

**Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis:
Beitrag und Potenzial für den Erwachsenenschutz**
Theoretische Begründung und Entwicklung eines Leistungskatalogs

Masterarbeit

im Rahmen des Master of Advanced Studies (MAS)

in

Kindes- und Erwachsenenschutz

eingereicht am
Departement Soziale Arbeit
der Berner Fachhochschule

von
Nelly Kummer

Erstgutachterin:
Prof. Dr. Andrea Hauri

Zweitgutachter:
Prof. Dr. Claudio Domenig

Abgabedatum:
15. Oktober 2023

Vorwort und Dank

Diese Masterarbeit verfasste ich als Abschlussarbeit für den MAS Kindes- und Erwachsenenschutz mit Vertiefung in Erwachsenenschutz an der Berner Fachhochschule. Sie behandelt die Fragestellung, welchen Beitrag die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis für den Erwachsenenschutz leisten kann. Ziel ist es, einen vorläufigen Leistungskatalog der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis für den Erwachsenenschutz zu präsentieren und den Mehrwert der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis für die medizinische Grundversorgung aufzuzeigen.

Die Fragestellung für diese Masterarbeit entwickelte ich zusammen mit meiner Betreuerin Prof. Dr. Andrea Hauri von der Berner Fachhochschule, welche mich von der Entwicklung der Fragestellung bis zur Ausarbeitung der Disposition und beim Erstellen der Masterarbeit mit ihrer Fachkompetenz begleitete und unterstützte. Teilweise fiel es mir schwer, Antworten auf meine Fragestellung zu finden, da sich die Forschung und die Literatur bisher nicht mit diesem spezifischen Bereich beschäftigt haben. Prof. Dr. Andrea Hauri gab mir wertvolle Inputs für die methodische Vorgehensweise, wodurch es mir gelang, mich intensiv mit der Thematik der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis auseinanderzusetzen, und den Fokus auf den Erwachsenenschutz zu legen. Daher danke ich meiner Betreuungsperson, Prof. Dr. Andrea Hauri, für ihre Unterstützung, Begleitung und gelungene Anleitung während dieses Prozesses und die sehr angenehme Zusammenarbeit.

Ein weiterer Dank geht an meinen Ehemann, Julian Kummer, welcher mir in dieser arbeitsintensiven Zeit stets Freiräume verschaffte und mich motivierte. Ohne diese wertvolle Stütze wäre es mir nicht möglich gewesen, diesen MAS Kindes- und Erwachsenenschutz mit Vertiefung Erwachsenenschutz zu absolvieren.

Nun wünsche ich Ihnen viel Freude beim Lesen dieser Masterarbeit und hoffe, Ihr Interesse an diesem Thema weiter anregen zu können.

Nelly Kummer

Naters, 15. Oktober 2023

Inhaltsverzeichnis

Vorwort und Dank	2
Inhaltsverzeichnis	3
Abbildungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	6
Abkürzungsverzeichnis	7
Abstract	9
1. Einleitung und Fragestellung	10
1.1 Fragestellung	11
1.2 Aufbau der Arbeit	12
2. Grundmethodiken und theoretische Grundlagen der Sozialen Arbeit und deren Mehrwert für die medizinische Versorgung	14
2.1 Pionierinnen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen	14
2.2 Bio-Psycho-Soziales Modell und die Salutogenese	16
2.3 Systemische Beratung – ein Mehrwert zur klassischen medizinischen Sichtweise	21
3. Fachliche Grundlagen	28
3.1 Gesetzlicher Auftrag und Rolle des Erwachsenenschutzes	28
3.2 Gesetzliche Grundlagen für die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis mit Fokus auf den Erwachsenenschutz	31
3.2.1 Datenschutz und Schweigepflicht	31
3.2.2 Melderecht und Meldepflicht	32
3.2.3 Mitwirkungspflicht	33
4. Aktueller Forschungsstand zur Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis in der Schweiz	34
5. Finanzierung Sozialer Arbeit in der Hausarztpraxis	39
6. Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis	42
6.1 Potential und Herausforderung der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis für den Erwachsenenschutz	42
6.2 Setting und Rolle der Sozialarbeitenden	50
6.2.1 Setting	50
6.2.2 Rolle	53
6.3 Leistungsangebot	56
6.3.1 Sozialberatung	57

6.3.2	Vor einer behördlichen Erwachsenenschutzmassnahme	59
6.3.3	Abklärungsphase	64
6.3.4	Rechtliches Gehör	66
6.3.5	Während einer behördlichen Massnahme	67
6.3.6	Nach einer behördlichen Massnahme	70
6.3.7	Aufträge und Überwachung im Auftrag der KESB	70
6.4	Leistungskatalog	71
7.	Ergebnisse	75
8.	Diskussion	78
9.	Fazit mit Beantwortung der Fragestellungen	81
10.	Literaturverzeichnis	85
Anhang		88
	Begriffe und Definitionen	88
	Ergänzende Tabellen und Abbildungen	91
	Eigenständigkeitserklärung	95

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 <i>Das Bio-Psycho-Soziale Modell (nach Friedrich, 2000, zitiert nach Beck & Borg-Laufs, 2010, S. 66)</i>	17
Abbildung 2 <i>Kybernetik II. Ordnung</i>	23
Abbildung 3 <i>Zirkularität</i>	24
Abbildung 4 <i>Lebensführungssysteme</i>	26
Abbildung 5 <i>Abklärungsverfahren der KESB</i>	29
Abbildung 6 <i>Diagnosen bei der Überweisung (Mehrfachantworten möglich, n = 61) ...</i>	36
Abbildung 7 <i>Gründe für eine Überweisung an die Sozialberatung (Mehrfachantwort möglich, n = 61)</i>	37
Abbildung 8 <i>Soziale Arbeit als fehlendes Puzzleteil</i>	92
Abbildung 9 <i>Zeitlicher Anteil sozialer Themen bei den ärztlichen Konsultationen</i>	92
Abbildung 10 <i>Modellpraxen und ihre typischen Brennpunkte</i>	93
Abbildung 11 <i>Schwierigkeiten in der Koordination mit den Sozialdiensten, Schweiz 2019</i>	94

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 <i>Rollen der Sozialen Arbeit in der Arztpraxis</i>	54
Tabelle 2 <i>Rollen der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis in Bezug auf den Erwachsenenschutz</i>	55
Tabelle 3 <i>Leistungskatalog der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis für den Erwachsenenschutz</i>	72
Tabelle 4 <i>Soziale Probleme in Hausarztpraxen in Deutschland</i>	91

Abkürzungsverzeichnis

B

BAG Bundesamt für Gesundheit

BFH Berner Fachhochschule

D

DSG Bundesgesetz über den Datenschutz

E

EDÖB Eidgenössischer Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragter

G

GDK Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

GWL Gemeinwirtschaftliche Leistungen

I

IV Invalidenversicherung

K

KESB Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde

kjz Kinder- und Jugendhilfezentren

KLV Krankenpflege-Leistungsverordnung

KOKES Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz

KVG Bundesgesetz über die Krankenversicherung

M

MAS Master of Advanced Studies

O

OKP Obligatorische Krankenpflegeversicherung

S

SAGES Schweizerischer Fachverband für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit

SAMW Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

SKOS Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe

StGB Schweizerisches Strafgesetzbuch

Z

z. H. zu Handen

ZGB Schweizerisches Zivilgesetzbuch

Abstract

Die Gesundheit wird durch soziale Probleme beeinflusst. Hausärzte, Hausärztinnen sind in den Sprechstunden zunehmend mit diesen nicht-medizinischen Themen konfrontiert. Ihre Mittel, zeitlichen Ressourcen und ihr Fachwissen reichen nicht aus, um die sozialen Probleme zu lindern, weshalb eine Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden nötig ist. Die Soziale Arbeit in Hausarztpraxen stellt nicht nur einen Mehrwert für die medizinische Grundversorgung dar, sondern auch für den Erwachsenenschutz. Dieser Hypothese wurde in der vorliegenden Masterarbeit nachgegangen. Das Ziel war, einen Überblick über das Potential und den Beitrag sowie einen vorläufigen Leistungskatalog für die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis in Bezug auf den Erwachsenenschutz zu entwickeln. Dazu wurde die Frage gestellt, welchen Beitrag die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis für den Erwachsenenschutz leisten kann.

Es handelt sich um eine Literaturarbeit. Anhand der Pionierinnen der Sozialen Arbeit, des Bio-Psycho-Sozialen Modells und der systemischen Ansätze wurden der Bezug der Sozialen Arbeit zum Gesundheitswesen sowie der Mehrwert der Sozialen Arbeit für die klassische medizinische Grundversorgung aufgezeigt. Es wurde der aktuelle Forschungsstand berücksichtigt und in den Erwachsenenschutz eingeführt. Aus diesen theoretischen Grundlagen wurde das Potential und die Herausforderungen der Sozialen Arbeit in Hausarztpraxen abgeleitet.

Es zeigte sich, dass die Soziale Arbeit die sozialen Anliegen der erkrankten Personen bearbeitet. In ihrer Arbeit beziehen Sozialarbeitende die Lebenswelt ein und stellen somit einen Mehrwert zur klassischen medizinischen Behandlung dar. Aufgrund der Niederschwelligkeit und des einfachen Zugangs hat die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis die Chance, betroffene Personen frühzeitig zu erreichen. Es wurde nachgewiesen, dass die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis in Bezug auf den Erwachsenenschutz Leistungen erbringt und somit auch in diesem Bereich Potential ausweist, was im entwickelten Leistungskatalog aufgezeigt wird: Die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis kann präventiv, über den gesamten Prozess von der Abklärung, zur Errichtung einer behördlichen Erwachsenenschutzmassnahme, bis hin zur Beendigung der Beistandschaft Leistungen erbringen. Sie kann dort einsetzen, wo der Erwachsenenschutz noch nicht bzw. nicht mehr wirksam ist. Auf Grundlage dieser Erkenntnis ist empfehlenswert, den generellen Beitrag der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis und in Bezug auf den Erwachsenenschutz anzuerkennen und die Interdisziplinarität weiter zu fördern.

Im Bereich des Kindes- und Erwachsenenschutzes sollte weiterführende Forschung über die Wirksamkeit der Sozialen Arbeit in der Primärversorgung erfolgen.

1. Einleitung und Fragestellung

Die Gesellschaft verändert sich, was Unsicherheit und Orientierungslosigkeit bedeuten kann. Dies schlägt sich in vielen sozialbedingten und sozialrelevanten Gesundheitsproblemen nieder. Menschen benötigen zunehmend psychische, soziale und/oder materielle Ressourcen, um die Herausforderungen des Wandels zu bewältigen. Das Gesundheitswesen in der Schweiz steht zunehmend unter Druck. Der wirtschaftliche Druck entsteht aufgrund der steigenden Kosten, weshalb Bund und Kantone seit Jahren eine stärkere interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen fordern und eine Verbesserung der integrierten und koordinierten Gesundheitsförderung als Ziel setzen (BAG, 2016; GDK, 2019). Der stationäre Bereich wird zunehmend belastet, da die ambulante Grundversorgung nicht sichergestellt ist. Die Abwärtsspirale bei psychisch Erkrankten könnte zum Teil verhindert werden, wenn präventiv und im ambulanten Bereich ein besseres Versorgungsangebot mit Sozialer Arbeit bestehen würde. Ein drohender Ärzte-, Ärztinnenmangel, fehlendes Pflegepersonal und ein Fachkräftemangel werden in den Medien diskutiert und von Studien bestätigt (vgl. Pahud, 2019). Die GDK geht davon aus, dass die Zahl von Menschen mit mehreren chronischen Erkrankungen, Mehrfacherkrankungen (multimorbid) und unterschiedlichen Bedürfnissen zunimmt. Weiter werden Menschen mit zunehmendem Alter dement und schwerwiegende Erkrankungen führen nicht mehr nach kurzer Zeit zum Tod, sondern sind besser kontrollierbar. Es sind längere oder dauerhaftere Behandlungen und Betreuungen notwendig. Die einzelnen Behandlungsschritte sind besser aufeinander abzustimmen und der Mensch, anstatt die Krankheit (Salutogenese), muss ins Zentrum gestellt werden. Die Patientinnen, Patienten müssen einbezogen werden und eine aktive Rolle erhalten. Die Bedürfnisse der erkrankten Menschen ändern sich und die Komplexität wird erhöht. Das Bio-Psycho-Soziale Modell verdeutlicht, dass Gesundheit durch verschiedene Faktoren beeinflusst wird, welche in Wechselwirkung zueinanderstehen. Die Betroffenen sind neben medizinisch-pflegerischen Leistungen auch auf psychosoziale, rechtliche und finanzielle Unterstützung angewiesen (vgl. GDK, 2019, S. 3). In der Sprechstunde sind Hausärzte, Hausärztinnen zunehmend mit Patientinnen, Patienten konfrontiert, deren Wohlbefinden durch soziale Probleme beeinträchtigt wird. Die medizinischen Mittel, zeitlichen Ressourcen und das Fachwissen der Hausärzte, Hausärztinnen reichen nicht aus, um die sozialen Probleme zu lindern, weshalb eine niederschwellige, alltagsnahe, unbürokratische und fachlich kompetente Sozialberatung die Hausärztinnen, Hausärzte und die Patientinnen, Patienten unterstützt und entlastet. Sie richtet den Fokus auf die äusseren Fak-

toren (soziale Dimension des Bio-Psycho-Sozialen Modells) von Gesundheit. Interdisziplinäre und koordinierte Zusammenarbeit der Fachkräfte ist gefordert, um den Betroffenen und deren Angehörigen die für sie notwendige Unterstützung zu gewähren. Für die Umsetzung der integrierten Versorgung besteht auf allen Ebenen, Kanton, Gemeinde, Gesundheitsfachpersonen, Versicherungsunternehmen sowie Patientinnen, Patienten Handlungsbedarf und sie muss vorangetrieben werden. Die integrierte Versorgung wird in dieser Masterarbeit nicht im Detail vorgestellt oder kritisch beleuchtet, da dies nicht Thema dieser Arbeit sein soll. Die heutigen Systeme hindern die integrierte Versorgung, unter anderem aufgrund der Finanzierung, der Vergütungen und der Hierarchien.

1.1 Fragestellung

Gesundheit und Genesung muss auf mehreren Ebenen (bio, psycho, sozial) und interdisziplinär bearbeitet werden. Sozialarbeitende kooperieren interdisziplinär, um komplexere Probleme zu lösen und setzen sich dafür ein, dass Situationen umfassend und transdisziplinär bearbeitet werden (AvenirSocial, 2010, S. 15). Als Expertinnen, Experten der systemischen Sichtweise bringen Sozialarbeitende das aus ihrer Sicht gewonnene Wissen in interdisziplinäre Teams ein, um gemeinsam Lösungen zu entwickeln. Das Gesundheitssystem ist gefordert, sich mit den erwähnten Herausforderungen auseinanderzusetzen und strukturelle Anpassungen vorzunehmen. Eine Antwort auf diese Probleme liegt in der Sozialen Arbeit (vgl. Abbildung 8 im Anhang). Der Berufskodex verpflichtet Sozialarbeitende zur Unterstützung von Menschen, die «vorübergehend oder dauernd in der Verwirklichung ihres Lebens illegitim eingeschränkt oder deren Zugang zu und Teilhabe an gesellschaftlichen Ressourcen ungenügend sind» (AvenirSocial, 2010, S. 7). Von Krankheit betroffene Menschen sind in der Lebensführung eingeschränkt und auf niederschwellige Zugänge zu Beratungsstellen angewiesen. Soziale Arbeit in der Grundversorgung kann die Aufgabe übernehmen, eine Zusammenarbeit und Kooperation zwischen Sozial- und Gesundheitswesen zu fördern. Sie kann als Bindeglied dienen, indem sie das soziale Umfeld, die Gesundheit und die Lebenswelt der Patientinnen, Patienten berücksichtigt und bearbeitet. Dadurch stellt sie einen Mehrwert zur klassisch medizinischen Sichtweise dar (vgl. Kap. 2). Gemäss einer Studie der Berner Fachhochschule BFH verbessert eine integrierte oder angegliederte Sozialberatung die Versorgungsqualität in den Sprechstunden, denn sie kann Betroffenen bei nicht-medizinischen Fragestellungen rasch und niederschwellig Beratung und Unterstützung anbieten, was wiederum die Hausärztinnen, Hausärzte entlastet (Rüegg et al., 2022a). Durch die Beratung und Vernetzung der Hausärztinnen, Hausärzte und der Patientinnen, Patienten

wird eine nachhaltige, interprofessionelle, patientenzentrierte und effiziente Gesundheitsversorgung gewährleistet.

Die aktuelle Forschung und Literatur konzentrieren sich auf das Potenzial der Sozialen Arbeit in Hausarztpraxen, deren Umsetzungsgrundlagen und Finanzierungsoptionen. Ein Bezug zum Erwachsenenschutz wurde bisher nicht hergestellt. Über die Leistungen der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis für den Erwachsenenschutz ist wenig bekannt. Deshalb wird in dieser Masterarbeit folgender Frage nachgegangen:

Welchen Beitrag kann die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis für den Erwachsenenschutz leisten?

Um diese Frage beantworten zu können, werden folgende Unterfragen gestellt und beantwortet:

- *Inwieweit stellen Grundmethodiken und theoretische Grundlagen der Sozialen Arbeit einen Mehrwert für die medizinische Versorgung dar?*
- *In welchen Bereich des Erwachsenenschutzes ist die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis gesetzlich zu verorten und welche gesetzlichen Grundlagen sind relevant?*
- *Welches Potential hat die Soziale Arbeit in einer Hausarztpraxis für den Erwachsenenschutz; welche Risiken und Herausforderungen bestehen?*

In dieser Masterarbeit wird der Fokus auf den Erwachsenenschutz gelegt. Auf die Mitberücksichtigung des Kindesschutzes wird verzichtet, da es sich um eine Abschlussarbeit für den MAS Kindes- und Erwachsenenschutz mit Vertiefung Erwachsenenschutz handelt. Diese Arbeit bezieht den aktuellen Forschungsstand zur Sozialen Arbeit in Hausarztpraxen mit ein, allerdings existieren in der Schweiz bisher keine Studien, die den Erwachsenenschutz berücksichtigen. Forschungen aus anderen Ländern, mit Ausnahme einer erwähnten Studie aus England und einer aus Deutschland, werden bewusst ausgeschlossen, um den Fokus auf den Erwachsenenschutz und die spezifischen Systeme in der Schweiz zu legen.

1.2 Aufbau der Arbeit

Das Ziel der Arbeit ist, einen vorläufigen Leistungskatalog für die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis in Bezug auf den Erwachsenenschutz vorzustellen und somit einen Überblick über das Potential der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis für den Erwachsenenschutz zu verschaffen. Es handelt sich um eine Literaturarbeit.

In Kapitel 1 wird in das Thema eingeführt und die Fragestellungen präsentiert. Den theoretischen Rahmen bilden Kapitel 2 bis 5. Anhand der Grundmethodiken und theoretische Grundlagen der Sozialen Arbeit wird in Kapitel 2 der Mehrwert der Sozialen Arbeit für die medizinische Grundversorgung aufgezeigt. In Kapitel 3 wird in den Erwachsenenschutz eingeführt, indem der gesetzliche Auftrag und die Rolle sowie die relevanten gesetzlichen Grundlagen aufgeführt werden. Der aktuelle Forschungsstand wird in Kapitel 4 dargestellt. Der theoretische Teil wird abgeschlossen, indem die aktuellen Finanzierungsmöglichkeiten (Kap. 5) erläutert und auf die damit verbundenen Herausforderungen eingegangen wird. Im Anschluss wird in Kapitel 6 die Fragestellung bearbeitet, indem zunächst in den Unterpunkten 6.1 und 6.2 auf das Potential und die Herausforderungen der Sozialen Arbeit in und für Hausarztpraxen sowie auf das Setting und die Rolle eingegangen wird. In Kapitel 6.3 wird der vorläufige Leistungskatalog präsentiert und erläutert. Die Ergebnisse werden in Kapitel 7 zusammengefasst und in Kapitel 8 zur Diskussion gestellt. Abschliessend werden die Fragestellungen beantwortet und ein Fazit gezogen (Kap.9).

2. Grundmethodiken und theoretische Grundlagen der Sozialen Arbeit und deren Mehrwert für die medizinische Versorgung

Die Soziale Arbeit stellt einen Mehrwert für die medizinische Versorgung dar. Diese Hypothese wird im Folgenden anhand ausgewählter Grundmethodiken und theoretischen Grundlagen der Sozialen Arbeit überprüft. Dazu werden zunächst Pionierinnen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen und deren theoretischen Ansätze vorgestellt. Das Bio-Psycho-Soziale Modell verdeutlicht, dass Gesundheit mehrdimensional bearbeitet werden muss, weshalb eine interdisziplinäre Zusammenarbeit nötig ist. Dabei wird auf die Grundhaltung der Salutogenese eingegangen. Der systemische Ansatz wird in Bezug zur Gesundheit gesetzt und es wird dargelegt, welches Potential dieser für die medizinische Grundversorgung bietet.

2.1 Pionierinnen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen

Als Pionierinnen der Sozialen Arbeit in und für Hausarztpraxen können Jane Addams, Alice Salomon und Mary Richmond gelten. Die Theorien dieser Pionierinnen wird nachfolgend beschrieben.

Engelke et al. (2009, S. 187–203) schreiben zu Addams (1860–1935): Für sie hat jede Soziale Arbeit bei den sozialen Problemen anzusetzen und die persönliche Begegnung steht im Zentrum. Bei der Beschreibung der sozialen Wirklichkeit soll der Lebenskontext der Menschen mitberücksichtigt werden. Nach Addams hat die Soziale Arbeit die Aufgabe, «zur Lösung bei den sozialen und industriellen Problemen beizutragen, die durch die Lebensbedingungen einer modernen Grossstadt hervorgerufen werden» (Engelke et al., 2009, S. 197). Indem Addams den Lebenskontext der Menschen mitberücksichtigt, wird ein Bezug zum Bio-Psycho-Sozialen Modell und zum systemischen Ansatz deutlich (vgl. Kap. 2.2 und 2.3).

Salomon (1872–1948) nennt Engelke et al. (2009, S. 234–249) zufolge als Gegenstand der Wohlfahrtspflege den Menschen, der Not leidet. Dabei ist der Mensch als Einheit zu sehen in seiner wirtschaftlichen Lage, seiner gesundheitlichen Situation und seiner Sittlichkeit. «Der einzelne Hilfebedürftige wird mit seinem ganzen Wesen, seinem körperlichen und geistigen Zustand und seinem Charakter als Glied seiner Familie in seinem natürlichen Zusammenhang betrachtet» (Engelke et al., 2009, S. 238). Salomon setzte sich für den Schutz der Schwachen ein. Sie erkannte den Zusammenhang zwischen

Menschen und Lebensumständen, weshalb Soziale Arbeit stets mit deren wechselseitigen Anpassungen zu tun hat. Die Soziale Arbeit nach Salomon kann entweder den Menschen oder die Familien fördern und beeinflussen, mit dem Ziel, dass diese sich in ihrer Umgebung behaupten können. Anderenfalls muss sie die Lebensumstände und die Umwelt der Menschen so anpassen, dass diese geeigneter für die Erreichung der Lebenszwecke der Menschen werden.

Die Wohlfahrtspflege soll die Hilfebedürftigen einerseits materiell unterstützen, aber auch andererseits ihre wirtschaftliche Selbstständigkeit wieder herbeiführen. Auf die Lebensgestaltung der Hilfebedürftigen ist so einzuwirken, dass sie sich wieder in die Volkswirtschaft eingliedern. Die Wohlfahrtspflege hat es aber auch mit Erziehungs- und Bildungsaufgaben, gesundheitlicher Fürsorge und Förderung zu tun, da es ja immer um den ganzen Menschen geht. Sie soll Gesundheit, geistiges und sittliches Leben den Kulturideen entsprechend erhöhen und vervollkommen. (Engelke et al., 2009, S. 243)

Für Salomon war die individualisierende Fürsorge zentral. Grundlage dazu bildete die soziale Diagnose, welche ein Gesamtbild der sozialen Schwierigkeiten eines Menschen oder einer Familie ergab. Daraus wurden die Unterstützungsmassnahmen abgeleitet. Die Soziale Arbeit ist mit gesundheitlichen Themen verbunden. Salomon leistete Öffentlichkeitsarbeit, wodurch zu Beginn des 20. Jahrhunderts in Berlin in nahezu allen Spitälern eine Sozialarbeit etabliert werden konnte (vgl. Rüegg et al., 2022b, S. 9). Ihre Theorie beinhaltete sowohl systemische Ansätze, indem sie den Zusammenhang zwischen Menschen und Lebensumständen erkannte, als auch das Bio-Psycho-Soziale Modell, da ihrer Ansicht nach die Soziale Arbeit auf die Gesundheit und auf das geistige und sittliche Leben einwirken soll.

Richmond (1861–1926) legte den Fokus auf die Person-in-der-Umgebung, engl. *person-in-environment*. Dieser Ansatz wird später unter anderem von Turner mit dem Begriff des *psycho-sozialen Menschen* aufgegriffen. Sie sah die Klientel als Handelnde, welche in ihren Systemen bzw. in multiplen sozialen Milieus zu betrachten sind. Dabei beeinflussen die sozialen Systeme das Verhalten und Erleben der Klientel (vgl. Pauls, 2013, S. 13, 65). Auch bei Richmond sind systemische Ansätze und das Bio-Psycho-Soziale Modell ersichtlich.

Der Berufskodex der Sozialen Arbeit beinhaltet den Grundsatz der Integrität: «Die Verwirklichung des Menschseins in demokratisch verfassten Gesellschaften bedarf der integrativen Berücksichtigung und Achtung der physischen, psychischen, spirituellen, sozialen und kulturellen Bedürfnisse der Menschen, sowie ihrer natürlichen, sozialen

und kulturellen Umwelt» (AvenirSocial, 2010, S. 10). Dieser Grundsatz sowie die Theorien der drei Pionierinnen der Sozialen Arbeit zeigen auf, welche Bedeutung der systemische Ansatz und das Bio-Psycho-Soziale Modell für die Soziale Arbeit und das Gesundheitswesen haben.

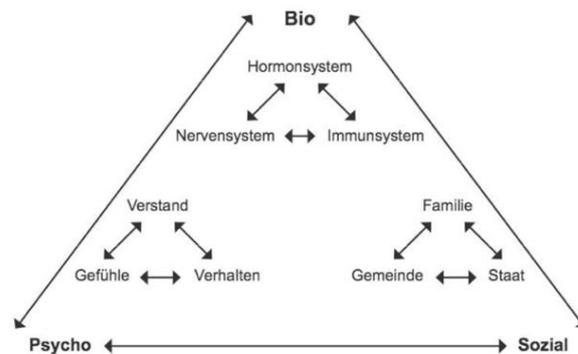
2.2 Bio-Psycho-Soziales Modell und die Salutogenese

Psycho-soziale Faktoren haben Einfluss sowohl auf die psychische als auch die physische Gesundheit: «Soziale und ökonomische Faktoren hingegen würden ungefähr 15 bis 40 Prozent der Morbidität und Mortalität erklären [...]» (Rüegg, 2021, S. 4). Die Broschüre «Chancengleichheit und Gesundheit – Zahlen und Fakten für die Schweiz» vom BAG (2018) zeigt den Zusammenhang zwischen sozialen Faktoren und der Gesundheit auf, wovon hier beispielhaft einige genannt werden: ein niedrigeres Einkommen und Bildungsniveau erhöhen das Risiko, an alkoholbedingten Krankheiten oder Verletzungen zu sterben und bedingen, dass Personen in ihrer Freizeit weniger häufig körperlich aktiv sind. Körperliche Bewegung beugt gesundheitliche Probleme vor. Personen mit Migrationshintergrund verzichten aus finanziellen Gründen häufiger auf medizinische und zahnmedizinische Leistungen als Menschen ohne Migrationshintergrund. Zu den elementaren präventiven Schutzfaktoren bei psychischen Problemen zählen «unterstützende soziale Kontakte, ein guter Bildungsstand und ausreichende finanzielle Ressourcen» (BAG, 2018, S. 16). Pauls (2013, S. 100 f.) kam zum selben Schluss, wonach die Anzahl und Häufigkeit von sozialen Kontakten die psychische und physische Gesundheit beeinflussen. Psycho-soziale Gesundheit muss multiperspektivisch betrachtet werden und bedarf einer interdisziplinären Zusammenarbeit (vgl. BAG, 2018; Pauls, 2013). Sowohl Hausärzte, Hausärztinnen als auch «Sozialarbeitende innerhalb und ausserhalb des Gesundheitswesens sind mit komplexen biopsychosozialen Problemlagen konfrontiert. Gesundheitliche und soziale Probleme» (Rüegg et al., 2022b, S. 10) stehen miteinander in Zusammenhang und können sich gegenseitig intensivieren. Sozialarbeitende sehen den Menschen als biopsychosoziales Wesen und System, dessen Gesundheit von seinem sozialen Umfeld und seinen Bezugssystemen beeinflusst wird.

Das Bio-Psycho-Soziale Modell, welches in Abbildung 1 schematisch dargestellt ist, wurde in den 1970er Jahren von Georg L. Engel entwickelt. Hinter dem Modell steht ein Menschenbild, welches den Menschen als körper-seelische Ganzheit sieht. Dabei sind körperliche und psychische Vorgänge miteinander und mit den sozialen Beziehungen, in welchen jeder Mensch lebt, verbunden. Dieses Menschenbild sieht den Menschen in seiner Individualität und in seiner Sozialisation. Um den Menschen als Ganzheit erfassen

zu können, muss er in seiner Vielfalt betrachtet werden.

Abbildung 1 Das Bio-Psycho-Soziale Modell (nach Friedrich, 2000, zitiert nach Beck & Borg-Laufs, 2010, S. 66)



Quelle. H. Pauls, *Klinische Sozialarbeit Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*, Beltz Juventa Verlag, 2013, S. 99, (978-3-7799-5158-2).

Harrer (2022) erklärt das Modell und dessen Zusammenhang zu Krankheit: Es umfasst folgende drei Dimensionen. «Bio» steht für die bio-medizinische Ebene, welche Krankheit in ihrer körperlichen Fülle beschreibt. Es werden von aussen beobachtbare und objektive Diagnosen gestellt. «Psycho» hingegen beschreibt Krankheit aus der subjektiven und individuellen Sicht des erkrankten Menschen. Diese Dimension bezieht dabei die Gefühle, Gedanken und das Verhalten der Betroffenen ein. Sie beschreibt die subjektiven Vorstellungen von der betroffenen Person über die Entstehung der Krankheit und deren Linderung. «Sozial» sieht den Menschen in seinen Beziehungen, ergo in seinen Systemen und seinem Kontext. Krankheit entsteht, wenn zwischen der Person und deren Umwelt eine ungenügende, krank machende Passung besteht.

Das Modell von Engel wurde in Fachkreisen diskutiert und um weitere Komponenten ergänzt. «Sozial» wird beispielsweise von Harrer (2022) ergänzt mit der öko-sozialen Dimension. Prof. Dr. phil. Christoph Gehrlach (persönliche Kommunikation, 12.05.2023) plädiert für die Ergänzung des Modells mit einer kulturellen Dimension. Die kulturellen Hintergründe prägen den Menschen, seinen Umgang mit Gesundheit, sein Verhalten und den Zugang zum Sozialwesen. Die kulturelle Dimension umfasst die soziale Integration und Sicherheit sowie die Teilnahme und das Wohlbefinden im sozio-kulturellen Lebenskontext. Somit könnte das Modell von Engel erweitert werden zu einem «Bio-Psycho-Öko-Sozialen-Kulturellen Modell».

Im Bio-Psycho-Sozialen Modell stehen die drei Ebenen in einer sich stets ändernden Wechselbeziehung. Das Modell weist einen Bezug zur Systemtheorie auf, denn es sieht den Menschen selbst als ein System, welches Teil eines umfassenden Systems ist (vgl.

Abbildung 1), wodurch der Mensch in sein Bezugssystem (systemische Denkweise) gestellt wird. «Die Kommunikationswege der einzelnen Subsysteme innerhalb ihres eigenen Systembereichs und zwischen den einzelnen Systemebenen» (Pauls, 2013, S. 99) werden nach Engel aus dem Modell ersichtlich. Wie die Systemtheorie setzt auch das Bio-Psycho-Soziale Modell bei der Entstehung von Krankheit und bei der Genesung den Menschen in Beziehung zu seiner Umwelt. Einerseits sind psycho-soziale Integration und soziale Unterstützung Schutzfaktoren vor Erkrankungen. Andererseits sind sie bei der Behandlung von Krankheiten und bei der Rehabilitation elementare Einflussfaktoren. Genesung bedeutet somit stets die (Re-)Integration in die soziale Umgebung. Ein Mangel an sozialer Zuwendung und psycho-sozialem Wohlbefinden (vgl. Kap. 2.1 Addams) verursacht Krankheiten, welche nicht mit Medikamenten ausgeglichen werden können. Im Gegensatz zum naturwissenschaftlichen medizinischen Zugang stellt das Modell die Sozialität und Personalität ins Zentrum, indem es die Person ins Zentrum stellt, die mit anderen Menschen sozial zusammenlebt.

Pauls (2013, S. 46 f.) bezieht sich auf Grawe, gemäss welchem ungünstige Lebensbedingungen (Armut, Arbeitslosigkeit, schlechte soziale Umgebung, geringe Unterstützungsmöglichkeiten, Krankheiten und körperliche Beeinträchtigungen sowie ungünstige Beziehungen) das Risiko erhöhen, an einer psychischen Störung zu erkranken. Diese Risikofaktoren können Symptome einer Erkrankung sowohl auf psychischer als auch physischer Ebene auslösen. Das Ignorieren der sozialen Komponente beeinflusst somit die Entstehung von Krankheiten und den Genesungsprozess.

Soziale Arbeit hat einen Gesundheitsbezug, denn die sozialen Beziehungen beeinflussen die bio-physiologischen¹ Zustände. Pauls (2013, S. 53–56) begründet dies damit, dass zwischen Patient, Patientin und Sozialarbeitenden eine Beziehung besteht, welche sich nicht auf Informationsaustausch beschränken lässt. Vielmehr geht es um ein Beratungsgespräch, «das psychische Vorgänge des Erlebens beeinflusst und Verhaltensänderungen durch psychosoziale Lernprozesse in ggf. veränderter Umgebung bewirken soll» (Pauls, 2013, S. 54). Soziale Interventionen sollen durch eine unterstützende soziale Beziehung auch biologische Prozesse bei den Patientinnen, Patienten beeinflussen. Soziale Arbeit wirkt folglich auf die biologische Ebene ein. Wenn Soziale Arbeit als «komplexe zwischenmenschliche professionelle Fürsorge-Beziehung» (Pauls, 2013, S. 54) wirkt, darf sie bei biologischen, psychologischen und sozialen Verhaltensweisen des

¹ «Physiologisch wird auch im Sinne von normal, beim gesunden Menschen auftretend, nicht krankhaft, verwendet. Dementsprechend bezeichnet unphysiologisch oder pathologisch eine Abweichung von den normalen, beim gesunden Lebewesen auftretenden oder wünschenswerten Lebensvorgängen» („Physiology“, o. D.) in (<https://dbpedia.org/page/Physiology>).

Menschen nicht ausser Acht gelassen werden. Sozialarbeitende stehen jedoch vor der Herausforderung, eine Beziehung zum Patienten, zur Patientin aufzubauen und eine sichere Basis für die Zusammenarbeit zu schaffen. Pauls (2013, S. 56–63) führt aus, dass für erkrankte und belastete Menschen helfende und haltgebende Beziehungen elementar sind. Solche Beziehungen auf professioneller Ebene ermöglichen der Klientel, stabile ‹heilende› Anerkennungsverhältnisse zu erleben. Sozialarbeitende konstruieren somit kompensierende ‹Beziehungs- und Selbsterfahrungen im Rahmen von heilsamer Umweltunterstützung› (Pauls, 2013, S. 62). Im Idealfall stärkt diese Beziehungserfahrung das Selbstwertgefühl und trägt so zu einer Steigerung der Handlungsfähigkeit der Klientel bei.

Der ‹Person-in-environment›-Ansatz von Richmond wird im Bio-Psycho-Sozialen Modell aufgenommen. Dieser erfordert von Sozialarbeitenden methodische Fähigkeiten wie Beratungs- und Gesprächsführungskompetenzen, Case Management und eine interprofessionelle Zusammenarbeit mit anderen Fachpersonen. Der systemische Ansatz unterstützt dabei, die bio-psycho-sozialen Ebenen zu analysieren, und in der Behandlung/Intervention miteinzubeziehen. Die klinische Sozialarbeit hat jedoch auch Grenzen: ‹soziale Situationen und Lebenslagen mit ihren Chancenstrukturen, Belastungen und Risiken wirken auch dann auf die Gesundheit von Individuen ein, wenn sie nicht davon „wissen“› (Pauls, 2013, S. 66). Der ‹Person-in-environment›-Ansatz zeigt auf, dass sich behandlungsbedürftige psycho-soziale Probleme und Belastungen gleichzeitig aus individuellen, sozialen und umgebungsstrukturellen Bedingungen ergeben. Dennoch bleibt die Klientel für ihre eigenen Handlungen, ihre Problem- und Krankheitsbewältigung und ihre Situation verantwortlich. Sozialarbeitende stehen aufgrund der gegenseitigen Beeinflussung vor der Herausforderung, alle drei Ebenen (Individuum, sozialer Kontext und Umwelt) in der Intervention zu berücksichtigen. Sie müssen das Individuum mit seinen Bedürfnissen, die sozialen Beziehungen, die leiblich-biologische Dimension des Menschen, die objektiven Bedingungen der gesellschaftlichen Institutionen sowie die materielle und physikalische Umwelt berücksichtigen. Notwendig ist daher ein Methodenpluralismus. ‹Die Person-in-der-Situation Perspektive fordert ein Störungsverständnis und eine Gesundheitskonzeption, die dem zugrunde liegenden bio-psycho-sozialen Ansatz gerecht werden und auch ökosoziale und sozialräumliche Aspekte einbeziehen› (Pauls, 2013, S. 72) kann. Bei akuter und chronischer Erkrankung sowie bei körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen darf nicht mehr zwischen ‹aussermedizinischen› (z.B. Schule, Arbeit, Familie, Beziehungen, soziale Integration usw.) und ‹medizinischen› Bereichen unterschieden werden. Pauls bringt dies auf den Punkt: ‹[...] das Gesundheitswesen

muss sozialer werden, das Sozialwesen klinisch kompetenter» (Pauls, 2013, S. 72).

Am Bio-Psycho-Sozialen Modell von Engel kann kritisiert werden, dass es ein Krankheitsmodell ist und die Risiko- anstatt die Schutzfaktoren im Fokus hat. Die Salutogenese bzw. die salutogenetische Sichtweise von Aaron Antonovsky hingegen richtet den Fokus auf die Frage, wie Gesundheit entsteht und aufrechterhalten werden kann. «Die auf die Krankheitsentstehung fixierte Sicht richte ihre Aufmerksamkeit auf die Pathologie und nicht auf den kranken Menschen und werde blind gegenüber dem Kranksein der Person und ihrer gesamten Lebenssituation» (Pauls, 2013, S. 102). Die pathologische Sichtweise beschreibt Krankheit als Abweichung der Norm ‹Gesundheit›. Antonovsky hingegen führt das multidimensionale Gesundheits-Krankheits-Kontinuum ein, wonach eine Person mehr oder weniger gesund ist und nicht entweder krank oder gesund. Antonovsky spricht entsprechend vom ‹kranken Gesunden› oder vom ‹gesunden Kranken›. Krankheit ist für ihn kein unnormales Ereignis, wie die pathologische Sicht vermuten lässt, da der Mensch ständig Stressoren seiner Umwelt ausgesetzt ist. Es stellt sich die Frage, wie Menschen trotz vieler Stressoren relativ gesund bleiben und wieder gesund werden können und welche Inputs Menschen auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in Richtung Gesundheit bewegen können. Die Salutogenese geht davon aus, dass Gesundheit relativ ist und in der erfolgreichen Lebensbewältigung trotz der Herausforderungen der Welt besteht (vgl. Pauls, 2013, S. 102–105). Der salutogenetische Ansatz setzt in der Prävention an und fordert Unterstützung, bevor der Mensch krank wird. Zusätzlich zu den Stressoren werden die Coping-Ressourcen berücksichtigt, indem nach den Faktoren gefragt wird, welche die Person auf dem Kontinuum in Richtung Gesundheitspol bewegen können. Stressoren werden dabei als normal und allgegenwärtig angenommen. «Gesundheit ist ein anfälliger, labiler und aktiver Prozess, der sich in dynamischer Weise selbst reguliert. Entscheidend ist die Fähigkeit des Organismus bzw. des Individuums (und des sozialen Systems), ihre ‚Ordnung‘ aufrechtzuerhalten bzw. ständig wieder herzustellen» (Pauls, 2013, S. 105).

Der Mehrwert der Salutogenese besteht darin, dass der Blick stets auf die gesamte Geschichte des Menschen mit seiner Erkrankung gerichtet wird. Das Bio-Psycho-Soziale Modell bezieht im Gegensatz zur klassischen medizinischen Sichtweise bei der Erklärung von Krankheit explizit auch psycho-soziale Faktoren ein, was ein Mehrwert darstellt. Eine Beschränkung auf die körperliche Dimension wird ausgeschlossen. Das Modell erlaubt eine möglichst ganzheitliche Sicht. Aus den drei Faktoren und deren Veränderungen lassen sich die Entwicklung und der Verlauf einer Behandlung und des Gesundheitszustandes erklären. Die Soziale Arbeit ist die Fachdisziplin, welche die soziale

Dimension von Krankheit bearbeitet, und stellt somit eine Ergänzung zur klassischen medizinischen Sichtweise dar. Durch deren Bearbeitung nimmt sie jedoch Einfluss auf die biologische und die psychologische Dimension. Interdisziplinarität zwischen Medizin, Sozialer Arbeit und weiteren Systempartnern ist im Gesundheitswesen notwendig. Jede Disziplin hat einen anderen Blickwinkel (Fachkenntnisse) – und der ist elementar. Pauls schreibt dazu: «Die häufig anzutreffende Weigerung, neben einer medizinischen, einer psychologischen auch eine soziale Behandlungsebene anzuerkennen ist schwer nachzuvollziehen» (Pauls, 2013, S. 100).

2.3 Systemische Beratung – ein Mehrwert zur klassischen medizinischen Sichtweise

Systemische Ansätze stellen einen Mehrwert zur klassischen medizinischen Sichtweise dar – eine Hypothese, welche nachfolgend untersucht wird. Die für diese These relevanten Punkte des systemischen Ansatzes werden aufgeführt. Die Ausführungen zur Systemischen Beratung erfolgen auf Grundlage der Vorlesungen mit Gerlinde Tafel im Rahmen des CAS Systemische Beratung an der Berner Fachhochschule im Jahr 2021/2022 und werden mit eigenen Überlegungen ergänzt.

Der Grundgedanke systemischer Ansätze liegt darin, dass der Mensch in seinem Kontext und in seinen Beziehungen betrachtet wird. Die systemische Beratung hat zum Ziel, unterschiedliche Sichtweisen zu berücksichtigen und neue Blickwinkel auf die Problemlagen zu eröffnen, Möglichkeiten aufzuzeigen und die in den Systemen vorhandenen Kompetenzen zu fördern. Diese Kompetenzen werden für die Lösungsfindung nutzbar gemacht, wobei die Beratenden sich an der Lösungsoffenheit orientieren. Der einzelne Mensch ist Teil des Systems, eines Beziehungsgefüges, einer Ganzheit, deren Teile sich untereinander in Wechselwirkung befinden. Menschen sind lebende Systeme und somit in ständigem Wandel. Daher haben sie eine Vielzahl von Verhaltensmöglichkeiten. Systeme bewegen sich zwischen den Polen «Bewahren» bzw. Status Quo beibehalten und «Veränderung» bzw. Entwicklung vorantreiben und bilden zur Stabilisierung eigene Regeln aus.

Die klassische Medizin betrachtet die Gesundheit bzw. Krankheit eines Menschen und berücksichtigt dabei den Kontext und die Ressourcen nicht oder nicht ausreichend. Ein Mensch ist nicht entweder gesund oder krank (vgl. Kap. 2.2), denn er leidet an bestimmten Beschwerden, Symptomen, Beeinträchtigungen, und die Übergänge zwischen Gesundheit und Krankheit sind fließend. In systemischen Ansätzen hingegen sind die Pathologie und die Defizite unerheblich und es wird nach dem Nutzen der Krankheit für das

System gefragt. Wird ein erkrankter Mensch isoliert betrachtet, bleiben seine und die in den Systemen vorhandenen Kompetenzen unerkannt, wodurch mögliche Lösungen nicht nutzbar gemacht werden. Die Wechselwirkungen der einzelnen Systeme werden nicht berücksichtigt, was dazu führen kann, dass die Behandlung nicht die gewünschte Wirkung zeigt oder die erkrankte Person mit Widerstand auf Behandlungsvorschläge reagiert. Ein Beispiel soll dies veranschaulichen: Die ärztliche Fachperson empfiehlt der Patientin drei Mal pro Woche ins Fitnessstudio zu gehen, um ihre Rückenbeschwerden zu lindern. Die Patientin geht jedoch nicht hin und die Beschwerden bleiben unverändert. Dadurch kann der Eindruck entstehen, die Patientin leide nicht oder sei zu faul. Bei systemischer Betrachtung stellt sich hingegen heraus, dass die Frau nicht ausreichend finanzielle Mittel zur Verfügung hat und die Kinderbetreuung während des Trainings nicht sichergestellt ist. Erst wenn diese zwei nicht medizinischen, sondern sozialen Themen gelöst und die Ressourcen des Systems dazu genutzt werden, kann sich die Frau auf die Behandlung einlassen und einen Erfolg verzeichnen.

Die systemische Beratung hat eine ressourcenorientierte Haltung, wonach alle Menschen Stärken haben, welche möglicherweise noch nicht entdeckt sind, und wonach jedes System über die zur Problemlösung nötigen Ressourcen verfügt. Das aufgeführte Beispiel zeigt zudem die Autopoiesis² auf, eine Prämisse der systemischen Beratung. Der externe Einfluss ist begrenzt, denn die Systeme regulieren und erhalten sich selbst und bestimmen nach ihrer Eigenlogik, was für sie sinnvoll erscheint. Beratende dürfen offenbleiben, wie die Betroffenen die Interventionen von aussen nach ihrer Eigenlogik (eigene Regeln) systemintern umsetzen, denn diese sind die Expertinnen, Experten für ihr Leben und ihre Entscheidungen.

Der Konstruktivismus, eine weitere Prämisse der systemischen Beratung, zeigt, dass jede Person ihr eigenes Deutungssystem hat, welches sie aufgrund ihrer Beobachtungen, ihrem persönlichen Erleben und ihrer individuellen Lebenserfahrung konstruiert. Probleme sind konstruiert und können somit auch de-konstruiert werden. Die Beratenden sind nicht die Fachleute, sondern unterstützen die Betroffenen, ihre Sichtweisen und Perspektiven zu überprüfen, zu erweitern, zu verändern oder beizubehalten, mit dem Ziel, die Möglichkeiten zu erweitern. Sowohl die Autopoiesis und als auch der Konstruktivismus können der Haltung der medizinischen Fachperson widersprechen, welche sich möglicherweise als Person mit Expertise sieht. Der gesamte Krankheits- und Behandlungsverlauf sowie die Gesamtsituation werden ausschliesslich von den Betroffenen

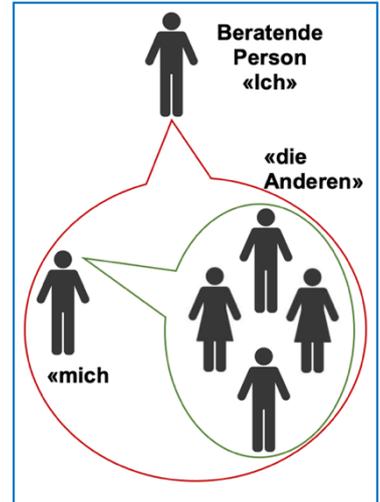
² Autopoiesis = altgriechisch autos = «selbst» und piiein = «schatten, bauen». Es ist der Prozess der Selbsterhaltung eines Systems („Autopoiesis“, 2023) in <https://de.wikipedia.org/wiki/Autopoiesis>. Selbstschöpfung.

überblickt, was eine Ressource darstellt. Indem die Fachpersonen wiederholt die Perspektive der erkrankten Person einnehmen, können sie sich an deren Bedürfnissen orientieren und Rückschlüsse ziehen. Dadurch können die Betroffenen und deren Umfeld eine aktive Rolle einnehmen, Verantwortung übernehmen und Selbstwirksamkeit erleben (vgl. Kap. 2.1 Richmond, welche die Klientel als Handelnde sah).

Kybernetik (vgl. Begriffe und Definitionen) bedeutet: «Es gibt kein System ohne Beobachter. Ein System ist immer die Erfindung eines Beobachters. Der Beobachter ist demnach Teil des Systems» (G. Tafel, persönliche Kommunikation, 17.05.2021). Wie in Abbildung 2 dargestellt, sehen sich bei der Kybernetik der II. Ordnung die Beratenden (= Beobachtenden) selbst als Teil des Systems. Sie stehen in Wechselwirkung zum System. Bereits ihre Anwesenheit und auch ihre Interventionen wirken im System und auf das, was geschieht. Die Rollen/Positionen der Beratenden im System beeinflussen die Sichtweisen des Systems und der Beteiligten. Die Kybernetik der II. Ordnung des systemischen Ansatzes stellt einen Mehrwert zur klassischen Medizin dar. Wenn die medizinischen Fachpersonen und die Sozialarbeitenden sich als Teil des Systems sehen und ein Bewusstsein dafür entwickeln, welchen Einfluss ihre Anwesenheit und ihre Interventionen haben, kann eine konstruktiv-dialogische Lösungssuche mit einer Vielfalt von Perspektiven entstehen. Die konjunktivistische Sprache («könnten, wäre, würde...») trägt dazu bei, dass die zu behandelnden Personen sich ernst genommen und eingeladen fühlen. Sie erhalten die Chance, Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln und haben Wahlmöglichkeiten. Patientinnen, Patienten als Experten, Expertinnen wählen die für sie am besten geeignete Lösung und können sich sowohl für «bewahren» als auch für «verändern» entscheiden und Interventionen, Ideen oder Perspektiven annehmen, ablehnen oder modifizieren.

Wie erwähnt, betrachten systemische Ansätze den Menschen in seinem Kontext. In der Medizin wird dieser Ansatz meist ausser Acht gelassen und es wird nach Ursache und Folge/Wirkung gesucht, was der systemischen Denkweise widerspricht. Durch die zirkuläre Haltung der Systemischen Beratung gelingt es, Ereignisse/Verhaltensweisen in ihrem Kontext zu betrachten. Einerseits ist der individuelle Zustand von Bedeutung und andererseits, wie Abbildung 3 zeigt, die Zirkularität, also die Wechselwirkungen und Beziehungen der Systeme. Jedes Verhalten (auch Problemverhalten) wird als möglicher

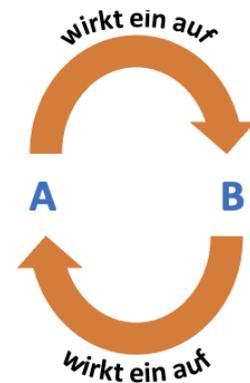
Abbildung 2 Kybernetik II. Ordnung



Quelle. Eigene Darstellung.

Lösungsversuch des Systems betrachtet und gewinnt erst in Zusammenhang mit seinem Kontext seine Bedeutung und seinen Sinn. Der Fokus wird daraufgelegt, wozu das Verhalten ein Lösungs-/Bewältigungsversuch ist und welche guten Absichten/Motive dahinterstecken. Es werden die Person in ihrem «so geworden sein» und die guten Gründe wertgeschätzt und nicht deren Verhalten, wobei jedes Verhalten in seinem Kontext Sinn ergibt, und seine Berechtigung hat. Durch systemische Ansätze wird nach den Zusammenhängen zwischen Ereignis bzw. Problem und dem Lebenskontext gesucht.

Abbildung 3 Zirkularität



Quelle. Eigene Darstellung.

Ein weiterer Unterschied zwischen systemischen Ansätzen und der klassischen medizinischen Sichtweise besteht in der Rolle der Beratenden bzw. der Behandelnden. Beratende nehmen die Rolle eines bzw. einer Prozess- oder Übergangsbegleitenden ein. Sie sind Raumgebende, um mit Unterstützung verschiedenster Methoden und unter Berücksichtigung des Kontextes neue Möglichkeiten und Ideen entwickeln zu können, Unterschiede zu erzeugen und etwas Neues einzuführen. Medizinische Fachpersonen in Hausarztpraxen hingegen stellen eine Diagnose (Ursache) und versuchen mittels medizinischer Möglichkeiten dem Patienten, der Patientin eine Lösung vorzuschlagen. Diese Rolle hängt vermutlich mit den Erwartungen der Patienten, Patientinnen an die Hausärzte, Hausärztinnen zusammen. Medizinische Fachpersonen begleiten einen Behandlungsverlauf und legen dabei den Fokus auf das Individuum. Der Einbezug des sozialen Umfeldes und der Bezugssysteme ist aus zeitlichen Gründen meist nicht möglich oder nur in einer begrenzten Zahl von zu versorgenden Personen. Systemische Ansätze sehen die Sprache als Lösungsmittel (z. B. die konjunktivistische Sprache). Sozialarbeitende werden während ihrer Ausbildung in Kommunikation und Sprache ausgebildet und erlernen verschiedene Beratungsmethoden. In der medizinischen Ausbildung hat Kommunikation mit den Patientinnen, Patienten geringere Bedeutung.

Der Mehrwert, welcher systemische Ansätze im Gesundheitswesen leisten können, wurde von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW erkannt. Die Systemtheorie geht davon aus, dass Menschen in verschiedene Systeme eingebunden sind. Bei multimorbiden Erkrankungen oder Mehrfachproblematiken ist die Zusammenarbeit dieser einzelnen Systeme ein entscheidender Erfolgsfaktor.

Gut koordinierte Behandlung, geeignete Kommunikation zwischen den Berufsgruppen und angemessene Wahrnehmung der anderen Beteiligten tragen dazu

bei, Unter- und Überversorgung, unnötige Kosten und lebensgefährliche Komplikationen zu vermeiden. Interprofessionalität ist daher eine grundlegende Voraussetzung für Qualität, Sicherheit und insgesamt positive Outcomes der Gesundheitsversorgung. (SAMW, 2020a, S. 3)

McGregor et al. (2018, S. 9) bringen die systemischen Ansätze und das Bio-Psycho-Soziale Modell zusammen. Sie zeigen den Nutzen von Sozialarbeitenden in der Grundversorgung auf und kommen zum Schluss, dass sozialarbeiterische Interventionen in der Grundversorgung Menschen mit komplexen gesundheitlichen und sozialen Bedürfnissen Vorteile bringen. Diese bestehen im doppelten Fokus auf individuelle und soziale Faktoren und zeigen sich in der Verbesserung der subjektiven Gesundheit, der Funktionsfähigkeit und des Selbstmanagements, der Verringerung der psychosozialen Morbidität sowie der Barrieren für die Behandlung und die Erhaltung der Gesundheit. Weiter schreiben McGregor et al., dass Menschen mit komplexen Bedürfnissen unterschiedliche Interventionen auf verschiedenen Systemebenen benötigen. Individualisierte, mehrstufige Massnahmen können demnach ein wirksamerer Ansatz sein als sich ausschliesslich auf das Engagement und die Kapazitäten des Einzelnen zu verlassen. Dies zeigt die Bedeutung einer umfassenden bio-psycho-sozialen Situationsanalyse bei der Interventionsplanung und der Bedürfniserfassung auf. McGregor et al. sprechen sich somit für eine interprofessionelle Zusammenarbeit mit systemischer Sichtweise unter der Berücksichtigung der bio-psycho-sozialen Faktoren in der Grundversorgung aus. In ihrer Studie halten McGregor et al. (2018, S. 1 f.) fest, dass das Vorherrschen komplexer gesundheitlicher und sozialer Bedürfnisse bei Patientinnen, Patienten der Primärversorgung zunimmt. Die Auswirkungen psychosozialer Probleme auf die Gesundheitsergebnisse wurden unterschätzt. Das Potenzial der Sozialarbeit in der Primärversorgung wurde erkannt und es gibt Belege, dass sozialarbeiterische Interventionen bei der Bewältigung psychosozialer Bedürfnisse wirksam sind. Interventionen mit einem individuellen und gleichzeitig sozialen Fokus können Personen, die medizinische Hilfe benötigen, befähigen, bessere Gesundheitsentscheidungen zu treffen. Nach McGregor et al. liegt die Wirksamkeit der Sozialen Arbeit darin, eine Verbesserung der Gesundheitsergebnisse (subjektive Gesundheitsmassnahmen, Selbstmanagement von Langzeiterkrankungen, Verringerung der psychosozialen Morbidität und der Barrieren für die Behandlung und den Erhalt der Gesundheit) zu erreichen. Mc Gregor et al. schreiben:

that whether involving direct therapeutic casework or case management, social work is characterised by a holistic focus on the whole of the person's life situation, social and structural context, and has relationship and well-being as the bases of

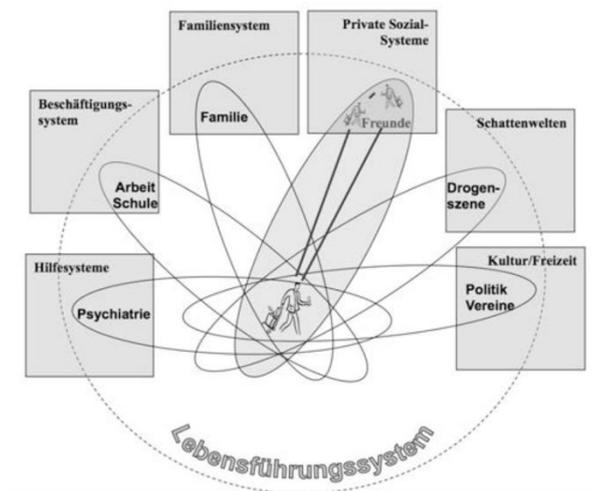
intervention. Intervention happens where people interact with their environment and is, crucially, informed by principles of human rights and social justice. (McGregor et al., 2018, S. 2)

Am Versorgungsverlauf sind neben den Gesundheitsfachleuten zunehmend mehr Fachleute für die soziale und systemische Unterstützung involviert. Weiter sind die Patienten, Patientinnen sowie deren sozialen Systeme (Angehörige, Familie usw.) partnerschaftlich einzubeziehen:

Der geltende gesetzliche Rahmen (insbesondere das Erwachsenenschutzrecht) setzt die informierte Zustimmung der Betroffenen zu sämtlichen medizinischen Massnahmen voraus. Patientinnen, Patienten oder gegebenenfalls ihre Angehörigen sollen deshalb eine aktive Rolle im Gesundheitswesen einnehmen und sich an Entscheidungen zu Behandlung und Betreuung beteiligen. Als «Experten in eigener Sache» können sie – soweit fähig und kompetent – die Behandlungsqualität und das Gesamtergebnis beeinflussen. (SAMW, 2020a, S. 6)

Professionelle der Sozialen Arbeit müssen bei ihrer Arbeit «die Lebenswelt der Person» (person-in-environment/person-in-situation) als komplexes „Lebensführungssystem“ einbeziehen, dessen Subsysteme jeweils Eigengesetzlichkeiten folgen» (Pauls, 2013, S. 109). Abbildung 4 zeigt diese Komplexität auf:

Abbildung 4 Lebensführungssysteme



Quelle. H. Pauls, *Klinische Sozialarbeit Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*, Beltz Juventa Verlag, 2013, S. 109, (978-3-7799-5158-2).

Dass die Soziale Arbeit eine elementare Partnerin im Gesundheitswesen ist, spiegelt sich im Leitbild der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen (AvenirSocial & SAGES, 2018) wider. Sie unterstützt Menschen bei der Verhinderung und Bewältigung sozialer Pro-

bleme und fördert die soziale Teilhabe und gelingende Lebensführung. Mit der systemischen Denkweise und den entsprechenden Methoden deckt sie die soziale Komponente des Bio-Psycho-Sozialen-Modells ab und bezieht die jeweiligen Bezugssysteme mit ein. Sozialarbeitende beeinflussen die sozialen Aspekte von Gesundheit in positiver Weise und richten den Fokus auf das gesamte soziale System in seinem Umfeld – auf die Lebensführungssysteme. Um im salutogenetischen Sinne die Risiken für die Entstehung von Krankheit zu verhindern und den Menschen in Richtung Gesundheitspol zu bewegen, müssen diese Lebensführungssysteme bei der Behandlung und Genesung bearbeitet werden, weshalb Interdisziplinarität notwendig ist. Sozialarbeitende als Experten, Expertinnen für die Lebenswelt (vgl. Berufskodex AvenirSocial) sind die Fachpersonen zur Bearbeitung dieser Komplexität und somit ein Erfolgsfaktor für die Behandlung:

Social work education prepares social workers for roles in health care through an educational focus that addresses the ways in which social and environmental contexts affect well-being—a perspective in which a full array of biopsychosocial factors is viewed as causally related to health [...]. (Fraser et al., 2018, S. 180)

Indem die Soziale Arbeit die Möglichkeiten des Umfelds einbezieht (im Unterschied zur medizinischen Behandlung) fördert sie die Genesung und Inklusion in die Gesellschaft und der Systeme der sozialen Sicherheit. Es wird keine Fachrichtung abgewertet, sondern die Notwendigkeit und den Mehrwert der Interprofessionalität mit ihren unterschiedlichen Sichtweisen und Ansätzen, ihrem jeweiligen Fachwissen sowie ihren Fähigkeiten und Grenzen aufgezeigt.

Der biologische sowie der psychologische Zugang zur Gesundheit ist heute gesellschaftlich akzeptiert, während der soziale hingegen nach wie vor vernachlässigt wird. Im Gesundheitswesen wird das Bio-Psycho-Soziale Modell zwar weitestgehend akzeptiert, gleichzeitig hat die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen bisher eine Nischenposition (vgl. Kap. 4).

3. Fachliche Grundlagen

In diesem Kapitel wird in den gesetzlichen Auftrag und die Rolle des Erwachsenenschutzes eingeführt. Weiter wird auf gesetzliche Grundlagen eingegangen, welche für die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis mit Fokus auf den Erwachsenenschutz relevant sind. Dabei werden der Datenschutz, die berufliche und ärztliche Schweigepflicht sowie das Melderecht und die Meldepflicht erläutert. Diese Ausführungen werden als Basis genutzt, um in Kapitel 6 das Potential und die Herausforderungen sowie Risiken der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis für den Erwachsenenschutz auszuarbeiten und die Fragestellungen zu beantworten.

3.1 Gesetzlicher Auftrag und Rolle des Erwachsenenschutzes

Die Reform des Erwachsenenschutzrechts, welche per 01. Januar 2013 in Kraft trat, verfolgte die Ziele, das Selbstbestimmungsrecht zu fördern (Vorsorgeauftrag, Patientinnen-, Patientenverfügung), die Familiensolidarität zu stärken (Vertretungsrechte von Eheleuten und eingetragenen Partnerinnen, Partnern im Falle der Urteilsunfähigkeit eines Partners oder einer Partnerin, medizinische Vertretungsrechte), Personen in Wohn- und Pflegeeinrichtungen zu schützen (Betreuungsvertrag, Aufsicht, Regelung bewegungseinschränkender Massnahmen), ein neues Massnahmensystem einzuführen (Beistandschaften, Massschneidung, Fürsorgerische Unterbringung) und eine Professionalisierung zu erreichen (Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde KESB als interdisziplinäres Fachgremium, gerichtliche Beschwerdeinstanzen, Staatshaftungssystem). Der Zweck des Erwachsenenschutzes ist im Schweizerischen Zivilgesetzbuch ZGB vom 10. Dezember 1907 in Art. 388 Abs. 1 und 2 verankert (ZGB; SR 210): Das Wohl und der Schutz hilfsbedürftiger Personen soll sichergestellt werden bei gleichzeitiger Erhaltung und Förderung des Selbstbestimmungsrechts. Ziel einer Erwachsenenschutzmassnahme ist gemäss Art. 406 Abs. 2 ZGB die Linderung bzw. Verhinderung der Verschlimmerung des Schwächezustandes.

Der Schutz von Personen soll mit geeigneten Massnahmen erreicht werden. Dabei sind das Subsidiaritäts- und das Verhältnismässigkeitsprinzip zu wahren, welche in Art. 389 ZGB festgehalten sind. Eine Erwachsenenschutzmassnahme wird angeordnet, wenn die Unterstützung durch die Familie, nahestehende Personen oder private oder öffentliche Dienste nicht ausreichend ist oder zum Vornherein als ungenügend erachtet wird. Jede Massnahme muss erforderlich und geeignet sein.

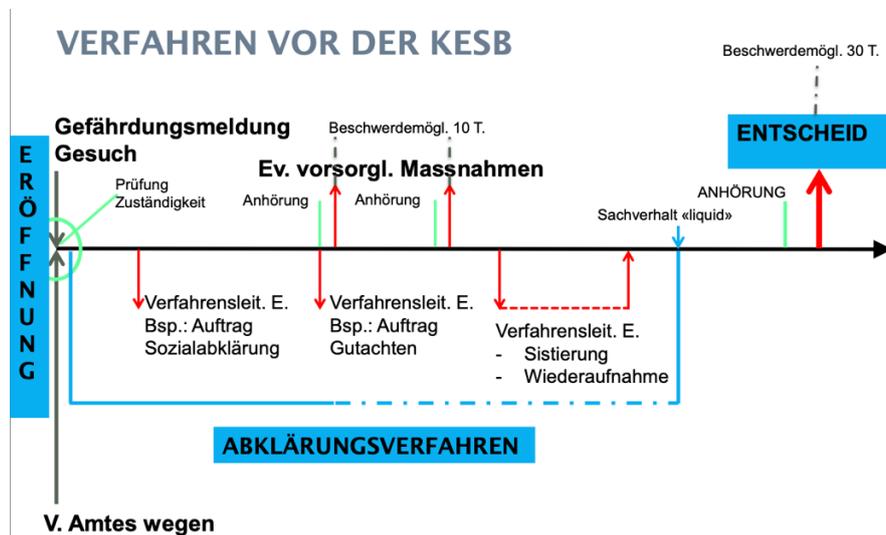
Hat eine urteilsunfähige Person die eigene Vorsorge mittels Vorsorgeauftrag oder Patientinnen-, Patientenverfügung geregelt und ist diese ungenügend, oder sie hat die eigene Vorsorge nicht geregelt, gelten zunächst die gesetzlichen Vertretungsrechte. Wenn diese ungenügend sind, prüft die KESB Massnahmen nach Art. 392 ZGB. Dieser besagt, dass, wenn «die Errichtung einer Beistandschaft wegen des Umfangs der Aufgaben als offensichtlich unverhältnismässig erscheint» (ZGB; SR 210), die Erwachsenenschutzbehörde:

1. von sich aus das Erforderliche vorkehren, namentlich die Zustimmung zu einem Rechtsgeschäft erteilen;
2. einer Drittperson für einzelne Aufgaben einen Auftrag erteilen; oder
3. eine geeignete Person oder Stelle bezeichnen, der für bestimmte Bereiche Einblick und Auskunft zu geben sind. (ZGB; SR 210)

Sind diese Massnahmen ungenügend, kann für die urteilsunfähige Person eine Beistandschaft nach Art. 393 – 398 ZGB errichtet werden.

Die Abklärung ist die Basis für massgeschneiderte Erwachsenenschutzmassnahmen. Abbildung 5 zeigt eine Übersicht über den Verlauf des Abklärungsverfahrens:

Abbildung 5 Abklärungsverfahren der KESB



Bemerkung. Übernommen aus der Vorlesung Fachkurs Abklärung Erwachsenenschutz von M. Zingaro (unveröffentlicht), persönliche Kommunikation, Mai 2019.

Bemerkung. Beschwerdemögl. = Beschwerdemöglichkeit, verfahrensleit. E. = verfahrensleitender Entscheid, Vorsorgl. = vorsorgliche.

Nach Eingang einer Selbst- oder Gefährdungsmeldung eröffnet die KESB das Abklärungsverfahren und erforscht den Sachverhalt von Amtes wegen (vgl. Art. 446 Abs. 1

ZGB). Sie ist somit verpflichtet, alle notwendigen und geeigneten Abklärungen vorzunehmen, welche sie benötigt, um den Sachverhalt korrekt und vollständig zu ermitteln. Nach Art. 446 Abs. 2 ZGB kann die Behörde die Abklärung delegieren. Voraussetzung dafür ist die persönliche und fachliche Eignung. Meist werden die Sozialdienste mit der Abklärung des Sachverhaltes beauftragt. Die am Verfahren beteiligten Personen und Dritte sind verpflichtet, bei der Sachverhaltsabklärung mitzuwirken (vgl. Kap. 3.2.3).

Im Abklärungsverfahren wird der Frage nachgegangen, ob ein Schwächezustand gegeben ist und welche Hilfs-/Schutzbedürftigkeit daraus resultiert. Entscheidend ist hier die Frage nach der Subsidiarität: «Welche Ressourcen bzw. subsidiäre Massnahmen können konkret dazu beitragen, den Schutzbedarf zu beheben oder mildern?» (A. Hauri, persönliche Kommunikation, 2019). Solange diese Hilfsbedürftigkeit anders als durch eine Beistandschaft aufgefangen werden kann, ist keine behördliche Massnahme erforderlich. Falls keine alternativen subsidiären Massnahmen die Schutzbedürftigkeit beheben können, wird eine Massnahme errichtet. Entsprechend den Bedürfnissen der betroffenen Person werden im Rahmen der Abklärung die Aufgabenbereiche (Personensorge, Vermögenssorge, Vertretung im Rechtsverkehr) der Beistandsperson definiert. Die KESB stellt eine Ernennungsurkunde mit den Aufgabenbereichen der Beistandsperson aus.

Der Erwachsenenschutz bewegt sich stets im Spannungsverhältnis zwischen Schutz und Selbstbestimmung. Einerseits erhält die schutzbedürftige Person mit den behördlichen Massnahmen des Erwachsenenschutzes die nötige Unterstützung. Andererseits wird die Unterstützung, wenn nötig gegen den Willen der betroffenen Person erbracht.

Das Spannungsverhältnis besteht nicht nur bei der Frage, ob und allenfalls welche Massnahme von der Behörde anzuordnen ist. Es besteht auch bei der Frage, ob und allenfalls, wie benötigte Hilfestellungen ausserhalb der behördlichen Beistandschaften möglich sind, und wie sich solche rechtlich legitimeren lassen: Wer darf überhaupt für eine Person stellvertretend handeln? (U. Vogel, persönliche Kommunikation, 2020)

3.2 Gesetzliche Grundlagen für die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis mit Fokus auf den Erwachsenenschutz

3.2.1 Datenschutz und Schweigepflicht

Im Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz von AvenirSocial sind Handlungsmaximen und Grundhaltungen der Professionellen der Sozialen Arbeit festgehalten. Eine dieser Handlungsmaxime bezüglich der Arbeit mit der Klientel beinhaltet den Datenschutz und die Schweigepflicht: «Die Professionellen der Sozialen Arbeit gehen sorgfältig mit Personendaten um. Datenschutz und Schweigepflicht sind für sie von hoher Priorität» (AvenirSocial, 2010, S. 13).

Im September 2024 trat das revidierte Bundesgesetz über den Datenschutz (Datenschutzgesetz, DSG; SR 235.1) in Kraft. Gemäss Art. 2 DSG gilt dieses Gesetz bei der Bearbeitung von Personendaten natürlicher Personen durch private Personen und Bundesorgane (persönlicher und sachlicher Geltungsbereich). Sozialarbeitende in Hausarztpraxen unterstehen somit der Schweigepflicht und dem nationalen Datenschutzgesetz, da sie im Rahmen ihrer Berufsausübung Kenntnis von schützenswerten Personendaten erhalten, insbesondere im Gesundheitswesen tätige Sozialarbeitende: «Daten über die Gesundheit – wie beispielsweise Aufzeichnungen über den Verlauf einer Behandlung, Symptombeschreibungen, Diagnosen, Verordnungen, Reaktionen, Laborresultate, Röntgenbilder – sind besonders schützenswerte Personendaten, deren Bearbeitung eines speziellen Schutzes bedarf» (EDÖB, 2002, S. 4). Das nationale Datenschutzgesetz gilt nicht für Sozialarbeitende der Sozialdienste, da diese als kantonale Behörden gelten und somit die kantonalen Datenschutzbestimmungen zur Anwendung kommen.

Im Leitfaden der EDÖB wird zwischen der ärztlichen und beruflichen Schweigepflicht unterschieden. Die ärztliche Schweigepflicht, bekannt als «Ärztinnen-, Arztgeheimnis» verpflichtet die Hausärztinnen, Hausärzte, Zahnärztinnen, Zahnärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Geburtshelfende sowie deren Hilfspersonen dazu, «Informationen, die ihnen im Rahmen der beruflichen Tätigkeit anvertraut worden sind, oder die sie bei deren Ausübung wahrgenommen haben, geheimzuhalten» (EDÖB, 2002, S. 5). Somit schützt dieses Gesetz die Persönlichkeitssphäre der erkrankten Personen. Für die Weitergabe von Patienten-, Patientinnendaten an Dritte bedarf es einer Schweigepflichtentbindung des Arztes, der Ärztin oder einer gesetzlichen Grundlage. Die berufliche Schweigepflicht gilt für sämtliche Personen, die für die Berufsausübung Kenntnisse über schützenswerte Personendaten besitzen. Sie gilt somit beispielsweise für Sozialarbeitende oder Psychologinnen, Psychologen (EDÖB, 2002, S. 5 f.). Die Strafbestimmungen bei Verletzung

des Datenschutzes sind im DSG in Art. 60 ff. geregelt.

Die EDÖB (2002, S. 7) weist darauf hin, dass die Krankenunterlagen unter anderem als Grundlage für erwachsenenschutzrechtliche Massnahmen oder als Basis für Leistungsvorbehalte oder -verweigerungen von Versicherungen dienen. Sozialarbeitende in und für Hausarztpraxen kommen in Kontakt mit Versicherungen, um Leistungsansprüche zu klären oder können im Rahmen des Abklärungsverfahrens die KESB unterstützen, wozu ein Zugriff auf die Akten und somit auf schützenswerte Personendaten erforderlich ist. Für Sozialarbeitende, welche nach dem integrierten Modell in einer Hausarztpraxis (vgl. Kap. 6.2) tätig sind, gilt eine weitere gesetzliche Regelung, da sie als ärztliche Hilfspersonen gelten können. Ihnen kann der Zugriff auf das Patientinnen-, Patientendossier anvertraut werden, wodurch sie gemäss Schweizerischem Strafgesetzbuch StGB Art. 321 (StGB; SR 330) der ärztlichen Schweigepflicht unterstellt sind. Eine explizite Einwilligung ist laut Rüegg et al. (2022b, S. 39) nicht notwendig, sofern die Patientinnen, Patienten über das Angebot der Sozialberatung innerhalb der Praxis informiert sind. In solchen Fällen wird von einem stillschweigenden Einverständnis ausgegangen. Wenn hingegen eine ambulante oder externe Sozialberatung von einer Organisation angeboten wird und Einsicht in die Patientinnen-, Patientenakten wünscht, muss eine ausdrückliche Einwilligung in mündlicher oder schriftlicher Form eingeholt werden. Dies ist erforderlich, da keine direkte Zusammenarbeit zwischen den Fachpersonen besteht. Die Zustimmung kann vorgängig von der Hausärztin, dem Hausarzt oder nach Überweisung von den Sozialarbeitenden eingeholt werden.

3.2.2 Melderecht und Meldepflicht

Die gesetzliche Grundlage zum Melderecht und zur Meldepflicht sind in Art. 443 ZGB zu finden:

¹ Jede Person kann der Erwachsenenschutzbehörde Meldung erstatten, wenn eine Person hilfsbedürftig erscheint. Vorbehalten bleiben die Bestimmungen über das Berufsgeheimnis.

² Wer in amtlicher Tätigkeit von einer solchen Person erfährt und der Hilfsbedürftigkeit im Rahmen seiner Tätigkeit nicht Abhilfe schaffen kann, ist meldepflichtig. Vorbehalten bleiben die Bestimmungen über das Berufsgeheimnis.⁴⁷⁰

³ Die Kantone können weitere Meldepflichten vorsehen.⁴⁷¹ (ZGB; SR 210)

Datenschutzbeauftragte des Kantons Zürich (2019, S. 12–13) halten fest, dass eine Meldung erfolgen kann (Melderecht), wenn der Eindruck entsteht, dass die persönlichen oder finanziellen Angelegenheiten einer Person gefährdet sind und dass durch eine

behördliche Intervention Hilfe geleistet werden kann. Die meldende Person muss die Gefährdung nicht belegen, muss jedoch darauf achten, dass keine Persönlichkeitsverletzung vorliegt (z. B., wenn wider besseren Wissens eine Meldung gemacht wird). Weiter wird aufgeführt, dass Personen, die einem Berufsgeheimnis unterstehen, grundsätzlich nur ein Melderecht haben, wenn sie von der Geheimhaltungspflicht entbunden worden sind, entweder durch die betroffene Person selbst, von der vorgesetzten Stelle oder der Aufsichtsbehörde. Davon ausgenommen sind Art. 314c ZGB und Art. 453 ZGB (Selbst- oder Fremdgefährdung). Die Meldepflicht wird in Art. 443 Abs. 2 ZGB geregelt. Im Erwachsenenschutz besteht nur in amtlicher Tätigkeit eine Meldepflicht. In ihrer amtlichen Tätigkeit können Personen erfahren, dass eine Person hilfsbedürftig oder gefährdet erscheint. Können sie im Rahmen ihrer Tätigkeit keine Abhilfe schaffen, besteht eine Meldepflicht unter Vorbehalt der Bestimmungen des Berufsgeheimnisses. Dieses hat Vorrang vor der Meldepflicht, d. h. dass sich die dem Berufsgeheimnis unterstellten Personen «für eine Meldung an die KESB vom Berufsgeheimnis entbinden lassen» (KOKES, 2019, S. 2) müssen. Eine Meldung an die KESB soll nur erfolgen, wenn in eigener Tätigkeit der Gefährdung keine Abhilfe geschaffen werden kann und die KESB über geeignete Massnahmen zur Behebung der Schutzbedürftigkeit zur Verfügung hat (KOKES, 2019, S. S. 2). Damit geht einher, dass im Erwachsenenschutz in vielen Fällen die Meldepflichtigen selbst für die Unterstützung von hilfsbedürftigen Erwachsenen zuständig sind (z. B. Sozialarbeitende).

3.2.3 Mitwirkungspflicht

Die KESB benötigt bei der Erfüllung ihres Abklärungsauftrages regelmässig die Mithilfe Dritter, so dass Art. 448 Abs. 1 ZGB die Mitwirkungspflicht der am Verfahren beteiligten Personen und Dritter regelt. Gemäss Art. 448 Abs. 2 ZGB gilt für bestimmte Berufsgruppen (Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Hebammen, Entbindungspflegende, Chiropraktikerinnen, Chiropraktiker, Psychologinnen und Psychologen sowie ihre Hilfspersonen) eine bedingte Mitwirkungspflicht. Erforderlich ist eine Entbindung vom Berufsgeheimnis durch die geheimnisberechtigte Person, die vorgesetzte Behörde oder die Aufsichtsbehörde auf eigenes Gesuch oder auf Gesuch der Erwachsenenschutzbehörde. Eine zwangsweise Durchsetzung der Mitwirkungspflicht durch die KESB ist möglich.

4. Aktueller Forschungsstand zur Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis in der Schweiz

In diesem Kapitel wird der aktuelle Forschungsstand zur Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis vorgestellt. Die Berner Fachhochschule hat sich mit der Thematik Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis auseinandergesetzt. Da der Forschungsstand in der Schweiz spärlich ist, werden zusätzlich Ergebnisse aus England und Deutschland präsentiert. Auf die für die Beantwortung der Fragestellung relevanten Erkenntnisse wird eingegangen. Abschliessend wird der Forschungsstand zur Frage, welchen Beitrag die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis für den Erwachsenenschutz leisten kann, vorgestellt.

Die Wirksamkeit der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen sowie deren komplexeren oder sozial orientierten Interventionen sind schwer zu erfassen und eine nachgewiesene Wirksamkeit der Sozialen Arbeit in der Primärversorgung ist rar. Es wurde ein Bedarf an Forschung zu den gesundheitlichen Ergebnissen von Interventionen der Sozialen Arbeit festgestellt (McGregor et al., 2018, S. 2). Dennoch gibt es Studien aus England, welche die Wirksamkeit belegen, welche McGregor et al. (2018, S. 6 f.) in ihrem Bericht zusammenfassen, wovon einige Ergebnisse nachfolgend aufgeführt werden:

- Die Zahl der ärztlichen Besuche als auch die Gesundheitskosten werden reduziert.
- Die Interventionen führten zu einer langfristigen Verbesserung der subjektiven Gesundheitsmasse und stellten einen vielversprechenden Ansatz für chronische Somatisierung dar. Es zeigten sich statistisch signifikante Verbesserungen der selbst eingeschätzten körperlichen Fitness und des Aktivitätsniveaus, des emotionalen und sozialen Funktionierens, der Schmerzen und des allgemeinen Gesundheitszustandes zu Beginn und nach ein bis zwei Jahren nach der Intervention.
- Patientinnen-, patientenorientierte Intervention kann multimorbide Patienten, Patientinnen mit Selbstmanagementfähigkeiten ausstatten.
- Es wird von einer klinisch signifikanten Verringerung der Depressionswerte berichtet und das Klinikpersonal berichtete von einer insgesamt verbesserten medizinischen Compliance bei zu versorgenden Personen, die die Intervention erhielten.
- Es gibt gemischte Belege für die Auswirkungen der Interventionen auf die Belastung der ärztlichen Fachpersonen.

Inwieweit diese Studienergebnisse aus England sich auf die Schweiz übertragen lassen, wird in dieser Arbeit nicht untersucht, wobei davon auszugehen ist, dass diese in der Schweiz ähnlich ausfallen würden.

Der Mehrwert der Sozialen Arbeit wird auch von Rüegg und Pauls unterstrichen:

Die Interventionen der Sozialarbeitenden wirkten sich nicht nur positiv auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Patient*innen aus, sondern reduzierten auch die Arbeitslast der Gesundheitsfachkräfte und den Bedarf an stationären Versorgungsstrukturen [...]. Sie unterstützen die Patient*innen darin, ihre eigenen Bedürfnisse und Ziele zu verfolgen und die Zugangsbarrieren zu den individuellen Zielen abzubauen. Durch ihre Arbeit würden Handlungsspielräume erweitert und die Selbstbestimmung gefördert [...]. (Rüegg, 2021, S. 4)

«Die gesundheitswissenschaftliche Forschung zeigt in überzeugender Weise, dass psycho-soziale Integration und soziale Unterstützung die besten Schutzfaktoren von körperlicher und psychischer Erkrankung sind» (Pauls, 2013, S. 32). Nach Pauls (2013, S. 18) würde in Deutschland die Versorgung der psychisch kranken Menschen sofort zum Erliegen kommen, wenn die zuständigen ärztlichen Fachpersonen oder Psychotherapeuten bzw. Psychotherapeutinnen nicht von Sozialarbeitenden in stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen unterstützt werden würde.

Die Berner Fachhochschule (Rüegg, 2021; Rüegg et al., 2022a) befasst sich mit der Thematik der Sozialen Arbeit in Hausarztpraxen. Im Rahmen eines zweijährigen Innovations- und Forschungsprojektes begleitet sie vier Pilotprojekte von Sozialer Arbeit in der Hausarztpraxis in der Schweiz. Erste Studienergebnisse liegen vor, wovon die für diese Masterarbeit relevanten wiedergegeben werden:

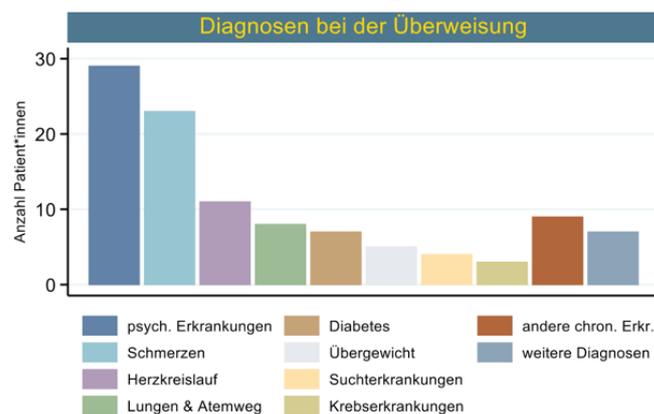
- Auch in der Schweiz wünschen sich 60 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte besseren Zugang und die Finanzierung von Sozialprogrammen (vgl. Bericht des Schweizer Gesundheitsobservatoriums).
- Aus Befragungen der Hausärzte, Hausärztinnen konnte festgestellt werden, dass sie die Sozialberatung als Teil einer patientenzentrierten Versorgung wahrnehmen und diese als Unterstützung des Praxisteam sehen, welche zusammen mit den Betroffenen die passende Unterstützung finden können.
- Der Nutzen für die ärztlichen Fachpersonen konnte nachgewiesen werden, denn die befragten ärztlichen Fachpersonen nahmen wahr, dass durch die Sozialberatung die Patienten-, Patientinnenzufriedenheit und -autonomie ebenso wie die Versorgungsqualität erhöht wurden.
- Die hausärztlichen Fachpersonen gewannen Zeit, welche sie für medizinische Anliegen anderer zu versorgender Personen aufwenden konnten.
- «Rund zwei Drittel gaben an, dass die Sozialberatung auch die Wirtschaftlichkeit der Arztpraxis verbessere» (Rüegg et al., 2022a, S. 6).

- Die Zusammenarbeit wirkt nicht stigmatisierend und wird von den Betroffenen akzeptiert. «Im Unterschied zu anderen Angeboten des Sozialwesens meldet sich die oder der Praxissozialarbeitende direkt bei der Patientin oder dem Patienten» (Rüegg, 2021, S. 5).

Die Studie der Berner Fachhochschule führt weiter aus, dass der grösste Teil der an die Sozialberatung Überwiesenen an einer oder mehreren chronischen Erkrankungen leidet, wie in

Abbildung 6 verdeutlicht wird. Dabei waren die häufigsten Diagnosen psychische Erkrankungen (ca. die Hälfte) und Schmerzerkrankungen (etwa ein Drittel). Zu den Schmerzerkrankungen zählen Schmerzen, rheumatische Erkrankungen oder Erkrankungen des Bewegungsapparates.

Abbildung 6 Diagnosen bei der Überweisung (Mehrfachantworten möglich, n = 61)

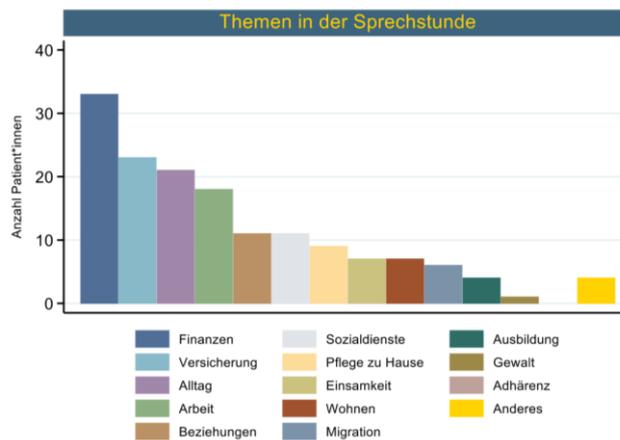


Quelle. R. Rüegg et al., *Soziale Arbeit in der Arztpraxis – Forschungsbericht*, BFH, 2022a, S. 18 (10.24451/arbor.16793).

Rüegg et al. (2022a, S. 7) beziehen sich in ihrem Forschungsbericht auf zwei Studien, welche aufzeigen, dass soziale Anliegen in den Sprechstunden der medizinischen und psychiatrischen Grundversorgung Raum und Zeit einnehmen. So werden nach Jobst und Joos in jeder siebten Sprechstunde soziale Anliegen thematisiert. Die Tabelle 4 im Anhang zeigt eine Übersicht über die sozialen Problembeschreibungen in Sprechstunden und die Abbildung 9 im Anhang zeigt den zeitlichen Anteil sozialer Problemthemen während der Konsultation nach Jobst und Joos. Gemäss einer Studie aus Lausanne von Mota et al. aus dem Jahr 2019 stufen Hausärzte, Hausärztinnen jede siebte Sprechstunde als «herausfordernd» ein, oftmals aufgrund der prekären sozialen Verhältnisse und des riskanten Verhaltens der erkrankten Personen.

In Ihrem Forschungsbericht zeigen Rüegg et al. (2022a, S. 19) auf, welche Themen in der Sprechstunde zur Involvierung der Sozialen Arbeit geführt haben, was in Abbildung 7 grafisch dargestellt ist. Zu den häufigsten Indikationen für die Involvierung der Sozialberatung zählen finanzielle Probleme und Schulden. Bei rund jeder dritten Überweisung sind Probleme mit Versicherungen, Entlastung im Alltag oder Probleme im Bereich Arbeit der Indikationsgrund. Die Grafik zeigt, dass die Überweisungsgründe breit gefächert sind: «Diese Themenfelder zeigen, dass insbesondere Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit psychosozialen oder psychiatrischen Herausforderungen, Menschen im Alter, von Sozialversicherungen abhängige Menschen, Menschen mit Schwierigkeiten auf dem Arbeitsmarkt und Menschen mit chronischen Erkrankungen soziale Probleme mit in die Sprechstunden nehmen» (Rüegg et al., 2022b, S. 28).

Abbildung 7 Gründe für eine Überweisung an die Sozialberatung (Mehrfachantwort möglich, n = 61)



Quelle: Rüegg et al., *Soziale Arbeit in der Arztpraxis – Forschungsbericht*, BFH, 2022a, S.19, (10.24451/arbor.16793).

Aus der Forschung von Rüegg et al. (2022a, S. 30) gehen zwei Ergebnisse hervor:

1. Die psychische Gesundheit (Nervosität/Ängstlichkeit/Anspannung und Sorgen nicht stoppen können sowie Einschlafprobleme) verbesserte sich in der Phase vom Beginn bis zwei Monate nach der Sozialberatung. Dies untermauert die Tatsache, dass eine stabile soziale Situation die psychische Gesundheit verbessert.
2. Die ärztlichen Termine nahmen signifikant ab, sowohl Besuche in der Hausarztpraxis als auch bei anderen medizinischen Dienstleistenden. Insgesamt nahm die Zahl der Besuche um drei Konsultationen seit Beginn der Sozialberatung ab. Dabei ist zu berücksichtigen, dass fast alle befragten Patientinnen, Patienten chronische Erkrankungen haben «und ihre allgemeine Gesundheit während der Befragungsphase stabil

³ Adhärenz =lat. *adhaerere* = anhängen. In der Medizin meint dies die Einhaltung der gemeinsam zwischen Patient, Patientin und Arzt, Ärztin gesetzten Therapieziele im Rahmen des Behandlungsprozesses.

geblieben ist» (Rüegg et al., 2022a, S. 30).

Die befragten Betroffenen waren bereit, das Angebot weiterzuempfehlen. «Weiter schätzen die meisten Patienten und Patientinnen die Wirkungen der Sozialberatung auf ihre Gesundheit, ihr Wohlbefinden und ihre finanzielle Situation als positiv ein» (Rüegg et al., 2022a, S. 30). Auch das befragte ärztliche Fachpersonal sieht in der Sozialberatung einen Gewinn:

Diesen Nutzen sehen sie nicht nur für sich selbst durch eine erhöhte Arbeitszufriedenheit und mehr Zeit für medizinische Anliegen in der Sprechstunde, sondern auch für ihre Arztpraxis insgesamt und ihre Patienten und Patientinnen. Alle befragten Ärztinnen und Ärzte erkennen eine verbesserte Versorgungsqualität durch die Sozialberatung. Die meisten erkennen auch eine erhöhte Zufriedenheit ihrer Patientinnen und Patienten sowie eine verbesserte Wirtschaftlichkeit. (Rüegg et al., 2022a, S. 35)

Es gibt nationale und internationale Studien, welche aufzeigen, dass Patientinnen, Patienten ihre sozialen Anliegen beim Hausarzt bzw. bei der Hausärztin ansprechen. Systemische Ansätze sowie das Bio-Psycho-Soziale Modell und die Salutogenese fordern eine Bearbeitung dieser Anliegen in interprofessionellen Teams unter Einbezug der Sozialen Arbeit. Die Ergebnisse der internationalen und nationalen Studien zeigen, dass Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis wirkt. Bisher gibt es in der Schweiz weder Studien noch Erfahrungsberichte der Pionierprojekte, welche sich mit der Fragestellung auseinandersetzen, welchen Beitrag die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis spezifisch in Bezug auf den Erwachsenenschutz leisten kann (vgl. Kap. 6).

5. Finanzierung Sozialer Arbeit in der Hausarztpraxis

Obwohl das Gesundheitswesen ein Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit ist, wird die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit wenig wahrgenommen und ist in den Arztpraxen kaum vertreten. Der Zugang zu sozialen Angeboten als auch die Finanzierung solcher muss optimiert werden (Rüegg, 2021). Insbesondere im ambulanten Bereich besteht diese Notwendigkeit, um die Versorgungsqualität stabil zu halten und zu verbessern. Nachfolgend werden die Finanzierungsmöglichkeiten und die damit einhergehenden Herausforderungen für das Angebot der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis thematisiert.

Gemäss Rüegg et al. (2022b, S. 35–36) haben sich in der Praxis vier Finanzierungsmodelle entwickelt.

Kanton und Gemeinde

Sofern die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis im Interesse des Kantons liegt, haben die Kantone die Möglichkeit, nichtmedizinische Dienstleistungen in der Grundversorgung über die Gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) zu finanzieren. Ein solches «niederschwelliges Angebot zur Früherkennung und Bearbeitung von gesundheitlich-sozialen Abwärtsspiralen» (Rüegg et al., 2022b, S. 35) kann im Interesse der Gemeinden liegen, weshalb sie bereit sein können, dieses zu finanzieren. Auf meine Anfrage hin teilte mir René Rüegg am 01. März 2023 mit, dass die BFH derzeit im Gespräch mit dem Bundesamt für Gesundheit BAG ist. Prinzipiell sollte es möglich sein, über die GWL der Kantone die Sozialberatung zu finanzieren, wobei unklar ist, ob sich dieses Modell etablieren wird.

Praxisertrag

Im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR832.10) werden die allgemeinen Leistungen in Art. 25 Abs. 1 umschrieben, wonach die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) Leistungen übernimmt, die zur Diagnose und Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Rüegg et al. vertreten die Meinung, dass es niedergelassenen Hausärzten, Hausärztinnen möglich ist nicht-ärztliche Personen, d. h. «fachlich qualifizierte Hilfspersonen einzusetzen, solange die erforderliche Instruktion und Überwachung vorliegt und sie für eine patientengerechte, wirksame, zweckmässige und qualitativ hochstehende Behandlung notwendig sind» (Rüegg et al., 2022b, S. 35). Sozialarbeitende leisten durch die Bearbeitung der sozialen Determinante einen Beitrag zur Genesung, weshalb es für ärztliche Fachpersonen hilfreich sein kann, Sozialarbeitende für ihre Praxis anzustellen.

Das BAG, Abteilung Tarife und Grundlagen, informierte mich am 14. März 2023 auf

meine Nachfrage hin, dass Leistungen, die nicht von Ärztinnen, Ärzten oder von Chiropraktikern, Chiropraktikerinnen erbracht werden, in der Verordnung über die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV; SR 832.112.31) abschliessend aufgeführt sind (Physiotherapie (Art. 5), Ergotherapie (Art. 6), ambulante Pflege (Art. 7), Ernährungsberatung (Art. 9b)). Sozialarbeitende können ihre Leistung in Zusammenarbeit mit ärztliche Fachpersonen anbieten, die Abrechnung erfolgt aber ausserhalb des KVG.

Stiftungen

Diese können in einer ersten Pilotphase die Einführung von Sozialer Arbeit in der Hausarztpraxis finanzieren. Meist wird die Pilotphase während den ersten beiden Jahren finanziert, um das Projekt aufzubauen und auf die Projektziele hin zu evaluieren. Dieses Finanzierungsmodell eignet sich besonders für Angebote einer einzelnen Fachperson oder einer Arztpraxis. Eine längerfristige Finanzierung über Stiftungen ist möglich.

Tarmed-Position 02.04

Tarmed ist ein einheitlicher Tarif, welcher von Ärztinnen und Ärzte angewendet wird, wenn sie den Patientinnen und Patienten Rechnung stellen. Eine Abrechnung der Sozialen Arbeit über Tarmed ist für psychiatrische Arztpraxen möglich. Dazu muss mit dem Kanton eine Leistungsvereinbarung bestehen, welche den «Leistungsauftrag für die gemeindenahe psychiatrische Versorgung an die jeweilige Praxis» (Rüegg et al., 2022b, S. 36) beinhaltet. Wenn eine Leistungsvereinbarung besteht, kann eine Spartenanerkennung bei der Tarifkommission beantragt werden, damit «nichtmedizinische Leistungen» abgerechnet werden können. Das Gesundheitsgesetz des Kantons legt fest, ob eine Leistungsvereinbarung eingegangen werden kann. Mirjam D'Angelo, Expertin für Tarifstrukturen, meldete mir am 17. Februar 2023 zurück, dass keine Konstellation möglich ist, bei der Sozialarbeitende über Tarmed abrechnen können, da Tarmed-Leistungen von ärztlichen Fachpersonen abgerechnet werden (Ausnahme gemäss Tarmed-Tarifsystem: nichtärztliche ambulante psychiatrische Leistungen in anerkannten Institutionen und Spitalabteilungen und Psychiater, Psychiaterin mit öffentlichen Leistungsauftrag).

Meine Nachfragen bei vier Pilotprojekten in der Schweiz ergaben, dass die Umsetzung der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis in der Schweiz mit unterschiedlichen Finanzierungsmodellen (Stiftungen oder Praxisertrag mit Defizitgarantie der Gemeinde) erfolgt und die langfristige Finanzierung nicht geregelt ist. Die Finanzierung scheint eines der

grössten Hindernisse bei der Etablierung der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis darzustellen.

Schusselé Filliettaz et al. (2018, S. 573) beziehen sich die Finanzierung betreffend von integrierter Versorgung auf Kodner und Spreeuwenberg, welche berichten, dass die in der Schweiz angewandten Leistungsvergütungssysteme die Versorgungsintegration nicht unterstützten, was sich unter anderem in den vielfältigen Finanzierungsquellen sowie in den von den Befragten genannten Hindernissen zeigt. Innovationen im Gesundheitswesen müssen gefördert, unterstützt und dauerhaft bezahlt werden. Zudem müssen neue Finanzierungssysteme entwickelt werden. Die Ergebnisse der Studie von Fraser et al. (2018, S. 200) sind vielversprechend, denn sie liefern Hinweise, dass einige Modelle der integrierten Primärversorgung unter Einbeziehung von Sozialarbeitenden die Inanspruchnahme von weniger kostspieligen Gesundheitsdiensten fördern und dass diese Modelle in Bezug auf die Kosten zumindest mit der üblichen Versorgung vergleichbar sein könnten. Trotz dieser Studienergebnisse ist es in der Schweiz kaum möglich, Sozialberatung über das schweizerische Krankenversicherungsgesetz (KVG) abzurechnen.

Der Bundesrat hat sich «zum Ziel gesetzt, zeitgemässe Versorgungsangebote zu fördern» (BAG, 2016, S. 2). Unter anderem soll die koordinierte Versorgung gefördert werden, um die Versorgungsqualität zu erhöhen und unnötige Kosten zu vermeiden. Dem Argumentarium der Gesundheitsförderung Schweiz (vgl. Saam, 2021) ist zu entnehmen, dass sich die Effekte der Gesundheitsförderung und Prävention nicht umgehend zeigen, weshalb die Gefahr besteht, dass die nötigen Gelder nicht zur Verfügung gestellt werden. Rüegg et al. (2022a, S. 37) geben zu bedenken, dass neben der Kostenfrage auch die Frage der ethischen Verpflichtung zur besseren Integrierung sozialer Beratung in die medizinische Grundversorgung gestellt werden muss, denn die Wissenschaft zeigt, dass soziale Faktoren die Gesundheit massgeblich beeinflussen.

Solange eine pathologische Sichtweise auf Krankheit vorherrscht, die ärztlichen Fachpersonen den Nutzen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen und den Beitrag der Sozialen Arbeit zur besseren Versorgung nicht anerkennen, und kein politisches Umdenken stattfindet, können keine neuen Finanzierungsmodelle entwickelt und ausgearbeitet werden. Dies könnte dazu führen, dass sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Sozialwesen nicht etabliert.

6. Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis

Die Grundmethodiken und theoretischen Grundlagen der Sozialen Arbeit sowie die Forschungsergebnisse zeigen, dass die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis wirkt und der Einbezug von Sozialarbeitenden von der Prävention bis zur Genesung einen Mehrwert zur klassisch medizinischen Sichtweise darstellt. Nachfolgend wird auf das Potential sowie auf die Risiken und Herausforderungen der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis eingegangen. Es wird aufgezeigt, wie das Setting gestaltet werden kann und was dabei zu beachten ist. Da die Rolle der Sozialarbeitenden oftmals nicht bekannt ist, werden mögliche Rollen der Sozialarbeitenden beschrieben. Das generelle Angebot ‹Sozialberatung› in und für Hausarztpraxen wird vorgestellt. Aus den bisherigen Erkenntnissen und theoretischen Grundlagen wird abschliessend der Leistungskatalog der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis in Bezug auf den Erwachsenenschutz präsentiert.

6.1 Potential und Herausforderung der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis für den Erwachsenenschutz

Die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis birgt Potential sowohl für die Personen, die sich in medizinische Behandlung begeben sowie deren Angehörige als auch für die Hausärzte, Hausärztinnen und das Praxisteam. Im Folgenden wird auf Chancen, Herausforderungen und Risiken der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis eingegangen. Dabei wird anhand ausgewählter Aspekte beispielhaft ein Zusammenhang zum Erwachsenenschutz hergestellt. Das Potential der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis für den Erwachsenenschutz wird in Kapitel 6.3 weiter ausgeführt.

Niederschwelligkeit, Akzeptanz und Vertrauensbeziehung als Chance, Indikation als Herausforderung

Dunia Vetter (2022, S. 1) erwähnt in einem Interview, dass die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis ihr Potential ausschöpfen und präventiv wirksam sein kann, wenn sie vulnerable Menschen erreicht. Durch die universelle Verfügbarkeit, Zugänglichkeit und Akzeptanz der Primärversorgung sind Hausärzte, Hausärztinnen die erste Anlaufstelle für Menschen, die in Not sind oder Probleme haben (vgl. McGregor et al., 2018, S. 10; Vetter, 2022, S. 1). Der Zugang zu den Angeboten der Sozialen Arbeit ist somit in einer Hausarztpraxis niederschwellig. Dabei ist es entscheidend, dass die Hausärztinnen, Hausärzte die sozialen Probleme in der Sprechstunde erkennen und einordnen (Jobst & Joos, 2014, S. 500). Jobst und Joos geben zu bedenken, dass die sozialen Probleme jedoch teilweise nicht erkannt werden. Ursachen hierfür sehen sie beispielsweise in der

Ausrichtung des Arztes, der Ärztin (z. B. fehlender Zusatztitel Psychotherapie) oder in der Lage der Praxis. Zudem wird nicht jedes Lebensproblem offen berichtet, weshalb die Person im ärztlichen Dienst ermuntern sollten, mehr über die emotionale und soziale Situation zu erzählen. Sind die Indikatoren für die Sozialberatung erkannt, stellt der Hausarzt, die Hausärztin (mit Einverständnis) den Patienten, die Patientin den Sozialarbeitenden vor (Fraser et al., 2018). Diese «warme Übergabe», bei der die hilfsbedürftige Person von einem Teammitglied an ein anderes übergeben wird, ist der Idealfall und erleichtert Sozialarbeitenden den Zugang zu den vulnerablen Menschen und gleichzeitig den Patienten, Patientinnen den Zugang zu den Angeboten der Sozialen Arbeit. Sozialarbeitende in der Hausarztpraxis können von der bestehenden Vertrauens-Beziehung zwischen Arzt, Ärztin und Patient, Patientin profitieren. Soziale Arbeit hat somit präventiven Charakter, indem zusammen mit den Hausärzten, Hausärztinnen sowohl gesundheitlich als auch sozial prekäre Lebenssituationen frühzeitig erkannt und rasch und niederschwellig Unterstützung geboten werden kann. Hinzu kommt die unmittelbare Erreichbarkeit (insbesondere beim integrierten Modell bei dem Sozialarbeitende in der Praxis tätig sind). Auch für den Erwachsenenschutz kann ein bestehendes Vertrauensverhältnis nutzbar gemacht werden, indem Sozialarbeitende frühzeitig Einblick in prekäre Lebenssituationen erhalten und bei Herausforderungen präventiv miteinbezogen werden. Ziel ist, ggf. eine Abwärtsspirale zu stoppen, um die Selbstbestimmung zu fördern (z. B. Vorsorgeaufträge), mittels präventiver Unterstützungsangebote behördliche Massnahmen zu reduzieren oder fürsorgliche Unterbringen zu vermeiden.

Interdisziplinarität: Potential und Risiko

Die Situationen der Patienten, Patientinnen werden komplexer, so dass eine Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen zu einem Faktor für den Erfolg in der Grundversorgung wird. Eine der Chancen und gleichzeitig das grösste Risiko sowie die grösste Herausforderung stellt die Interdisziplinarität dar. Da sie ein eigenes Thema ist, wird in dieser Arbeit ausschliesslich auf einige Punkte eingegangen. Es besteht dabei kein Anspruch, Lösungen für diese Thematik zu präsentieren. Damit die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis Fuss fassen, ihr generelles Potential und ihr Potential in Bezug auf den Erwachsenenschutz ausschöpfen kann, ist die Bereitschaft der involvierten Personen und Stellen zur Zusammenarbeit und zur grenzübergreifenden gemeinsamen Lösungssuche Voraussetzung. Sozialarbeitende in und für Hausarztpraxen sind auf die Zuweisungen der Personen im hausärztlichen Dienst angewiesen. Solange die Hausärztinnen, Hausärzte die sozialen Indikationen in den Sprechstunden nicht erkennen, die Rolle der Sozialarbeitenden zu wenig bekannt und ihr Mehrwert nicht anerkannt ist, wird es vermutlich

wenig Zuweisungen geben und somit werden erkrankte Personen nicht die für sie notwendige Unterstützung erhalten. Rüegg et al. (2022b, S. 40) nennen als einen der Gründe für zu wenig Überweisungen einen ungenügenden Kulturwandel von einer hierarchischen hin zu einer kollaborativen Zusammenarbeit. Sozialarbeitende sind vom Berufskodex (vgl. AvenirSocial, 2010) her zur Lösung komplexer Probleme zur interdisziplinären Zusammenarbeit verpflichtet. Es ist ihre Aufgabe, sich dafür einzusetzen, dass Situationen umfassend und transdisziplinär bearbeitet werden. Sie vertreten ihren fachlichen Standpunkt und bringen ihr sozialarbeiterisches Wissen ein. Dabei besteht die Gefahr, dass andere involvierte Personen dies als Einmischung in ihre Profession oder als übergriffig wahrnehmen, was die Interdisziplinarität zum Stocken bringen könnte. «Zwischen den Berufsgruppen finden sich ausgeprägte Kulturunterschiede, teilweise gepaart mit Statusdifferenzen sowie ein äusserst waches Sensorium für «Grenzverletzungen» zwischen den jeweiligen Territorien» (SAMW, 2017, S. 47). In interdisziplinären Teams werden alle Mitarbeitenden in ihrer Spezialisierung wahrgenommen und können den anderen ihr Fachwissen übermitteln, wodurch die Praxis zur lernenden Organisation wird. Gehören Sozialarbeitende zum interdisziplinären Team, gelingt es dem Praxisteam, soziale Probleme fachgerecht zu behandeln. Der interprofessionelle Austausch fördert die kontinuierliche Kompetenzerweiterung des gesamten Praxisteam (vgl. Rüegg, 2021, S. 5). In interprofessionellen Teams übernehmen Sozialarbeitende Vermittlungs- und Koordinationstätigkeiten und wirken als Bindeglied verschiedener beteiligter Personen (zu versorgende Personen, Umfeld, professionelles System usw.). Interdisziplinäre Zusammenarbeit erfordert ein stetiges neu Abstimmen, Austauschen und Aushandeln und «gehört [...] nicht zur professionellen Selbstverständlichkeit, sondern wird als ebenso wertvolle wie fragile Ressource dargestellt» (SAMW, 2017, S. 42). Durch den daraus resultierenden Mehraufwand müssen die Beteiligten vom Nutzen für sie selbst und für die Patienten, Patientinnen überzeugt sein, um diesen wiederholt auf sich zu nehmen. Jede Profession muss ihr professionelles Können, aber auch die eigenen Grenzen kennen und keine beteiligte Person darf ihre Sicht durchsetzen wollen. Für gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit bedarf es einer konstruktiven Zusammenbaukultur und Augenhöhe zwischen den Berufsgruppen. Die SAMW (2020b, S. 7–12) schreibt, dass einige mächtige und politisch gut vernetzte Berufsgruppen echte interprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe trotz ihrer Vorteile bisher verhindern konnten. Als Gründe nennt die SAMW die Angst um Prestigeverlust sowie um Macht- oder finanzielle Einbussen. Beharren die ärztlichen Fachpersonen auf ein Nebeneinander der Professionen und kehren ihre Verordnungsmacht hervor, wirken sie der interpro-

professionellen Zusammenarbeit entgegen. Wenn interdisziplinäre Zusammenarbeit gelingen soll, sind alle Beteiligten in ihrem professionellen Verhalten in Bezug auf Engagement, Positionierung, Teilen von Informationen, Verzicht auf Dominanz usw. gefordert. Laut SAMW (2020b, S. 43) nehmen Professionelle Probleme unterschiedlich wahr, was zu Spannungen zwischen den Beteiligten führen kann. Um diese Unterschiede klären und ausräumen zu können, bedarf es Gespräche. Da den jeweiligen Settings angepasste Kommunikationsgefässe Interdisziplinarität erleichtern, müssen diese durch die Leistungserbringenden und Organisationen gepflegt werden: «Kommunikation braucht Zeit und ist potenziell riskant, weil sich die Beteiligten missverstehen können. Aus diesen Gründen müssen informelle und formelle Austauschgefässe, Kommunikationsabläufe mit Hol- und Bringschuld mündlich und schriftlich geklärt sein» (Rüegg et al., 2022b, S. 38). Die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses benötigt zeitliche Ressourcen. Keefe et al. (2009, S. 590) nennen knappe zeitliche Ressourcen jedoch als Herausforderung, denn Ärzte, Ärztinnen äusserten Bedenken, dass die Sozialarbeitenden viel Zeit benötigen, um mit ihnen zu kommunizieren und Fälle zu besprechen. Sie befürchteten, dass die Anwesenheit von Sozialarbeitenden in der Praxis ihre ohnehin knappe Zeit weiter belasten, ihre Arbeit unterbrechen und sie von ihrer eigentlichen Tätigkeit ablenken würde. Vorzugsweise wünschte sich das befragte ärztliche Fachpersonal, eine Überweisung auszustellen oder kurze elektronische Mitteilungen der Sozialarbeitenden zu erhalten. Die Organisation eines gemeinsamen Arbeitsalltags könnte nach Keefe et al. hier eine Lösungsmöglichkeit darstellen. Studien von Keefe et al. ergaben, «that physician apprehension about integrating the social worker in primary care focused largely on the impact it would have on their already tight time constraints. Physicians did not question the ability of social workers to function within the roles discussed» (Keefe et al., 2009, S. 592).

Lücken im Gesundheitswesen: Die Salutogenese, das bio-psycho-soziales Modell und die systemische Beratung als eine Antwort darauf

Der Berufskodex verpflichtet Sozialarbeitende aus ethischen Gründen, die Klientel dazu zu motivieren, ihre Rechte, Fähigkeiten und Ressourcen zu nutzen, um ihre Lebensbedingungen selbst zu beeinflussen (AvenirSocial, 2010, S. 12). Im Sinne der Salutogenese benötigen Patienten, Patientinnen kontinuierliche präventive und kuraktive Beratung und Betreuung. Die im jetzigen Gesundheitssystem bestehende Lücke kann die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis schliessen. Sozialarbeitende in der Hausarztpraxis sind für das Erkennen der bio-psycho-sozialen Bedürfnisse, der Risikofaktoren und der

Ressourcen zuständig. Der systemische Ansatz zeigt, dass Sozialarbeitende die Lebensführungssysteme bearbeiten und Veränderungen der Lebenslagen und -weisen zum Ziel haben. Somit ist die Soziale Arbeit für die Lebenswelten und die Gestaltung der Integrationsbedingungen zuständig. Im Sinne der Partizipation wird die zu behandelnde Person miteinbezogen. Um Lösungen auszuarbeiten, werden in der Sozialen Arbeit interne und externe Ressourcen anhand des Bio-Psycho-Sozialen Modells (Ressourcenorientierung) genutzt. Letzteres sieht die Nutzung von Ressourcen im medizinischen, sozialen, versicherungsrechtlichen, ökonomischen und beruflichen Bereich vor. Diese Ressourcen werden zielgerichtet im Interesse der Patientinnen, Patienten eingesetzt (patienten-, patientinnenzentriert). Sozialarbeitende gehen individuell auf die Bedürfnisse und Probleme der Betroffenen ein, berücksichtigen den Kontext und erarbeiten gemeinsam situationsbezogene Lösungen. Ziel ist, trotz gesundheitlicher Einschränkungen ein gelingendes Leben zu ermöglichen. Das aus ihrer Sicht gewonnene Wissen bringen Sozialarbeitende in interdisziplinäre Teams ein und tragen somit zur ganzheitlichen Erfassung der Situation bei. Keefe et al. fassen zusammen: «Integrating social workers into primary care settings offers an innovative approach to address shortfalls in patient care» (Keefe et al., 2009, S. 582).

Potential des Einbezugs der Soziale Arbeit in der Diagnostik und Interventionsplanung

Wie erwähnt zielt die Soziale Arbeit auf Veränderung ab, weshalb nach Pauls (2013, S. 62 f.) Sozialarbeitende bei der Interventionsplanung stets Fragen der Entwicklung beachten müssen (z. B.: «Welche entwicklungsbedingten Bedürfnisse sind bei Menschen in unterschiedlichen Lebensaltern und Entwicklungsabschnitten zu erwarten? Welche Kompetenzen, Einstellungen und Interessen dürfen alters-, geschlechts-, und/oder gruppen-spezifisch als normal vorausgesetzt werden? Welche Anforderungen sind in welchem Alter angemessen, in welcher Hinsicht ist Schutz und Schonung geboten? In welchen Entwicklungsperioden ist mit welchen typischen Krisen und Problemen zu rechnen?» (Pauls, 2013, S. 62)). Sozialarbeitende sind implizit oder explizit gefordert, Prognosen im Bereich Persönlichkeitsentwicklung und Verhaltensveränderung zu stellen. Dies ist auch im Erwachsenenschutz elementar, denn Sozialarbeitende müssen sich beispielsweise mit den Fragen auseinandersetzen, ob eine Massnahme geeignet oder notwendig ist; ob die bestehende Unterstützung ausreicht oder ob eine andere Massnahme angezeigt ist; ob eine Gefährdungsmeldung nötig ist usw. Bei der Interventionsplanung sind somit die längerfristigen Auswirkungen einzuschätzen. Das Erstellen von Prognosen ist eine Herausforderung, denn wie aus der systemischen Beratung bekannt, reagieren Systeme nach eigenen Gesetzen und Regeln.

Pauls (2013, S. 200) führt weiter aus, dass Sozialarbeitende in der Arztpraxis bei der psycho-sozialen Diagnostik (d. h. bei der Analyse der Situation bzw. bei der Erfassung des Gesamtbildes der sozialen Problematiken nach Salomon) einen Schnittstellencharakter haben und sich zwischen der psychischen Dimension sowie den sozialen und alltagssituativen Dimensionen bewegen. Die Diagnostik erfolgt somit multidimensional und prozessual. Im Rahmen des Erwachsenenschutzes sind Sozialarbeitende in der Arztpraxis geeignet, die Situation zu analysieren und einzuschätzen (z. B. bei Abklärungen, bei der Entscheidung, ob eine Gefährdungsmeldung erforderlich ist oder ob eine Massnahme (weiterhin) geeignet ist). Durch die Herausarbeitung und Benennung, um was es in der psycho-sozialen Beratung geht, erhalten auch die hilfeschuchenden Personen Einblick in die Zusammenhänge zwischen Gesundheit, Problem, Lebenslage, Beziehungen, Verhalten und Erleben. Die Soziale Arbeit erfüllt damit eine bedeutende Funktion für Patienten und Patientinnen. Die Erkenntnis über die Zusammenhänge kann unter Umständen dazu führen, dass die Patienten, Patientinnen höhere Bereitschaft zeigen, Unterstützungsangebote anzunehmen. Da beispielsweise eine Gefährdungsmeldung erst eingereicht werden muss, wenn selbst keine Abhilfe geschaffen werden kann, kann eine Einsicht von Seiten der erkrankten Person dazu dienen, deren Compliance zu erhöhen und eine behördliche Massnahme abzuwenden.

Zugang und Orientierung im Sozial- und Gesundheitssystem als Chance, Einschränkung der Eigenaktivität als Risiko

Die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis trägt zur chancengerechten Grundversorgung bei. Aufgrund ihrer Niederschwelligkeit erreicht sie Menschen, für welche der Zugang zu sozialen Systemen erschwert ist, und kann somit Zugang und Orientierung zu diesen bieten. Neben dem Zugang zu Systemen der sozialen Sicherheit fördert sie die soziale Teilhabe und Integration in die Gesellschaft:

Rock and Cooper (2000) found that many patients would not have accessed intervention outside primary care and may therefore not have had their psychosocial needs met, while a GP/social worker team combined their skills to enable patients to accept emotional dimensions of their illness and access treatment appropriate to their needs [...]. (McGregor et al., 2018, S. 8)

Die Soziale Arbeit darf sich jedoch nicht von Patienten, Patientinnen in sozialen Notlagen instrumentalisieren lassen und die Eigenaktivität der Klientel ersetzen. Hilfe zur Selbsthilfe, «Mit-Tun» und Ergebnisoffenheit sind zentrale Haltungen bei der Sozialen Arbeit.

Sozialarbeitende können nicht nur Zugang und Orientierung zu sozialen Systemen, sondern auch den Zugang zur KESB erleichtern und im Umgang mit der KESB Begleitung bieten.

Das Setting der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis und dessen Potential

Die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis nutzt im integrierten Modell den Erfahrungsraum, indem das Setting (vgl. Kap. 6.2.1) für die Beratung in der Hausarztpraxis liegt. Patienten, Patientinnen befinden sich in einem ihnen bekannten und vertrauten Setting, was sich positiv auf die Beziehung auswirkt. Vetter (2022, S. 1) geht davon aus, dass Betroffene oft nicht an einen externen Ort gehen, wenn sie dorthin verwiesen werden, und dass bei einer Beratung im Haus die Abwärtsspiralen frühzeitig abgefangen werden können. Weiter besteht die Möglichkeit, die Beratung zu Hause anzubieten (person-in-environment), was sich auf die Vertrauensbeziehung positiv auswirkt und den Zugang erleichtern kann. Insbesondere bei potenziellen Gefährdungssituationen oder bei Abklärungen kann das Setting ‹Hausbesuch› elementare Informationen liefern, damit Sozialarbeitende zu einer Einschätzung kommen und daraus die nötigen Handlungsschritte ableiten können.

Mangelnde Studien zur Wirksamkeit und zum Potential der Sozialen Arbeit in der Grundversorgung

Die in Kapitel 4 erwähnten Studienergebnisse zeigen das Potential der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis auf. Es gibt jedoch nach McGregor et al. (2018, S. 2) nur wenig Studien zur Wirksamkeit und somit zum Potential der Sozialen Arbeit in der Grundversorgung. Ihrer Ansicht nach hat eine Kombination aus organisatorischen und politischen Hindernissen die Bemühungen der Praktikerinnen, Praktiker um eine Zusammenarbeit im Gesundheitswesen untergraben. Keefe et al. ergänzen die Studienergebnisse folgendermassen:

A growing number of empirical studies employing social workers in key roles in health care have found reductions in emergency visits and hospital admissions [...]; reduced length of hospital stay and nursing home placement [...]; and lower overall costs per patient [...]. A number of trials have also noted increases in self-reported indicators of quality of life among elder patients receiving social work interventions [...]. (Keefe et al., 2009, S. 582)

Netzwerkarbeit: Potential und Herausforderung

Sozialarbeitende in der Hausarztpraxis leisten Netzwerkarbeit, beispielsweise, indem sie interne und externe Ressourcen nutzen oder Patienten, Patientinnen an andere Fachstellen weitervermitteln. Das Vorhandensein von Institutionen reicht jedoch nicht aus, erst wenn gemeinsame Ziele und Interessen bestehen, handelt es sich um professionelle Netzwerke. Die Netzwerkarbeit stellt gleichzeitig ein Potential als auch eine Herausforderung dar, denn nicht alle Netzwerke sind für die individuelle Situation der Betroffenen hilfreich und unterstützend. Sozialarbeitende stehen somit vor der Herausforderung, für die jeweilige Situation hilfreiche Netzwerke herauszufiltern, die die Person bei der Befriedigung der Bedürfnisse, der Problembewältigung oder der Überwindung einer psychosozialen Krise unterstützen (vgl. Pauls, 2013, S. 318). Möglicherweise entwickelt sich aus der Netzwerkarbeit neues Unterstützungspotential, welches die bisherige professionelle Unterstützung ablösen kann. Die Grenzen des Netzwerkes sind zu beachten, damit es nicht zur Überlastung im System kommt. Im Erwachsenenschutz versuchen Sozialarbeitende als Netzwerkerinnen, Netzwerker unterstützende Netzwerke für und mit hilfsbedürftiger Klientel aufzubauen oder zu reaktivieren, mit dem Ziel, eine behördliche Massnahme aufheben zu können oder bereits vor der behördlichen Massnahme mittels Netzwerke den für den jeweiligen Schwächezustand erforderlichen Schutz zu gewähren.

Rollenkonflikt der Sozialarbeitenden in Hausarztpraxen

Das doppelte Mandat der Sozialen Arbeit (vgl. Begriffe und Definitionen) wird für Sozialarbeitende in der Hausarztpraxis ausgeweitet, denn sie haben zusätzlich einen Auftrag vom Hausarzt, von der Hausärztin. Sobald Sozialarbeitende zudem im Auftrag der KESB tätig sind, haben sie auch hier ein zusätzliches Mandat. Dies kann zu einem Rollenkonflikt führen. Sozialarbeitende stehen im Spannungsfeld verschiedener Auftraggebender (z. B. Klientel, Hausärztinnen, Hausärzte, KESB, Beistandspersonen, Angehörige, Gesellschaft usw.). Diesem Rollenkonflikt und Spannungsfeld kann mit Transparenz und Offenlegung entgegengewirkt werden, wobei sich dieses Spannungsfeld nie vollständig auflösen lässt.

Fazit: Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis ist eine Chance mit Herausforderungen und Risiken

Eine Primärversorgung ohne Experten, Expertinnen für soziale Anliegen kann nicht das gesamte Potential ausschöpfen, so Rüegg et al. (2022b, S. S.7). Dennoch zeigen sich Herausforderungen für die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis, von der Finanzierung

über Hierarchien bis hin zu strukturellen, organisatorischen und individuellen Faktoren. Nach Keefe et al. (2009, S. 582) erkennen Ärzte, Ärztinnen in der Grundversorgung zunehmend an, dass Sozialarbeitende, die sich mit psychosozialen und umweltbezogenen Aspekten von Gesundheit und Krankheit befassen, ihre Praxis verbessern. Dennoch ist das Zögern der Leistungserbringenden, Sozialarbeitende einzubeziehen, wahrscheinlich eines der grössten Hindernisse für die Entwicklung von Modellen der kooperativen Versorgung. Weiter führen Keefe et al. (2009, S. 592) aus, dass ärztliche Fachpersonen die Rolle der Sozialarbeitenden nicht vollständig verstehen, was zeigt, wie elementar Aufklärungsarbeit in Bezug auf die Rolle sowie die Verbesserung der Grundversorgung und der Lebensqualität der Betroffenen ist, wenn diese Zusammenarbeit erfolgreich sein soll. Möglicherweise ist es für die ärztlichen Fachpersonen der beste Weg, sich mit Sozialarbeitenden vertraut zu machen, indem sie mit ihnen zusammenarbeiten, so Keefe et al. weiter. Aus diesem Grund plädieren sie für das integrierte Modell. Für Sozialarbeitende kann notwendig sein, in der Praxis sichtbar zu werden, für Beratungen zur Verfügung zu stehen, und den potenziellen Beitrag zum Wohle der Patienten, Patientinnen jederzeit einbringen zu können, damit die Hausärztinnen, Hausärzte ihre Rolle verstehen und daraus eine Zusammenarbeit aufgebaut werden kann.

6.2 Setting und Rolle der Sozialarbeitenden

6.2.1 Setting

In Kapitel 2.2 wurde auf die professionelle Beziehung als Wirkfaktor für sozialarbeiterische Interventionen eingegangen. Für eine professionelle Vertrauensbeziehung hat die Wahl des geeigneten Settings hohe Relevanz, denn sie funktioniert «nur im Rahmen eines für die jeweilige Klientel, Problematik und Interventionsart geeigneten Settings» (Pauls, 2013, S. 184). Pauls (2013, S. 184 f.) unterscheidet zwischen vier Arten des Settings:

- offene, teilnehmende Settings, aufsuchende Settings, örtlich variable Settings
- räumlich abgegrenzte Settings mit Kommstruktur (Klientel suchen Einrichtungen auf, Sozialarbeitende haben festen Platz)
- zeitdefinierte Settings (Dauer)
- zeitlich variable Settings (regelmässig/unregelmässig).

Ob ein zeitdefiniertes oder zeitlich variables Setting angebracht ist, hängt von den Bedürfnissen der Klientel, dem Auftrag und der Zusammenarbeitsvereinbarung mit den ärztlichen Fachpersonen ab. Die jeweiligen Vor- und Nachteile führt Pauls in seinem Buch aus. Auf die offenen und räumlich abgegrenzten Settings gehen Rüegg et al.

(2022a, S. 29–31) ebenfalls ein. Sie schreiben, dass eine Sozialarbeit in der Hausarztpraxis entweder integriert oder extern in einem nahegelegenen Büro angeboten werden kann. Sie unterscheiden zwischen drei idealtypischen Modellen, wobei Mischformen dieser möglich sind:

Bei der *integrierten Form* besteht ein Arbeitsverhältnis zwischen der Arztpraxis und Sozialarbeitenden oder einem (sozial-)medizinischen Zentrum. Die Beratung findet in der Arztpraxis statt und es besteht Zugriff auf gemeinsame, elektronische Patientinnen-, Patientenakten. Da Sozialarbeitende vor Ort sind, besteht die Möglichkeit von informellen Gesprächen im Arbeitsalltag und die Sozialarbeitenden können an Rapporten oder Fallgesprächen teilnehmen. Der Empfang übernimmt die Terminplanung.

Beim Modelltyp der *externen Sozialberatung vor Ort* sind die Sozialarbeitenden bei einer unabhängigen externen Organisation oder Gemeinde angestellt und die Zusammenarbeit ist mit einer oder mehreren Arztpraxen geregelt. Die Beratung findet innerhalb der Arztpraxis statt und der Zugriff auf die Patienten-, Patientinnenakten sowie auf die Terminkalender ist geregelt. Da die Sozialarbeitenden vor Ort sind, finden informelle Gespräche mit Praxismitarbeitenden im Alltag statt. Der Empfang übernimmt die Terminplanung.

Beim dritten Modelltyp, der *externen Sozialberatung ausserhalb der Praxis*, arbeiten die Sozialarbeitenden meist mit mehreren Arztpraxen zusammen. Diese überweisen ihre Patienten, Patientinnen niederschwellig an die Sozialberatung. Dabei sind die Sozialarbeitenden entweder bei einer externen Organisation angestellt oder Selbstständigerwerbende. Der Bezeichnung des Modelltyps entsprechend, findet die Beratung ausserhalb der Arztpraxis in einem eigenen Büro statt. Da eine Zusammenarbeit mit mehreren Praxen stattfindet, ist erstere jeweils individuell geregelt. Rüegg et al. nennen als Beispiele Überweisungsschreiben, gemeinsame Fallbesprechungen, Netzwerkgespräche in den Praxen sowie Rückmeldung nach Beratungsabschluss. Die Überweisung ist vergleichbar mit einer Überweisung an einen Facharzt, eine Fachärztin oder zu einer Therapie. Die Sozialarbeitenden übernehmen die Terminplanung und informieren die zuweisenden Hausärzte, Hausärztinnen regelmässig über den Beratungsverlauf.

Jeder Modelltyp nach Rüegg et al. bringt Vor- und Nachteile sowohl für die Patientinnen, Patienten als auch für die Hausärztinnen, Hausärzte und die Sozialarbeitenden. Auf eine Ausarbeitung von Vor- und Nachteilen wird hier verzichtet, da diese von vielen Faktoren abhängig sind und nicht pauschalisiert werden können. Es werden ausschliesslich einige Überlegungen dargelegt.

Beim integrierten Modell kann die Anstellung über ein (sozial-)medizinisches Zentrum erfolgen, was sich negativ auf das Vertrauensverhältnis auswirken kann, denn die sozialmedizinischen Zentren sind mit der Sozialhilfe verknüpft und haben einen gesetzlichen Auftrag. Entsprechend gross ist die Hemmschwelle und es bestehen in der Bevölkerung Vorurteile, so dass Patientinnen, Patienten trotz Bedarf auf Sozialberatung verzichten könnten (vgl. Abbildung 7 und Abbildung 11). Ob bei einer Anstellung bei einer Arztpraxis ausreichend Überweisungen an die Sozialberatung erfolgen würden und das Angebot ausgelastet werden könnte, ist fraglich, weshalb eine Zusammenarbeit mit einer Gemeinschaftspraxis oder mit mehreren Hausärzten von Vorteil sein könnte. Die individuelle Regelung der Zusammenarbeit erhöht die Komplexität. Den Nutzen der informellen Gespräche im Arbeitsalltag für das Praxisteam und die Patientinnen, Patienten sollte nicht unterschätzt werden. Hilfsbedürftige Klientel hat die Möglichkeit, niederschwellig und rasch Zugang zur Sozialberatung zu erhalten und vereinzelt Fragestellungen können zeitnahe bearbeitet werden. Bei einer Sozialberatung ausserhalb der Praxis verliert das Angebot die Nähe zur Praxis. Dies kann sowohl als Vor- als auch als Nachteil gewertet werden. Einerseits erhöht dies die Neutralität und Unabhängigkeit der Sozialberatung, andererseits sind Patientinnen, Patienten gefordert, ein auswärtiges Setting anzunehmen, was die Hemmschwelle erhöht.

Rüegg et al. erwähnen, dass Mischformen denkbar sind. Es ist zu vermuten, dass sich dies in der Praxis bewähren würde. Da die Sozialberatung in der Arztpraxis bisher nicht etabliert ist, müssen sowohl die Patientinnen, Patienten als auch die Hausärzte, Hausärztinnen und die Praxisteams Erfahrungen in Bezug auf das geeignete Setting und den Nutzen der Sozialen Arbeit sammeln können. Eine Tätigkeit für mehrere Praxen ist entsprechend sinnvoll, um das Angebot bekannt zu machen. Gleichzeitig kann das Angebot sowohl intern als auch extern, in einem örtlich variablen Setting, angeboten werden, so dass die Hausärzte, Hausärztinnen je nach zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten die Wahl haben. Weiter sollte das Setting jedoch auch den Bedürfnissen der Hilfesuchenden und dem Auftrag entsprechend angepasst werden. Im Sinne von Pauls, der systemischen Haltung und dem Bio-Psycho-Sozialen Modell sollte die Sozialberatung den Patienten-, Patientinnenbedürfnissen entsprechend (z. B. bei bestehenden Mobilitätseinschränkungen oder KESB-Abklärungsverfahren) auch in einem aufsuchenden Setting tätig sein. Die person-in-environment-Perspektive geht über das räumlich abgegrenzte Setting hinaus und erfordert die aufsuchende Soziale Arbeit und das Eintauchen in die Lebenswelt und die Systeme. Dadurch werden die sozialen Räume der Klientel

ausserhalb der eigenen institutionellen Räume nutzbar gemacht. Einerseits ist die Klientel in ihrer gewohnten Umgebung und die Bezugspersonen können einbezogen werden, andererseits kann die Klientel dies als Eingriff in die Privatsphäre werten und sich kontrolliert fühlen. Aus zeitlichen, finanziellen und geografischen Gründen ist es meist problematisch aufsuchend tätig zu sein, obwohl dies Vorteile bringt und der Nutzen theoretisch begründet ist.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Wahl des Settings die Niederschwelligkeit, den Beziehungsaufbau, die zu bearbeitenden Aufgaben und die sozialarbeiterischen Interventionen beeinflusst. Die Klientel sollte bei der Wahl des Settings miteinbezogen werden. Das Setting ist dem jeweiligen Auftrag anzupassen und sollte während des Beratungsprozesses stets variabel bleiben bzw. den sich verändernden Patienten-, Patientinnenbedürfnissen angepasst werden.

6.2.2 Rolle

Physicians and nurses differed in their perceptions on the role of the social worker. Some of the physicians had never worked with social workers: "I don't know what to expect because I've never had one.". (Keefe et al., 2009, S. 588)

Physicians were more likely to see the social work role as helping with placement in long-term care facilities and accessing community-based services and resources, whereas nurses perceived the social work role to encompass a broader array of tasks ranging from walking patients down the hall to the exam room to providing necessary psychosocial care. (Keefe et al., 2009, S. 589)

Diese beiden Zitate verdeutlichen, wie diffus die Rolle der Sozialen Arbeit in der Grundversorgung wahrgenommen wird. Wie in Kapitel 6.1 dargestellt, ist die Rolle der Sozialarbeitenden eine der Herausforderungen, damit die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis sich etablieren und somit ihr Potential in der Grundversorgung und in Bezug auf den Erwachsenenschutz ausschöpfen kann. Eine klare Formulierung der Rolle der Sozialarbeitenden wäre eine notwendige Voraussetzung für eine effektive Zusammenarbeit von Sozialarbeitenden mit anderen Involvierten (vgl. Keefe et al., 2009, S. 593). Die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis kann ihr Potential nur «entfalten, wenn sie sich als eine eigenständige Profession mit einer eigenen wissenschaftlichen Perspektive, eigenen Assessmentinstrumenten, eigener Interventionsplanung und eigenem Methodenrepertoire versteht [...]. Eine gute Balance zwischen Hilfsfunktion und professioneller Rolle ist also ein entscheidender Faktor» (Rüegg et al., 2022b, S. 42). Diese Balance kann mittels

Handlungsautonomie, respektvollem Mitspracherecht und Verständnis für die gegenseitige Abhängigkeit erreicht werden. Mögliche Rollen der Sozialarbeitenden in und für Hausarztpraxen werden in Tabelle 1 dargestellt:

Tabelle 1 Rollen der Sozialen Arbeit in der Arztpraxis

Rolle	Professionelles Verständnis
 Casemanager*in	<ul style="list-style-type: none"> - Erfassen und Verstehen der sozialen Umwelt der Klientel - Hilfe für die persönliche Zielsetzung - Hilfe bei der Lösungsfindung - Lotsen im schweizerischen Sozial- und Gesundheitswesen
 Netzwerker*in	<ul style="list-style-type: none"> - Erfassen der sozialen Umwelt der Klientel - Vernetzung mit und zu Beratungsstellen - Aufklärung und Triage
 Sozialberater*in	<ul style="list-style-type: none"> - Erfassen der sozialen Umwelt der Klientel - Klärung von finanziellen Fragen - Prüfung von Sozialversicherungsansprüchen - Hilfe mit Arbeit, Wohnen & Familie
 Beratung und Schulung für Arztpraxen	<ul style="list-style-type: none"> - Beratung bei Sozialversicherungsanträgen - Aufklärung über kommunale Hilfsangebote - Beratung bei Rundtischgesprächen
 Psychosoziale Berater*in	<p><i>(je nach Kenntnis/Zusatzausbildung)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Systemische Beratung - Motivierende Gesprächsführung - Familienhilfe & Erziehungsberatung

Quelle: R. Rüegg et al., *Soziale Arbeit in der Arztpraxis – Grundlagen und Umsetzung*, Berner Fachhochschule, 2022, S. 33.

Gemäss Rüegg et al. handelt es sich dabei um idealtypische Rollen. Die Rollen können nicht klar voneinander abgegrenzt werden, denn sie können sich überschneiden. Zudem können Sozialarbeitende mehrere Rollen gleichzeitig innehalten. In Anlehnung an die Tabelle von Rüegg et al. habe ich die Rollen der Sozialarbeitenden in der Hausarztpraxis in Bezug auf den Erwachsenenschutz entwickelt, wie in Tabelle 2 dargestellt. Diese Rollen stehen in Zusammenhang mit dem Leistungsangebot aus Kapitel 6.3.

Tabelle 2 Rollen der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis in Bezug auf den Erwachsenenschutz

	Rolle	Professionelles Verständnis
	Sozialberatende	<ul style="list-style-type: none"> - Vgl. Tabelle 3 - Überprüfung und Bewertung von Gefährdungssituationen - Verfassen von Gefährdungsmeldungen - Unterstützen beim Verfassen von Selbstmeldungen - Sozialberatung zwischen Gefährdungssituation und Errichtung der Beistandschaft
	Vorsorgeberatende	<ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung bei der Regelung der eigenen Vorsorge - Information und Aufklärung zur eigenen Vorsorge - Klärung der gesetzlichen Vertretungsrechte - Unterstützung beim Validierungsprozess der Vorsorgeaufträge
	Abklärende	<ul style="list-style-type: none"> - die soziale Umwelt der Klientel wird erfasst und ein Verständnis dafür gefördert - Hilfe bei der Lösungsfindung - Vernetzen mit und zu Beratungsstellen - Abklärung des Schwächezustandes und des daraus resultierenden Schutzbedarfs - Berichterstattung und Empfehlung z. H. der KESB
	Begleitende	<ul style="list-style-type: none"> - Information zu Rechten und Pflichten (z. B. Anhörung) - Begleitung zu Anhörung - Übergabegespräche mit künftiger Beistandsperson
	Beistandsperson (Mitwirkungs-/ Begleitbeistandschaft)	<ul style="list-style-type: none"> - Erteilung oder Verweigerung der Zustimmung zu bestimmten Handlungen - Begleitung der verbeiständeten Person
	Systempartner, Systempartnerin	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation von Systemsitzungen (z. B. mit Beistandsperson)
	Auftrag Abwickelnde	<ul style="list-style-type: none"> - Ausführung der von der KESB übertragenden Aufgaben - Berichterstattung z. H. der KESB
	Überwachende	<ul style="list-style-type: none"> - Einblick und Auskunft für den von der KESB bestimmten Bereich einholen - Berichterstattung z. H. der KESB

Quelle. Eigene Darstellung.

Die Rollen der Sozialarbeitenden und ihr professionelles Verständnis müssen laufend anhand der neuen Erkenntnisse aus Praxis und Wissenschaft angepasst und ergänzt werden. Auf eine detaillierte theoretische Ausführung zu den erwähnten Rollen wird im Rahmen dieser Arbeit verzichtet und auf weiterführende Literatur verwiesen (z. B. Pauls, 2013, S. 316–326).

6.3 Leistungsangebot

Nachfolgend werden die generellen Aufgaben der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis erläutert. Die Frage, welchen Beitrag die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis für den Erwachsenenschutz leisten kann, wird in der Literatur nicht behandelt und es liegen keine Forschungsergebnisse zu dieser Fragestellung vor. Deshalb habe ich aus den dargestellten theoretischen und rechtlichen Grundlagen abgeleitet, welche Leistungen die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis für den Erwachsenenschutz anbieten kann und einen vorläufigen Leistungskatalog für die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis für den Erwachsenenschutz entwickelt. Als Grundlage dazu diente das Kinder- und Jugendhilfezentren (kjjz)-Portfolio des Kantons Zürich, Bildungsdirektion, Amt für Jugend und Berufsberatung aus dem Jahr 2016. Wie erwähnt, ist den Ärzten, Ärztinnen oftmals nicht bekannt, was die Soziale Arbeit leisten kann. Dieser Leistungskatalog soll einen Beitrag zum besseren Verständnis der möglichen Leistungen in der Hausarztpraxis für den Erwachsenenschutz darstellen, damit die Rolle der Sozialen Arbeit besser erfasst werden kann. Zudem soll er als weiteres Argumentarium für die Finanzierung der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis dienen.

Die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis beruht auf Freiwilligkeit und es besteht kein Zwangskontext. Wie erwähnt fördert sie die Selbstbestimmung und Unabhängigkeit, was ebenfalls ein Ziel des neuen Erwachsenenschutzrechtes ist (vgl. Kap. 3.1). Zudem wird dabei der Schutz der persönlichen Daten respektiert (vgl. Kap. 3.2.1). Beim Leistungskatalog der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis wird der Fokus gemäss Bio-Psychosozialem Modell auf die sozialen Faktoren der Gesundheit gerichtet, im Bewusstsein, dass der Lebenskontext jedes Menschen individuell ist und in der Beratung mitberücksichtigt werden muss. Menschen leben in verschiedenen Systemen (vgl. Kap. 2.3), welche einander beeinflussen. «Zentrale Aufgabe Klinischer Sozialarbeit liegt in der professionellen Kompetenz, mittels wissenschaftlich fundierter Methoden notwendige Veränderungen der psycho-sozialen Lebenslage und Lebensweise zu erreichen: zusammen mit den Betroffenen, ihren Bezugspersonen und ihrem sozialen Netzwerk, beteiligten Institutionen und Professionen» (Pauls, 2013, S. 17). Durch die Bearbeitung der sozialen Themen und der Lebensführungssysteme soll der Patient, die Patientin im Sinne der Salutogenese in Richtung Gesundheitspol bewegt werden. Nach Rüegg et al. (2022b, S. 31–33) kann sich das Leistungsangebot je nach Setting (vgl. Kap. 6.2.1) unterscheiden. Während bei der internen Sozialberatung der Leistungskatalog zwischen Sozialarbeitenden und der Arztpraxis vereinbart wird, steht bei der externen Sozialberatung der gesamte Leistungskatalog einer professionellen Sozialen Arbeit zur Verfügung (vgl.

Rüegg et al., 2022b, S. 31). Weiter können die Sozialarbeitenden ihre individuellen Kompetenzen aus Zusatzausbildungen einbringen.

6.3.1 Sozialberatung

In der Sprechstunde treten verschiedene soziale Themen auf (vgl. Abbildung 7 und Tabelle 4). Je nach Lage der Praxis und des Patientinnen-, Patientenstamms treten unterschiedliche Themen gehäuft auf (vgl. Abbildung 10 im Anhang) In diesen Themenbereichen kann die Soziale Arbeit eine Sozialberatung für Patientinnen, Patienten und deren Angehörigen anbieten. Sozialarbeitende können soziale Anliegen bei Krankheits- und Unfallfolgen bearbeiten, sozialversicherungsrechtliche Fragen beantworten, Informationen abgeben und Finanz- und Budgetplanungen anbieten. Weiter können sie bei der Erschliessung finanzieller Mittel (Hilfesystem) und bei Fragen der Existenzsicherung wie zu Taggeldern, Renten, Ergänzungsleistungen und Sozialhilfe unterstützen. «In helping patients to navigate the social welfare system and secure community-based services, social workers provide critical support that often addresses the social determinants of health» (Fraser et al., 2018, S. 202). Professionelle der Sozialen Arbeit können Beratung über Betreuungssysteme und Familien (private Sozialsysteme, Familiensystem), zur Erwerbsarbeit, Ausbildung, zum Arbeitsplatzverlust und -wechsel und zur Rückkehr zur Arbeit (Beschäftigungssystem), zur Wohnsituation und -form anbieten, und beim Aufbau einer Tagesstruktur unterstützen. Weiter kann sie Unterstützung im Bereich der Freizeitgestaltung (Kultur- und Freizeitsystem) und bei administrativen Aufgaben bieten. Sie kann die Teilhabe am kulturellen Leben und die Kontaktpflege fördern. Sie kann Fragen der Patientinnen, Patienten und deren Angehörigen zu (sozial-)versicherungs- oder allgemeinen rechtlichen Fragen in Zusammenhang mit Krankheit, Unfall oder Geburt beantworten. Bei Bedarf kann sie Anträge an Behörden (z. B. KESB) und Institutionen (IV, soziale Institutionen, Fonds, Stiftungen) stellen und an externe Fachdienste vermitteln. Dunja Vetter, welche in einem der vier Schweizer Pilotprojekte tätig ist, berichtet:

Dann kommen auch Eltern zu mir, die überfordert oder erschöpft sind und Entlastung brauchen. Ihnen kann ich aufzeigen, was es an Entlastungsangeboten gibt und wie das finanziert werden kann. Und dann geht es natürlich auch um finanzielle Probleme, Sozialversicherungsfragen oder psychosoziale Beratungsthemen. (Vetter, 2022, S. 1)

Darüber hinaus geht es «zudem oft um psychosoziale Beratung, etwa um den Umgang mit Einsamkeit oder wie ein Helfernetz aufgebaut werden kann» (Vetter, 2022, S. 1).

Sozialarbeitende beraten, begleiten und betreuen. Sie unterstützen und motivieren, stehen in Alltagsfragen zur Seite und helfen bei Problemen im Familiensystem oder mit Mitbewohnern, Mitbewohnerinnen (vgl. Pauls, 2013, S. 332). Rüegg fasst die Aufgaben der Sozialarbeitenden folgendermassen zusammen: «Sozialarbeitende beraten und vernetzen sowohl die Patient*innen als auch die Ärzt*innen bei versicherungsrechtlichen Anliegen, prekären Wohnsituationen, mangelnder Adhärenz, kulturellen Barrieren, genereller Lebensüberforderung, Stress oder Mobbing, drohendem Arbeitsplatzverlust oder bei sozialer Isolation» (Rüegg, 2021, S. 3).

In der Sozialberatung in der Arztpraxis sehen sich die Fachkräfte mit unterschiedlichen Problem- und Lebenslagen konfrontiert. Die verschiedenen Lebensumstände (z. B. alleinerziehend, von Armut Betroffene, erkrankte Menschen usw.) sind zu berücksichtigen, da diese die Dominanz unterschiedlicher Lebenssituationen beeinflussen. Sozialarbeitende beziehen deshalb stets die Lebenslagen des jeweiligen Patienten, der jeweiligen Patientin in seiner, ihrer Umgebung ein (Situationsanalyse). Sozialarbeitende nutzen ressourcen- und lösungsorientierte, systemische und motivierende Gesprächsführungsmethoden. Die Identifizierung von konkreten Aufträgen ist eine wesentliche Voraussetzung für die problem- und sozialtherapeutische Intervention. Es ist ein partizipativer Prozess, in welchem die Klientel die Möglichkeit zur Mitwirkung sowohl bei der Planung als auch bei der Durchführung und Beurteilung der Hilfe erhält. Bei Bedarf kann sie das Case Management übernehmen.

Ein weiterer Teil der Sozialen Arbeit ist die Netzwerkarbeit. Dabei vernetzen Sozialarbeitende die Patienten, Patientinnen mit Fachstellen, Angeboten des Sozialwesens (Kultur, Freizeit), Sozialdiensten, Ämtern, Behörden und Beiständen und/oder mit Freiwilligen. Ziel ist, die nötigen Hilfsangebote zu installieren und die relevanten Netzwerkpartner, -partnerinnen zu involvieren. Die sozialarbeiterischen Interventionen sollen zu einer Normalisierung und sozialen (Re-)Integration führen, wodurch sich die Situation der Betroffenen positiv verändert.

Die Situationsanalyse dient als Grundlage für die Interventionsplanung und zur Einschätzung der Schutz- und Risikofaktoren. Es handelt sich um informations-, fach- und prozessorientierte Beratungsgespräche. Die Sozialberatung kann u. a. in der Hausarztpraxis, in einem externen Beratungsbüro, in Form einer Telefonberatung und eines Hausbesuches stattfinden. Dieses generelle Angebot der Sozialberatung ist nicht abschliessend zu verstehen und den jeweiligen nichtmedizinischen Patientinnen-, Patientenangelegenheiten, der sozialräumlichen Umgebung und dem Auftrag der Arztpraxis soweit

möglich anzupassen (Rüegg et al., 2022b, S. 32). Pauls äussert sich zur Aufgabenstellung und Funktion der Sozialen Arbeit folgendermassen: «Es gibt wohl keinen Beruf im psycho-sozialen und psychiatrischen Bereich, der weiter gestreute Aufgabenstellungen und Funktionen in der Arbeit mit hilfebedürftigen Menschen erfüllt als den im klinischen Feld tätigen Diplom-Sozialarbeiter/Sozialpädagogen» (Pauls, 2013, S. 18).

Die Soziale Arbeit in und für Hausarztpraxen stellt einen Mehrwert für die medizinische Grundversorgung dar. Neben der allgemeinen Sozialberatung leisten Sozialarbeitende in der Hausarztpraxis einen Beitrag für den Erwachsenenschutz, worauf nachfolgend eingegangen wird.

6.3.2 Vor einer behördlichen Erwachsenenschutzmassnahme

Beim Erwachsenenschutz wird u. a. das Ziel verfolgt, die Selbstbestimmungsrechte zu fördern. Sobald Patienten, Patientinnen Sorgen in Bezug auf das Älterwerden oder auf einen Spitaleintritt äussern oder sich dementielle Entwicklungen zeigen, kann dies eine Indikation sein, eine Anmeldung bei der Sozialberatung zu veranlassen. Sozialarbeitende können Informationsberatungen anbieten zum Thema Vorsorgeauftrag (Art. 360–369 ZGB) und Patientinnen-, Patientenverfügung (Art. 370–373 ZGB) und bei der Erstellung dieser Dokumente unterstützen. Durch die Regelung der eigenen Vorsorge können Betroffene ihre Selbstbestimmungsrechte wahrnehmen. Der Bevölkerung ist oftmals nicht bekannt, wie die Vertretung rechtlich geregelt ist und welche Konsequenzen dies haben kann. Es ist wenig bekannt, dass beispielsweise eine Vollmacht grundsätzlich bei Tod oder Verlust der Urteilsfähigkeit erlischt, sofern nicht etwas anderes bestimmt wurde. Umso elementarer ist es, beispielsweise ältere Menschen frühzeitig über ihre Möglichkeiten, die eigene Vorsorge zu regeln, zu informieren, und Unterstützung beim Erstellen der Vorsorgedokumente zu bieten. Hat eine Person einen Vorsorgeauftrag erstellt und tritt die Urteilsunfähigkeit ein, kann die Person, welche als Vertretung im Vorsorgeauftrag eingesetzt wurde, diesen bei der KESB validieren und sich als Vertretungsperson einsetzen lassen. In diesem Fall ist die KESB ausschliesslich für das Validierungsverfahren zuständig. Sie übernimmt keine Kontrollfunktion und es erfolgt keine Berichterstattung an die KESB. Nach Abschluss des Validierungsverfahrens endet die Zuständigkeit der KESB (ausser bei Interessenkonflikt) und es werden keine erwachsenenschutzrechtlichen Massnahmen errichtet.

In der Patientinnen-, Patientenverfügung kann eine Person festlegen, wie die medizinische Behandlung oder Pflege zu erfolgen hat, falls sie selbst sich dazu nicht mehr äusseren kann. Auch in diesem Bereich kann eine Vertretungsperson bestimmt werden.

Die Patientinnen-, Patientenverfügung stellt eine Möglichkeit dar, selbstbestimmt zu entscheiden und ist für die ärztlichen Fachpersonen verbindlich. Da sowohl an den Vorsorgeauftrag als auch an die Patientinnen-, Patientenverfügung rechtliche Formvorschriften geknüpft sind, ist es Aufgabe der Sozialarbeitenden, die entsprechenden Informationen abzugeben und beim Erstellen zu unterstützen.

Eine weitere Indikation für die Involvierung der Sozialen Arbeit liegt beispielsweise vor, wenn ein Hausarzt, eine Hausärztin in der Sprechstunde von einer Trennung oder Scheidung erfährt und ihm, ihr bekannt ist, dass minderjährige Kinder zum Familiensystem gehören. Insbesondere in Fällen, in denen ein Elternteil die Kinder allein erzieht und das alleinige Sorgerecht hat, jedoch auch bei Patchwork-Familien und in allen anderen Fällen mit minderjährigen Kindern, stellt sich die Frage, wer die rechtliche Vertretung für die Kinder ausüben soll, falls der sorgeberechtigte Elternteil bzw. beide Elternteile plötzlich versterben sollten. Diesfalls muss die zuständige Behörde festlegen, wem die rechtliche Vertretung des Kindes zugewiesen werden soll. Sollte sich keine geeignete Person unter den Verwandten oder Bezugspersonen der Familie finden, wird von Amtes wegen ein Vormund, eine Vormundin bestimmt. Mittels Sorgerechtsverfügung kann eine Familie bereits für diesen Fall selbstbestimmt einen Vormund auswählen. Eine Sorgerechtsverfügung ist für die zuständige Behörde nicht bindend, sondern lediglich eine Hilfestellung zur Entscheidungsfindung.

Weiter stärkt das neue Erwachsenenschutzrecht die Familiensolidarität, indem die Vertretungsrechte von Ehepartnern, Ehepartnerinnen sowie von eingetragenen Partnerinnen, Partnern im Fall der Urteilsunfähigkeit eines Partners, einer Partnerin (Art. 374–376 ZGB) sowie die medizinischen Vertretungsrechte (Art. 377–381 ZGB) geregelt wurden. Ein Beispiel soll aufzeigen, dass die Vertretungsrechte von Eheleuten nicht umfassend sind: Eheleute können ohne Einverständnis des anderen Ehepartners die eheliche Wohnung nicht verkaufen. Im Falle einer Urteilsunfähigkeit kann der Ehepartner, die Ehepartnerin dem Wohnungsverkauf nicht mehr zustimmen. Muss die Wohnung jedoch möglicherweise aus finanziellen Gründen verkauft werden, müsste der urteilsfähige Ehepartner bzw. die -partnerin die KESB kontaktieren. Diese müsste für dieses Geschäft eine Beistandschaft errichten und die Zustimmung zum Verkauf erteilen. Hätte die Person ihre eigene Vorsorge jedoch geregelt und den Ehepartner, die Ehepartnerin als Vertretungsperson eingesetzt, könnte der Ehepartner, die Ehepartnerin ohne Involvierung der KESB handeln. Die medizinischen Vertretungsrechte sind in Art. 378 Abs. 1 ZGB geregelt. Diese Aufzählung der vertretungsberechtigten Personen in medizinischen

Angelegenheiten ist als Kaskade⁴ zu verstehen. Jede Person sollte sich individuell überlegen, wer das Vertretungsrecht erhalten würde, und ob dies ihrem Wunsch entspricht und das Vertrauen in diese Person ausreichend ist, um ihr diese komplexe und entscheidende Aufgabe zu überlassen. Falls die Vertretung anders, als die Kaskade vorsieht, geregelt werden möchte oder steht niemand aus der Kaskade zur Verfügung, müsste sie eine Patientinnen-, Patientenverfügung erstellen und ihre eigene Vorsorge regeln.

Diese exemplarischen Beispiele zeigen, welche Bedeutung die Regelung der eigenen Vorsorge hat und dass diese für jede Person von Bedeutung ist. Die Soziale Arbeit hat die Aufgabe, bei den Hausärztinnen, Hausärzten ein Bewusstsein für die Vorsorge ihrer Klientel zu entwickeln, damit diese in der Sprechstunde Indikatoren für eine Sozialberatung zu diesem Thema erkennen.

Sollten Patientinnen, Patienten der Hausarztpraxis ihre eigene Vorsorge geregelt haben, und der Hausarzt, die Hausärztin oder die Sozialarbeitenden der Hausarztpraxis Kenntnis darüber haben, haben sie die Aufgabe, bei Bedarf entsprechend zu handeln. Das heisst, dass die Wünsche, welche in der Patientinnen-, Patientenverfügung festgehalten sind, für das infovierte medizinische Fachpersonal verbindlich sind. Sollte Sozialarbeitende Kenntnis über einen Spitaleintritt erhalten, sind sie verpflichtet, jenes über das Vorliegen der Patientinnen-, Patientenverfügung zu informieren. Bei Bestehen eines Vorsorgeauftrages haben Sozialarbeitende die Pflicht, die KESB zu informieren und den Vorsorgeauftrag validieren zu lassen, sofern beispielsweise in der Sprechstunde eine (Teil-)Urteilsunfähigkeit oder ein Unterstützungsbedarf festgestellt wurde.

Wie aus der Forschung ersichtlich wurde (vgl. Kap. 4), stufen Hausärztinnen, Hausärzte Sprechstunden oftmals aufgrund der prekären sozialen Verhältnisse als «schwierig» ein. Personen, die sich in medizinische Behandlung begeben, vertrauen ihren Hausärztinnen, Hausärzten, weshalb sie in der Sprechstunde soziale Probleme ansprechen, welche ausserhalb dieses Settings mit Tabus oder Stigmata behaftet sind. In der Sprechstunde in der Praxis können ärztliche Fachpersonen Anzeichen von Verwahrlosung erkennen oder von Angehörigen ggf. über prekäre Lebensverhältnisse informiert werden. Dabei stellt sich die Frage, wie sich die Situation zu Hause konkret zeigt: kocht die Person noch für sich selbst, nimmt sie die Wohnungsreinigung vor, wäscht sie ihre Kleider

⁴ Art. 378 Abs. 1 ZGB beinhaltet eine Aufzählung, welche als Kaskade zu verstehen ist, d. h. nur wenn keine Personen einer bestimmten Kategorie existieren, sind Personen der folgenden Kategorie zur Vertretung befugt.

regelmässig, wie ist die Körperhygiene usw. Diese Fragen können in der Sprechstunde thematisiert werden, wobei sich Hausärzte, Hausärztinnen auf die Aussagen der Betroffenen verlassen müssen. In solchen Fällen ist die Involvierung der Sozialberatung angezeigt. Einerseits kann eine allgemeine Sozialberatung angeboten und erste präventive Hilfsangebote können vermittelt werden, um in der Gefährdungssituation Abhilfe zu schaffen. Sofern das Vertrauensverhältnis ausreichend aufgebaut werden kann und die betroffene Person ihre Einwilligung erteilt, haben Sozialarbeitende andererseits die Möglichkeit, einen Hausbesuch durchzuführen, um einen Einblick in die Lebenswelt der hilfsbedürftigen Person zu erhalten (person-in-environment): «social workers could “check out the home situation“ and effectively assess whether living at home is still the best option or intervene when necessary» (Keefe et al., 2009, S. 589). Weiter können sie mit Einwilligung der betroffenen Person Systemgespräche mit Angehörigen und ggf. bereits involvierten Systempartnern führen. Diese sozialarbeiterischen Interventionen werden genutzt, um ein möglichst vollständiges Bild der Ist-Situation zu erhalten und die Erkenntnisse aus der Medizin damit zu ergänzen. Durch die sozialarbeiterischen Interventionen und der Installierung der nötigen Hilfsangebote kann im besten Fall eine Stabilisierung der Situation erreicht werden, sodass auf eine Gefährdungsmeldung verzichtet werden kann. Sollten die Erkenntnisse aus Medizin, Sozialer Arbeit und weiteren Systempartnern zeigen, dass keine Abhilfe geschaffen werden kann, muss eine Gefährdungsmeldung bei der KESB eingereicht werden. Sozialarbeitende in Hausarztpraxen unterstehen keiner Meldepflicht, wenn sie als nach dem Strafgesetzbuch an das Berufsgeheimnis gebundene Hilfspersonen des Arztes, der Ärztin gelten. Die Meldepflicht der Sozialarbeitenden besteht nur in amtlicher Tätigkeit, wenn sie also beispielsweise bei einem Sozialdienst angestellt sind. Die Meldung an die KESB kann allenfalls über den Arzt, die Ärztin erfolgen, wenn er oder sie durch die betroffene Person dazu ermächtigt wurde, durch die Aufsichtsbehörde (z.B. Kantonsarztamt) vom Berufsgeheimnis entbunden wurde, oder wenn die ernsthafte Gefahr einer schweren Schädigung besteht (Art. 453 ZGB). Eine Meldung an die KESB stellt für alle Involvierten eine Herausforderung dar, da Patienten, Patientinnen freiwillig in die Sprechstunde oder zur Sozialberatung kommen und von ihrer Hilfsbedürftigkeit berichten. Durch die Meldung kann das Vertrauensverhältnis zur Hausärztin, zum Hausarzt sowie zu den Sozialarbeitenden negativ beeinflusst werden. Der medizinische Bericht (vgl. Kap. 3.2.1 EDÖB) sowie der Bericht der Sozialarbeitenden dienen der KESB als Grundlage für eine Entscheidung über die Errichtung einer erwachsenenschutzrechtlichen Massnahme.

Neben der Einreichung von Gefährdungsmeldungen kann bei der KESB eine Selbstmeldung eingereicht werden. Es kann vorkommen, dass Patienten, Patientinnen in der Sprechstunde äussern, im Alltag an Grenzen zu stossen, in Bereichen überfordert zu sein oder aus gesundheitlichen Gründen ihre Alltagsaufgaben nicht mehr allein bewältigen können. In solchen Fällen kann die Sozialberatung mittels Vernetzung, Weitervermittlung und Involvierung von weiteren Hilfsangeboten versuchen, zusammen mit den Betroffenen Abhilfe zu schaffen. Sofern dies als nicht ausreichend beurteilt wird, hat die betroffene Person die Möglichkeit, eine Selbstmeldung bei der KESB einzureichen. Häufig ist hierbei jedoch eine Hürde erkennbar, da die KESB mit Vorurteilen behaftet ist und wenig Kenntnisse über ein KESB-Verfahren vorhanden sind. Auch in Fällen, in denen eine Gefährdungsmeldung angezeigt ist, lohnt es sich, Zeit in die Information zu investieren und zu versuchen, eine Compliance zu erreichen. Dabei können Sozialarbeitende über das Verfahren, die Aufgaben der KESB, die Massnahmen und die Massschneidung informieren und auf individuelle Fragen und Ängste eingehen. Bei Bedarf können Angehörige an diesen Gesprächen teilnehmen. Die Sozialberatung kann zusammen mit den Betroffenen eine Selbstmeldung verfassen und bereits die erforderlichen medizinischen Berichte beilegen, wodurch der Schwächezustand der KESB offengelegt wird. Weiter kann mit einem Bericht aus sozialarbeitersicher Perspektive die Situation dargestellt und der aus dem Schwächezustand resultierenden Schutzbedarf aufgezeigt werden. Die sozialen und medizinischen Berichte dienen der KESB als Grundlage für die Entscheidung über die Errichtung einer erwachsenenschutzrechtlichen Massnahme.

Nach Eingang der Gefährdungsmeldung oder Selbstmeldung bei der KESB eröffnet diese, wie in Abbildung 5 dargestellt, das Abklärungsverfahren und prüft ihre Zuständigkeit. Bei dringenden Fällen hat die KESB gemäss Art. 445 ZGB die Möglichkeit, vorsorgliche Massnahmen, notfalls ohne vorangehende Anhörung, d.h. superprovisorisch, zu erlassen. Das Abklärungsverfahren nimmt Zeit in Anspruch und während dieser erhält die Person nicht die für sie notwendige Unterstützung. In solchen Fällen kann die Sozialberatung in der Arztpraxis mit Überbrückungsangeboten unterstützen und mittels Vollmachten (sofern Urteilsfähigkeit besteht) stellvertretend handeln. Auf diese Weise kann die Sozialberatung die Lücke zwischen Handlungsbedarf und dem Inkrafttreten der behördlichen Massnahme schliessen.

Die Involvierung der Sozialen Arbeit in der Sprechstunde kann in akuten Gefährdungssituationen sinnvoll sein. Dies zeigt den Patienten, Patientinnen in ihrer Krise, dass der Hausarzt, die Hausärztin ihre Anliegen ernst nimmt und Unterstützung bietet. Sozialarbeitende bieten Krisenberatung und -intervention an und beziehen das soziale System

ein. Sie können eine begleitete Vermittlung an Fachpersonen und Fachstellen anbieten, um den Zugang zu Hilfsangeboten zu erleichtern und die Vernetzung sicherzustellen.

6.3.3 Abklärungsphase

Nach Eröffnung des Abklärungsverfahrens durch die KESB ist diese für die Abklärung des Sachverhalts zuständig (vgl. Abbildung 5). Die KESB kann mittels verfahrensleitenden Entscheids einen Auftrag zur Sachverhaltsabklärung an eine geeignete Person oder Stelle erteilen (Art. 446, Abs 1 und 2 ZGB). Voraussetzung ist die persönliche und fachliche Eignung dieser Person oder Stelle. Diese Sozialabklärung wird oftmals von Sozialarbeitenden durchgeführt, welche aufgrund ihrer Ausbildung sowohl persönlich als auch fachlich geeignet sind. Die KESB kann den Auftrag zur Sachverhaltsabklärung an die Sozialdienste erteilen. Meine Recherchen vom Juni 2023 haben ergeben, dass beispielsweise im Oberwallis das Sozialmedizinische Zentrum keine solchen Abklärungen durchführt und es keinen Abklärungsdienst gibt. In diesem Fall kann die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis diese Lücke schliessen und Abklärungsaufträge im Rahmen des KESB-Abklärungsverfahrens durchführen. In der Abklärung wird unter anderem der Frage nachgegangen, ob und wenn ja welcher Schwächezustand vorliegt, denn dies ist eine Voraussetzung für die Errichtung einer Beistandschaft. Art. 390 Abs. 1 ZGB nennt als Schwächezustand eine geistige Behinderung, eine psychische Störung oder ein ähnlicher in der Person liegender Schwächezustand. Art 390 Abs. 2 ZGB nennt als weitere Voraussetzung die Urteilsunfähigkeit oder Abwesenheit. Bei diesen Schwächezustand-Begriffen wird die Nähe zur Medizin ersichtlich. Es ist Aufgabe im Rahmen der Abklärung, die bio-psycho-sozialen Ebenen abzuklären, was eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Medizin und Sozialer Arbeit erfordert. Sozialarbeitende in der Hausarztpraxis arbeiten standartmässig interdisziplinär mit Hausärztinnen, Hausärzten zusammen, wodurch eine umfassende Situationsanalyse bzw. gemäss Salomon ein Gesamtbild der sozialen Problematiken erstellt werden kann. Die unterschiedlichen Blickwinkel der Medizin und der Sozialen Arbeit auf die jeweilige Situation stellen eine Bereicherung dar und ergeben aus verschiedenen Perspektiven eine Einschätzung und ein Gesamtbild der Situation. Die Soziale Arbeit mit ihrer systemischen Grundhaltung hat die Möglichkeit, im Rahmen des KESB-Abklärungsverfahrens neben der betroffenen Person auch deren Bezugssysteme einzubeziehen und vorhandene Ressourcen des Systems zu (re-)aktivieren sowie Unterstützungsangebote bereits während der Abklärung zu installieren. Weiter können Sozialarbeitende den person-in-environment-Ansatz umsetzen, indem sie während der Abklärung einen Hausbesuch durchführen, welcher einen weiteren Einblick in die Situation ermöglicht und das Gesamtbild ergänzt.

Ein Abklärungsverfahren löst bei den Betroffenen und deren Bezugspersonen oftmals Ängste und Widerstand aus. Hausärzte, Hausärztinnen sind hier entscheidende Schlüsselpersonen, denn mit Hilfe des bestehenden Vertrauensverhältnisses kann die erwähnte «warme Übergabe» zwischen abklärender und betroffener Person erfolgen. Sozialarbeitende können direkt in der Arztpraxis miteinbezogen werden und die Beratung bzw. Abklärung kann in der Praxis stattfinden, wo sich die hilfeschuchenden Personen wohlfühlen. Das Vertrauen der Patientinnen, Patienten in ihren Hausarzt, ihre Hausärztin wird genutzt, um einerseits den Zugang zur betroffenen Person zu erleichtern und andererseits, um Ängste bei den Betroffenen abzubauen, dadurch dass die Abklärung in möglichst vertrauter Umgebung durchgeführt wird.

Diese interdisziplinäre Zusammenarbeit im Abklärungsverfahren birgt folgende Risiken, welche zu berücksichtigen sind. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Hausärztinnen, Hausärzten und den im Auftrag der KESB handelnden Sozialarbeitenden kann das bestehende Vertrauensverhältnis zwischen Hausarzt, Hausärztin und Patient, Patientin beeinträchtigen. Bei den betroffenen Personen kann der Eindruck entstehen, dass sich der Hausarzt, die Hausärztin gegen sie gestellt hat und zusammen mit der KESB eine Beistandschaft gegen ihren Willen bewirken will. Ein solcher Bruch in der Arzt, Ärztin–Patient, Patientin–Beziehung sollte verhindert werden, denn die professionelle Vertrauensbeziehung hat einen hohen Stellenwert. In Situationen, in denen der Hausarzt, die Hausärztin die einzige Bezugsperson und Kontaktperson ist, muss ein solcher Vertrauensbruch verhindert werden. Die Sozialarbeitenden in der Hausarztpraxis arbeiten grundsätzlich neutral und ohne gesetzlichen Auftrag. Den Patientinnen, Patienten wird die Sozialberatung in der Hausarztpraxis als neutrales Angebot vorgestellt, welches keinen Zusammenhang mit dem öffentlichen Sozialdienst hat. Diese Niederschwelligkeit in der Hausarztpraxis birgt Potential. Indem die Sozialarbeitenden in der Hausarztpraxis jedoch einen Abklärungsauftrag von der KESB erhalten, verlieren sie diese Neutralität und handeln im Auftrag der KESB, was zu einem Rollenkonflikt führen kann. Sozialarbeitende haben die Pflicht, die Patientinnen, Patienten über diese unterschiedlichen Rollen zu informieren und den Betroffenen ihren KESB-Auftrag zu erklären. Dies kann Widerstand bei den Betroffenen auslösen und eine bisher kooperative Zusammenarbeit im Rahmen der freiwilligen Beratung ins Stocken bringen. Gleichzeitig wird dadurch der Rollenkonflikt transparent gemacht, was das Vertrauensverhältnis stärken kann, da die Betroffenen informiert sind und wissen, in welchen Situationen die Sozialarbeitenden im Rahmen der freiwilligen Beratung tätig sind und in welchen sie im Auftrag der KESB handeln.

Wird die Abklärung durch eine andere Stelle vorgenommen, kann die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis dieser Fachstelle die ihr vorliegenden Informationen über das Klienten-, Klientinnensystem und deren Netzwerk zur Verfügung stellen. Sozialarbeitende der Hausarztpraxis sind als Hilfspersonen der dem strafrechtlichen Berufsgeheimnis unterstehenden Medizinalpersonen grundsätzlich nicht zur Mitwirkung verpflichtet. Eine Ausnahme besteht, wenn die Voraussetzungen nach Art. 448 Abs. 2 ZGB erfüllt sind, d. h. eine Mitwirkungspflicht gilt ausnahmsweise bei Vorliegen einer Entbindung durch die betroffene Person oder durch die Aufsichtsbehörde. Weiter können Sozialarbeitende der Hausarztpraxis der externen abklärenden Person den Zugang zur betroffenen Person erleichtern, indem sie als «Türöffner» fungieren. Zudem können sie den Betroffenen mit Rat und Informationen zur Seite stehen und sie im Abklärungsprozess unterstützend begleiten.

Eine Massnahme im Erwachsenenschutz muss verhältnismässig sein, weshalb sie nur angeordnet wird, wenn es keine geeignetere Massnahme gibt, die weniger in die Rechte der betroffenen Person eingreift. Sozialarbeitende in der Hausarztpraxis unterstützen Menschen darin, ihre eigenen Ressourcen (wieder-) zu entdecken und diese zu nutzen, damit die Gefährdungssituation ohne Eingreifen der KESB behoben werden kann. Hausärzte, Hausärztinnen betreuen ihre Patienten, Patientinnen meist über viele Jahre, so dass ihnen deren Bezugssystem bekannt ist. Dieses Wissen können sie den abklärenden Sozialarbeitenden zur Verfügung stellen. Da systemisch arbeitende Sozialarbeitende den Menschen in seinem Kontext und mit seinen Bezugssystemen berücksichtigt, versuchen sie, Ressourcen im System zu aktivieren und zu nutzen. Ein Eingreifen der KESB wäre nicht verhältnismässig, wenn sich die betroffene Person selbst genügend Hilfe besorgen kann, beispielsweise in der Familie oder bei freiwilligen Beratungsangeboten. Auf das Errichten einer Massnahme kann verzichtet werden, wenn eine Problemeinsicht vorhanden ist, anderweitige Unterstützung durch Dritte ausreicht und/oder die betroffene Person mit einer freiwilligen Beratungsstelle zusammenarbeitet. Die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis stellt ein solches freiwilliges Angebot dar, welches von Betroffenen genutzt werden kann (vgl. Kap. 6.3.1/6.3.2). Sozialarbeitende informieren die betroffene Person am Ende des Abklärungsverfahrens über den Inhalt ihres Berichtes z. H. der KESB und die darin abgegebenen Empfehlungen.

6.3.4 Rechtliches Gehör

Sobald die Behörde den Sachverhalt abgeklärt hat, bekommt die betroffene Person das rechtliche Gehör (Art. 447 ZGB). In Abbildung 5 wird dies als Anhörung bezeichnet. Im

rechtlichen Gehör erklären die Mitglieder der KESB das Abklärungsergebnis. Betroffene haben die Möglichkeit, sich dazu zu äussern, Lösungsvorschläge einzubringen und von ihrem Akteneinsichtsrecht (Art. 449 b ZGB) Gebrauch zu machen. Sie können Fragen stellen und ihre Sicht der Dinge darlegen. Die Behörde prüft, ob der Sachverhalt korrekt abgeklärt ist und die richtigen Schlüsse gezogen wurden. Falls nötig wird erneut abgeklärt. Die Anhörung wird protokolliert und unterzeichnet.

Werden Betroffene zu diesem rechtlichen Gehör eingeladen, stellen sich für sie meist viele Fragen wie: was ist ein rechtliches Gehör, wer ist anwesend, wozu dient dies, was sind die Rechte und Pflichten usw. Da «Anhörung» ein juristischer Begriff ist, löst dieser bei den Betroffenen ggf. Ängste aus. Sozialarbeitende in der Hausarztpraxis können diese Fragen der Betroffenen vorgängig beantworten, mit ihnen den Ablauf des rechtlichen Gehörs besprechen sowie die nötigen Informationen zur Verfügung stellen. Auf diese Weise können Sorgen abgebaut werden und Betroffene können sich entsprechend auf die Anhörung vorbereiten. Unabhängig davon, ob die Abklärung durch die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis oder durch eine andere persönlich und fachlich geeignete Stelle durchgeführt wurde, können Sozialarbeitende in der Hausarztpraxis auf Wunsch betroffene Personen zur Anhörung begleiten und ihnen während des rechtlichen Gehörs unterstützend zur Seite stehen.

6.3.5 Während einer behördlichen Massnahme

Wie in Kapitel 3.1 erwähnt, war ein Ziel der Reform des Erwachsenenschutzrechts im Jahr 2013, ein neues Massnahmensystem einzuführen. Es gibt unterschiedliche Beistandschaftsarten (Begleit-, Vertretungs- und Mitwirkungsbeistandschaft, umfassende Beistandschaft). Mit Ausnahme der umfassenden Beistandschaft sind die Massnahmen individuell auszugestalten und soweit möglich zu individualisieren, was als Massschneidung bezeichnet wird. Im Rahmen dieser ist eine Kombination von verschiedenen Beistandschaftsarten möglich, da die Massnahme erforderlich, geeignet und angemessen sein soll. Die persönliche Unterstützung, die Einkommens- und Vermögenssorge oder der Rechtsverkehr sind mögliche Aufgabenbereiche einer Beistandschaft. Falls notwendig, kann die Handlungsfähigkeit der betroffenen Person für bestimmte Bereiche eingeschränkt werden. Die KESB verfügt in ihrem Entscheid, welche Beistandschaftsart mit welchen Aufgabenbereichen für die jeweilige Person individuell angepasst auf ihre Situation geeignet ist und setzt eine entsprechende mandatstragende Person ein. In der Ernennungsurkunde ist festgehalten, welche Beistandschaftart mit welchen Aufgabenbereichen der mandatstragenden Person übertragen werden.

Die Beistandschaften werden meist an Sozialarbeitende in Sozialdiensten übertragen. Sozialarbeitende in Hausarztpraxen sind fachlich und persönlich ebenso geeignet, Beistandschaften zu führen, wobei im Einzelfall zu prüfen ist, ob dies sinnvoll und zweckmässig ist. Insbesondere bei der Vertretungsbeistandschaft und der umfassenden Beistandschaft muss dies im Detail geprüft werden. Da sich die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis noch nicht etablieren konnte, ist davon auszugehen, dass den Sozialarbeitenden in der Hausarztpraxis zu Beginn noch nicht ausreichend Stellenprozent und zeitliche Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, um Vertretungsbeistandschaften führen und den damit verbundenen Aufgaben gerecht werden zu können. Darüber hinaus werden Vertretungsbeistandschaften in der Regel von professionellen Beistandspersonen der Sozialdienste übernommen. In vielen Kantonen gibt es spezifische Regelungen, die festlegen, dass diese Leistungen durch die Sozialdienste zu erbringen sind. Sozialarbeitende in der Hausarztpraxis sind von solchen Regelungen bisher ausgeschlossen und es müsste neue Wege geben, diese Leistungen zu finanzieren. Wenn die verbeiständete Person für bestimmte Handlungen das Einverständnis der Beistandsperson einholen muss, wird eine Mitwirkungsbeistandschaft errichtet. Die Handlung der verbeiständeten Person wird erst rechtskräftig, wenn ihre Zustimmung ebenso wie die der Beistandsperson vorliegen. Punktuell und je nach Handlung kann eine Mitwirkungsbeistandschaft an Sozialarbeitende der Hausarztpraxis übertragen werden. Beispielsweise kann dies sinnvoll sein, wenn bereits ein Vertrauensverhältnis zu Sozialarbeitenden in der Arztpraxis besteht oder wenn die örtliche Nähe gegeben sein muss.

Die am wenigsten einschränkende Beistandschaftsart ist die Begleitbeistandschaft, welche mit Zustimmung der betroffenen Person errichtet wird, wenn eine Person urteilsfähig und eine gute kooperative Zusammenarbeit zwischen Beistandsperson und verbeiständeten Person möglich ist. Die Beistandsperson hat für gewisse Aufgabenbereiche eine begleitende und beratende Rolle ohne Vertretungsrechte. Die Beistandsperson steht der verbeiständeten Person unterstützend zur Seite. Die Übertragung dieser Beistandschaftsart an die Sozialarbeitenden in der Hausarztpraxis kann zielführend sein und in den Leistungskatalog passen. Es handelt sich um eine niederschwellige Unterstützung, wie es auch die Sozialberatung in der Hausarztpraxis ist. Es ist Aufgabe der verbeiständeten Person, sich bei Fragen an die Beistandsperson zu wenden. Die professionelle Beziehung zwischen Hausarzt, Hausärztin und Patient, Patientin kann den Betroffenen erleichtern, mit der Sozialarbeiterin, dem Sozialarbeiter in der Hausarztpraxis (Beistandsperson) zusammenzuarbeiten und sich bei Bedarf an sie zu wenden. Es ist davon

auszugehen, dass die Hemmschwelle niedriger ist, sich an Sozialarbeitende in der Hausarztpraxis zu wenden als an Sozialarbeitende von einem öffentlichen Sozialdienst. Ein Arzt erwähnte hierzu, dass die Zusammenarbeit mit den Sozialdiensten der Gemeinde herausfordernd ist (vgl. Abbildung 11 im Anhang), unter anderem aufgrund des Datenschutzes (man konnte nicht miteinander reden) und weil Sozialarbeitende nicht primär für den Patient, die Patientin da waren, sondern die Vorgaben der Gemeinde und der SKOS einhalten mussten (vgl. Rüegg et al., 2022b, S. 28). Die Sprechstunde mit Sozialarbeitenden in der Praxis stellt einen niederschwelligeren Zugang dar als die Beratung beim Sozialdienst.

Da die Soziale Arbeit in der Arztpraxis wenig etabliert und die Finanzierung wie in Kapitel 5 erwähnt noch nicht sichergestellt ist, ist fraglich, ob die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis die Führung von Beistandschaften in ihren Leistungskatalog aufnehmen kann/möchte. Beistandschaften sind meist zeitaufwendig und erfordern eine hohe Präsenz, was vermutlich durch die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis noch nicht gewährleistet werden kann. Zudem haben die Sozialdienste oftmals eine Leistungsvereinbarung mit dem Kanton, welcher die Finanzierung der Beistandschaften sicherstellt. Es wäre für die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis schwierig, Argumente zu finden, weshalb das Führen von Beistandschaften durch Sozialarbeitende in der Arztpraxis notwendig ist und somit über Stiftungen oder Ähnliches finanziert werden sollte. In Einzelfällen kann die Übernahme einer Beistandschaft durch Sozialarbeitende in der Hausarztpraxis jedoch zielführend und begründet sein.

Sofern die betroffene Person eine Sozialberatung in der Hausarztpraxis wahrgenommen hat, kann zu Beginn der Beistandschaft eine Systemsitzung organisiert werden, damit eine Übergabe von der Sozialberatung zur Beistandsperson stattfinden kann. Während einer Beistandschaft können die Beistandsperson und die Sozialarbeitenden in der Hausarztpraxis zur Sicherstellung des Schutzes der betroffenen Person zusammenarbeiten. Sozialarbeitende in der Hausarztpraxis können beispielsweise an Systemsitzungen mit den verbeiständeten Personen, der Beistandsperson, den Hausärzten, Hausärztinnen und weiteren involvierten Personen und Stellen teilnehmen und ihre Sichtweise (und bei Verhinderung zudem die Sichtweise des Hausarztes, der Hausärztin) einbringen. Die Zusammenarbeit ist im Einzelfall individuell mit der Beistandsperson zu klären und auszugestalten. Weiter können Sozialarbeitende in der Hausarztpraxis die Beistandsperson informieren, sollten Veränderung in der Sprechstunde festgestellt werden, damit eine Anpassung der Massnahme bei der KESB beantragt werden und durch diese geprüft werden kann.

6.3.6 Nach einer behördlichen Massnahme

Auf Antrag der verbeiständeten Person, einer ihr nahestehenden Person oder von Amtes wegen wird eine behördliche Massnahme aufgehoben, sobald keine Gründe für die Weiterführung mehr bestehen (Art. 399, Abs. 2 ZGB). Die Aufhebung kann für betroffene Personen eine Herausforderung darstellen, da sie ihre Aufgaben wieder vollumfänglich allein regeln müssen und ihnen bei Fragen eine Ansprechperson fehlt. In solchen Situationen können Sozialarbeitende in der Hausarztpraxis die Lücke zwischen der Aufhebung der behördlichen Massnahme und der vollständigen Selbstständigkeit mittels Überbrückungsangeboten schliessen, indem die Betroffenen die Sozialberatung (vgl. 6.3.1) in Anspruch nehmen. Die Sozialarbeitenden in der Hausarztpraxis stehen den Patienten, Patientinnen als Ansprechpersonen bei Anliegen unterstützend und beratend zur Seite.

6.3.7 Aufträge und Überwachung im Auftrag der KESB

Gemäss Art. 392 Abs. 2 ZGB kann die KESB «einer Drittperson für einzelne Aufgaben einen Auftrag erteilen» (ZGB; SR 210). Die Soziale Arbeit in der Arztpraxis ist eine geeignete Stelle, an welche die KESB solche Aufträge erteilen kann. In solchen Fällen führen die Sozialarbeitenden die einzelnen Aufgaben der KESB gemäss Auftrag individuell aus. Art. 392 Abs. 3 ZGB besagt, dass die KESB «eine geeignete Person oder Stelle bezeichnen» (ZGB; SR 210) kann, «der für bestimmte Bereiche Einblick und Auskunft zu geben sind» (ZGB; SR 210). Die Soziale Arbeit in der Arztpraxis ist für diese Aufgabenerledigung geeignet und erhält einen Auftrag der KESB. Sie überwacht eine Anordnung/Weisung der KESB und erhält somit eine gewisse Kontrollfunktion. Die betroffene Person muss den Sozialarbeitenden in der Arztpraxis, für die von der KESB bestimmten Bereiche Einblick gewähren und Auskunft erteilen, was zu einem Zwangskontext führt. Bei beiden Leistungen entsteht ein Zwangskontext und es ist zentral, dass die Patientinnen, Patienten Kenntnis haben und informiert werden, dass dieser gesetzliche Auftrag der KESB besteht und eine Meldung an die KESB erfolgen wird. Auf diese Weise kann die Rolle und ein damit verbundener Rollenkonflikt transparent gemacht werden. Dieser Zwangskontext widerspricht der Freiwilligkeit der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis.

6.4 Leistungskatalog

Aus den Ausführungen aus Kapitel 6.3 wurde ein vorläufiger Leistungskatalog für die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis in Bezug auf den Erwachsenenschutz entwickelt, welchen ich in Tabelle 3 darstelle. Dieser Katalog ist nicht abschliessend und muss laufend mit den Ergebnissen/Erkenntnissen aus Praxis und Forschung ergänzt und entsprechend angepasst werden.

Tabelle 3 Leistungskatalog der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis für den Erwachsenenschutz

Allgemeines Angebot der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis

Produkt	Arbeitsziele	Wichtigste Tätigkeit
Kontaktaufnahme nach Anmeldung	Patienten, Patientinnen sind kontaktiert, das Angebot ist vorgestellt. Sie sind zu einem Beratungsgespräch eingeladen.	<ul style="list-style-type: none"> Information der Patienten, Patientinnen über das Angebot der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis durch Hausarzt, Hausärztin
Sozialberatung	<p>Patienten, Patientinnen erhalten fachliche Beratung und Begleitung in Bezug auf soziale, finanzielle, sozialversicherungsrechtliche, arbeitsrechtliche Fragen oder in Bezug auf KESB-Verfahren und ihre Wohnsituation.</p> <p>Eine Situationsanalyse liegt vor und die Probleme sind erkannt. Der spezifische Unterstützungsbedarf liegt vor und die entsprechenden Handlungsschritte sind abgeleitet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Sozialberatung (auf Zuweisung seitens Hausarzt, Hausärztin) Situationsanalyse und Auftragsklärung Einschätzung von Schutz- und Risikofaktoren des Systems Informations-, fach-/prozessorientierte Beratungsgespräche Zusammenarbeit sowie Vernetzung mit Fachpersonen und Fachstelle, Triage Interventionsplanung Evaluation und Klärung des weiteren Vorgehens Gegebenenfalls weitere Massnahmen beantragen Setting: Beratung in der Hausarztpraxis oder in der angegliederten Beratungsstelle, Telefonberatung, Hausbesuche
Einrichten und Begleiten einer Tagesstruktur, Hilfsleistungen Dritter, Triage und Vernetzung Re-Integration in die soziale Umgebung	<p>Eine Tagesstruktur ist aufgegleist. Hilfsangebote sind installiert. Relevante Netzwerkpartner, Netzwerkpartnerinnen sind involviert. Re-Integration in die soziale Umgebung wird gefördert.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Erstgespräch Vermittlung von Freiwilligenarbeit Möglichkeiten einer Tagesstruktur evaluieren und organisieren Möglichkeiten von Hilfsangeboten evaluieren und organisieren Hilfestellung bei Finanzierung Kulturelle Teilhabe fördern Tagesstruktur/Hilfsangebote evaluieren Systemsitzungen, Standortgespräche (Besprechung der aktuellen Situation und Klärung weiteres Vorgehen) Kooperation mit Dritten

Vor einer behördlichen Massnahme

Beratung und Begleitung von Patienten, Patientinnen und deren Angehörigen	<p>Fachliche Beratung und Begleitung in Bezug auf soziale, finanzielle, sozialversicherungsrechtliche, arbeitsrechtliche Fragen oder in Bezug auf die eigene Wohnsituation (vgl. allgemeines Angebot der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis) findet statt.</p> <p>Die Information und Aufklärung zu KESB-Verfahren, dem Auftrag der KESB und den Möglichkeiten des Erwachsenenschutzes ist abgegeben.</p> <p>Eine Situationsanalyse liegt vor und die Probleme sind erkannt. Der spezifische Unterstützungsbedarf und die entsprechenden Handlungsschritte sind abgeleitet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Vgl. Produkt «Sozialberatung» (Beratung in der Praxis oder in der angegliederten Beratungsstelle, per Telefon, zu Hause usw.) Zusammenarbeit sowie Vernetzung mit Fachpersonen und Fachstelle Triage Unterstützung bei Bedarf Informations-, fach-/prozessorientierte Beratungsgespräche
---	--	--

Soziale Arbeit in einer Hausarztpraxis:
Beitrag und Potential für den Erwachsenenschutz

Vorsorgeberatung	Patienten, Patientinnen kennen die Möglichkeiten, ihre eigene Vorsorge zu regeln.	<ul style="list-style-type: none"> • Information über Vollmachten, Vorsorgeauftrag und Patienten-, Patientinnenverfügung, Vertretungsrechte • Unterstützung und Beratung bei der Regelung und Erstellung der eigenen Vorsorge • Information und Unterstützung die Sorgerechtsverfügung betreffend
Hausbesuch bei Patienten, Patientinnen	Betroffene erhalten fachliche Beratung und Begleitung in gewohnter Umgebung. Eine Situationsanalyse liegt vor und die Probleme sind erkannt. Der spezifische Unterstützungsbedarf und die entsprechenden Handlungsschritte sind abgeleitet. Eine Einschätzung der Wohnfähigkeit liegt vor.	<ul style="list-style-type: none"> • Hausbesuch • Vgl. Produkt «Sozialberatung» • Zusammenarbeit sowie Vernetzung mit Fachpersonen und -stellen • Triage • Vermittlung von Hilfsangeboten • Interventionsplanung • Einschätzung der Wohnfähigkeit und der Gefährdungssituation
Überbrückungsangebot	Die Lücke zwischen Handlungsbedarf und Inkrafttreten der behördlichen Massnahme ist geschlossen.	<ul style="list-style-type: none"> • Vgl. Produkt «Sozialberatung» • Stellvertretendes Handeln, sofern notwendig • Unterstützung bei administrativen und finanziellen Angelegenheiten • Interventionsplanung • Hilfsangebote installieren
Sozialberatung in akuten Gefährdungssituationen	Patienten, Patientinnen erhalten Verständnis für ihre Situation. Unmittelbare Gefährdungen sind behoben. Betroffene sind entsprechend ihrer Notlage an Fachstellen weitervermittelt.	<ul style="list-style-type: none"> • Krisenberatung und -intervention • Einbezug vom sozialen System • Begleitete Vermittlung an Fachpersonen und -stellen
Einreichung einer Gefährdungsmeldung/Selbstmeldung	Die Gefährdungssituation ist der KESB gemeldet. Betroffene kennen das Abklärungsverfahren und die behördlichen Massnahmen.	<ul style="list-style-type: none"> • Informationsgespräch mit Betroffenen und Angehörigen über das Abklärungsverfahren und die behördlichen Massnahmen • Einreichung der Gefährdungsmeldung bzw. der Selbstmeldung an die KESB • Überbrückung, bis eine Beistandschaft errichtet und in Rechtskraft ist (vgl. Produkt «Sozialberatung» und «Sozialberatung in akuten Gefährdungssituationen»)

Abklärungen

Abklärungen im Auftrag der KESB nach einer Gefährdungsmeldung	Die Gefährdung ist abgeklärt und eingeschätzt und es liegen relevante Aussagen und Empfehlungen zur Sicherung des Erwachsenenschutzes vor. Der Schwächezustand und der daraus resultierende Schutzbedarf sind bekannt. Falls notwendig, wird die geeignete Massnahme inkl. Aufgabenbereiche empfohlen.	<ul style="list-style-type: none"> • Aktenstudium • Gespräch mit Betroffenen und deren Bezugssystemen • Medizinische Berichte einholen • Hausbesuche (vgl. Produkt «Hausbesuch») • Informationen analysieren und auswerten • Subsidiäre Hilfsangebote abklären und installieren • Information über Empfehlungen an Betroffene • Abklärungsbericht mit Beurteilung und Empfehlung z. H. der KESB verfassen
---	--	---

Zusammenarbeit mit abklärender Person	Die abklärende Person und die Sozialberatung der Hausarztpraxis arbeiten zur Sicherstellung des Schutzes der betroffenen Person zusammen.	<ul style="list-style-type: none"> • Informationen über das Klienten-, Klientinnensystem und deren Netzwerk der abklärenden Person abgeben • Abklärende Person hat Zugang zur betroffenen Person, ein Kontakt ist hergestellt • Betroffene Person erhält Rat und Begleitung im Abklärungsprozess
Anhörung		
Anhörung der Betroffenen bei der KESB	Betroffene sind über den Ablauf des Abklärungsverfahrens sowie der Mandatsführung informiert. Begleitung zur Anhörung bei der KESB findet statt.	<ul style="list-style-type: none"> • Informationen an Betroffene abgeben • Begleitung zur Anhörung
Während einer behördlichen Massnahme		
Zusammenarbeit mit Beistandsperson	Die Beistandsperson und die Sozialberatung der Hausarztpraxis arbeiten zur Sicherstellung des Schutzes der betroffenen Person zusammen.	<ul style="list-style-type: none"> • Systemsitzungen mit betroffener Person, Beistandsperson, Hausarzt, Hausärztin, Sozialarbeitenden der Hausarztpraxis • Überprüfung der Verhältnismässigkeit der Massnahme und allenfalls Beantragung der Anpassung bei der KESB • Weiteres Vorgehen und Handlungsplan klären
Nach einer behördlichen Massnahme		
Überbrückungsangebot	Die Lücke zwischen Auflösung der behördlichen Massnahme und Selbstständigkeit ist geschlossen.	<ul style="list-style-type: none"> • Patientinnen, Patienten können das Produkt «Sozialberatung» nutzen • Unterstützung bei administrativen, finanziellen, arbeitsrechtlichen oder sozialversicherungsrechtlichen Angelegenheiten • Unterstützung beim Wohnen • Erschliessung von sozialen Kontakten oder Tagesstruktur-/Freizeitangeboten • Förderung der Selbstständigkeit • Hilfe zur Selbsthilfe
Vgl. Produkt «Allgemeines Angebot der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis»	Patientinnen, Patienten erhalten die für sie notwendige Unterstützung.	<ul style="list-style-type: none"> • Vgl. Produkt «Allgemeines Angebot der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis»
Aufträge und Überwachung im Auftrag der KESB		
Aufgabenerledigung im Auftrag der KESB	Die einzelnen Aufgaben, welche die KESB gemäss ZGB Art. 392 Abs. 2 an Drittpersonen erteilt hat, sind ausgeführt.	<ul style="list-style-type: none"> • Individuelle Ausführung der einzelnen Aufgaben gemäss Auftrag der KESB • Berichterstattung an KESB
Anordnung/Weisung der KESB überwachen	Der Einblick und die Auskunft für die von der KESB bestimmten Bereiche sind gegeben und die Wirkung wurde beurteilt (ZGB Art. 392 Abs. 3).	<ul style="list-style-type: none"> • Eröffnungsgespräch • Regelmässig Einblick und Auskunft bei Betroffenen und Dritten einholen • Berichterstattung an KESB

Quelle. Eigene Darstellung.

7. Ergebnisse

Aus den bisher erarbeiteten Themen werden nachfolgend die Ergebnisse zusammengefasst, welche im Hinblick auf die zentrale Fragestellung dieser Masterarbeit relevant sind.

Bereits Addams, Salomon und Richmond erkannten den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Sozialer Arbeit und plädierten für eine ganzheitliche Betrachtung des Menschen in seinem sozialen Umfeld, in seinen Lebensführungssystemen, in seinem Kontext. Das Bio-Psycho-Soziale Modell und dessen Erweiterung mit zusätzlichen Ebenen lieferten eine theoretische Begründung, weshalb die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen eine relevante Rolle einnimmt. Hausärztinnen, Hausärzte sind zunehmend mit komplexen gesundheitlichen und sozialen Problemen konfrontiert und es stehen ihnen knappe zeitliche Ressourcen zur Verfügung. Es zeigt sich, dass eine Disziplin allein diese Herausforderung nicht meistern kann, weshalb Interdisziplinarität notwendig ist. Die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis arbeitet ergänzend zur somatischen Behandlung, denn sie bearbeitet die psycho-sozialen Faktoren der Krankheit. Gemäss systemischer Haltung und der Salutogenese legen Sozialarbeitende den Fokus auf die Gesundheit und die Funktion der Krankheit. In ihrer Arbeit beziehen sie die komplexen Lebensführungssysteme mit ein. Die Hypothese, die Soziale Arbeit stellt einen Mehrwert für die medizinische Versorgung dar, konnte somit mithilfe ausgewählter Grundmethodiken und theoretischer Grundlagen der Sozialen Arbeit überprüft und belegt werden.

Die Analyse der Forschung zeigt, dass die Wirksamkeit der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen sowie deren komplexeren oder sozial orientierten Interventionen schwer zu erfassen sind. Forschungsergebnisse aus England belegen diese. In der Schweiz gibt es hingegen wenig Forschungen über die Wirksamkeit der Sozialen Arbeit in der Primärversorgung, auch nicht mit dem Fokus auf den Erwachsenenschutz.

Trotz der bekannten Grundmethodiken, theoretischen Begründungen und erster positiver Forschungsergebnisse fehlt die Anerkennung der Sozialen Arbeit als relevante Systempartnerin im Gesundheitswesen. Soziale Arbeit nimmt im Gesundheitswesen nach wie vor eine Nischenposition ein. Es stellte sich heraus, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Sozialwesen u. a. aufgrund der mangelnden Finanzierung, der Vergütungssysteme und des hierarchischen Denkens scheitert.

Um die Fragestellung dieser Masterarbeit zu beantworten, wurde in den Erwachsenenschutz eingeführt. Eines der zentralen Ergebnisse ist, dass die Ziele des Erwachsenenschutz

schutzes erreicht und Potential ausgeschöpft werden kann, wenn die betroffenen Personen frühzeitig erreicht und präventiv (z. B. Regelung der eigenen Vorsorge) auf sie eingewirkt werden kann. Aufgrund der Niederschwelligkeit und des einfachen Zugangs haben Sozialarbeitende in der Hausarztpraxis die Chance, betroffene Personen frühzeitig zu erreichen. Dabei sind sie auf die Zuweisung der Hausärzte, Hausärztinnen angewiesen, welche in der Sprechstunde die Indikation erkennen müssen. Es wurde herausgefunden, dass es für die Hausärztinnen, Hausärzte herausfordernd sein kann, die Indikatoren zu erkennen, da ihnen die Rolle der Sozialarbeitenden wenig bekannt ist. Eine weitere elementare Erkenntnis ist, dass es für sie am einfachsten ist, durch praktische Erfahrungen die Rolle der Sozialarbeitenden zu verstehen und zu erfassen. Hinzu kommt, dass Sozialarbeitende in Hausarztpraxen die Möglichkeit haben, das Setting variabel zu gestalten. Die Wahl des Settings beeinflusst die Niederschwelligkeit, den Beziehungsaufbau, die zu bearbeitenden Aufgaben und die sozialarbeiterischen Interventionen. Durch die Anpassungsmöglichkeit Settings können Menschen mit Schwachzuständen und in Gefährdungssituationen einfacher erreicht werden. Zudem kann das Setting im Verlaufe des Prozesses des Erwachsenenschutzes variieren sowie dem Auftrag und den Patienten-, Patientinnenbedürfnissen entsprechend angepasst werden.

Es wurde nachgewiesen, dass die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis nicht nur für die Patienten, Patientinnen, die Hausärztinnen, Hausärzte und die Arztpraxis grosses Potential hat, sondern auch in Bezug auf den Erwachsenenschutz, was sich im Leistungsangebot und dem entwickelten Leistungskatalog widerspiegelt. Die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis kann präventiv aktiv werden und einen Beitrag zum Erwachsenenschutz leisten. Die gesundheitlich-sozialen Abwärtsspiralen werden somit ggf. frühzeitig erkannt, früher als beim Sozialdienst oder einer externen Fachstelle, und ihnen kann entgegengewirkt werden. Zudem können über den Prozess von der Abklärung, zur Errichtung einer behördlichen Erwachsenenschutzmassnahme bis hin zur Beendigung der Beistandschaft Leistungen erbracht werden. Sozialarbeitende können Lücken im Erwachsenenschutz schliessen und sich dort einsetzen, wo der Erwachsenenschutz noch nicht (zwischen Gefährdungssituation und Errichtung einer Massnahme) bzw. nicht mehr (bei Aufhebung der Massnahme) wirksam ist. Diese Masterarbeit zur Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis zeigt den Beitrag und das Potenzial für den Erwachsenenschutz anhand einer theoretischen Begründung und des möglichen Leistungskatalogs auf. Diese möglichen Leistungen können in der Praxis erprobt und mittels Forschung weiterentwickelt werden. Mit der vorliegenden Arbeit wurden neue Erkenntnisse im Hinblick auf das Potential und das vielseitige Leistungsangebot der Sozialen Arbeit in

Bezug auf den Erwachsenenschutz gewonnen.

8. Diskussion

Die in Kapitel 7 präsentierten Ergebnisse dieser Masterarbeit werden zur Diskussion gestellt. Dabei wird aufgezeigt, wo ich an Grenzen gestossen bin und welche Auswirkungen dies auf die Ergebnisse hat. Es werden Empfehlungen für weiterführende Forschungsarbeiten gegeben.

Mithilfe der theoretischen Grundlagen wurde untersucht, ob die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis einen Beitrag für den Erwachsenenschutz leisten kann. Dabei kann die Frage gestellt werden, wo Erwachsenenschutz anfängt und wo er endet. Es kann diskutiert werden, ob dieser ab Involvierung der KESB, ab Erkennen einer Gefährdung oder bereits in präventiven Angeboten beginnt. Das allgemeine Angebot «Sozialberatung» trägt dazu bei, Gefährdungen vorzubeugen, diese zu erkennen und zu minimieren, wodurch bereits in dieser frühen Phase der Intervention ein Beitrag zum Erwachsenenschutz geleistet wird. Gleichzeitig kann dieses allgemeine Angebot nach Beendigung einer behördlichen Massnahme zur weiteren Stabilisierung beitragen, wodurch ein Beitrag zum Erwachsenenschutz geleistet wird. Das zentrale Ergebnis war, dass das Leistungsangebot der Sozialarbeitenden in Hausarztpraxen in Bezug auf den Erwachsenenschutz umfangreich ist. Sozialarbeitende können mit ihren Leistungen präventiv, im Prozess von der Gefährdungsmeldung bis Inkrafttreten einer behördlichen Massnahme, während dieser und im Anschluss an diese beratend und unterstützend wirken. Durch ihre Unterstützungsangebote können Lücken im Erwachsenenschutz geschlossen werden. Potential besteht darin, dass Sozialarbeitende in Hausarztpraxen gefährdete Personen frühzeitig erreichen. Die Hemmschwelle, Beratung bei Sozialarbeitenden der Hausarztpraxis in Anspruch zu nehmen, ist niedriger als bei Beratungen eines öffentlichen Sozialdienstes. Dabei sind Sozialarbeitende auf die Zuweisung der hausärztlichen Fachpersonen angewiesen. Voraussetzung dafür ist, dass Hausärzte, Hausärztinnen in den Sprechstunden die Indikatoren zur Involvierung der Sozialen Arbeit erkennen und ihnen die Rolle der Sozialarbeitenden bekannt ist, was eine Herausforderung darstellt. Hausärztliche Fachpersonen und Sozialarbeitende können in interdisziplinärer Zusammenarbeit die komplexen medizinischen und nicht-medizinischen Bedürfnisse der Hilfesuchenden bzw. der Schutzbedürftigen bearbeiten. Dabei leisten Sozialarbeitende einen Beitrag zum Erwachsenenschutz.

Diese Ergebnisse beruhen auf theoretischen Grundlagen und eigenen Überlegungen, was darauf hinweist, dass keine Forschungsergebnisse und keine Praxiserfahrungen zur Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis in Bezug auf den Erwachsenenschutz vorliegen.

Dies lässt sich drauf zurückführen, dass sich die Soziale Arbeit in Hausarztpraxen bisher nicht etablieren konnte. Wie in dieser Arbeit aufgezeigt wurde, stellt u. a. die Finanzierung solcher Angebote ein Hindernisgrund dar. Somit sind weitere Forschung und Praxiserfahrung in diesem Bereich erforderlich, damit eine Grundlage für die längerfristige Finanzierung geschaffen werden kann.

Die Ergebnisse dieser Masterarbeiten deuten darauf hin, dass Interdisziplinarität der Schlüssel zur ganzheitlichen Behandlung darstellt, auch wenn diese u. a. aufgrund des damit verbundenen Mehraufwands und der Schwierigkeit auf Augenhöhe zusammenzuarbeiten eine Herausforderung bleibt. Interprofessionelle Zusammenarbeit mit systemischer Sichtweise unter der Berücksichtigung der bio-psycho-sozialen Ebenen kann die Versorgungsqualität in der Grundversorgung steigern. Entgegen der Erwartung wurde herausgefunden, dass Interdisziplinarität jedoch kein Allheilmittel ist, sondern als Ergänzung der professionellen Praxis dient. Die Ausführung, dass Interdisziplinarität der Schlüssel der Grundversorgung ist, liegt nahe, dass dies auch für den Erwachsenenschutz gilt. Aus der Bearbeitung der Thematik zeigte sich, dass durch die frühzeitige interdisziplinäre Zusammenarbeit, dem Schwächezustand und den Abwärtsspiralen entgegengewirkt, bestenfalls dem Schutzbedarf mittels sozialarbeiterische Interventionen Abhilfe geschaffen, die Regelung der eigenen Vorsorge gestärkt, die Notwendigkeit von erwachsenenschutzrechtlichen Massnahmen reduziert und Lücken im Erwachsenenschutz geschlossen werden können.

Aufgrund des begrenzten Umfangs dieser Arbeit konnte auf einige Themen nicht näher eingegangen werden. Eine Beschränkung dieser Arbeit ist beispielsweise, dass der Kinderschutz nicht berücksichtigt wurde. Dies hat auf die Ergebnisse dieser Arbeit wenig Einfluss. Zu beachten ist, dass die Melderechte/-pflichten sich von denjenigen des Erwachsenenschutzes unterscheiden. Die Ausarbeitung eines möglichen Leistungskatalog für die Soziale Arbeit in Bezug auf den Kinderschutz könnte diese Lücke schliessen. Weiter wurde nicht darauf eingegangen, wie sich Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis etablieren kann oder wie den Hausärzten, Hausärztinnen Indikationen für die Involvierung der Sozialen Arbeit nähergebracht werden könnten. Hierzu könnten bei künftigen Arbeiten die ersten Praxiserfahrungen der vier Pionierprojekte in der Schweiz Erkenntnisse liefern. Da es nicht Ziel dieser Arbeit war, die Herausforderungen in Zusammenhang mit der Interdisziplinarität aufzuzeigen, wurde dieser Bereich nicht untersucht, im Wissen, dass die Interdisziplinarität und der Wille zu deren Umsetzung wesentlichen Einfluss auf die mögliche Etablierung der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis haben

und somit darauf, inwieweit das Potential für den Erwachsenenschutz ausgeschöpft werden kann. Für die Beantwortung der Fragestellungen ist die Interdisziplinarität jedoch nicht relevant. Eine weitere Limitation dieser Arbeit resultiert aus den fehlenden Forschungsergebnissen und Praxiserfahrungen. Aufgrund dessen konnte der Leistungskatalog ausschliesslich anhand eigener Überlegungen erarbeitet werden, weshalb dieser womöglich nicht vollständig ist und laufend angepasst werden muss. Zudem ist weitere Forschung zu dieser Thematik notwendig, beispielsweise in Bezug auf die Wirksamkeit der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis, die Veränderung der Anzahl an Patienten-, Patientinnenbesuchen, die zeitlichen Ressourcen der Hausärzte, Hausärztinnen oder die Auswirkungen auf die Gesundheitskosten. Ebenso sollten die Vermeidung von Beistandschaften, die Anzahl erstellter Vorsorgeaufträge, die Vermeidung von stationären Aufenthalten und fürsorgerischer Unterbringungen usw. berücksichtigt werden.

Mit der vorliegenden Arbeit wurden neue Erkenntnisse im Hinblick auf das Potential der Sozialen Arbeit in Bezug auf den Erwachsenenschutz gewonnen. Daher hilft sie, künftige Projekte von Sozialer Arbeit in der Hausarztpraxis zu legitimieren und die Notwendigkeit solcher Angebote aufzuzeigen.

9. Fazit mit Beantwortung der Fragestellungen

Die Bedeutung der Masterarbeit und deren Einordnung in die Fachdiskussion wurde in Kapitel 8 bearbeitet, weshalb hier nicht erneut darauf eingegangen wird. Es werden die Fragen bearbeitet und ein Fazit gezogen.

Wie der Titel der Masterarbeit beschreibt, ging es in dieser Arbeit darum, aufzuzeigen, welches Potential besteht und welchen Beitrag Sozialarbeitende in der Hausarztpraxis für den Erwachsenenschutz leisten können. Dabei ging es um die theoretische Begründung und es wurde das Ziel verfolgt, einen vorläufigen Leistungskatalog für die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis in Bezug auf den Erwachsenenschutz vorzustellen, und somit einen Überblick über das Potential der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis für den Erwachsenenschutz zu verschaffen. Die Forschungsfrage lautete: *Welchen Beitrag kann die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis für den Erwachsenenschutz leisten?*

Die Unterfrage, inwieweit Grundmethodiken und theoretische Grundlagen der Sozialen Arbeit einen Mehrwert für die medizinische Versorgung darstellen, konnte anhand des Bio-Psycho-Sozialen Modells, der salutogenetischen Sichtweise und der Grundhaltungen und Prämissen der systemischen Beratung aufgezeigt werden. Hausärzte, Hausärztinnen sind mit komplexen Problemstellungen konfrontiert und die Patientinnen, Patienten sind neben medizinischen Leistungen auch auf psychosoziale, finanzielle und rechtliche Unterstützung angewiesen. Die medizinischen Fachpersonen allein können diese komplexen Problemstellungen nicht bewältigen und Unterstützung von Sozialarbeitenden ist eine Antwort auf diese Herausforderung. Die Interdisziplinarität bietet eine mögliche Lösung. Indem Medizin und Soziale Arbeit mit systemischer Sichtweise und unter Berücksichtigung der bio-psycho-sozialen Faktoren gemeinsam auf die veränderten Bedürfnisse der hilfeschenden Personen eingehen, entsteht ein Gewinn für das hausärztliche Fachpersonal, die Patientinnen, Patienten und die Hausarztpraxis. Die Soziale Arbeit bezieht durch ihre systemische Grundhaltung den Lebenskontext und die Lebensführungssysteme der Patienten, Patientinnen mit ein. Dies ist einer der Gründe, weshalb die Soziale Arbeit einen Mehrwert zur klassischen medizinischen Sichtweise darstellt. In der Medizin herrschen meist eher pathologische Sichtweisen vor, wohingegen mithilfe der systemischen Ansätze nach dem Nutzen der Erkrankung gefragt und der Blickwinkel auf die Salutogenese gerichtet wird. Es konnte die Notwendigkeit der Interdisziplinarität mit ihren unterschiedlichen Ansätzen aufgezeigt werden. Dabei sind Fachkräfte jeder Disziplin mit ihrer Sichtweise und ihren Fähigkeiten elementar und die Professionellen der involvierten Fachrichtungen müssen jeweils die eigenen Grenzen

anerkennen, damit eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe entstehen kann.

Während der biologische sowie psychologische Zugang zur Gesundheit gesellschaftlich akzeptiert ist, wird der soziale nach wie vor vernachlässigt. Obwohl das Bio-Psycho-Soziale Modell im Gesundheitswesen anerkannt ist, hat die Soziale Arbeit eine Nischenposition. Die Untersuchung des aktuellen Forschungsstandes hat gezeigt, dass die Forschung in diesem Bereich rar ist. Dies hängt vermutlich damit zusammen, dass sich die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis in der Schweiz noch nicht etablieren konnte. Es hat sich gezeigt, dass insbesondere die Finanzierung eine Hürde bei der Etablierung darstellt.

Da in dieser Masterarbeit ein Bezug zum Erwachsenenschutz hergestellt wurde, lautete eine weitere Unterfrage, in welchen Bereich des Erwachsenenschutzes die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis gesetzlich zu verorten ist und welche gesetzlichen Grundlagen relevant sind. Die Reform des Erwachsenenschutzrechtes verfolgte unter anderem das Ziel, das Selbstbestimmungsrecht zu fördern, die Familiensolidarität zu stärken sowie ein neues Massnahmensystem einzuführen. Es konnte ausgewiesen werden, dass die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis einen Beitrag zu dieser Zielerreichung leistet, indem Leistungen vor einer behördlichen Massnahme angeboten werden, Sozialarbeitende die Netzwerke und deren Ressourcen (wieder-)aktivieren oder bei Abklärungen anhand des individuellen Schutzbedarfs massgeschneiderte Massnahmen empfehlen. Der Datenschutz wird von der Soziale Arbeit im Gesundheitswesen eingehalten, da Sozialarbeitende Einblick in schützenswerte Personendaten haben. Ein Interessenskonflikt kann hierbei entstehen, wenn Sozialarbeitende in der Hausarztpraxis im Auftrag der KESB tätig werden, da dies dem Grundsatz der Freiwilligkeit der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis widerspricht. Die Meldepflicht ist gesetzlich geregelt, weshalb sie für Sozialarbeitende in der Hausarztpraxis verbindlich ist.

Weiter wurde der Frage nachgegangen, welches Potential die Soziale Arbeit in einer Hausarztpraxis für den Erwachsenenschutz hat und welche Risiken und Herausforderungen bestehen. Sozialarbeitende in der Hausarztpraxis können ihr Potential ausschöpfen, da sie aufgrund der universellen Verfügbarkeit, des niederschweligen Zugangs und der Akzeptanz betroffene Personen frühzeitig erreicht und damit präventiv tätig sein können. Hausärztliche Fachkräfte müssen bei Patientinnen, Patienten nachfragen und sie motivieren, über ihre Lebensprobleme zu sprechen. Voraussetzung für den Zugang zu den Betroffenen ist, dass die Hausärzte, Hausärztinnen in den Sprechstunden die Indikationen für die Zuweisung an die Sozialarbeitenden erkennen, was herausfordernd sein

kann. Zudem ist ihnen die Rolle der Sozialarbeitenden zu wenig bekannt und es fehlt an praktischer Erfahrung in der Zusammenarbeit. Es gelingt, soziale Probleme fachgerecht zu behandeln, wenn in einer Praxis Sozialarbeitende zum interdisziplinären Team gehören. Jede Profession bringt ihr fachliches Können und eigenen Grenzen mit. Durch die Zusammenarbeit können in einer Hausarztpraxis komplexe medizinische und nicht-medizinische Probleme bearbeitet werden und Patienten, Patientinnen rücken auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in Richtung Gesundheit. Die von Vertrauen geprägte Beziehung zwischen Arzt, Ärztin und Klientel kann die Soziale Arbeit in Bezug auf den Erwachsenenschutz nutzen. Die «warme Übergabe» erleichtert der Klientel den Zugang zur Sozialberatung und trägt zum frühzeitigen Einbezug der Sozialen Arbeit bei. Dadurch können Sozialarbeitende bei prekären Lebenssituationen frühzeitig Hilfe bieten sowie mittels Unterstützungsangeboten ggf. behördliche Massnahmen abwenden, Gefährdungssituationen verbessern, bei der Ausgestaltung der Selbstbestimmung mittels Vorsorgeauftrag oder Patientinnen-, Patientenverfügung unterstützten usw.

Gemäss Salutogenese benötigen erkrankte Personen lückenlose und kontinuierliche Beratung und Betreuung, was im aktuellen Gesundheitssystem nicht gewährleistet ist. In Bezug auf den Erwachsenenschutz konnte festgestellt werden, dass die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis diese Lücken bei Übergängen zwischen Gefährdungssituation und Inkrafttreten der behördlichen Erwachsenenschutzmassnahme oder zwischen Aufhebung der behördlichen Massnahme und vollständiger Selbstständigkeit schliessen kann. Eine weitere Lücke kann das Angebot «Sozialberatung» schliessen, denn eine behördliche Massnahme ist notwendig, wenn nicht anderweitig Abhilfe geschaffen werden kann. Es ist davon auszugehen, dass es Sozialarbeitenden in der Hausarztpraxis eher gelingt, eine Compliance mit den betroffenen Personen zu erreichen als Sozialarbeitenden eines öffentlichen Sozialdienstes. Um Abhilfe zu schaffen, (re-)aktivieren Sozialarbeitende Netzwerke. Dabei stehen sie vor der Herausforderung, die für die jeweilige Situation hilfreichen und positiven Netzwerke herauszufiltern, denn nicht alle Netzwerke sind förderlich. Ebenso müssen die Grenzen des Netzwerkes erkannt werden. Im Idealfall entwickelt sich neues Unterstützungspotential, welches das bisherige professionelle Netzwerk (z. B. die Beistandschaft) ablösen kann. In Gefährdungssituationen oder bei Selbstmeldungen können Sozialarbeitende in der Hausarztpraxis den Zugang zur KESB erleichtern und im Umgang mit dieser Begleitung anbieten. Eine Herausforderung ist der Rollenkonflikt, welcher entstehen kann, wenn Sozialarbeitende neben dem doppelten Mandat auch Aufträge der hausärztlichen Fachpersonen oder der KESB haben. Sozialarbeitende stehen im Spannungsfeld verschiedener Auftraggebenden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis grosses Potential für den Erwachsenenschutz hat. Es bestehen jedoch auch Risiken und Herausforderungen, welche zu berücksichtigen sind. Es wurde festgestellt, dass es noch keine Forschung gibt, welche sich mit der Thematik der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis in Zusammenhang mit dem Erwachsenenschutz auseinandersetzt, und dass Erfahrungen aus der Praxis fehlen. Daher ist davon auszugehen, dass sich sowohl die Herausforderungen als auch das Potential mit weiterer Forschung in den nächsten Jahren noch klarer abbilden lassen werden.

Mit Hilfe der theoretischen Grundlagen und der beantworteten Unterfragen kann eine Antwort auf die Hauptfrage, *welchen Beitrag die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis für den Erwachsenenschutz leisten kann*, gegeben werden. Obwohl weder in der Literatur noch in der Forschung oder der Praxis eine Antwort auf diese Fragestellung gefunden werden konnte, wurde diese Zielsetzung durch eigene Überlegungen erreicht, indem ein möglicher Leistungskatalog für die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis für den Erwachsenenschutz entwickelt und in Kapitel 6.4 präsentiert wurde. Durch diese theoretische Begründung und Entwicklung eines Leistungskataloges lassen sich neue Erkenntnisse zum Nutzen der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis herausstellen. Es handelt sich um einen vorläufigen Leistungskatalog, da es weiterer Untersuchungen bedarf und das Leistungsangebot mit neuen Erkenntnissen aus Forschung und Praxis ergänzt werden sollte. Im Hinblick auf die Etablierung der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis kann es sinnvoll sein, wenn sich künftige Forschung mit dieser Fragestellung auseinandersetzt. Zukünftige Forschung im Bereich Kinderschutz könnte an diesen Leistungskatalog anknüpfen, indem ein eigener Leistungskatalog für den Kinderschutz entwickelt wird.

Durch diese Masterarbeit wurde gezeigt, dass die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis sowohl präventiv als auch während des gesamten Erwachsenenschutzes und über die Beendigung der behördlichen Massnahmen hinaus mit ihren Angeboten einen Beitrag zum Erwachsenenschutz leistet und Lücken im Erwachsenenschutz schliessen kann, indem sie dort einsetzt, wo der Erwachsenenschutz noch nicht bzw. nicht mehr wirksam ist. Der Leistungskatalog verdeutlicht, wie vielfältig die Leistungen der Sozialen Arbeit für den Erwachsenenschutz sind. Es wurde somit belegt, dass die Soziale Arbeit in und für Hausarztpraxen einen Mehrwert für die medizinische Grundversorgung darstellt und einen Beitrag für den Erwachsenenschutz leistet. Wie die Diskussion zeigte, ist weiterführende Forschung notwendig, damit sich die Soziale Arbeit in Arztpraxen etablieren und ihren Beitrag zum Erwachsenenschutz leisten kann.

10. Literaturverzeichnis

- Autopoiesis. (2023). In *Wikipedia*. <https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Autopoiesis&oldid=231359406>
- AvenirSocial. (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis*. AvenirSocial.
- AvenirSocial & SAGES (Hrsg.). (2018). *Leitbild Soziale Arbeit im Gesundheitswesen*. https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/RZ_Leitbild_A5_mc_150420_v2.pdf
- Bundesamt für Gesundheit. (2016). *Faktenblatt koordinierte Versorgung*. BAG.
- Bundesamt für Gesundheit. (2018). *Chancengleichheit und Gesundheit. Zahlen und Fakten für die Schweiz* (3. Ausgabe). BAG.
- Datenschutzbeauftragte des Kantons Zürich. (2019). *Datenschutz im Kindes- und Erwachsenenschutzrecht*. dsb. https://docs.datenschutz.ch/u/d/publikationen/uebersichten/uebersicht_datenschutz_im_kindes_und_erwachsenenschutzrecht.pdf
- EDÖB. (2002). *Leitfaden Bearbeitung Personendaten im medizinischen Bereich. Bearbeitung von Personendaten durch private Personen und Bundesorgane*. <https://www.edoeb.admin.ch/edoeb/de/home/deredoeb/infothek/infothek-ds.html>
- Engelke, E., Borrmann, S., & Spatscheck, C. (2009). *Theorien der Sozialen Arbeit: Eine Einführung* (5. Aufl.). Lambertus.
- Fraser, M. W., Lombardi, B. M., Wu, S., de Saxe Zerden, L., Richman, E. L., & Fraher, E. P. (2018). Integrated Primary Care and Social Work: A Systematic Review. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 9(2), 175–215. <https://doi.org/10.1086/697567>
- GDK (Hrsg.). (2019). *Impulse für die Integrierte Versorgung in den Kantonen: Ein Leitfaden*. GDK.
- Harrer, M. E. (2022). Bio-psycho-soziales Modell. Burnout und Achtsamkeit. <https://www.burnoutundachtsamkeit.at/menschenbild/bio-psycho-soziales-modell/>
- Jobst, D., & Joos, S. (2014). Soziale Patienten Anliegen – eine Erhebung in Hausarztpraxen. *Deutscher Ärzte-Verlag*, 90(12), 6. <https://doi.org/10.3238/zfa.2014.0496-0501>

Keefe, B., Geron, S. M., & Enguidanos, S. (2009). Integrating Social Workers into Primary Care: Physician and Nurse Perceptions of Roles, Benefits, and Challenges.

Social Work in Health Care, 48(6), 579–596.

<https://doi.org/10.1080/00981380902765592>

KOKES. (2019). *Merkblatt Melderechte und Meldepflichten ab die KESB nach Art.*

314c, 314d, 443 sowie 453 ZGB. https://www.kokes.ch/application/files/4515/5533/1616/Merkblatt_Melderechte-Meldepflichten_Version_Maerz_2019_definitiv.pdf

Lutz, R. (2020). *socialnet Lexikon: Doppeltes Mandat* | [socialnet.de](https://www.socialnet.de). <https://www.socialnet.de/lexikon/Doppeltes-Mandat>

Lutz, R. (2020). *socialnet Lexikon: Doppeltes Mandat* | [socialnet.de](https://www.socialnet.de). <https://www.socialnet.de/lexikon/Doppeltes-Mandat>

McGregor, J., Mercer, S. W., & Harris, F. M. (2018). Health benefits of primary care social work for adults with complex health and social needs: A systematic review. *Health and Social Care in the Community*, 26(1), 1–13. <https://doi.org/10.1111/hsc.12337>

Pahud, O. (2019). *Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung—Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2019 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)* (Obsan Bericht 15/2019). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Pauls, H. (2013). *Klinische Sozialarbeit Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (3. Aufl.). Beltz Juventa.

Physiology. (o. D.). In *DBpedia*. <https://dbpedia.org/page/Physiology>

Rüegg, R. (2021). *Soziale Arbeit in der Arztpraxis*. Berner Fachhochschule.

Rüegg, R., Eiler, K., Schüpbach, F., & Gehrlach, C. (2022a). *Soziale Arbeit in der Arztpraxis. Forschungsbericht*. Berner Fachhochschule.

Rüegg, R., Eiler, K., Schüpbach, F., & Gehrlach, C. (2022b). *Soziale Arbeit in der Arztpraxis. Grundlagen und Umsetzung*. Berner Fachhochschule.

Saam, M. (2021). *Gesundheit fördern und Krankheiten vorbeugen. Argumentarium. Arbeitspapier 53*. Gesundheitsförderung Schweiz.

SAMW. (2017). *Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit. Studie im Auftrag der SAMW*. Swiss Academies Reports 12 (2).

SAMW. (2020a). *Charta 2.0 Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen*. 2. Aufl. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3865147>

SAMW. (2020b). *Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung: Erfolgskritische Dimensionen und Fördermassnahmen. Differenzierung, Praxis und Implementierung*. Swiss Academies Communications 15 (2).
<https://doi.org/10.5281/zenodo.3355205>

Schusselé Filliettaz, S., Berchtold, P., Kohler, D., & Peytremann-Bridevaux, I. (2018). *Integrated care in Switzerland: Results from the first nationwide survey*. Health Policy 122(6), 568-576. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.03.006>

Vetter, D. (2022). *Abwärtsspiralen stoppen—Soziale Arbeit in der Arztpraxis.pdf* [Interview]. <https://www.sozialinfo.ch/dossiers/abwaertsspiralen-stoppen-soziale-arbeit-in-der-arztpraxis>

ZGB, SR 210. (2023). *SR 210 - Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907*. https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/24/233_245_233/de

Anhang

Begriffe und Definitionen

Doppeltes Mandat

Prof. em. Dr. phil Roland Lutz (2020) veröffentlichte auf socialnet.de einen Artikel zum doppelten Mandat und schreibt, dass Soziale Arbeit sich einerseits am Wohl der Klientel orientiert und andererseits im Auftrag des Staates bzw. der Gesellschaft handelt. Durch diesen doppelten Auftrag (Klientel und Staat bzw. Gesellschaft) hat die Soziale Arbeit zwei verschiedene Mandate von unterschiedlichen Auftraggebern was zu Konflikten führen kann. Es ergeben sich unterschiedliche Interessenspositionen, welche sich widersprechen können. Dieses Spannungsverhältnis bleibt unauflösbar.

Integrated Care

Integrierte Gesundheitsdienste umfassen das Management und die Erbringung von qualitativ hochwertigen und sicheren Gesundheitsdiensten, so dass die Menschen ein Kontinuum von Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Diagnose, Behandlung, Krankheitsmanagement, Rehabilitation und Palliativversorgung über die verschiedenen Versorgungsebenen und -orte innerhalb des Gesundheitssystems und entsprechend ihren Bedürfnissen während des gesamten Lebensverlaufs erhalten. Integration ist eine kohärente Reihe von Methoden und Modellen auf der Finanzierungs-, Verwaltungs-, Organisations-, Leistungserbringungs- und klinischen Ebenen, die darauf abzielen, Verbindungen, Abstimmungen und Zusammenarbeit innerhalb und zwischen den Bereichen Heilung und Pflege zu schaffen. Ziel dieser Methoden und Modelle ist es, die Qualität der Pflege und die Lebensqualität, die Zufriedenheit der Verbrauchenden und die Effizienz der System für Patienten, Patientinnen mit komplexen, langfristigen Problemen zu verbessern, die sich über mehrere Dienste, Anbietende und Einrichtungen erstrecken. Das Ergebnis solcher vielschichtigen Bemühungen zur Förderung der Integration zugunsten dieser speziellen Patientinnen-, Patientengruppen wird als 'integrierte Versorgung' bezeichnet (Übersetzt aus Schusselé Filliettaz et al., 2018, S. 568 f.).

Die Agency for Healthcare Research and Quality in den Vereinigten Staaten beschreibt integrierte Versorgung als Versorgung, die aus einem Praxisteam von Ärzten und Ärztinnen für Primärversorgung und Verhaltensmedizin resultiert, die mit Patientinnen und Patienten und Familien zusammenarbeiten und einen systematischen und kosteneffizienten Ansatz verwenden, um eine patientenzentrierte Versorgung für eine bestimmte Population bereitzustellen. Diese Versorgung kann sich auf die psychische Gesundheit,

den Substanzkonsum, das Gesundheitsverhalten (einschließlich des Beitrags zu chronischen Krankheiten), Lebensstressoren und -krisen, stressbedingte körperliche Symptome und ineffektive Muster der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung beziehen (Übersetzt aus Fraser et al., 2018, S. 176).

Interprofessionelle Zusammenarbeit

IPZ bedeutet gemäss der weitverbreiteten WHO-Definition eine Art und Weise des Interagierens, das Individuen mit unterschiedlichen (professionellen) Hintergründen zu einem gemeinsam geteilten Verständnis bringt, eines, das sie vorher noch nicht hatten und zu dem sie ohne einander nicht hätten kommen können. Im Unterschied zur klassischen professionellen Zusammenarbeit, die gemeinsame Verständnisse voraussetzt oder unterstellt, bezeichnet IPZ also ein Interagieren zugunsten gemeinsamer Verständnisse. IPZ bedeutet die Herstellung gemeinsamer Verständnisse und Erfahrungsräume in Interaktion. (SAMW, 2020b, S. 9)

Klinische Sozialarbeit

„Klinisch“ bedeutet (wie in der „Klinischen Psychologie“) die direkt beratend-behandelnde Tätigkeit in der Fallarbeit, unabhängig davon, ob dies in Praxen, ambulanten Beratungsstellen, in Tageseinrichtungen, oder in Kliniken und Langzeiteinrichtungen stationär erfolgt. Auf der Basis der historisch gewachsenen und grundlegenden Ziele aller Sozialarbeit – der Förderung, Verbesserung und Erhaltung der psychosozialen Funktionsfähigkeit von Individuen, Familien und Gruppen – profiliert Klinische Sozialarbeit die Expertise in der psycho-sozialen Beratung, Behandlung und Prävention bei schweren Belastungen, Krisen und psychischen, sozio- und psychosomatischen sowie chronischen Erkrankungen. (Pauls, 2013, S. 16)

Pauls Helmut «versteht Klinische Sozialarbeit als integrierten professionellen Ansatz zur Verbesserung der psycho-sozialen Passung zwischen Klient bzw. Klientensystem und Umwelt» (Pauls, 2013, S. 17). Als primäre Zielgruppe nennt er Menschen in Multiproblemsituationen in den unterschiedlichsten Arbeitsfeldern. Die klinische Sozialarbeit hat zum Ziel zusammen mit den Betroffenen, den Bezugspersonen und deren sozialen Netzwerken und Systempartnern eine Veränderung der psycho-sozialen Lebenslage zu erreichen. (vgl. Pauls, 2013, S. 17)

Kybernetik

Es gibt die Kybernetik I. Ordnung und die Kybernetik II. Ordnung:

Kybernetik I. Ordnung (=Beobachtung I. Ordnung)

Bei der Kybernetik I. Ordnung beschreiben Beratende als Beobachtende ein System scheinbar objektiv. Sie schildern, wie ein System «wirklich» ist, ohne dass sie selbst in der Beschreibung vorkommen. «Das System wird als zu behandelndes Objekt verstanden, Veränderung ist gezielt steuerbar, es gilt das Ursache-Wirkungsprinzip» (Tafel, persönliche Kommunikation, 17.05.2021).

Kybernetik II. Ordnung (=Beobachtung II. Ordnung)

Beratende (=Beobachtende) berücksichtigen bei der Kybernetik II Ordnung in ihrer Perspektive ihre Beobachtungsposition als Teil des Systems. Sie stehen selbst stets in Wechselwirkung zum System. «Seine Anwesenheit und Interventionen haben grossen Einfluss auf das, was geschieht und seine Sichtweisen vom System und den Beteiligten wird durch seine Position/Rolle im System beeinflusst. All seine Beobachtungen sind nicht „objektiv“, sondern das Ergebnis dieser Wechselwirkungen» (Tafel, persönliche Kommunikation, 17.05.2021).

Salutogenese

Salus (lat.): Heil, Glück, Unverletzlichkeit – Gesundheit

Genese (griech.): Entstehung

Ergänzende Tabellen und Abbildungen

Tabelle 4 Soziale Probleme in Hausarztpraxen in Deutschland

ICPC-Code	Problembeschreibung	Anzahl	Anteil in Prozent N = 1706	Beispiele aus den ärztlichen Dokumentationen
Z05	Probleme am Arbeitsplatz	39	2,3	Arbeitsbelastung, Konkurrenz, Angst vor Arbeitsplatzverlust, Streit mit Arbeitskollegen, Wechselschichten
Z29	Nicht näher beschriebenes soziales Problem	31	1,8	
Z10	Problem mit Gesundheitssystem	17	1,0	Krankenversicherung, berufliche Unfallversicherung, Berentung, Pflegeversicherung, Krankentagegeld, Patientenverfügung
Z20	Beziehungsprobleme mit Eltern/Familie	17	1,0	Selbstmord(versuch) in der Familie, Suchterkrankung des Vaters, Behinderung des Sohnes, Konkurs des Schwiegersohnes, familiärer Streit
Z02	Ernährung, Hunger, Wasserversorgung	16	0,9	Übergewicht, Hunger, Ernährungsberatung
Z06	Arbeitslosigkeit	16	0,9	Schulden, Konflikte mit der Arbeitsagentur, Streit mit dem Arbeitgeber
Z14	Problem mit Erkrankung des Partners	12	0,7	Krebserkrankung, psychiatrische Erkrankungen, Angst vor Partnerverlust
Z13	Problem durch Verhalten des Partners	11	0,6	Häusliche Gewalt, Liebesentzug, Scheidung, sexueller Übergriff
Z16	Beziehungsproblem mit Kind	10	0,6	Schulprobleme
Z01	Armut/finanzielle Probleme	9	0,5	
Z04	Soziokulturelle Probleme	8	0,5	Mobbing
Z07	Ausbildungsproblem	8	0,5	Prüfungssituation, Verlust des Ausbildungsplatzes
Z15	Problem mit Verlust/Tod des Partners	8	0,5	
Z21	Problem durch Verhalten Eltern/Familie	8	0,5	Körperliche Übergriffe, Alkoholkrankheit eines Angehörigen
Z28	Behinderung	6	0,4	
Z09	Rechtliches Problem	5	0,3	
Z12	Beziehungsproblem Partner/Partnerin	5	0,3	
Z27	Angst vor sozialen Problemen	5	0,3	
Z03	Wohnungs-/ Nachbarschaftsprobleme	4	0,2	
Z18	Problem mit Erkrankung des Kindes	3	0,2	
Z23	Problem mit Verlust/Tod Eltern/Familie	4	0,2	
Z24	Beziehungsproblem mit Freund	3	0,2	
Z08	Problem mit Sozialhilfe	1	0,1	
Summe		246	14,4	

Quelle. D. Jobst & S. Joos, *Soziale Patientenliegen – eine Erhebung in Hausarztpraxen*, Deutscher Ärzte-Verlag, 2014, S. 498.

Bemerkung. «Es wurden 1706 Patientenkonsultationen erfasst. In 246 (14,4 %) Fällen dokumentierten die Studienärzte soziale, nicht krankheitsbedingte Gründe (Tab. 1). Aus krankheitsbedingten Gründen (incl. Vorsorgeleistungen und Reiseberatungen) fanden hingegen 1460 (85,6 %) Konsultationen statt. Systematisierend zusammengefasst kamen 63 Probleme am Arbeitsplatz und in der Ausbildung (25,6 % von N = 246), 54 (21,9 %) Probleme in Familie und Partnerschaft und 36 (14,6 %) nicht kategorisierbare Lebensprobleme zur Sprache; 27-mal (10,9%) wurde der Tod oder die Krankheit eines Partners thematisiert. Seltenere als in jeweils 10 % kamen versicherungsrechtliche und rechtliche, soziokulturelle und Ernährungsprobleme, Wohnungs-, Nachbarschafts- und Geldprobleme vor» (Jobst & Joos, 2014, S. 499).

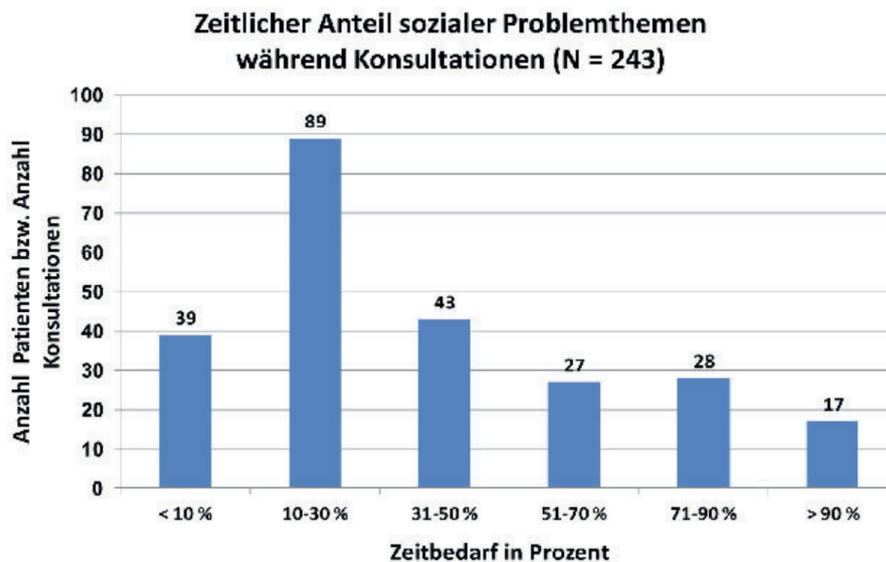
Abbildung 8 Soziale Arbeit als fehlendes Puzzleteil



Quelle: Rüegg et al., Soziale Arbeit in der Arztpraxis - Grundlagen und Umsetzung, Berner Fachhochschule, 2022, S. 18.

Bemerkung. «Soziale Arbeit in der Arztpraxis als fehlendes Puzzleteil der integrierten, interprofessionellen und präventionsorientierten ambulanten Gesundheitsversorgung» (Rüegg et al., 2022b, S. 18). Die Soziale Arbeit kann «als Antwort auf Fachkräftemangel, Einsamkeit, Burnout Risiko, Interprofessionalität, Prävention, Adhärenz, soziale und gesundheitliche Ungleichheit gesehen werden» (Rüegg et al., 2022b, S. 18).

Abbildung 9 Zeitlicher Anteil sozialer Themen bei den ärztlichen Konsultationen



Quelle: D. Jobst & S. Joos, Soziale Patientenanliegen – eine Erhebung in Hausarztpraxen, Deutscher Ärzte-Verlag, 2014, S. 499.

Bemerkung. Die Abbildung «zeigt grafisch und in absoluten Zahlen, welcher zeitliche Anteil für die Besprechung sozialer Probleme von den Ärzten dokumentiert wurde (in drei Fällen wurden keine Angaben gemacht). Wie in der hausärztlichen Medizin üblich, bringt die Mehrzahl der Patienten offensichtlich weitere Anliegen mit in die Sprechstunde. Hier kommt eine zusätzliche Beanspruchung der Ärzte durch soziale Probleme zum Ausdruck» (Jobst & Joos, 2014, S. 499).

Abbildung 10 Modellpraxen und ihre typischen Brennpunkte

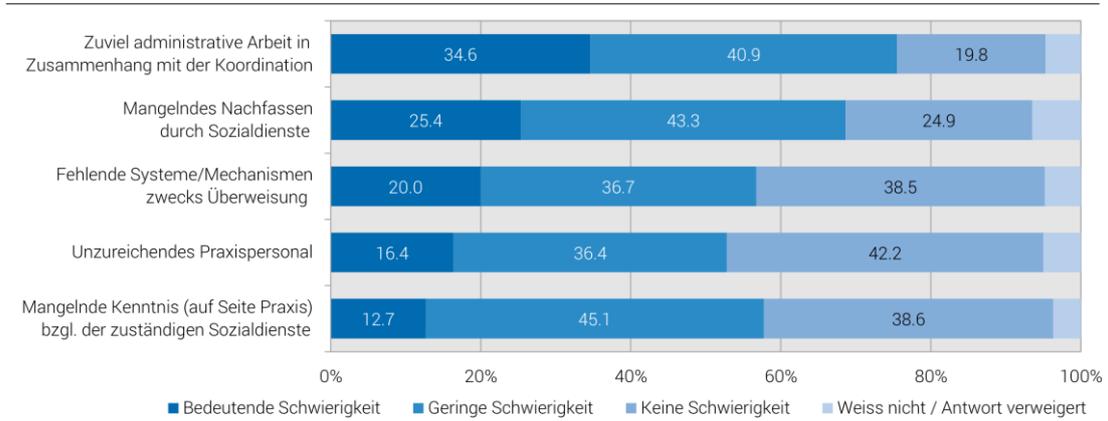
Praxistyp	Soziale Brennpunkte	Nichtmedizinische Patientenanliegen	Angebot der Sozialberatung
Urbane Umgebung	<ul style="list-style-type: none"> • Armutsbetroffenheit • Bildungsferne • Migrationshintergrund 	<ul style="list-style-type: none"> - Probleme am Arbeitsplatz - Finanzielle Probleme - Unklarer Aufenthaltsstatus - Gesundheitskompetenz und kulturelle Barrieren - Kinderbetreuung - Soziale Isolation - Wohnen - Sozialversicherungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Anträge und Berichte für Sozialversicherungen - Triage zu kommunalen Hilfsangeboten - Zusammenarbeit mit Behörden und Sozialämtern - Kulturelle und sprachliche Übersetzungen - Stärkung der Gesundheitskompetenz - Erklären des schweizerischen Sozialwesens
Ländliche Umgebung	<ul style="list-style-type: none"> • Sorge im Alter • Einsamkeit • Armutsbetroffenheit 	<ul style="list-style-type: none"> - Pflege und Wohnen im Alter - Versicherungen, Renten, Vorsorgeaufträge - Einsamkeit - Probleme in Familienbeziehungen - Finanzierungsprobleme - Abhängigkeitserkrankungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Stärken des sozialen Netzwerks und von pflegenden Angehörigen - Vernetzung mit kommunalen Angeboten - Verbesserung von Adhärenz und Selbstmanagement - Anspruchsprüfung Sozialversicherungen - Familienberatungen
Psychiatrische Praxis	<ul style="list-style-type: none"> • Persönliche Krisen • Drohender Arbeitsplatzverlust 	<ul style="list-style-type: none"> - Probleme am Arbeitsplatz, Mobbing - Überforderung und Stress - Probleme in Familienbeziehungen - Häusliche Gewalt - Obdachlosigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> - Vernetzung mit Arbeitgeber - Verbesserung des Selbstmanagements - Psychosoziales Coaching - Vernetzung mit kommunalen Angeboten, der KESB und Beistandschaften - Anspruchsprüfung Sozialversicherungen - Familienberatungen - Angehörigenarbeit

Quelle. Rüegg et al., *Soziale Arbeit in der Arztpraxis – Grundlagen und Umsetzung*, BFH, 2022, S. 33.

Bemerkung. «Je nach Lage der ärztlichen Praxis und den Merkmalen ihres Patientenstamms treten unterschiedliche nicht- medizinische Patientenanliegen gehäuft auf. Im Folgenden wird anhand von drei unterschiedlichen Modellpraxen aufgezeigt, welches die je typischen Brennpunkte sein können und welche nicht- medizinischen Patientenanliegen daher gehäuft auftreten dürften. Es handelt sich dabei um Idealtypen, die aus Interviews hervorgegangen sind, die die BFH im Rahmen eines Innosuisse- Projekts geführt hat. Sie können in der Praxis in unterschiedlichen Kombinationen auftreten» (Rüegg, 2021, S. 5).

Abbildung 11 Schwierigkeiten in der Koordination mit den Sozialdiensten, Schweiz 2019

G 6.4 Schwierigkeiten in der Koordination mit den Sozialdiensten, Schweiz, 2019



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2019

© Obsan 2019

Quelle. O. Pahud, *Obsan Bericht 15/2019, Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung – Situation in der Schweiz im internationalen Vergleich*, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2019, S. 39.