruppen oder Professionen aufgeteilt sind, sondern nach medizinischen Disziplinen. Daher ist es von Bedeutung, nicht nur die wichtigsten Berufsgruppen zu bestimmen, sondern auch in welchen Disziplinen die Präsenz der Sozialen Arbeit als zwingend erachtet wird. Entsprechend lautet die letzte Fragestellung zur aktuellen Rolle der Spitalsozialarbeit unter SwissDRG:

- *«In welchen medizinischen Disziplinen erachten Sie es als zwingend, dass Sozialarbeitende Teil des interprofessionellen Teams sind?».*

Die Wahl der aufzuführenden Disziplinen, die den Befragten für die Beantwortung zur Auswahl gegeben werden, leiten sich von den angebotenen Disziplinen der grössten Zentrumsversorger ab – den Universitätsspitalern. Da aber keine Liste von 40 Disziplinen aufgeführt werden konnte, wurde die Auswahl eingeschränkt. Verwandte Disziplinen wurden zusammengefasst. So werden zum Beispiel die Gynäkologie und die Geburtshilfe als eine Disziplin angegeben, ebenso die Neurologie/Neurochirurgie. Die Liste der gewählten Disziplinen ist im nächsten Kapitel des Anhangs (Anhang 9) einsehbar. Den Befragten wird eine Mehrfachauswahl angeboten – das heisst, sie können jede Disziplin, bei der sie die obige Fragestellung bejahen können, ankreuzen.

Anhang 8.4: Entwicklung der Rolle der Spitalsozialarbeit unter SwissDRG

In der qualitativen Sequenz diskutierten die Fokusgruppenteilnehmenden die Veränderungen, die sie im Arbeitsalltag aufgrund der Einführung von SwissDRG erlebt haben (vgl. Kapitel 10.4.1). Ziel dieses thematischen Blocks ist die Überprüfung, ob die Leitungspersonen der Deutschschweizer Akutspitäler dieselben Veränderungen feststellen können. Im Sinne des Mixed Methods Designs geht es hier also um die Generalisierung (vgl. Kapitel 1.3).

Um das Layout der Onlineerhebung für die Befragten möglichst angenehm zu gestalten, konnten aber nicht alle Aussagen in voller Länge zur Beurteilung aufgeführt werden. Die gewählten Aussagen wurden nach folgenden Kriterien aus den tabellarischen Protokollen (vgl. Anhang 5 und Anhang 6) ausgewählt und bearbeitet:

- Die Aussagen müssen sich auf den Arbeitsalltag der Spitalsozialarbeit beziehen. Aussagen zur allgemeinen Entwicklung des Gesundheitswesens unter SwissDRG sind hier nicht gefragt.
- Die Aussagen sollen möglichst kurz und dennoch inhaltvoll sein.
- Die Aussagen sollen leicht verständlich sein, damit sie nicht zu Ermüdungseffekten bei den Befragten führen.
- Die wichtigsten Aussagen aus den Fokusgruppen zur Entwicklung der Spitalsozialarbeit unter SwissDRG sollen möglichst vollständig abgedeckt sein. Wenn möglich werden die Aussagen wörtlich übernommen.

Anhand dieser Vorgehensweise wurden acht Aussagen formuliert, die den Befragten zur Zustimmung oder Ablehnung angeboten werden. Die Skala zur Beantwortung ist wiederum bipolar, fünfstufig, mit Mittel- und Weiss-nicht-Kategorie, sowie vollverbalisiert mit den Benennungen: trifft nicht zu, trifft eher nicht zu, unentschieden, trifft eher zu, trifft zu. Bewertet wurden folgende Aussagen:

1. «Die Entwicklung unter DRG in den Spitälern führt weg von der Sozialen Arbeit»
2. «In den Spitälern werden die Aufgaben der Spitalsozialarbeit zunehmend durch andere Berufsgruppen ausgeübt»
3. «Der Kosten- und Spardruck seit der Einführung von SwissDRG ist im Arbeitsalltag stark spürbar»
4. «Seit der Einführung von SwissDRG ist die Spitalsozialarbeit viel mehr an Fristen (z.B. Austritte) gebunden»
5. «Der Arbeitsalltag hat sich nach sozialarbeiterischem Verständnis verschlechtert»
6. «Den Interessen/Wünschen der Patientinnen und Patienten kann weniger Rechnung getragen werden»
7. «Ärztenschaft, Pflegefachpersonen und Sozialarbeitende sind nur noch Zuhörer für die möglichst schnelle und reibungslose Entlassung der Patient/innen»
8. «Abgrenzungsschwierigkeiten sind in der Sozialen Arbeit im Spital immer wieder Thema, dies z.B. gegenüber der Pflege»

Die Aussagen 1 und 5 beziehen sich auf die allgemeine Entwicklung für die Soziale Arbeit im Spital seit Einführung von SwissDRG. Die Aussagen 2 und 8 nehmen auf die Veränderung in der interprofessionellen Zusammenarbeit Bezug. Die Aussagen 4, 6 und 7 werden in den Fokusgruppen als Folge der Aussage 3 gehandelt, weshalb auch sie als zusammengehörend betrachtet werden können – sie sind Folge der Veränderungen in der Rahmenbedingung «Finanzen», welche bereits im qualitativen Teil als einschneidendster Faktor betrachtet

wurde, weshalb hier auch vergleichsweise mehr Aussagen zur Beurteilung zur Verfügung gestellt werden.

Anhang 8.5: Verständnis integrierter Versorgung

Im zweiten Teil der Erhebung werden Fragen zur integrierten Versorgung gestellt. Den Befragten wird zur thematischen Hinführung nach dem Frageblock zu SwissDRG ein Überleitungstext angezeigt:

Gemäss Bundesamt für Statistik ist die mittlere Verweildauer im Spital von 7.5 Tagen im Jahr 2001 auf 5.3 Tage im Jahr 2017 gesunken. Eine nationale Studie kommt zum Schluss, dass «seit der Einführung von SwissDRG vor und nach einem Spitalaufenthalt vermehrt ambulante Leistungen erbracht werden.» Es werden mehr Leistungen in den vor- und nachstationären Bereich verlagert. Diese Entwicklung erfordert eine verstärkte sektorübergreifende Zusammenarbeit, damit der ambulante Sektor auf dieses Mehr an Leistungen vorbereitet und die adäquate Versorgung der Patientinnen und Patienten an den institutionellen Übergängen sichergestellt werden kann. Das aktuelle Schlagwort in der Gesundheitspolitik dazu ist «Integrierte Versorgung» (vgl. Strategie Gesundheit 2020). Im Folgenden geht es darum zu eruieren, was Sie sich unter integrierter Versorgung vorstellen und welche Rolle aus Ihrer Sicht die Soziale Arbeit im Rahmen der integrierten Versorgung einnehmen kann.

Die integrierte Versorgung unterscheidet sich von der Regelversorgung in der Qualität und Quantität der Kooperation zwischen den Leistungserbringern, um die möglichst kontinuierliche, effiziente, patient*innenorientierte Behandlung und Betreuung sicherstellen zu können (Kündig et al., 2019, S. 6). Es gibt sehr unterschiedliche Formen der Kooperation in der Versorgung. Die verschiedenen Projekte oder Modelle der integrierten Versorgung werden anhand von drei Dimensionen unterschieden (Gabler Wirtschaftslexikon, 2018a, S. 1):

- *Zielgruppe:* In der vorliegenden Erhebung werden multimorbide, chronisch erkrankte, geriatrische Patient*innen mit hoher medizinisch-pflegerischer Komplexität als die Zielgruppe definiert. Das ist deshalb sinnvoll, da integrierte Versorgung als Konzept für die Behandlung und Betreuung ebendieser Zielgruppe entwickelt wurde. So schreibt Berchtold (2009), Präsident des forum managed care fmc Bern, in seinem Artikel: «Integrierte Versorgung und Steuerung machen aber vor allem bei komplexen, chronischen Krankheiten und bei Langzeitbetreuten Sinn, wo viele und unterschiedlichste Behandlungen und/oder Betreuungen aufeinander abgestimmt und koordiniert werden sollen» (S. 28).

- *Vertikale oder horizontale Integration*: Für die Unterscheidung zwischen vertikaler und horizontaler Integration wurde den Befragten folgende Definitionen in der Fragestellung angeboten:
Horizontale Integration bezeichnet hier die enge Zusammenarbeit von Leistungserbringern, welche derselben Ebene des Behandlungspfades angegliedert werden: Z.B. enge Zusammenarbeit mehrerer Spitäler oder mehrerer Pflegeheime.
Vertikale Integration hingegen bezeichnet die enge Zusammenarbeit von Leistungserbringern über mehr als eine Ebene des Behandlungspfades hinweg: Z.B. enge Zusammenarbeit zwischen Spitälern und Pflegeheimen.
- *Reichweite der Integration*: Die Integration der Leistungen kann in einzelnen Leistungsbereichen vollzogen werden oder aber auch auf sämtliche Leistungserbringer über sämtliche Sektoren hinweg ausgeweitet werden (Gabler Wirtschaftslexikon, 2018a, S. 1). Den Befragten werden verschiedene Möglichkeiten mit Beispielen angeboten, um eruieren zu können, welche Reichweite sie implizit mit integrierter Versorgung verbinden.

Für die Fragestellung bedeutet das nun konkret, dass die Zielgruppe vorgegeben wird, eine Definition von vertikaler und horizontaler Integration angeboten wird und letztlich verschiedene Modelle integrierter Versorgung mit unterschiedlicher Reichweite zur Auswahl gestellt wird. Die Fragestellung lautet:

- *«Sie gehen von einer multimorbiden, chronisch erkrankten und geriatrischen Patientin mit hoher medizinisch-pflegerischer Komplexität aus: Welche der folgenden Formen der Kooperation in der Versorgung reicht Ihrer Meinung nach aus?»*

Anschliessend folgt die oben aufgeführte Definition von vertikaler und horizontaler Integration. Den Befragten werden dann fünf verschiedene Formen der Kooperation zur Auswahl angeboten, wobei sie nur eine auswählen können – Das Ziel ist zu eruieren, welche Form der Kooperation aus ihrer Sicht mindestens gegeben sein muss, damit von integrierter Versorgung gesprochen werden kann. Dadurch soll erkennbar werden, ob die Befragten ein einheitliches Verständnis von integrierter Versorgung haben oder nicht – die Fokusgruppenteilnehmenden haben das uneinheitliche Verständnis von integrierter Versorgung bemängelt (vgl. Kapitel 10.4.2).

Die fünf Formen der Kooperation, die zur Auswahl angeboten werden, sind:

1. Interprofessionelle Zusammenarbeit im Team/in der Institution
2. Interinstitutionelle Zusammenarbeit auf horizontaler Ebene (z.B. in Form eines Ärztenetzwerks)

3. Interinstitutionelle Zusammenarbeit auf vertikaler Ebene (Schnittstelle, z.B. zwischen Spital und Langzeitpflege oder Rehabilitationsklinik)
4. Gesamter Behandlungspfad im Gesundheitswesen aus einer Hand (vertikale Integration der Gesundheitssektoren)
5. Gesamter Behandlungspfad im Gesundheits- und Sozialwesen aus einer Hand (vertikale Integration aller Sektoren)

Die dazugehörigen Beispiele finden sich in Anhang 9. Nach der Klärung des Verständnisses integrierter Versorgung, werden im nächsten Themenblock die Rolle und die Aufgaben der Sozialen Arbeit in der integrierten Versorgung thematisiert.

Anhang 8.6: Rolle und Aufgaben der Sozialen Arbeit in der integrierten Versorgung

Die Teilnehmenden der Fokusgruppe haben drei verschiedene Rollen diskutiert, welche die Soziale Arbeit in der integrierten Versorgung einnehmen kann. In der Onlineerhebung soll nun erfasst werden, welche dieser Rollen die Leitungspersonen der Sozialdienste Deutschschweizer Akutspitäler als wichtig erachten. Im ersten Schritt wird den Befragten eine kurze Definition der drei Rollen angegeben, welche sich aus den Fokusgruppen ergeben haben:

- Die Soziale Arbeit ist eine von vielen Professionen in einem Team. Sie trägt wie die anderen Professionen ihren Teil zur Behandlung bei und erfüllt klassische sozialarbeiterische Aufgaben patientenorientiert.
- Die Soziale Arbeit übernimmt für die Patientinnen und Patienten eine Lotsenfunktion. Sie bietet wertvolle Orientierung im segmentierten Gesundheitswesen und dient als zentrale Anlaufstelle.
- Die Soziale Arbeit engagiert sich für die Öffentlichkeitsarbeit und das Lobbying mit dem Ziel, die Versorgungsstrukturen zum Wohl der Patientinnen und Patienten anzupassen.

Im Anschluss wird für jede dieser drei Rollen eine Auswahl an Aufgabengebiete angeboten, bei denen die Befragten jeweils angeben können, als wie wichtig sie diese Aufgaben erachten. Die Aufgabengebiete sind anhand der Diskussion in den Fokusgruppen ausgewählt worden:

1. **Soziale Arbeit als Teil eines interprofessionellen Teams:** Hier werden die Aufgabengebiete anhand der CHOP-Codes ausgewählt und angepasst – analog zum Kapitel 5.1. Die Vernetzung mit externen Beratungsstellen wird jedoch hier entfernt, da sie eher zur Lotsenfunktion gehört. Zusätzlich wird das Aufgabengebiet «Schulung anderer Professionen/Leistungserbringer bzgl. Sozialwesen» erfasst, da es in den Fokus-

gruppen explizit erwähnt wurde. Die vollständige Liste ist im Fragebogen im Anhang einsehbar (Anhang 9).

2. **Lotsenfunktion:** Die Teilnehmenden der Fokusgruppe nannten verschiedene Aufgaben, die der Lotsenfunktion zugeordnet werden können. Konkret sind die Aufgaben:
- Case Management über alle Sektoren hinweg.
 - Zusammenbringen der verschiedenen Leistungserbringer an einen Tisch.
 - Kontinuierliche Begleitung von Patientinnen und Patienten über längere Zeiträume.
 - Koordination der gesundheitlichen und sozialen Leistungen, z.B. in einem Behandlungsplan.
 - Vernetzung mit externen Beratungsstellen.
 - Informationsaustausch zwischen Leistungserbringern und Patientinnen und Patienten sicherstellen.

Die in der Fokusgruppe diskutierten Aufgabengebiete werden noch mit «Mediation in Konfliktfällen» ergänzt. Dieses Aufgabengebiet wird beispielsweise von Greuèl und Mennemann explizit erwähnt – es gehe zu oft vergessen, dass mit Kooperationen von Personen mit unterschiedlichen Denk-, Wert- und Handlungsmustern oft Konflikte entstehen, die gelöst werden müssen. Dazu eignet sich die Soziale Arbeit aufgrund ihrer lebensweltlichen Orientierung hervorragend (Greuèl & Mennemann, 2006, S. 108 ff.).

3. **Öffentlichkeitsarbeit/Lobbying:** Auch hier werden die Aufgabengebiete, die in den Fokusgruppen zum Thema diskutiert wurden, ausgewählt.
- Wirkungsnachweise erbringen.
 - Politisches Lobbying.
 - Netzwerkarbeit mit allen Akteuren (z.B. auch mit SwissDRG; Krankenkasse, Politikerinnen und Politiker, FMH, Sozialdirektorinnen und -direktoren etc.).
 - Öffentlichkeitsarbeit.

Zusätzlich wurden in den Fokusgruppen zwei Voraussetzungen genannt, die Professionelle mitbringen sollten, wollen sie im Rahmen integrierter Versorgung auf sinnvolle Art und Weise Lobbying betreiben.

- Kenntnisse von alternativen Versicherungsmodellen.
- Kenntnisse von Anreizen für / Interessen von verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen.

Diese Aufgabengebiete, die den drei Rollen zugeordnet wurden, werden den Befragten zur Beurteilung vorgelegt. Konkret wird für jede der drei Rollen einzeln gefragt:

- *«Als wie wichtig erachten Sie folgende Aufgaben für Sozialarbeitende im Gesundheitswesen?»*

Zur Beurteilung liegt eine Ratingskala mit den folgenden verbalisierten Punkten vor: unwichtig, eher unwichtig, unentschieden, eher wichtig und wichtig (plus Weiss-nicht-Kategorie).

Zum Abschluss des thematischen Blocks «Rolle und Aufgaben der Sozialen Arbeit in der integrierten Versorgung» wird noch explizit nach der Rolle gefragt, die die Soziale Arbeit einnehmen soll. Die Fragestellung lautet:

- *«Welche Rolle(n) sollte die Soziale Arbeit Ihrer Meinung nach in der integrierten Versorgung einnehmen?»*

Als Antwortmöglichkeiten werden die drei Rollen aufgeführt: Soziale Arbeit als Teil des interprofessionellen Teams, Lotsenfunktion im Gesundheitswesen und Öffentlichkeitsarbeit/Lobbying. Die Befragten können alle für sie zutreffenden Antworten ankreuzen (Mehrfachauswahl), da auch eine Kombination der Rollen möglich ist. Zusätzlich ist diese Frage vom halb-offenen Typ, da den Befragten die Möglichkeit geboten wird, zusätzliche Rollen anzugeben.

Anhang 8.7: Bezugsgruppen der Sozialen Arbeit in der integrierten Versorgung

Für die Definition der Rolle, welche die Soziale Arbeit in der integrierten Versorgung einnehmen kann, sind nebst den Aufgabengebieten, welche durch die sie bearbeitet werden, die Bestimmung der wichtigsten Bezugsgruppen und die Relation, in welcher die Soziale Arbeit zu diesen Berufsgruppen steht, wichtig.

Welche Bezugsgruppen in der integrierten Versorgung aus Ihrer Sicht wichtig sind, wird in der ersten Frage dieser Fragegruppe erfragt. Die zweite Frage dient dazu, Ihre Einschätzung zur Relation, in der die Soziale Arbeit zur den Berufsgruppen steht, zu bestimmen.

Mit diesem Überleitungstext wird auf den nächsten Themenblock hingeführt. Bereits beim Themenblock «Aktuelle Rolle der Spitalsozialarbeit unter SwissDRG» wurde begründet, weshalb das interprofessionelle Setting für die Bestimmung der Rolle wichtig ist (vgl. Anhang 8.3). Hier wird derselben Argumentation gefolgt. Besonders die integrierte Versorgung verlangt eine interprofessionelle Bearbeitung von Problemlagen. Kündig et al. (2019) schreiben hierzu: «Das integrierte Versorgungsmodell stellt den Patienten bzw. Kundennutzen, somit

zuerst die interprofessionelle Zusammenarbeit ins Zentrum» (S. 9). Daher ist es von Bedeutung, die Einschätzung der Befragten einzuholen, welche Professionen aus ihrer Sicht die wichtigsten Partner in der integrierten Versorgung darstellen. Folgende Frage wird an die Befragten gerichtet:

- *«Stellen Sie sich vor, Sie sind Teil eines Projekts integrierter Versorgung. Zielgruppe des Projekts sind multimorbide, chronisch erkrankte und geriatrische Patientinnen und Patienten mit hoher medizinisch-pflegerischer Komplexität. Wie beurteilen Sie die Wichtigkeit, dass die folgenden Berufsgruppen in Ihr Projekt einbezogen werden?»*

Den Befragten wird eine Ratingskala angeboten (unwichtig, eher unwichtig, unentschieden, eher wichtig, wichtig und weiss nicht) zu folgenden Berufsgruppen:

- **Hausärztinnen und -ärzte:** Sie werden oft als Gatekeeper für das Gesundheitswesen bezeichnet, was sich beispielsweise am Hausarztmodell gut aufzeigen lässt. Die Patientinnen und Patienten verwenden beim Hausarztmodell immer den gleichen Zugang zum unübersichtlichen Gesundheitswesen, womit die Hausärztin oder der Hausarzt die Leistungen für die Patientinnen und Patienten koordinieren kann (Berchtold, 2009, S. 28). Sie hier zur Auswahl zu geben, ist daher zentral.
- **Pflegende spitalintern:** Pflegende sind die grösste Berufsgruppe im Spital, welche auch die meiste Zeit mit den Patientinnen und Patienten verbringt (SBK, 2020, S. 1). Sie sind daher für die patientenorientierte Behandlung ein wichtiger Partner. Die Einschätzung des Pflegeaufwandes ist häufig für die Spitalsozialarbeit ein zentrales Element bei der Nachsorgeplanung, weshalb die Zusammenarbeit mit dieser Berufsgruppe sehr wichtig ist.
- **Pflegende spitalextern:** Wenn ein akutstationärer Aufenthalt abgeschlossen ist, heisst das nicht, dass die Betroffenen nicht mehr auf Pflege angewiesen sind. Im Gegenteil: Die grösste Anzahl an Pflegestunden wird ausserhalb des Spitals erbracht, in Pflegeheimen oder ambulant zu Hause (Statista Research Departement, 2020, S. 1). Daher sind auch die spitalexternen Pflegenden als wichtiger Partner der Sozialen Arbeit für eine gelingende integrierte Versorgung anzusehen.
- **Physiotherapeutinnen und -therapeuten:** Körperliche Einschränkungen, die mit Krankheit oder Unfall einhergehen, sind einer der häufigsten Gründe, weshalb eine gelingende Versorgung zu Hause ins Wanken gerät (Seiffert, 2017, S. 74). Insbesondere die Sturzgefährdung stellt für viele ältere Menschen ein grosses Risiko dar. Die Physiotherapie ist für die Wiederherstellung der (körperlichen) Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten ein wichtiger Partner.

- **Fachärztinnen und -ärzte:** Während die Hausärztinnen und -ärzte als Gatekeeper fungieren, sind die Fachärztinnen und -ärzte die Spezialistinnen und Spezialisten, die einen wichtigen Teil zur Behandlung der Patientinnen und Patienten beitragen. Gerade in hochkomplexen, multimorbiden Krankheitsgeschichten ist die Kooperation unter und mit den Fachärztinnen und Fachärzten zentral (Berchtold, 2009, S. 28).
- **Ernährungsberaterinnen und -berater:** Die Zufuhr von Energie ist in jedem Alter wichtig. Bei mehrfach chronisch erkrankten, älteren Patientinnen und Patienten ist sie jedoch zentral. Mangelernährte Personen sind anfälliger für Infektionen, chronische Krankheiten verlaufen schwerer und Muskelmasse geht verloren (Loidl, 2020, S. 2). Die Krankheiten selbst beeinflussen zudem oft, was gegessen werden kann oder darf sowie die Art der Nahrungsaufnahme, die noch möglich ist. Für die Beratung und Begleitung der Patientinnen und Patienten benötigt es geschulte Fachpersonen, in diesem Fall die Ernährungsberaterinnen und -berater.
- **Psychologinnen und Psychologen:** Die psychischen Folgen von Krankheit, insbesondere bei chronischen Krankheiten, werden oft unterschätzt. Dabei ist hinlänglich bekannt, dass die Psyche auch auf den Körper einen grossen Einfluss hat und daher als Ressource für kranke Menschen genutzt werden kann. Fachgebiete wie die Psychosomatik oder die Somatopsychologie zeigen auf, wie verschränkt Körper und Psyche sein können (Reinberger, 2016, S. 1). Für eine ganzheitliche integrierte Versorgung ist daher auch der Einbezug von Psychologinnen und Psychologen wichtig.
- **Andere Sozialarbeitende / sages:** Ähnlich wie die psychischen Folgen von Krankheit, werden oft auch die sozialen Folgen wenig beachtet. Auch hier sind Wechselwirkungen zwischen sozialem Umfeld und Krankheit bekannt (vgl. Kapitel 1). Im Sinne eines bio-psycho-sozialen Verständnisses ist deshalb nebst der Bearbeitung der biologischen und psychologischen Ebene auch die Bearbeitung der sozialen Dimension von Krankheit äusserst wichtig – insbesondere bei multimorbiden, chronischen Patientinnen und Patienten, deren soziale Teilhabe oft stark gefährdet oder ohne Unterstützung kaum mehr möglich ist. Gleichzeitig ist auch der Fachverband sages wichtig, da gerade die politische und öffentliche Sichtbarkeit der sozialen Dimension von Krankheit erhöht und den Sozialarbeitenden Gefässe für einen professionellen Austausch zur Verfügung gestellt werden sollen.
- **Krankenkassen:** Die Krankenkassen sind die grossen Kostenträger im Gesundheitswesen. Projekte der integrierten Versorgung werden oft durch spezielle Vertragsmodelle mit den Krankenkassen überhaupt erst ermöglicht (Berchtold, 2009, S. 28).
- **Politikerinnen und Politiker:** Die Politikerinnen und Politiker werden hier als Sammelbegriff für die Gemeinden und Kantone verwendet. Sie bestimmen, nebst den

Krankenkassen, die finanziellen Rahmenbedingungen der integrierten Versorgung. Zusätzlich sind sie auch für die Schaffung der nötigen rechtlichen Grundlagen zuständig, damit eine integrierte Versorgung flächendeckend funktionieren kann (2009, S. 29).

Diese Beschreibungen zu den einzelnen Berufsgruppen sind natürlich wenig ausführlich und in den meisten Fällen greifen sie zu kurz. Ziel dieser Ausführungen ist jedoch aufzuzeigen, weshalb sie für die Beantwortung der Fragestellung als Antwortmöglichkeiten angeboten werden.

Im zweiten Schritt sollen die Befragten nun angeben, in welcher Relation sie die Soziale Arbeit in der Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen sehen. Teilnehmende der Fokusgruppe haben geäußert, dass Sozialarbeitende auch bereit sein müssen, leitende Rollen einzunehmen (vgl. Kapitel 10.4.1), weshalb hier nun folgende Frage gestellt wird:

- *«In ihrem Projekt integrierter Versorgung, welche Rolle ordnen Sie der Sozialen Arbeit in der Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen zu?»*

Zur Auswahl standen *beratende Rolle*, *koordinierende Rolle* und *steuernde Rolle* – von links nach rechts steigt die relative Position der Sozialen Arbeit im Vergleich zu den anderen am Projekt beteiligten Berufsgruppen, sodass die steuernde Rolle mit einer Leitungsposition gleichgesetzt werden kann. Die Frage ist ausserdem halb-offen gestellt worden, damit die Befragten selbst eine Antwort verbalisieren können.

Anhang 8.8: Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen

Die Bestimmung von Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken ist zentral für die Positionierung. In der Herleitung der Fragestellung (vgl. Kapitel x), wurde auf das Verständnis von Positionierung im Marketingbereich hingewiesen. Die Positionierungsanalyse wird dort jeweils mit einer SWOT-Analyse vorgenommen (Gabler Wirtschaftslexikon, 2018b, S. 1). SWOT steht für *strength*, *weakness*, *opportunities* und *threats*, also für Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken. Die Stärken und Schwächen sind innerhalb des Unternehmens angesiedelt, während Chancen und Risiken von aussen auf das Unternehmen wirken. In der vorliegenden Erhebung soll nun dasselbe für die Soziale Arbeit erfolgen. Natürlich ist es gefährlich, ökonomisches Gedankengut unhinterfragt zu übernehmen, jedoch ist die Beschäftigung mit ökonomischen Handlungslogiken sehr wichtig, will sich die Soziale Arbeit positionieren. So halten auch Greußel und Mennemann fest: «Sozialarbeit muss ökonomische Kriterien in

ihr Verständnis miteinbeziehen. Sozialarbeit muss sich profilieren, sich professionalisieren und Lobbyarbeit betreiben» (2006, S. 140).

Den Befragten werden Aussagen zu Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken zur Bewertung vorgegeben. Die Bewertung erfolgt mittels Ratingskala mit den Ausprägungen stimme zu, stimme eher zu, unentschieden, stimme eher nicht zu, stimme nicht zu und weiss nicht. Die Aussagen, die bewertet werden, sind anhand der tabellarischen Protokolle der Fokusgruppen bestimmt worden: Die Aussagen der Fokusgruppenteilnehmenden wurden, wenn sie eher professionsintern sind, bei der Beurteilung von Stärken und Schwächen eingeordnet, während die professionsexternen bei der Frage nach Chancen und Risiken aufgeführt sind. Einige Aussagen wurden umgepolt. Das will heissen, dass eine Aussage wie «Die Soziale Arbeit ist in Organisationen des Gesundheitswesens schlecht positioniert» geändert wird in «Die Soziale Arbeit ist in Organisationen des Gesundheitswesens gut positioniert». Diese Änderung wird vorgenommen, damit Aussagen in unterschiedlicher Richtung gepolt sind, da so die Zustimmungstendenz oder Ja-Sage-Tendenz enttarnt werden kann (Raithel 2008, S. 75). Im Folgenden werden die Aussagen aufgeführt, während nur zu einigen wenigen «Spezialfällen» Begründungen aufgeführt werden – bei diesen erfolgte ein zweiter Operationalisierungsschritt, während die anderen direkt aus den Fokusgruppen übernommen wurden.

Stärken und Schwächen

1. «Die Soziale Arbeit verkauft sich schlecht»
2. «Es gibt Aufgabenbereiche, wie der Kinderschutz, welche nur durch Sozialarbeitende bearbeitet werden können»
3. «Wirkungsnachweise sind für die Soziale Arbeit schwierig»
4. «Die Soziale Arbeit ist in Organisationen des Gesundheitswesens gut positioniert»
5. «Die professionsinterne Vernetzung und gegenseitige Unterstützung ist gut (z.B. Fachverband sages)»
6. «Der Fachverband hat politisches Gewicht»: In der Fokusgruppe wurde es als Aufgabe des Fachverbandes bezeichnet, auf politischer Ebene den Nutzen der Sozialen Arbeit aufzuzeigen, damit mit den Kostenträgern sinnvolle Finanzierungsmodelle erarbeitet werden können. Dazu benötigt der Fachverband aber auch ein gewisses politisches Gewicht.
7. «Sozialarbeitende sind nicht bereit leitende Rollen einzunehmen»
8. «Die Kompetenzen der Sozialen Arbeit sind anderen Berufsgruppen nicht bekannt»
9. «Die Soziale Arbeit bearbeitet die soziale Dimension von Krankheit effizient und effektiv»: Die Soziale Arbeit muss nachweisen können, dass sie die Profession der

Wahl für die Bearbeitung der sozialen Dimension von Krankheit ist, will sie sich im Gesundheitswesen positionieren. Die Frage, ob sie jedoch die soziale Dimension wirklich effizient und effektiv bearbeitet, soll hier von den Befragten beantwortet werden.

10. «Sozialarbeitende im Spital befassen sich mit den aktuellen Entwicklungen in der Gesundheitspolitik»
11. «Sozialarbeitende kennen Projekte der integrierten Versorgung»: In der Fokusgruppe wurde ein fehlendes einheitliches Verständnis integrierter Versorgung bemängelt. Konkrete Best-Practice-Beispiele werden gefordert. Es stellt sich die Frage, ob Sozialarbeitende überhaupt solche Projekte kennen.
12. «Sozialarbeitende gestalten Projekte der integrierten Versorgung aktiv mit»: Die fehlende Anerkennung der Sozialen Arbeit als Gesundheitsberuf wird in der Fokusgruppe als verpasste Chance bezeichnet. Die Soziale Arbeit sei zu passiv gewesen. Deshalb stellt sich nun die Frage, ob sie bei der integrierten Versorgung aus Sicht der Befragten eine aktivere Rolle einnimmt.
13. «Die Soziale Arbeit kann im politischen Prozess gut argumentieren»
14. «Die Soziale Arbeit betreibt genügend Öffentlichkeitsarbeit»: In der Literatur wird oft kritisiert, dass sich die Soziale Arbeit zu wenig mit der Öffentlichkeitsarbeit beschäftigt (z.B. Marvidis, 2005, S. 1). Die Befragten sollen hierzu ihre Einschätzung abgeben.

Chancen und Risiken

Hier wurden alle Aussagen fast unverändert aus den Fokusgruppen generiert, weshalb keine zusätzlichen Erklärungen aufgeführt werden. Es wurden wiederum einige Aussagen umformuliert, damit die Aussagen insgesamt in unterschiedlicher Richtung gepolt sind.

1. «Die aktuellen Finanzierungsmodelle sind unvorteilhaft für die Soziale Arbeit»
2. «Die Soziale Arbeit ist auf gutem Weg, als Gesundheitsberuf anerkannt zu werden»
3. «Bemühungen müssen unternommen werden, dass die Leistungen der Spitalsozialarbeit via SwissDRG kostenrelevant abgerechnet werden können»
4. «Den sozialen Determinanten von Krankheit wird in der Praxis keine Beachtung geschenkt»
5. «Im Gesundheitswesen werden nur noch ökonomische Argumente akzeptiert»
6. «Die Aufgaben der Sozialen Arbeit können auch durch andere Berufsgruppen übernommen werden»
7. «Die Wertschätzung von Sozialarbeitenden im Gesundheitswesen ist gross»
8. «In der Wirksamkeitsforschung für soziale Berufe wurden grosse Fortschritte gemacht»

9. «Die Anliegen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen sind den wichtigsten Akteuren (Krankenkassen, Leistungserbringer, FMH etc.) weitgehend bekannt»
10. «Die Methodik der Sozialen Arbeit wird zunehmend von anderen Professionen verwendet»
11. «Der Spardruck trifft Sozialarbeitende besonders hart»
12. «Die Behandlung der sozialen Dimension von Krankheit durch Sozialarbeitende ist für die Ärzteschaft und die Pflegenden eine grosse Entlastung»

Zum Schluss des Fragebogens wurde den Befragten in einem offenen Textfeld die Möglichkeit gegeben, Rückmeldungen oder offenen Fragen zu erfassen.

Anhang 9: Online-Fragebogen

Haupterhebung Rolle und Profilierung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen unter SwissDRG und in der integrierten Versorgung. Herzlich Willkommen bei der Onlineerhebung zum Thema «Rolle und Profilierung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen unter SwissDRG und in der integrierten Versorgung». Diese Erhebung findet im Rahmen der Masterthesis von Corinne Stettler und Nicolas Netzer statt. Sie ist an alle Leitenden von Spitalsozialdiensten in der Deutschschweiz gerichtet. Die Teilnehmerzahl beläuft sich auf etwa 70 Personen, weshalb eine hohe Rücklaufquote wichtig ist. Die Bearbeitung des Fragebogens wird in etwa 40 Minuten in Anspruch nehmen. Bitte füllen Sie sämtliche Fragen bis zum Schluss aus. Wir danken herzlich für die Teilnahme.

Im ersten Teil der Befragung geht es um die Rolle der Sozialen Arbeit im Spital und deren Veränderung seit Einführung von SwissDRG. Im zweiten Teil wird das Verständnis von integrierter Versorgung und die Rolle, welche Soziale Arbeit darin einnehmen kann, thematisiert. Im dritten und letzten Teil wird Ihre Einschätzung zu den Stärken und Schwächen sowie Chancen und Risiken für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen erfragt. In dieser Umfrage sind 19 Fragen enthalten.

Demographische Daten

- Alter

In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Berufliche Ausbildung (falls Zusatzausbildung vorhanden, bitte unter "Sonstiges" angeben)

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Soziale Arbeit (Diplom/BSc/BA)
- Soziale Arbeit (MSc/MA)
- Soziale Arbeit und Zusatzausbildung
- Pflegeausbildung (Diplom/BSc/BA)
- Pflegeausbildung (MSc/MA)
- Pflege- und Zusatzausbildung
- Sonstiges

Anzahl Jahre Berufserfahrung auf dem Spitalsozialdienst

In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Anzahl Jahre Leitungserfahrung auf dem Spitalsozialdienst

In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Aktuelle Rolle der Spitalsozialarbeit unter SwissDRG

In diesem ersten Teil geht es darum, zu eruieren, welche Aufgabengebiete Sie für die Soziale Arbeit unter SwissDRG als zentral erachten. Des Weiteren wird die Zusammenarbeit mit anderen Professionen thematisiert.

Wie beurteilen Sie die Notwendigkeit, dass folgende Aufgaben durch Sozialarbeitende durchgeführt werden?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	zwingend	von Vorteil	unerheblich	unvorteilhaft	kontraproduktiv	weiss nicht
Psychosoziale Begleitung in Krisensituationen						
Ressourcenallokation (insbesondere familiäres Umfeld)						
Erschliessung (sozial-) rechtlicher Ansprüche						
Nachsorgeorganisation						
Vernetzung mit externen Beratungsstellen						
Einleiten behördlicher Massnahmen (z.B. Kindes- und Erwachsenenschutz)						

Als wie wichtig erachten Sie die Zusammenarbeit von Sozialarbeitenden mit folgenden Berufsgruppen im Spital?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	unwichtig	eher unwichtig	unentschieden	eher wichtig	wichtig	weiss nicht
Ärztinnen und Ärzte						
Pflegende						
Physiotherapie						
Ergotherapie						
Ernährungsberatung						
Psychologinnen und Psycho-						

	unwichtig	eher unwichtig	unentschieden	eher wichtig	wichtig	weiss nicht
logen						
Seelsorge						
Medizinische Codierung						

Als wichtig wird eine Zusammenarbeit erachtet, wenn:

- sie für die Erfüllung Ihres Auftrags nötig ist.
- Sie vom Fachwissen der jeweiligen Berufsgruppe bei der Ausübung Ihrer Arbeit profitieren.
- sie regelmässig stattfindet (Frequenz).

Wie gut funktioniert die Zusammenarbeit mit folgenden Berufsgruppen?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	schlecht	eher schlecht	mittelmässig	eher gut	gut	weiss nicht
Ärztinnen und Ärzte						
Pflegende						
Physiotherapie						
Ergotherapie						
Ernährungsberatung						
Psychologinnen und Psychologen						
Seelsorge						
Medizinische Codierung						

Um von einer gut funktionierenden interprofessionellen Zusammenarbeit sprechen zu können, müssen (gemäss Literatur) folgende Bedingungen erfüllt sein:

- Reflexionsfähigkeit und -bereitschaft der Teilnehmenden (bzgl Rolle und Strukturen)
- Zielgerichtete, offene Kommunikation
- Klare Zuständigkeiten und Abläufe
- Anerkennung der Kompetenzen der anderen Berufsgruppen

In welchen medizinischen Disziplinen erachten Sie es als zwingend, dass Sozialarbeitende Teil des interprofessionellen Teams sind?

Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:

- Innere Medizin

- Orthopädie
- Neurologie/Neurochirurgie
- Nephrologie
- Onkologie
- Viszeralchirurgie
- Palliative Care
- Psychosomatik
- Rheumatologie
- Pädiatrie
- Gynäkologie/Geburtshilfe
- Kardiologie
- IPS/IMC
- Schmerzmedizin
- Pneumologie
- Geriatrie
- Urologie
- Keine
- Sonstiges

Entwicklung der Rolle der Spitalsozialarbeit unter SwissDRG

Beurteilen Sie folgende Aussagen zur Entwicklung der Rolle der Spitalsozialarbeit seit Einführung von SwissDRG

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	unentschieden	trifft eher zu	trifft zu	weiss nicht
«Die Entwicklung unter DRG in den Spitälern führt weg von der Sozialen Arbeit»						
«In den Spitälern werden die Aufgaben der Spitalsozialarbeit zunehmend durch andere Berufsgruppen ausgeübt»						
«Der Kosten- und Spardruck seit der Einführung von SwissDRG ist im Arbeitsalltag stark spürbar»						

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	unentschieden	trifft eher zu	trifft zu	weiss nicht
«Seit der Einführung von SwissDRG ist die Spitalsozialarbeit viel mehr an Fristen (z.B. Austritte) gebunden»						
«Der Arbeitsalltag hat sich nach sozialarbeiterischem Selbstverständnis verschlechtert»						
«Den Interessen/Wünschen der Patientinnen und Patienten kann weniger Rechnung getragen werden»						
«Ärztenschaft, Pflegefachpersonen und Sozialarbeitende sind nur noch Zudiener für die möglichst schnelle und reibungslose Entlassung der Patient/innen»						
«Abgrenzungsschwierigkeiten sind in der Sozialen Arbeit im Spital immer wieder Thema, dies z.B. gegenüber der Pflege»						

Diese Aussagen stammen aus Fokusgruppen, die zur Vorbereitung dieser Erhebung durchgeführt wurden.

Verständnis integrierter Versorgung

Gemäss Bundesamt für Statistik ist die mittlere Verweildauer im Spital von 7.5 Tagen im Jahr 2001 auf 5.3 Tage im Jahr 2017 gesunken. Eine nationale Studie kommt zum Schluss, dass «seit der Einführung von SwissDRG vor und nach einem Spitalaufenthalt vermehrt ambulante Leistungen erbracht werden.» Es werden mehr Leistungen in den vor- und nachstationären Bereich verlagert. Diese Entwicklung erfordert eine verstärkte sektorübergreifende Zusammenarbeit, damit der ambulante Sektor auf dieses Mehr an Leistungen vorbereitet und die adäquate Versorgung der Patientinnen und Patienten an den institutionellen Übergängen sichergestellt werden kann. Das aktuelle Schlagwort in der Gesundheitspolitik dazu ist «Integrierte Versorgung» (vgl. Strategie Gesundheit 2020). Im Folgenden geht es darum zu eruieren, was Sie sich unter integrierter Versorgung vorstellen und welche Rolle aus Ihrer Sicht die Soziale Arbeit im Rahmen der integrierten Versorgung einnehmen kann.

Sie gehen von einer multimorbiden, chronisch erkrankten und geriatrischen Patientin mit hoher medizinisch-pflegerischer Komplexität aus: Welche der folgenden Formen der Kooperation in der Versorgung reicht Ihrer Meinung nach aus?

Horizontale Integration bezeichnet hier die enge Zusammenarbeit von Leistungserbringern, welche derselben Ebene des Behandlungspfades angegliedert werden: Z.B. enge Zusammenarbeit mehrerer Spitäler oder mehrerer Pflegeheime. Vertikale Integration hingegen bezeichnet die enge Zusammenarbeit von Leistungserbringern über mehr als eine Ebene des Behandlungspfades hinweg: Z.B. enge Zusammenarbeit zwischen Spitälern und Pflegeheimen.

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Interprofessionelle Zusammenarbeit im Team/in der Institution
- Interinstitutionelle Zusammenarbeit auf horizontaler Ebene (z.B. in Form eines Ärztenetzwerks)
- Interinstitutionelle Zusammenarbeit auf vertikaler Ebene (Schnittstelle, z.B. zwischen Spital und Langzeitpflege oder Rehabilitationsklinik)
- Gesamter Behandlungspfad im Gesundheitswesen aus einer Hand (vertikale Integration der Gesundheitssektoren)
- Gesamter Behandlungspfad im Gesundheits- und Sozialwesen aus einer Hand (vertikale Integration aller Sektoren)

Beispiele für die Formen der Kooperation

1. Interprofessionelle Zusammenarbeit im Team/in der Institution:

Die verschiedenen Professionen in einem Spital arbeiten eng zusammen und tauschen sich regelmässig an fix geplanten Rapporten aus. Die Hauptverantwortung für die Koordination des Behandlungsprozesses und das Austrittsmanagement werden einer Patientenmanagerin oder einem Patientenmanager übergeben. Sie dient auch als Hauptansprechperson für die Patientinnen und Patienten.

2. Interinstitutionelle Zusammenarbeit auf horizontaler Ebene:

Ärztinnen und Ärzte verschiedener Disziplinen schliessen sich zu einem Ärztezentrum zusammen mit dem Ziel, für die Patientinnen und Patienten ein breiteres und besser koordiniertes Angebot bieten zu können. Es wird dasselbe Patienteninformationssystem benutzt, damit die Behandlung einer Fach- oder Hausärztin/ eines Fach- oder Hausarztes bei Bedarf für die anderen Ärztinnen und Ärzte einfach nachvollziehbar ist.

3. Interinstitutionelle Zusammenarbeit auf vertikaler Ebene (Schnittstelle, z.B. zwischen Spital und Langzeitpflege oder Rehabilitationsklinik):

Ein Spital, eine Rehaklinik und ein Alters- und Pflegeheim sind Teil derselben Organisation. Die Übergänge vom Spital in die Rehabilitation oder in die Langzeitpflege sind kurz. Die akutstationäre Behandlung und die stationäre Weiterbehandlung von Patientinnen und Patienten können aus einer Hand erfolgen. Auch hier wird dasselbe Patienteninformationssystem verwendet, damit alle relevanten Informationen einfach abrufbar sind.

4. Gesamter Behandlungspfad im Gesundheitswesen aus einer Hand (vertikale Integration der Gesundheitssektoren):

Eine Koordinationsstelle wird aufgebaut. Dort fliessen alle Informationen aus der hausärztlichen, fachärztlichen und akutstationären Behandlung einer Patientin oder eines Patienten zusammen. Der Hausarzt übernimmt die medizinische Koordination. Gleichzeitig ist ein interprofessionelles Team bestehend aus Physio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Pflegenden und Sozialarbeitenden vor Ort, welches entweder selbst Leistungen erbringt oder diese koordiniert. Es wird ein elektronisches Patientendossier geführt, wo alle Informationen zusammenfliessen.

5. Gesamter Behandlungspfad im Gesundheits- und Sozialwesen aus einer Hand (vertikale Integration aller Sektoren):

Die Gemeinde stellt für die Bewohnenden eine Person zur Verfügung, welche für sie sowohl medizinische als auch sozialrechtliche Beratung aus einer Hand bieten kann. Im Sinne eines umfassenden Case Management werden die Leistungen sowohl des Gesundheits- als auch des Sozialwesens erschlossen und Ansprüche geklärt.

Rolle und Aufgaben der Sozialen Arbeit in der integrierten Versorgung

In den Fokusgruppen, welche als Vorbereitung für diese Erhebung durchgeführt wurden, sind folgende Rollen genannt worden, welche die Soziale Arbeit in der integrierten Versorgung einnehmen kann:

- Die Soziale Arbeit ist eine von vielen Professionen in einem Team. Sie trägt wie die anderen Professionen ihren Teil zur Behandlung bei und erfüllt klassische sozialarbeiterische Aufgaben patientenorientiert.
- Die Soziale Arbeit übernimmt für die Patientinnen und Patienten eine Lotsenfunktion. Sie bietet wertvolle Orientierung im segmentierten Gesundheitswesen und dient als zentrale Anlaufstelle.
- Die Soziale Arbeit engagiert sich für die Öffentlichkeitsarbeit und das Lobbying mit dem Ziel, die Versorgungsstrukturen zum Wohl der Patientinnen und Patienten anzupassen.

Mit den folgenden Fragen wird erfasst, welche Aufgabengebiete und Funktion der Sozialen Arbeit Sie als besonders wichtig erachten. Es sind natürlich Kombinationen aus den erwähnten Funktionen möglich.

Als wie wichtig erachten Sie folgende Aufgaben für Sozialarbeitende im Gesundheitswesen? (Soziale Arbeit als Teil eines interprofessionellen Teams)

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	unwichtig	eher unwichtig	unentschieden	eher wichtig	wichtig	weiss nicht
Psychosoziale Begleitung in Krisensituationen						
Ressourcenallokation (insbesondere familiäres Umfeld)						
Erschliessung (sozial-) rechtlicher Ansprüche						
Nachsorgeorganisation						

	unwichtig	eher unwichtig	unentschieden	eher wichtig	wichtig	weiss nicht
Einleiten behördlicher Massnahmen (z.B. Kindes- und Erwachsenenschutz)						
Schulung anderer Professionen/Leistungserbringer bzgl. Sozialwesen						

Als wie wichtig erachten Sie folgende Aufgaben für Sozialarbeitende im Gesundheitswesen?
(Lotsenfunktion)

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	unwichtig	eher unwichtig	unentschieden	eher wichtig	wichtig	weiss nicht
Case Management über alle Sektoren hinweg						
Zusammenbringen der verschiedenen Leistungserbringer an einen Tisch						
Kontinuierliche Begleitung von Patientinnen und Patienten über längere Zeiträume						
Koordination der gesundheitlichen und sozialen Leistungen, z.B. in einem Behandlungsplan						
Vernetzung mit externen Beratungsstellen						
Informationsaustausch zwischen Leistungserbringern und Patientinnen und Patienten sicherstellen						
Mediation in Konfliktfällen						

Als wie wichtig erachten Sie folgende Aufgaben für Sozialarbeitende im Gesundheitswesen?
(Öffentlichkeitsarbeit/Lobbying)

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	unwichtig	eher unwichtig	unentschieden	eher wichtig	wichtig	weiss nicht
Wirkungsnachweise erbringen						
Kenntnisse von alternativen Versicherungsmodellen						
Kenntnisse von Anreizen für / Interessen von verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen						
Politisches Lobbying						
Netzwerkarbeit mit allen Akteuren (z.B. auch SwissDRG; Krankenkasse, Politiker, FMH, Sozialdirektorinnen und -direktoren etc.)						
Öffentlichkeitsarbeit						

Welche Rolle(n) sollte die Soziale Arbeit Ihrer Meinung nach in der integrierten Versorgung einnehmen?

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Soziale Arbeit als Teil des interprofessionellen Teams
- Lotsenfunktion im Gesundheitswesen
- Öffentlichkeitsarbeit/Lobbying
- Sonstiges

Bezugsgruppen der Sozialen Arbeit in der integrierten Versorgung

Für die Definition von Rolle, welche die Soziale Arbeit in der integrierten Versorgung einnehmen kann, sind nebst den Aufgabengebieten, welche durch die sie bearbeitet werden, die Bestimmung der wichtigsten Bezugsgruppen und die Relation, in welcher die Soziale Arbeit zu diesen Berufsgruppen steht, wichtig. Welche Bezugsgruppen in der integrierten Versorgung aus Ihrer Sicht wichtig sind, wird in der ersten Frage dieser Fragegruppe erfragt. Die zweite Frage dient dazu, Ihre Einschätzung zur Relation, in der die Soziale Arbeit zur jeweiligen Berufsgruppe steht, zu bestimmen.

Stellen Sie sich vor, Sie sind Teil eines Projekts integrierter Versorgung. Zielgruppe des Projekts sind multimorbide, chronisch erkrankte und geriatrische Patientinnen und Patienten mit hoher medizinisch-pflegerischer Komplexität. Wie beurteilen Sie die Wichtigkeit, dass die folgenden Berufsgruppen in Ihr Projekt einbezogen werden?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	unwichtig	eher unwichtig	unentschieden	eher wichtig	wichtig	weiss nicht
Hausärztinnen und -ärzte						
Pflegende spitalintern						
Pflegende spitalextern						
Physiotherapeutinnen und -therapeuten						
Fachärztinnen und -ärzte						
Ernährungsberaterinnen und -berater						
Psychologinnen und Psychologen						
Andere Sozialarbeitende / sages						
Krankenkassen						
Politikerinnen und Politiker						

In ihrem Projekt integrierter Versorgung, welche Rolle ordnen Sie der Sozialen Arbeit in der Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen zu?

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- beratende Rolle
- koordinierende Rolle
- steuernde Rolle
- Sonstiges

Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen

Will sich die Soziale Arbeit im Rahmen von SwissDRG oder integrierter Versorgung profilieren, so ist neben dem Verständnis der eigenen Rolle die Kenntnis von Stärken und Schwächen sowie Chancen und Risiken zentral.

Die in den folgenden Fragen aufgeführten Aussagen stammen aus den Fokusgruppen, die zur Vorbereitung dieser Erhebung durchgeführt wurden.

Beurteilen Sie folgende Aussagen zu den Stärken und Schwächen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	stimme zu	stimme eher zu	unentschieden	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	weiss nicht
«Die Soziale Arbeit verkauft sich schlecht»						
«Es gibt Aufgabenbereiche, wie der Kinderschutz, welche nur durch Sozialarbeitende bearbeitet werden können»						
«Wirkungsnachweise sind für die Soziale Arbeit schwierig»						
«Die Soziale Arbeit ist in Organisationen des Gesundheitswesens gut positioniert»						
«Die professionsinterne Vernetzung und gegenseitige Unterstützung ist gut (z.B. Fachverband sages)»						
«Der Fachverband hat politisches Gewicht»						
«Sozialarbeitende sind nicht bereit leitende Rollen einzunehmen»						
«Die Kompetenzen der Sozialen Arbeit sind anderen Berufsgruppen nicht bekannt»						
«Die Soziale Arbeit bearbeitet die soziale Dimension von Krankheit effizient und effektiv»						
«Sozialarbeitende im Spital						

	stimme zu	stimme eher zu	unentschieden	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	weiss nicht
befassen sich mit den aktuellen Entwicklungen in der Gesundheitspolitik»						
«Sozialarbeitende kennen Projekte der integrierten Versorgung»						
«Sozialarbeitende gestalten Projekte der integrierten Versorgung aktiv mit»						
«Die Soziale Arbeit kann im politischen Prozess gut argumentieren»						
«Die Soziale Arbeit betreibt genügend Öffentlichkeitsarbeit»						

Beurteilen Sie folgende Aussagen zu den Chancen und Risiken für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	stimme zu	stimme eher zu	unentschieden	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	weiss nicht
«Die aktuellen Finanzierungsmodelle sind unvorteilhaft für die Soziale Arbeit»						
«Die Soziale Arbeit ist auf gutem Weg, als Gesundheitsberuf anerkannt zu werden»						
«Bemühungen müssen unternommen werden, dass die Leistungen der Spitalsozialarbeit via SwissDRG kostenrelevant abgerechnet werden						

	stimme zu	stimme eher zu	unentschieden	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	weiss nicht
können»						
«Den sozialen Determinanten von Krankheit wird in der Praxis keine Beachtung geschenkt»						
«Im Gesundheitswesen werden nur noch ökonomische Argumente akzeptiert»						
«Die Aufgaben der Sozialen Arbeit können auch durch andere Berufsgruppen übernommen werden»						
«Die Wertschätzung von Sozialarbeitenden im Gesundheitswesen ist gross»						
«In der Wirksamkeitsforschung für soziale Berufe wurden grosse Fortschritte gemacht»						
«Die Anliegen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen sind den wichtigsten Akteuren ((Krankenkassen, Leistungserbringer, FMH etc.) weitgehend bekannt»						
«Die Methodik der Sozialen Arbeit wird zunehmend von anderen Professionen verwendet»						
«Der Spardruck trifft Sozialarbeitende besonders hart»						
«Die Behandlung der sozialen Dimension von Krankheit durch Sozialarbeitende ist für						

	stimme zu	stimme eher zu	unentschieden	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	weiss nicht
die Ärzteschaft und die Pflegenden eine grosse Entlastung»						

Rückmeldungen

Haben Sie Rückmeldungen oder offene Fragen?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Vielen Dank für Ihre Teilnahme! Sollten Sie Interesse an den Ergebnissen der Erhebung haben, senden Sie bitte eine E-Mail mit dem Betreff "Masterthesis" an corinne.stettler@students.bfh.ch. Nach der Fertigstellung der Masterthesis senden wir Ihnen gerne eine Version als PDF zu.

15.02.2020

Übermittlung Ihres ausgefüllten Fragebogens: Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens.

Anhang 10: Erfassung Rückmeldungen zum Pretest

	Waren die Fragen verständlich formuliert?	War Interesse + Aufmerksamkeit des/der Befragten während des gesamten Fragebogens gegeben?	Gab es technische Probleme mit Fragebogen / Befragungs-hilfen?	Bemerkungen zur Länge der Fragen: Zu kurz, gerade richtig oder zu lang?	Bemerkungen zur Reihenfolge der Fragen	Dauer zum Ausfüllen des Fragebogens	Bemerkung zur Zeitdauer des Fragebogens: z.B. zu kurz, gerade richtig oder zu lang	Sonstige Anmerkungen
Allgemeine Bemerkungen								

Fragecode	Ist die Frage verständlich formuliert?	Hat die Frage die richtige Länge oder ist sie zu kurz/zu lang?	Ist die Frage am richtigen Ort, wenn die Reihenfolge der Fragen beachtet wird?	Sind die Antworten und Teilfragen verständlich formuliert (insbesondere bei Matrixfragen)?	Fehlen wichtige Antwortoptionen oder Teilfragen? Wenn ja, welche?	Sonstige Bemerkungen oder Vorschläge zur Frage
Aa						
Ab						

Ac												
Ad												
A1a												
A1b												
A1c												
A1d												
A2a												
B1a												
B2a												
B2b												
B2c												
B2d												

B3a									
B3b									
C1a									
C1b									

FRAGEN

Demographische Daten

Aa: Alter

Ab: Berufliche Ausbildung (Falls Zusatzausbildungen vorhanden, bitte unter «Sonstiges» angeben)

- Soziale Arbeit (Diplom/BSc)
- Soziale Arbeit (MSc)
- Soziale Arbeit und Zusatzausbildung
- Pflegeausbildung (Diplom/BSc)
- Pflegeausbildung (MSc)
- Pflege- und Zusatzausbildung
- Sonstiges

Ac: Anzahl Jahre Berufserfahrung auf dem Spitalsozialdienst

Ad: Anzahl Jahre Leitungserfahrung auf dem Spitalsozialdienst

Aktuelle Rolle der Spitalsozialarbeit unter SwissDRG

A1a: Wie beurteilen Sie die Notwendigkeit, dass diese Aufgaben durch Sozialarbeitende durchgeführt werden?

- Psychosoziale Begleitung in Krisensituationen

- Ressourcenallokation (insbesondere familiäres Umfeld)
- Erschließung (sozial-) rechtlicher Ansprüche
- Nachsorgeorganisation
- Vernetzung mit externen Beratungsstellen
- Einleiten behördlicher Massnahmen (z.B. Kindes- und Erwachsenenschutz)

A1b: Als wie wichtig erachten Sie die Zusammenarbeit von Sozialarbeitenden mit folgenden Berufsgruppen im Spital?

- Ärztinnen und Ärzte
- Pflegende
- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Ernährungsberatung
- Psychologinnen und Psychologen
- Seelsorge
- Medizinische Codierung

A1c: Wie funktioniert die Zusammenarbeit mit folgenden Berufsgruppen?

- Ärztinnen und Ärzte
- Pflegende
- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Ernährungsberatung
- Psychologinnen und Psychologen

- Seelsorge
- Medizinische Codierung

A1d: In welchen medizinischen Disziplinen erachten Sie die Präsenz Sozialer Arbeit als zwingend?

- Innere Medizin
- Orthopädie
- Neurologie/Neurochirurgie
- Nephrologie
- Onkologie
- Viszeralchirurgie
- Palliative Care
- Psychosomatik
- Keine
- Sonstige

Entwicklung der Rolle der Spitalsozialarbeit unter SwissDRG

- A2a:** Beurteilen Sie folgende Aussagen zur Entwicklung der Rolle der Spitalsozialarbeit seit Einführung von SwissDRG
- «Die Entwicklung unter DRG in den Spitälern führt weg von der Sozialen Arbeit»
 - «In den Spitälern werden die Aufgaben der Spitalsozialarbeit zunehmend durch andere Berufsgruppen ausgeübt»
 - «Der Kosten- und Spardruck seit der Einführung von SwissDRG ist im Arbeitsalltag stark spürbar»
 - «Seit der Einführung von SwissDRG ist die Spitalsozialarbeit viel mehr an Fristen (z.B. Austritte) gebunden»
 - «Der Arbeitsalltag hat sich nach sozialarbeiterischem Selbstverständnis verschlechtert»

- «Den Interessen/Wünschen der Patientinnen und Patienten kann weniger Rechnung getragen werden»
- «Ärztenschaft, Pflegefachpersonen und Sozialarbeitende sind nur noch Zudiener für die möglichst schnelle und reibungslose Entlassung der Patient/innen»
- «Abgrenzungsschwierigkeiten sind in der Sozialen Arbeit im Spital immer wieder Thema, dies z.B. gegenüber der Pflege»

Verständnis integrierter Versorgung

B1a: Sie gehen von einer multimorbiden, chronisch erkrankten und geriatrischen Patientin aus. Reichen folgende Formen der Kooperation in der Versorgung Ihrer Meinung nach aus?

- Interprofessionelle Zusammenarbeit im Team/in der Institution
- Interinstitutionelle Zusammenarbeit auf horizontaler Ebene (z.B. zwischen verschiedenen Spitalern)
- Interinstitutionelle Zusammenarbeit auf vertikaler Ebene (Schnittstelle, z.B. zwischen Spital und Langzeitpflege oder Rehabilitationsklinik)
- Gesamter Behandlungspfad im Gesundheitswesen aus einer Hand (vertikale Integration der Gesundheitssektoren)
- Gesamter Behandlungspfad im Gesundheits- und Sozialwesen aus einer Hand (vertikale Integration aller Sektoren)

Rolle und Aufgabe der Sozialen Arbeit in der integrierten Versorgung

B2a: Als wie wichtig erachten Sie folgende Aufgaben für Sozialarbeitende im Gesundheitswesen? (Soziale Arbeit als Teil eines interprofessionellen Teams)

- Psychosoziale Begleitung in Krisensituationen
- Ressourcenallokation (insbesondere familiäres Umfeld)
- Erschliessung (sozial-) rechtlicher Ansprüche
- Nachsorgeorganisation

- Einleiten behördlicher Massnahmen (z.B. Kindes- und Erwachsenenschutz)
- Schulung anderer Professionen/Leistungserbringer bzgl. Sozialwesen

B2b: Als wie wichtig erachten Sie folgende Aufgaben für Sozialarbeitende im Gesundheitswesen? (Lotsenfunktion)

- Case Management über alle Sektoren hinweg
- Zusammenbringen der verschiedenen Leistungserbringer an einen Tisch
- Kontinuierliche Begleitung von Patientinnen und Patienten über längere Zeiträume
- Koordination der gesundheitlichen und sozialen Leistungen, z.B. in einem Behandlungsplan
- Informationsaustausch zwischen Leistungserbringern und Patientinnen und Patienten sicherstellen
- Meditation in Konfliktsfällen

B2c: Als wie wichtig erachten Sie folgende Aufgaben für Sozialarbeitende im Gesundheitswesen? (Öffentlichkeitsarbeit/Lobbying)

- Wirkungsnachweise erbringen
- Kenntnisse von alternativen Versicherungsmodellen
- Kenntnisse von Anreizen für / Interessen von verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen
- Politisches Lobbying
- Netzwerkarbeit mit allen Akteuren (z.B. auch SwissDRG; Krankenkasse, Politiker, FMH, Sozialdirektorinnen- und direktoren)
- Öffentlichkeitsarbeit

B2d: Welche Rolle(n) sollte die Soziale Arbeit Ihrer Meinung nach in der integrierten Versorgung einnehmen?

- Soziale Arbeit als Teil des interprofessionellen Teams
- Lotsenfunktion im Gesundheitswesen
- Öffentlichkeitsarbeit/Lobbying

- Sonstiges

Bezugsgruppen der Sozialen Arbeit in der integrierten Versorgung

B3a: Stellen Sie sich vor, Sie sind Teil eines Projekts integrierter Versorgung. Wie beurteilen Sie die Wichtigkeit, dass folgende Berufsgruppen in Ihr Projekt einbezogen werden?

- Ausärztinnen und -ärzte
- Pflegende spitalintern
- Pflegende spitalextern
- Physiotherapeutinnen und -therapeuten
- Fachärztinnen und -ärzte
- Ernährungsberaterinnen und -berater
- Psychologinnen und Psychologen
- Andere Sozialarbeitende (sages
- Krankenkassen
- Politikerinnen und Politiker
- Ärztinnen und Ärzte
- Pflegende
- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Ernährungsberatung
- Psychologinnen und Psychologen

- Seelsorge
- Medizinische Codierung

B3b: In einem Projekt integrierter Versorgung, welche Funktion ordnen Sie der Sozialen Arbeit (bezogen auf das Koordinationsnetz der verschiedenen Professionen) zu?

- unterstützende Funktion
- beratende Funktion
- koordinierende Funktion
- leitende Funktion
- Sonstiges

Stärken, Schwäche, Chancen und Risiken der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen

C1a: Beurteilen Sie die folgenden Aussagen zu den Stärken und Schwächen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen

- «Die Soziale Arbeit verkauft sich schlecht»
- «Es gibt Aufgabenbereiche, wie der Kinderschutz, welche nur durch Sozialarbeitende bearbeitet werden können»
- «Wirkungsnachweise sind für die Soziale Arbeit schwierig»
- «Die Soziale Arbeit ist in Organisationen des Gesundheitswesens gut positioniert»
- «Die professionsinterne Vernetzung und gegenseitige Unterstützung ist gut (z.B. Fachverband sages)»
- «Der Fachverband trägt politisches Gewicht»
- «Sozialarbeitende sind nicht bereit leitende Rollen einzunehmen»
- «Die Kompetenzen der Sozialen Arbeit sind anderen Berufsgruppen nicht bekannt»
- «Die Soziale Arbeit bearbeitet die soziale Dimension von Krankheit effizient und effektiv»

- «Sozialarbeitende im Spital befassen sich mit den aktuellen Entwicklungen in der Gesundheitspolitik»
- «Sozialarbeitende kennen Projekte der integrierten Versorgung»
- «Sozialarbeitende gestalten Projekte der integrierten Versorgung aktiv mit»
- «Die Soziale Arbeit kann im politischen Prozess gut argumentieren»
- «Die Soziale Arbeit betreibt genügend Öffentlichkeitsarbeit»

C1b: Beurteilen Sie folgende Aussagen zu den Chancen und Risiken für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

- «Die aktuellen Finanzierungsmodelle sind unvorteilhaft für die Soziale Arbeit»
- «Die Soziale Arbeit ist auf gutem Weg, als Gesundheitsberuf anerkannt zu werden»
- «Bemühungen müssen unternommen werden, dass die Leistungen der Spitalsozialarbeit via SwissDRG kostenrelevant abgerechnet werden können»
- «Den sozialen Determinanten von Krankheit wird in der Praxis keine Beachtung geschenkt»
- «Im Gesundheitswesen werden nur noch ökonomische Argumente akzeptiert»
- «Die Aufgaben der Sozialen Arbeit können auch durch andere Berufsgruppen übernommen werden»
- «Die Wertschätzung von Sozialarbeitenden im Gesundheitswesen ist gross»
- «In der Wirksamkeitsforschung für soziale Berufe wurden grosse Fortschritte gemacht»
- «Die Anliegen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen sind den wichtigsten Akteuren ((Krankenkassen, Leistungserbringer, FMH etc.) weitgehend bekannt»
- «Die Methodik der Sozialen Arbeit wird zunehmend von anderen Professionen verwendet»
- «Der Spardruck trifft Sozialarbeitende besonders hart»
- «Die Behandlung der sozialen Dimension von Krankheit durch Sozialarbeitende ist für die Ärzteschaft und die Pflegenden eine grosse Entlastung»

Anhang 11: Aktuelle Projekte integrierte Versorgung

Gesundheitsnetzwerk Uri: Gesundheitsversorgung für alle

Der Kanton Uri hat im September 2013 das Projekt «Gesundheitsnetzwerk Uri» lanciert mit dem Ziel, «nachhaltige Massnahmen zur Förderung der medizinischen Grundversorgung zu entwickeln und umzusetzen» (Zanoni & Berchtold, 2018, S, 30). Im Kanton Uri besteht Handlungsbedarf in der medizinischen Grundversorgung, da einerseits eine der tiefsten Ärztedichten vorherrscht und andererseits in den kommenden Jahren viele der Urner Hausärztinnen und Hausärzte pensioniert werden. Für die künftige Generation von Ärztinnen und Ärzte sind Einzelpraxen auf dem Land mit langen Präsenzzeiten nicht mehr attraktiv. Die Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung ist Aufgabe von Kanton und Gemeinden, weshalb die Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion dieses Projekt lanciert hat. Unter dem Dach von «Gesundheitsnetzwerk Uri» laufen aktuell folgende Teilprojekte (S 30):

- «uriMed – Junges Ärztenetzwerk Uri»: Dieses Projekt unterstützt und begleitet junge Urnerinnen und Urner während des Medizinstudiums und während der Assistenzarztzeit. Ziel ist es, dass die angehenden Ärztinnen und Ärzte später einmal im Kanton Uri arbeiten.
- «ANP Uri: Interprofessionelle Arbeitsteilung zwischen Nurse Practitioner und Hausarzt/Hausärztin»: Seit August 2017 läuft dieses Pilotprojekt unter der Leitung des Instituts Hausarztmedizin und Community Care Luzern. Es geht darum, dass eine klinische Pflegeexpertin (Nurse Practitioner) mit erweiterten Kompetenzen (Advanced Nursing Practice ANP) während drei Jahren in einer Hausarztpraxis tätig ist und ihre Tätigkeiten und Einsatzgebiete erprobt sowie evaluiert werden. Dieses Projekt ist neu und einzigartig in der Schweiz und wird vom Kanton Uri sowie der CSS Versicherungen finanziell unterstützt.
- Bereitschaftsentschädigung für Hebammen: Dank der Einführung dieser Entschädigung vom Urner Landrat im November 2017, erhalten Urner Hebammen «bei einer Haus- oder Beleghebammen-Geburt eine pauschale Bereitschaftsentschädigung. Das Ziel ist, die Leistungen der Hebammen als wichtiger Teil der medizinischen Grundversorgung zu stärken.» (S. 30).
- Förderung einzelner Grundversorger: Dank einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage konnte der Kanton Uri bereits zwei Gemeinden finanziell unterstützen. In beiden Gemeinden konnten während sechs Monaten an je zwei Halbtagen pro Woche eine so genannte «Satelliten-Hausarzt-Praxis» betrieben werden.
- Ärztliche Praxisassistenten: Die ärztliche Praxisassistenten in Urner Haus- und Kinderarztpraxen sowie das sechsmonatige «Curriculum Hausarztmedizin» für angehende

Hausärztinnen und Hausärzte werden im Rahmen des «Gesundheitsnetzwerk Uri» vom Kanton finanziert.

- Medizinische Praxisassistentinnen (MPA): Der Beruf MPA wird gestärkt und mit Massnahmen vom Kanton gefördert, da sie in Arztpraxen ein nicht wegzudenkendes Element sind.

Brennpunkte Thurgau

Im Jahr 2011 entstand die Idee des Innovationszyklus, wobei in jedem Zyklus drei Projektideen ausgewählt und umgesetzt werden (Zanoni & Berchtold, 2018, S. 32). An einer sogenannten Open Space Konferenz, die sich aus über 100 Entscheidungsträger aus dem Thurgauer Gesundheitswesen zusammensetzt, werden Ideen für die Verbesserung des Thurgauer Gesundheitswesens gesammelt: «Diese Ideen werden im Verlauf des Tages zu Projektskizzen verdichtet und am Schluss von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Punkten bewertet.» (S. 32).

Das Projekt «Brennpunkte Kanton Thurgau» wird von einer siebenköpfigen Steuergruppe, welche aus Vertretern von wichtigen Leistungserbringern des kantonalen Gesundheitswesens besteht, geleitet. Aus obigen Projektskizzen werden von dieser Steuergruppe drei Ideen ausgewählt: «Sie unterstützt und begleitet die ausgewählten Projekte bis zum Abschluss der Konzeption und – falls es dazu kommt – bis zur Umsetzung.» (S. 32). Ein Beispiel ist das Projekt «Gewalt in jugendlichen Liebesbeziehungen» und soll Jugendliche sowie deren Bezugspersonen für das Thema der sexuellen, physischen und psychischen Gewalt sensibilisieren. Mit Hilfe von Plakaten mit Präventionsbotschaften, die von Jugendlichen gestaltet und entworfen wurden, wird das Angebot seit Sommer 2018 in den Thurgauer Berufsschulen als Präventionsangebot genutzt.

Finanziert wird «Brennpunkte Gesundheit Thurgau» einerseits vom Departement Finanzen und Soziales, welches die Gesamtprojektleitung, die Teilprojektleitungen sowie die Kosten der zwei Tagungen übernimmt und andererseits unterstützen verschiedene Organisationen das Projekt als Gönnerinnen und Gönner. «Für die Entwicklung der Konzepte delegieren interessierte Organisationen Mitarbeitende, die ihren Beitrag im Rahmen ihrer regulären Anstellung erbringen. Wir wollen keine zusätzliche staatliche Parallelstruktur aufbauen, sondern einen kostengünstigen Weg beschreiten, um unser Gesundheitswesen «bottom up» zu optimieren.» (S. 32). Erwähnenswert ist auch, dass «Brennpunkte Gesundheit Thurgau» bewusst nicht in der kantonalen Verwaltung integriert ist und solange lebt, wie die Organisationen im kantonalen Gesundheitswesen Ideen und Tatendrang mitbringen.

INSPIRE: Pflegegeleitete integrierte Versorgung Baselland

Zwischen 2013 und 2040 wird der Anteil an 80-jährigen Personen und älter im Kanton Basel-Landschaft um 79% zunehmen, weshalb ein neues und innovatives Versorgungsmodell die Bedürfnisse bestmöglich abdecken soll (S. 34).

Der Kanton Basel-Landschaft hat ein neues Altersbetreuungs- und Pflegegesetz eingeführt und so die Grundlage «für ein zukunftsweisendes Versorgungsmodell von älteren Personen» gelegt (S. 34). Gemäss Gesetz sind die Gemeinden verpflichtet, sich zu Versorgungsregionen zusammenzuschliessen und «pflegegeleitete Informations- und Beratungsstellen zu Fragen der Betreuung und Pflege im Alter zu implementieren.» (S. 34).

Ziel des INSPIRE-Projekt ist es, ein integriertes Versorgungsmodell für ältere Personen zu gestalten und einzuführen, wobei der Fokus auf der Rollenentwicklung der Pflegefachpersonen zu Advanced Practice Nurse (ANP) liegt. Evaluiert wird das Projekt auf der Personen-, Leistungserbringer- und Systemebene. Die Zielgruppe sind Personen, bei welchen ein erhöhtes Risiko für Funktionsverlust, Hospitalisierung oder Institutionalisierung vorherrscht. «Die Identifikation der Risikogruppen erfolgt per Definition (z.B. alle älteren Personen, die nach einer ungeplanten Hospitalisation aus dem Spital entlassen wurden) oder durch ein Screening der gesamten älteren Bevölkerung mit einem kurzen und einfach anzuwendenden Screening-Tool.» (S. 34). Alle als gefährdet geltende ältere Personen werden in der Informations- und Beratungsstelle von der ANP einem umfassenden geriatrischen Assessment (CGA) unterzogen. Dies mit dem Ziel, dass ein individualisierter Pflege- und Behandlungsplan erstellt werden kann, wo die wichtigsten interprofessionellen Gesundheitsversorger und Gesundheitsfachpersonen miteinbezogen werden.

Finanziert wird das Projekt vom Swisslos-Fonds Baselland und der Velux Stiftung und dauert von September 2017 bis Dezember 2020. INSPIRE wird als interprofessionelles Projekt des Departements für Public Health der Universität Basel (Institut für Pflegewissenschaft, Swiss TPH, Basel Institut für Klinische Epidemiologie & Biostatistik, Institut für Pharmazeutische Medizin, Institut für Hausarztmedizin) sowie dem Kanton Basel-Landschaft und der Ärztesellschaft Baselland geführt (S. 34).

Anhang 12: Persönliche Erklärung Gruppenarbeit

Erklärung der Studierenden zur Master-Thesis

Name, Vorname Studierender: **Nicolas Netzer**

Titel Master-Thesis: Positionierung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen im Rahmen von SwissDRG und integrierter Versorgung. Eine empirische Mixed-Methods-Analyse

Datum Abgabe: 05. August 2020

Name Fachbegleitender: Prof. Dr. Dieter Haller

Ich, obgenannter Studierender, habe von der obengenannten Master-Thesis die folgenden Teile (Kapitel-Angabe) selbstständig verfasst:

- Kapitel: 10 (ausser 10.4, 10.4.1, 10.7., 10.7.1) / 11

Bei den folgenden, gemeinsam verfassten Teilen der Master-Thesis (Kapitel-Angabe) bin ich Mitverfasser:

- Kapitel 1 / 12 / 13

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

Ort, Datum

Bern, 05. August 2020

Unterschrift



Name, Vorname Studierende: **Corinne Stettler**

Titel Master-Thesis: Positionierung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen im Rahmen von SwissDRG und integrierter Versorgung. Eine empirische Mixed-Methods-Analyse

Datum Abgabe: 05. August 2020

Name Fachbegleitender: Prof. Dr. Dieter Haller

Ich, obgenannte Studierende, habe von der obengenannten Master-Thesis die folgenden Teile (Kapitel-Angabe) selbstständig verfasst:

- Kapitel 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9

Bei den folgenden, gemeinsam verfassten Teilen der Master-Thesis (Kapitel-Angabe) bin ich Mitverfasserin:

- Kapitel 1 / 10.4 / 10.4.1 / 10.7 / 10.7.1 / 12 / 13

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

Ort, Datum

Bern, 05. August 2020

Unterschrift

