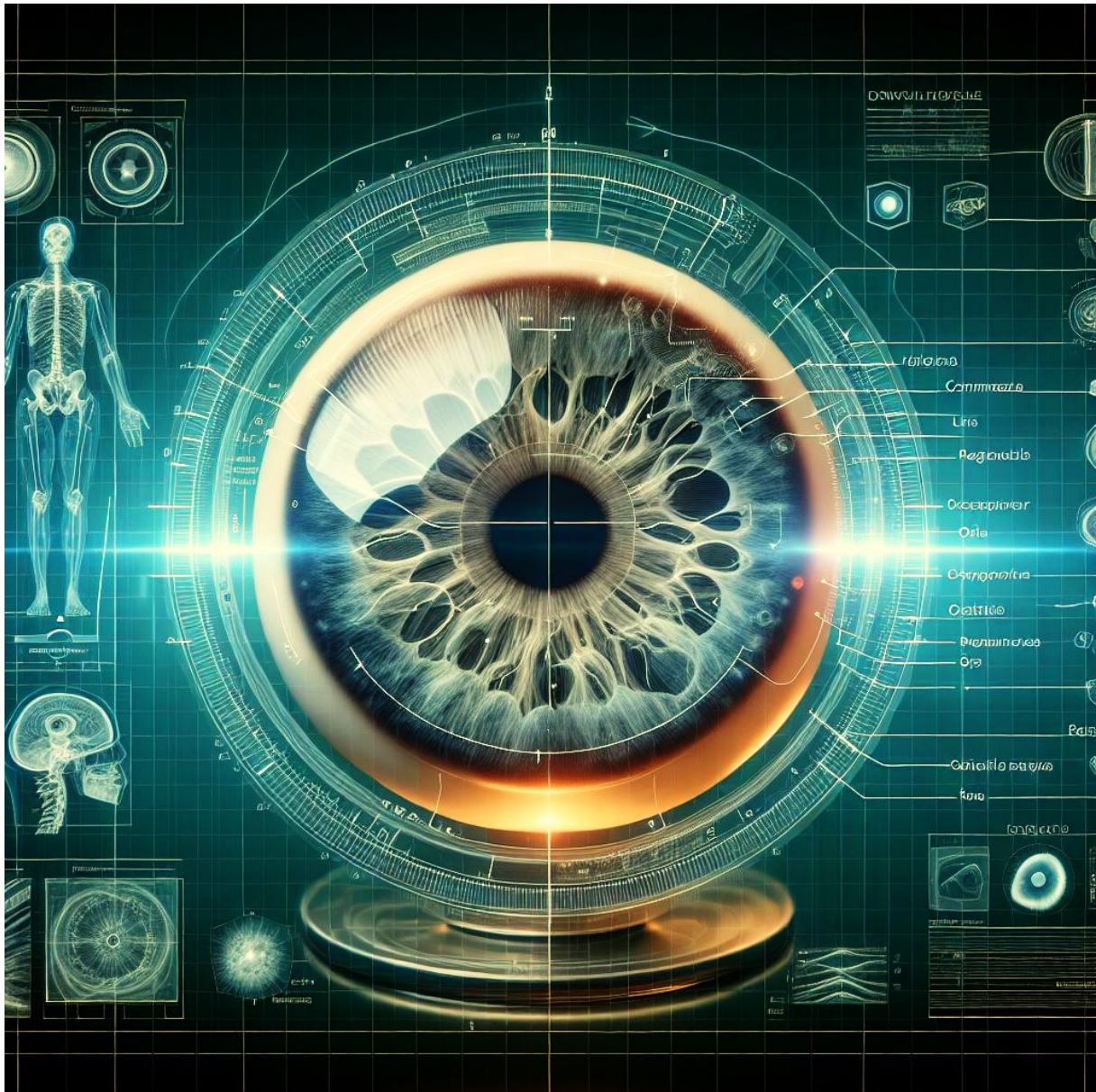




Soziale Arbeit im Röntgenblick

Eine hausärztliche Aussensicht auf die Soziale Arbeit im Kontext ambulanter
Versorgung älterer Menschen

Soziale Arbeit im Röntgenblick

Eine hausärztliche Aussensicht auf die Soziale Arbeit im Kontext ambulanter
Versorgung älterer Menschen

Master-Thesis

an der Master in Sozialer Arbeit Bern / Luzern / St.Gallen
OST Ostschweizer Fachhochschule
Rosenbergstrasse 59
9000 St. Gallen

Begleitperson Professor Martin Müller

von Andrea Herger
9063 Stein AR
Studienbeginn HS 2020

Abgabe 8. Januar 2025

Abstract

Die Gesundheitsversorgung in der Schweiz erhält aktuell hohe politische Aufmerksamkeit. «Integrierte Versorgung», «ambulant vor stationär» und «Erhöhung der Effizienz» sind nur einige Schlagworte in der derzeitigen Diskussion. In Anbetracht immer komplexerer gesundheitlicher Problemstellungen und zunehmender ambulanter Versorgung älterer Menschen gewinnt die Zusammenarbeit von Sozialarbeitenden und Hausärztinnen und Hausärzten an Bedeutung. Vertretende der Sozialen Arbeit haben eine Vorstellung davon, was sie beitragen können und über welche Kompetenzen sie verfügen. Wie aber wird sie von Seiten der Hausärztinnen und Hausärzten wahrgenommen? Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Aussensicht von Hausärztinnen und Hausärzten auf die Soziale Arbeit und leitet daraus Konsequenzen für die zukünftige Positionierung ab. Dafür wurden fünf Interviews mit einer Hausärztin und vier Hausärzten (davon ein Experteninterview) geführt und nach qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Folgende Punkte konnten herausgearbeitet werden: Das Angebot der Sozialen Arbeit wird aus Sicht der Ärztin und Ärzte unübersichtlich wahrgenommen. Sozialarbeiterische Aufgaben können zudem nur rudimentär von denjenigen anderer Professionen / Berufsgruppen unterschieden werden. Die bestehende Zusammenarbeit wird positiv bewertet und zukünftig eine Intensivierung gewünscht. Das biopsychosoziale Modell ist zwar bekannt, wird aber eher additiv verstanden. Die Aufgaben von Sozialarbeitenden werden im geringeren Umfang gesehen, als es das Professionsverständnis erfordert. Zukünftig hat die Soziale Arbeit einiges zu tun: Die Angebote sollen sichtbarer und zugänglicher sein, die eigene Expertise soll selbstbewusst eingesetzt und gezeigt werden. Weiter braucht es zwingend eine fachliche Auseinandersetzung bezüglich Anwendung des biopsychosozialen Modells und der Rolle der Sozialen Arbeit. Nicht zuletzt ist es notwendig die Finanzierung einer vertieften Zusammenarbeit zu prüfen und sich auf politischer Ebene in die Strategiebildung der Kantone und dem Bund einzubringen.

Danksagung

Ein grosser D A N K an:

Professor Martin Müller für die fachliche Begleitung, die treffsicheren Inputs, die gehaltvollen Diskussionen und das spürbare Vertrauen.

Thorsten Pabst für die wachsamen Augen, das Erkennen von Helvetismen, die wohlwollende Kritik, sein Interesse und unsere Freundschaft.

Marianne Lenz fürs Aushalten, Unterstützen und Lieben.

Die Hirschmann-Stiftung für die grosszügige finanzielle Unterstützung meines Masterstudiums.

Inhalt

1.	Einleitung	2
1.1	Bisheriger Forschungsstand	3
1.2	Fragestellung.....	6
1.3	Aufbau der Arbeit.....	8
2.	Theoretische Grundlagen	9
2.1	Begriffe.....	9
2.2	Professionelle Soziale Arbeit in der Grundversorgung	11
3.	Methodisches Vorgehen	23
3.1	Literaturrecherche.....	23
3.2	Bestimmung der Forschungsmethode.....	23
3.3	Datenerhebung	24
3.4	Sampling	27
3.5	Datenanalyse	28
3.6	Ergebnisdarstellung	30
4.	Ergebnisse.....	31
4.1	Bedeutende allgemeine Ergebnisse	32
4.2	Aufgaben der Hausärztin, der Hausärzte.....	35
4.3	Aufgaben der Sozialen Arbeit.....	38
4.4	Zusammenarbeit.....	45
4.5	Zusammenfassende Ergebnisse der Interviews mit der Hausärztin und den Hausärzten	51
4.6	Ergebnisse Experteninterview.....	54
5.	Diskussion der Ergebnisse entlang wissenschaftlicher Erkenntnisse.....	58
5.1	Bedeutende allgemeine Erkenntnisse	58
5.2	Aufgaben und Rolle der Sozialen Arbeit	61
5.3	Interprofessionelle Zusammenarbeit	63
6.	Fazit, Konsequenzen und Ausblick	66
7.	Literaturverzeichnis	71
8.	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	75
9.	Anhang	76
9.1	Leitfaden für die Interviews mit den Hausärztinnen und Hausärzte	76
9.2	Leitfaden für das Interview mit dem Experten.....	79
10.	Eigenständigkeitserklärung für schriftliche Arbeiten	81

1. Einleitung

«Integrierte Versorgung», «ambulant vor stationär», «demographische Alterung», «steigende Gesundheitskosten», «Erhöhung der Effizienz»: Das sind Themen der Sozialpolitik, der Gesundheitsversorgung und der Praxis Sozialer Arbeit. Interprofessionelle Zusammenarbeit gewinnt in der zukünftigen Entwicklung an Bedeutung. Pahud und Dorn (2023) schreiben dazu, dass Sozialdienste, Case Management und Spitex mit zunehmender Verlagerung der stationären Versorgung ins ambulante Setting immer wichtiger werden (S.30).

Zwar ist die Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich schon viele Jahrzehnte eine bekannte und wichtige Akteurin. Mit der zunehmenden Versorgung älterer und / oder vulnerabler Menschen im ambulanten Setting sind Fachkräfte der Sozialen Arbeit jedoch noch stärker gefordert. Die Zusammenarbeit und Koordination mit anderen Leistungserbringern, wie beispielsweise den Spitälern, den Spitexorganisationen, Beistandschaften und dem medizinischen Personal werden immer komplexer. Dazu sind teilweise die Kompetenzen und Zuständigkeiten der unterschiedlichen Leistungserbringer unklar. Welche spezifische Rolle nimmt die Soziale Arbeit ein? Das ist häufig nicht definiert. Die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren beschäftigt sich mit Strategien der Integrierten oder auch Koordinierten Versorgung. Diese möchten sie in allen Kantonen vorantreiben. Dazu hat die Konferenz einen GDK-Leitfaden «Integrierte Versorgung in den Kantonen» (2019) entwickelt. «Sozialdienste» werden unter Leistungserbringer erwähnt, aber deren Rolle ist weitgehend unklar (S.38). Ebenfalls nicht geregelt ist, wie die Zusammenarbeit zwischen den Professionen gestaltet werden soll, insbesondere mit welcher Haltung anderen Professionen entgegenzutreten ist. Klar ist, dass das «Soziale» wichtig sei in der Gesundheitsversorgung, Behandlungswege sollen «vom Medizinischen bis zum Sozialen optimal vernetzt und koordiniert» werden (S.4).

Eher neu ist dahingehend die Vision, Sozialberatung durch die Soziale Arbeit auch in und für die Arztpraxis einzuführen. Rüegg, Eiler, Schüpbach & Gehrlach (2022a) erforschten dieses eher wenig bekannte Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit und kamen zu der Erkenntnis, dass dieses Modell zu einer patientennahen und effizienten Grundversorgung beitragen kann (S. 6).

Sozialarbeit im Gesundheitswesen ist sich am (Neu-) Positionieren. Dabei gibt es innerhalb der Sozialen Arbeit eine Vorstellung davon, welchen Mehrwert sie in der Gesundheitsversorgung beitragen kann und über welche spezifischen Kompetenzen sie verfügt. Unklar ist derzeit, ob die Hausärzte und Hausärztinnen die Soziale Arbeit überhaupt wahrnehmen bzw. wie sie diese wahrnehmen. Werden Sozialarbeitende als ebenbürtige Partnerinnen und Partner gesehen? Oder eher als unterstützende Dienstleistung? Wer trägt die Schlussentscheidung und wer behält die Fallführung in komplexen Fällen? Wird auf Augenhöhe diskutiert und wie wird die bisherige Zusammenarbeit gestaltet?

Welz-Spiegel und Spiegel (2023) nennen als Hindernisfaktoren in Bezug auf die Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten und anderen Berufen und Professionen, kulturelle und berufliche Unterschiede, bestehende Rivalitäten und unterschiedliche Arbeitsabläufe und Haltungen (S. 56). Diese historisch gewachsenen Unterschiede sind nicht einfach zu überbrücken und beeinflussen die bisherige Zusammenarbeit stark. Um sich zukünftig positionieren zu können und die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten besser zu verstehen und umzusetzen, ist es zentral, dass die Soziale Arbeit die Aussenansicht gegenüber ihrer Profession kennt.

1.1 Bisheriger Forschungsstand

Im deutschsprachigen Raum ist keine Literatur bzw. Forschung zur Aussenperspektive von Ärztinnen und Ärzten auf die Soziale Arbeit bekannt. «Aussensicht» oder «Aussenperspektive» wissenschaftlich zu definieren, fällt ebenfalls schwer, nur allgemeingültige und alltagssprachliche Definitionen sind dazu bekannt (Kapitel 2.1). Zu Querschnittsthemen gibt es durchaus bereits Literatur, Forschung und Positionspapiere, beispielsweise in Bezug auf die Zusammenarbeit. Daraus lässt sich auf die Aussenperspektive schliessen. Die hier erwähnten Aussenperspektiven entstammen nicht ausschliesslich von Ärztinnen und Ärzten, aber alle aus dem Gesundheitsbereich und geben Hinweise auf Haltungen und Sichtweisen auf die Soziale Arbeit. Die Erkenntnisse daraus mündeten in Interviewfragen dieser Forschungsarbeit, welche dann bei den Befragungen der Hausärztinnen und -Ärzte verwendet wurden. Selbstverständlich hat die Soziale Arbeit selbst eine Position dazu, wie sie die professionelle Soziale Arbeit in der Grundversorgung versteht und welche Aufgaben sie dazu wahrnimmt oder wahrnehmen möchte. Im Kapitel 2 - theoretische Grundlagen - wird näher darauf eingegangen.

Aussensicht auf die Soziale Arbeit aus Literaturquellen der Integrierten Versorgung

Für Integrierte Versorgung gibt es mehrere Definitionen. Im Kern meint diese die Vernetzung der Gesundheitsversorgung. Die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (o.D.) schreibt dazu, in Anlehnung an Djalali & Rosemann (2015), dass sie auch gleichbedeutend als «koordinierte Versorgung» oder «vernetzte Versorgung» bezeichnet werde. Damit gemeint ist die *«strukturierte und verbindliche Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer und Professionen über den ganzen Behandlungspfad aus. Die Patientinnen und Patienten nehmen eine aktive Rolle ein, indem sie zum selbstständigen Umgang mit einer Krankheit befähigt und in die Behandlungsentscheide einbezogen werden»*.

Schweizweit möchten Kantone und Bund die Entwicklung Richtung Integrierter Versorgung vorantreiben. Verschiedene Kantone haben Positionspapiere erarbeitet, Gesundheitsversorger haben Berichte verfasst. Diese Positionspapiere sind häufig ohne Zutun der Sozialen Arbeit entstanden, wie das Beispiel von «Erfolgsfaktoren für den Aufbau Integrierter

Versorgungsmodelle» (o.D.) zeigt. Dieses wurde gemeinsam von Spitex, Curaviva, Haus- und Kindernetze Schweiz, Schweizerischer Gemeindeverband, Schweizerischer Städteverband und pharmaSuisse verfasst. Auch an der Fachtagung des Fachverbands für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (SAGES) bestätigte Barbara Gysi, Nationalrätin und Gesundheitspolitikerin, dass die Soziale Arbeit bei der Erarbeitung der Grundlagen zur Steuerung der Integrierten Versorgung eine untergeordnete Rolle spielte und in Berichten bisher nicht besonders erwähnt wurde (mündliches Inputreferat). Die Soziale Arbeit sieht sich ausgehend von ihrem Selbstverständnis als Teil der Integrierten Versorgung. Auch im Aussenbild, d.h. aus Sicht anderer Berufsgruppen und Professionen, scheint klar zu sein, dass sich jemand um «das Soziale» kümmern soll. Die genaue Rolle ist indes weitgehend ungeklärt. So steht im Handlungspapier «Erfolgsfaktoren für den Aufbau Integrierter Versorgungsmodelle», dass viele Patientinnen und Patienten neben medizinischen Leitungen zusätzlich «soziale» Unterstützung benötigen (S. 5), oder es wird von «sozialen Leistungserbringern» (S.7) gesprochen. Dabei ist unbekannt ob von professionellen Leistungserbringern oder Laienorganisationen die Rede ist. Bei den Beispielen (S.16) werden dann Erstgespräche mit Sozialarbeitenden genannt, wobei im weiteren Verlauf des Falls die Sozialarbeit nicht mehr genannt wird. Sozialdienste werden bei den Massnahmen als Akteure angeführt (ab S. 30). Ausgespart ist hingegen, was die Aufgabe der Sozialarbeitenden oder Sozialdiensten sein soll.

Im Massnahmenpapier zur Verbesserung der koordinierten Versorgung des Bundesamtes für Gesundheit (2018a) ist die Berufsgruppe der Sozialen Arbeit wie folgt umschrieben: «Die Soziale Arbeit spielt in der Altersmedizin eine wichtige Rolle, um soziale Problemlagen (auch finanzieller Art) von hochbetagten Patientinnen und Patienten vorzubeugen und / oder abzufedern. Diese Verantwortung nehmen insbesondere der Sozialdienst von Spitälern und Sozialberatungen in den Gemeinden wahr (S. 7)». Und ebenfalls wird genannt, dass der Sozialdienst offene Anliegen regeln kann, Einzel- und Familiengespräche führt, Case Management umsetzt und Netzwerkarbeit leistet (S.27). In diesem Massnahmenpapier sind die Aufgaben von Sozialdiensten (welche jedoch offenlassen, ob Sozialarbeitende den Sozialdienst betreuen) erkennbar. Grundsätzlich kann gesagt werden, dass im stationären Setting Sozialdienste und Sozialarbeitende stärker mit klaren Aufgaben versehen sind, wobei im ambulanten Setting eher vom «Sozialen» gesprochen wird.

Forschungsstand zur Zusammenarbeit

Eine der wenigen Befragungen zur Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten mit Sozialdiensten wurde von Pahud und Dorn (2023) im Auftrag vom Bundesamt für Gesundheit umgesetzt. Ärztinnen und Ärzte wurden gefragt, welche Herausforderungen in der Koordination mit den Sozialdiensten bestehen. Dabei wurde vor allem die hohe administrative Arbeit als bedeutende Herausforderung (52,6%) genannt. Weiter sei die mangelnde Kenntnis (auf Seite

Praxis) bzgl. der zuständigen Sozialdienste ein Problem (S.31). Die Befragung erhob nicht, wie die Ärztinnen und Ärzte die Zusammenarbeit wahrnehmen oder welche Aufgaben und Kompetenzen die Soziale Arbeit innehat.

Zur Zusammenarbeit gibt es vielfältige Literatur. Wobei diese aus unterschiedlichen Disziplinen stammen und wenig spezifisch die Beziehung zwischen Sozialer Arbeit und Medizin beleuchten, sondern sich eher allgemein auf das Gesundheitswesen beziehen. Aus der Disziplin der Sozialen Arbeit sind kritische Stimmen zur Dominanz der biologischen Erklärungen und der eingenommenen oder zugewiesenen Rolle der Sozialen Arbeit als Dienstleistende in der Medizin zu hören. Vertiefteres dazu ist im Kapitel 2.2 zu lesen.

Es gibt zahlreiche Positionspapiere und Abhandlungen, die betonen, dass zusammengearbeitet werden soll. Wenig Beachtung wird dabei den unterschiedlichen Kulturen der Professionen oder der Art und Weise, wie die Zusammenarbeit gestaltet werden soll, geschenkt.

Die Literaturrecherche im medizinischen Bereich in Bezug auf die Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden, bzw. ob die Soziale Arbeit überhaupt als Partner wahrgenommen wird, hat ergeben, dass die Soziale Arbeit am Rande häufig erwähnt wird. Es wird jedoch nicht genauer auf ihre konkrete Rolle eingegangen.

Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit

Zum Forschungsstand der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit gibt es hinsichtlich Arbeitsfelder, Professionsentwicklung, Aufgaben und Kompetenzen der Sozialen Arbeit bereits breite Literatur. Das «Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit» (2019) leistet einen zusammenfassenden Beitrag zu aktuellen Arbeitsfeldern und Auseinandersetzungen in Theorie und Praxis. Weit verbreitet ist in Theorien der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit das biopsychosoziale Grundverständnis von Gesundheit und Krankheit. Dabei wird von komplexen Wechselwirkungen zwischen biologischen, psychischen, sozialen Faktoren und natürlicher Umwelt ausgegangen. Alle diese Faktoren sind notwendig zur Beurteilung und Stabilität von Gesundheit (Dettmers, 2019, S. 22). Dieses Modell hat sich auch durchgesetzt, da die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1946 die Definition von Gesundheit als «Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen» definiert und damit einen ganzheitlichen Blick gestärkt hat (fedex). In der Theoriebildung der Sozialen Arbeit ist Sommerfeld ein zentraler Autor und Wissenschaftler. Seine Theorie zu «Integration und Lebensführung» (2019) ist dazu wegweisend. Laut Sommerfeld lässt sich mittels seiner Theorie eine Passung mit dem biopsychosozialen Modell herstellen (Kapitel 2.2).

Was konkret der Auftrag und die Aufgaben der Sozialen Arbeit in Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten sind oder sein könnten, haben insbesondere Rüegg, Eiler,

Schüpbach & Gehrlach (2022b) in «Soziale Arbeit in der Arztpraxis - Grundlagen und Umsetzung» ausgearbeitet.

Um die Aussensicht der Hausärztinnen und Hausärzte auf die Soziale Arbeit erforschen zu können, ist selbstverständlich auch die «Innensicht», bzw. das Professionsverständnis relevant. Das Selbstverständnis der Sozialen Arbeit bildet jedoch nicht Hauptthema dieser Arbeit und wird deshalb nur im Rahmen dessen vertieft, wie es für die Darstellung, Diskussion der Ergebnisse und einen Vergleich zielführend ist.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass keine konkrete Forschung bekannt ist, die die medizinische Aussensicht auf die Soziale Arbeit zum Thema hat. Literatur zur interprofessionellen Zusammenarbeit, Studien, Positionspapiere erwähnen jedoch die Soziale Arbeit. Die Art und Weise, wie sie das tun, lassen Schlüsse auf die Aussensicht zu. Wie sich die Soziale Arbeit selbst im Gesundheitswesen positioniert, zur sogenannten «Innensicht» oder zum «Selbstbild», dazu ist zahlreiche vertiefende Literatur vorhanden.

1.2 Fragestellung

Wie wird Soziale Arbeit in der interprofessionellen Zusammenarbeit von Hausärzten und Hausärztinnen im Kontext der ambulanten Versorgung älterer Menschen aus der Deutschschweiz wahrgenommen und welche Konsequenzen lassen sich dadurch für die Soziale Arbeit ableiten?

Begründung der Fragestellung

Die Fragestellung wurde bewusst sehr offen formuliert. Sie hätte noch hinsichtlich anderer Kategorien geschärft werden können, wie Machtverhältnisse, Kompetenzen, Funktion, Aufgabengebiet, Nutzen, Expertise oder etwa Methoden und Vorgehensweisen. Nachteilig daran wäre gewesen, dass schon viele Vorannahmen hätten getroffen werden müssen. Dies hätte die Offenheit gegenüber unerwarteten Ergebnissen und induktiven Kategorien eingeschränkt. Auf eine lokale Einschränkung wie beispielsweise Ostschweiz, Stadt oder Land wurde bewusst verzichtet. Da es sich um Grundlagenforschung handelt, ist überhaupt nicht klar, ob die Thematik Stadt / Land überhaupt einen Unterschied macht. Da die Westschweiz in der Gesundheitsversorgung generell anders agiert als die Deutschschweiz, macht eine Eingrenzung auf die Deutschschweiz durchaus Sinn.

Eingrenzungen

Folgende Eingrenzungen wurden bei der Untersuchung vorgenommen:

- *Auswahl der Ärztinnen und Ärzte:* Im Fokus der Thesis sollen Hausärztinnen und Hausärzte sein, da sie häufig die medizinische Fallführung innehaben und die Klientinnen und Klienten über einen längeren Zeitpunkt begleiten. Fachärztinnen und Fachärzte werden nicht berücksichtigt, da sie nur für einen spezifischen Themenbereich zuständig sind. Spitalärztinnen und -ärzte hätten zwar den Vorteil, dass sie bereits mit Sozialarbeitenden zusammenarbeiten und deshalb bereits Erfahrung haben. Allerdings sind sie häufig nur mit dem internen Sozialdienst in Kontakt, da dieser dann die weitere Zusammenarbeit mit externen Sozialarbeitenden steuert. Abgesehen wird ebenfalls von der Einbeziehung von Ärztinnen und Ärzten aus dem psychotherapeutischen Bereich. Dies ist nochmals ein völlig anderes Aufgabengebiet als bei Hausarztpraxen und würde eine eigene Untersuchung erfordern.
- Für die Auswertung der Daten aus den Interviews und für die Erarbeitung des Interviewleitfadens ist eine Auseinandersetzung mit dem Professionsverständnis gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit nötig. DAS Professionsverständnis gibt es bekanntlich nicht, die Haltungen dazu sind divergent. Auf eine vertiefte Auseinandersetzung mit Professionstheorien wird verzichtet, um dem Hauptthema mehr Platz einzuräumen. Die Thesis soll nur Professionsverständnisse berücksichtigen, die bereits allgemeine Anerkennung genießen.
- Ebenfalls verzichtet wird auch darauf, Sozialarbeitende im Gesundheitswesen auf deren Selbstverständnis hin zu befragen. Die obengenannten Professionsverständnisse können als Bezugspunkte sicherstellen, dass ein wissenschaftliches Verständnis gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit verglichen wird und nicht ein allenfalls pragmatisches Verständnis von Praxisvertretenden.
- Interprofessionelle oder auch interdisziplinäre Zusammenarbeit findet mit unterschiedlichen Berufsgruppen statt, nicht nur mit Ärztinnen und Ärzten. Ebenfalls wichtige Partnerinnen und Partner sind beispielsweise Pflegende, medizinische Praxisassistenten, administrative Dienste, Seelsorge und psychiatrische Spitex. Auch deren Aussensicht auf die Soziale Arbeit wäre spannend zu erforschen. Um Tiefe zu gewährleisten, wird in dieser Arbeit nur die Aussensicht der Ärztinnen und Ärzte bearbeitet.

Erkenntnis- und Praxisinteresse und Relevanz der Problemstellung

Damit sich Sozialarbeitende zukünftig wirksamer positionieren können und die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten besser gelingt, ist es zentral, dass die Soziale Arbeit die Aussensicht gegenüber ihrer Profession kennt. Bisher sind keine Forschungen dazu in der

Schweiz bekannt. Diese Master-Thesis könnte somit ein wichtiger Teilschritt bedeuten, eine Forschungslücke zu schliessen.

1.3 Aufbau der Arbeit

Nach der Einleitung folgt nun die Erörterung der theoretischen Grundlagen. Hier werden nicht nur wichtige Begriffe definiert, sondern auch zentrale Aspekte der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit. Besonderes Augenmerk soll hierbei auf das biopsychosoziale Modell, die interprofessionelle Zusammenarbeit und die Aufgaben der Sozialen Arbeit gerichtet werden.

Im nächsten Kapitel folgt die Beschreibung des methodischen Vorgehens, das transparent machen soll, wie die Ergebnisse erarbeitet wurden. Dieses bildet die Grundlage für das Herzstück der Arbeit – die Ergebnisse aus den Interviews. Diese werden nicht nur präsentiert, sondern auch kritisch diskutiert und mit den theoretischen Grundlagen verknüpft.

Zum Abschluss werden die zentralen Schlussfolgerungen in einem Fazit zusammengefasst und aufgezeigt, welche Konsequenzen sich daraus für die Soziale Arbeit ergeben.

Abkürzungen

In dieser Master-Thesis werden im weiteren Verlauf zur Verbesserung der Lesbarkeit folgende Abkürzungen verwendet:

HA: für Hausärztinnen und Hausärzte wie auch für Hausärztin und Hausarzt

SA: für Soziale Arbeit

2. Theoretische Grundlagen

Dieses Kapitel hat zwei Schwerpunkte: Einerseits werden die Begriffe der Aussenperspektive und der medizinischen Grundversorgung definiert. Andererseits soll auf wichtige Grundlagen gesundheitsbezogener SA hinsichtlich biopsychosozialen Modells, interprofessionelle Zusammenarbeit und Aufgaben eingegangen werden.

2.1 Begriffe

Aussenperspektive

Diese Master-Thesis untersucht die Aussenperspektive zur eigenen Profession. Leider wurden weder Forschung noch Literatur gefunden, welche einen ähnlichen Schwerpunkt aufweisen. Die Begriffsdefinitionen zur Aussenperspektive bleiben indes vage. In den Literaturwissenschaften ist mit Aussenperspektive die Sichtweise des Erzählers gemeint, der nicht Teil der Handlung ist und somit objektiv beschreiben kann. Eine soziologische Definition zu «Aussenperspektive», «Aussensicht» und «Aussenwahrnehmung» ist nicht einmal im «Lexikon zur Soziologie» zu finden. Verwandte Begriffe mit «fremd» wie beispielsweise Fremdbild oder Fremdeinschätzung beziehen sich soziologisch eher auf Schicht- oder Klassenzugehörigkeit, oder starre Vorstellungen über andere Personen (Klimke, Lautmann, Stäheli, Weischer & Wienold, 2020, S 239/240/313). Auch das «Taschenwörterbuch Soziale Arbeit» weist keine Definition aus (Höblich, Ahmed, Thole, 2014). Das digitale Wörterbuch der deutschen Sprache (o.D.) definiert Aussenperspektive als:

«(neutrale) Sicht eines Aussenstehenden, Nichtbeteiligten auf ein Ereignis oder ein Geschehen».

Es bleibt festzuhalten, dass der Begriff der Aussenperspektive eher allgemeingültig und alltäglich definiert wird. Schlicht meint die Aussenperspektive eine neutrale Aussensicht. Kann die Aussenperspektive jedoch neutral sein? In dieser Masterarbeit wird die Aussensicht auf die SA von HA untersucht. Dabei leitet die Untersuchung eine Sozialarbeiterin. Eine Befangenheit scheint auf der Hand zu liegen. Inwiefern ist hier eine Aussenperspektive objektiv? Schütz nutzt den Begriff des «Fremdverstehens», der diesem Unterfangen näherkommen kann. Zusammengefasst geht der Soziologe Schütz davon aus, dass Fremdverstehen immer eine Selbstausslegung bleibt. Die Mitteilung des Gegenübers wird ins eigene Relevanzsystem mit dem eigenen Wissen verbunden und so verstanden (Bongaerts, 2023, S.7). Deshalb lässt sich auch in dieser Master-Thesis nicht abstreiten, dass die Antworten der Interviews im Relevanzsystem der interviewenden Person gespiegelt wurden. Systemtheoretisch betrachtet ist die Verständigung der unterschiedlichen Systeme per se komplex und nur teilweise analysierbar.

Um eine möglichst hohe Objektivität zu erreichen, bleibt in dieser Hinsicht die Reflexion möglicher Einflüsse auf die Ergebnisse mit Anerkennung des Kontextes.

Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit

Die Begrifflichkeiten rund um SA und Gesundheit wurden in den letzten Jahrzehnten immer wieder angepasst. Die Begriffe «gesundheitsbezogene Soziale Arbeit», «Klinische Soziale Arbeit» und «Soziale Arbeit im Gesundheitswesen» sind nicht trennscharf abzugrenzen. Weitgehend werden sie in der Praxis synonym verwendet (Friedli & Straubhaar, 2024, S. 28). Gemäss Rüegg, Eiler, Schüpbach & Gehrlach (2022b, S.9) wurde der Begriff der klinischen SA meist für den stationären Kontext genutzt. Häufig sind Sozialarbeitende auch im ambulanten Gesundheitswesen tätig oder werden mit sozialen Problemlagen konfrontiert, die eng mit der Gesundheit verknüpft sind. Deshalb sind die engen Begriffsbilder «klinische Soziale Arbeit» und «Soziale Arbeit im Gesundheitswesen» zunehmend vom Begriff der «gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit» abgelöst worden. Gemäss Sommerfeld (2019) ist gesundheitsbezogene SA immer zuerst Soziale Arbeit. SA hat im Gesundheitssystem eine eigene Position. Die SA unterscheidet sich vor allem in ihrer Leitorientierung vom Gesundheitssystem und der Medizin. Im medizinischen System ist die Leitorientierung das Heilen und im Sozialwesen die «Hilfe zur Selbsthilfe». Zur interprofessionellen Zusammenarbeit benötigt es einen gemeinsamen Bezugspunkt bzw. eine Schnittstelle. Diese bildet die synchronisierte Bearbeitung der biopsychosozialen Dynamik (S.28). Gegenstand der gesundheitsbezogenen SA sind laut dem gemeinsam erarbeiteten Leitbild von AvenirSocial und SAGES (2018, S.2):

1. *«Die Förderung sozialer Teilhabe und gelingender Lebensführung von Menschen, die direkt oder indirekt von gesundheitlicher Beeinträchtigung (krankheits- oder unfallbedingt) betroffen oder bedroht sind, und*
2. *die Verhinderung und Bewältigung sozialer Probleme, die aus gesundheitlichen Beeinträchtigungen entstehen bzw. zu diesen führen».*

Berufsfelder der gesundheitsbezogenen SA können unter anderem medizinische Akutspitäler, psychiatrische Einrichtungen, öffentliche Gesundheitsdienste, Suchthilfe, geriatrische Einrichtungen und Pflegeheime, Arztpraxen, Gesundheitsligen, Organisationen der Gesundheitsförderung und Prävention sein.

Medizinische Grundversorgung

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) definiert Grundversorgung wie folgt:

«Die medizinische Grundversorgung orientiert sich am üblichen Bedarf der Bevölkerung nach Behandlung, Pflege und Betreuung. Es geht dabei um präventive und kurative Leistungen, aber auch um Rehabilitation und Palliative Care. Dies sind Leistungen, die erfahrungsgemäss

von einem Grossteil der Bevölkerung oder von bestimmten Bevölkerungsgruppen in Anspruch genommen werden. Sie müssen ausreichend und allen zugänglich sein».

Weiter definiert das BAG, dass die Grundversorgung deutlich über die minimale Hilfe der Not-
hilfe hinausgeht, jedoch nicht die gesamte Gesundheitsversorgung abdeckt. Die Hausarztme-
dizin wird als wichtiger Pfeiler der Grundversorgung anerkannt und gezielt gefördert (Bundes-
amt für Gesundheit, 2014, S.1).

Diese Master-These beschäftigt sich mit der ärztlichen Aussensicht der hausärztlichen Grund-
versorgung und grenzt sich somit von Spezialgebieten der Medizin ab.

2.2 Professionelle Soziale Arbeit in der Grundversorgung

Biopsychosoziales Modell

Weit verbreitet und bekannt ist das biopsychosoziale Modell, in seinem Ursprung nach Engel. Grundgedanke dieses Modells ist laut Pauls (2013), dass sowohl biologisch-organische, psy-
chische und soziale Bedingungen in einem dynamischen Wechselspiel zueinanderstehen und
Gesundheit oder Krankheit beeinflussen. Erfolgreiche Behandlungen sind somit abhängig von
der Integration der Bedingungen und einer Gesamtkonzeption. In den 1950er Jahren wurden
in der Forschung zunehmend auch psychologische und soziale Faktoren berücksichtigt und
als Risikofaktoren erkannt. Besonders im Interesse standen die Auswirkungen von biologi-
schen, psychischen und / oder sozialen Faktoren auf die Entstehung, Entwicklung und Verlauf
einer psychischen oder körperlichen Erkrankung, die durch Forschung abgeschätzt werden
sollen. Da die Faktoren aber komplex ineinanderfliessen, war und ist die Forschung heraus-
fordernd. Aufgrund dessen erlangte die Systemtheorie immer stärker an Bedeutung. Es fand
ein Paradigmenwechsel von linear-kausalen Zusammenhängen zu nicht-linearen oder zirkul-
lären Verursachungszusammenhängen statt. Damit wird sowohl den wechselseitigen Bezie-
hungen der Elemente als auch dem Kontext Rechnung getragen. Engels Modell förderte eine
patientenzentrierte Orientierung. In der Wissenschaft der Medizin konnte sich das Modell je-
doch nicht durchsetzen, da biologisch-naturwissenschaftliche Erklärungsmodelle immer noch
zu dominant sind (S. 16-19). Im Jahr 1946 definierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO)
Gesundheit als *«Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlerge-
hens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen»* und hat damit einen ganzheit-
lichen Blick gestärkt (fedex).

Egger (2018) betont nochmals den klar systemischen Kontext des Modells. Ihm zufolge be-
stehe die Natur aus Systemen. Diese existieren nicht isoliert, alle sind miteinander verbunden,
so dass eine kleine Änderung an einem Ort auch Änderungen in anderen Systemen bewirken

kann. Dabei ist es nicht so, dass alles zeitgleich abläuft, sondern die Systeme unterschiedlich zeitnah reagieren. Er macht einen Vergleich mit den verzögerten Schädigungen durch Rauchen. Dazu darf das Modell nicht additiv verstanden werden. Damit meint er, dass nicht erst nach psychosozialen Ursachen gesucht wird, wenn organisch keine Erklärungen für ein Phänomen gefunden werden. Vielmehr bestehe immer eine Wechselwirkung. Jedes Ereignis sei demgemäss *nicht* entweder biologisch *oder* psychologisch, sondern biologisch *und* psychologisch (S. 14).

Das biopsychosoziale Modell ist nicht kritiklos. Egger (2018) spricht von zwei schwerwiegenden Einwänden: Einerseits sei noch keine gemeinsame Sprache oder ein gemeinsames Begriffssystem gefunden worden, es gäbe eine organmedizinische und eine psychologische Sprache. Diese Kritik könne nur interdisziplinär und im Team aufgelöst werden. Andererseits bestehe ein zweites Problem in einer alten Kernfrage – die kausale Beziehung zwischen Hirn und Geist, also wie beispielsweise ein Gedanke Einfluss auf die Materie des Hirns Einfluss nehmen könne (S. 15).

Zum Betreiben von biopsychosozialer Medizin ist es gemäss Egger (2018) nicht nötig und nicht möglich auf allen Systemebenen Expertin oder Experte zu sein, es brauche nur ein Grundverständnis für die jeweils nicht geläufigen Sprachen und selbstverständlich auch multiprofessionelle Teams (S. 17-18). Die folgende Abbildung zeigt auf, wie Egger die verschiedenen Dimensionen versteht. Im mittleren Teil wird ersichtlich, dass in der Diagnostik und Intervention eine interprofessionelle Betrachtung der Ebenen zwingend notwendig ist. Die biopsychosozialen Dimensionen fliessen förmlich zusammen und sind auch nur in gemeinsamer Praxis bestmöglich zu verstehen.

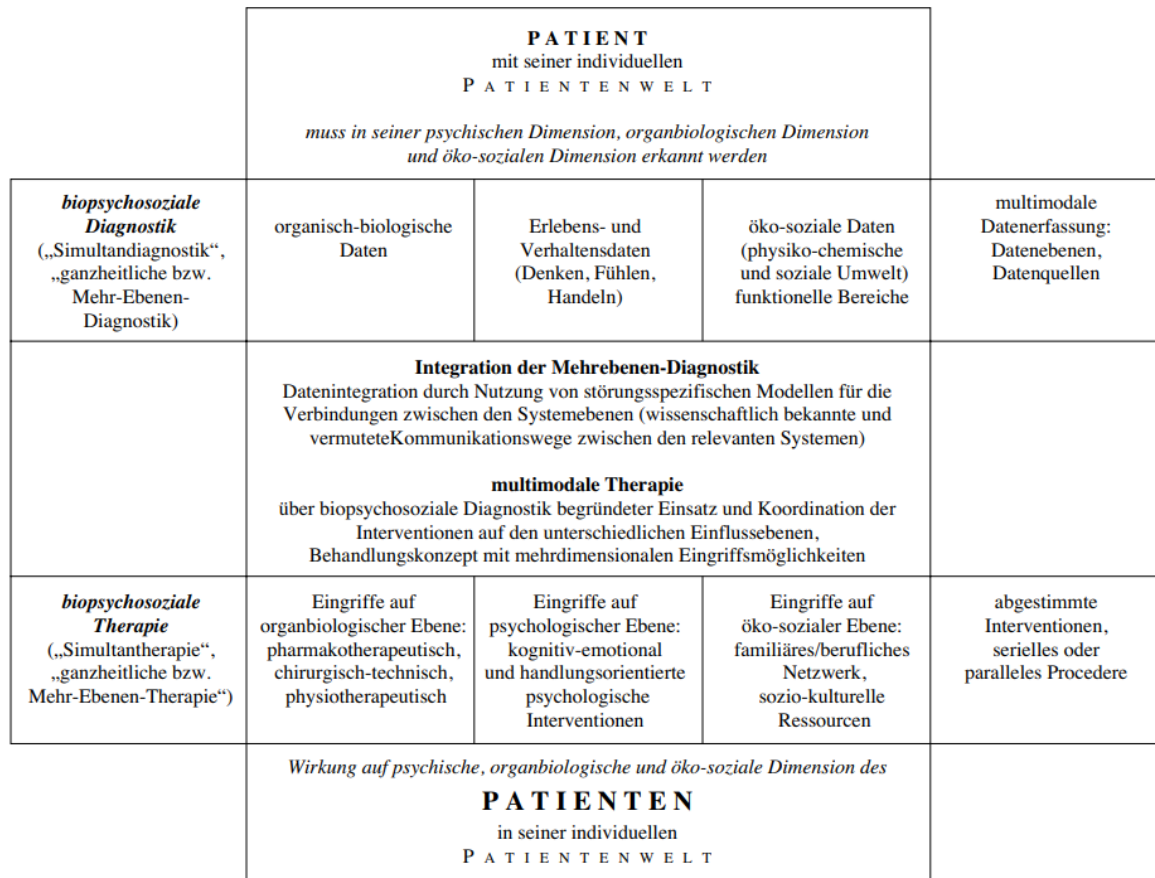


Abb. 4: „Simultandiagnostik“ und „Simultantherapie“ im diagnostisch-therapeutischen Team (in Anlehnung an P. Hahn, Heidelberg) – Skizze für die notwendige parallele Erfassung und Verarbeitung von relevanten Patientendaten

Abbildung 1: Das biopsychosoziale Modell. *Anmerkung:* unverändert aus Egger, Josef W. (2018, S. 18).

In der Theoriebildung der SA ist Sommerfeld ein zentraler Autor und Wissenschaftler. Seine Theorie zur «Integration und Lebensführung» (2019) ist dazu wegweisend. Laut Sommerfeld lässt sich mit seiner Theorie eine Passung mit dem biopsychosozialen Modell herstellen. Sein Modell der Lebensführung hat eine innere bio-psychische und eine äussere soziale und sozio-kulturelle Seite. Diese sind durch Kausalität verknüpft, die zirkulär gekoppelt sind (S.29/30). In seinem Modell ist das Lebensführungssystem Gegenstand der SA. Im Lebensführungssystem geht es um die Integration in verschiedene Handlungssysteme (z.B. Hilffsysteme, Familiensysteme, Kultur usw.). Integration bedeutet hier, «dass dieses Individuum eine soziale Position in einem oder mehreren konkreten Handlungssystemen hat und von da aus mit anderen in diesen sozialen Systemen interagiert und auf diese Weise sein Leben führt (S.31)». Die SA arbeitet somit am ganzen Lebensführungssystem. Wenn man das auf die gesundheitsbezogene SA anwendet, bedeutet dies nun, dass zum Beispiel eine schwere Erkrankung Einfluss auf das Lebensführungssystem nehmen kann oder dieses gar erschüttert. Die Muster der Lebensführung funktionieren dann nicht mehr, die Integration ist gefährdet. Auftrag der SA ist, Menschen in deren Lebenswelt zu unterstützen, um trotz Krankheit die weitgehende Erhaltung

der Funktionalität des Lebensführungssystems zu ermöglichen. So sollen Ausschlüsse vermieden werden (S.34).

Kritisch wird das biopsychosoziale Modell von Anhorn (2023) betrachtet. Er schreibt, dass aktuell biologische und psychologische Wissensbestände (vor-)herrschen. Die SA habe ein «macht- und herrschaftsanalytisches Reflexionsdefizit», wenn sie davon ausgehe, dass, das «Soziale» gleichberechtigt zur Geltung komme. Das «Biologische» und «Psychische» sei sozial und kulturell geformt aufgrund der bestehenden Machtverhältnisse. Das «Soziale» drohe durch den multifaktoriellen Zugang mit unendlichen bio-psycho-sozialen Faktoren an Substanz zu verlieren (S. 18/19).

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Im Zusammenhang mit der interdisziplinären bzw. interprofessionellen Zusammenarbeit gibt es wenige spezifische Literatur hinsichtlich Medizin und SA. Umso wertvoller ist das neuveröffentlichte Buch von Welz-Spiegel und Spiegel (2023) «Interprofessionelles Management im Gesundheitswesen». Die Autorin und der Autor nehmen hier die unterschiedlichen Professions- und Berufsgruppen im Behandlungsprozess in den Blick (S. 35-43) und nehmen auch den kritischen Diskurs auf, welche Deutungshoheit die Medizin bisher in der interprofessionellen Zusammenarbeit (S.44) genossen hat. Dabei werden zum einen neuere Formen der Zusammenarbeit beispielsweise nach dem emanzipatorischen Ansatz (S. 72-78), bei welchem die nicht-medizinischen Professionen gestärkt werden, die medizinische Dominanz geschmälert und sich auf Augenhöhe begegnet wird, aufgezeigt. Zum anderen werden bekannte Modelle des «Delegationsprinzipes» beschrieben, wobei die Ärzteschaft die Weisungs- und Deutungshoheit behalten (S.68). Die Zusammenarbeit zwischen nichtärztlichen Gesundheitsberufen und Ärztinnen und Ärzte hat sich in den letzten Jahrzehnten grundlegend verändert. Die Deutungshoheit der Ärzteschaft gilt nicht mehr als selbstverständlich. Die Kultur der Zusammenarbeit verändert sich. Gemäss Welz-Spiegel und Spiegel (2023) unterscheidet sich das professionelle Selbstverständnis jedoch grundlegend. Ärztinnen und Ärzten orientieren sich an ihrer Fachdisziplin und verstehen sich als entscheidungsmächtig hinsichtlich der Behandlung (S.44). Die Sozialarbeit im Gesundheitswesen wird beschrieben als Berufsgruppe, die sich um die «individuelle Bewältigung der verschiedenen Probleme im Zusammenhang mit Krankheit und Krankheitsfolgen, Behinderung und Pflegebedürftigkeit» kümmert (S.40). Dabei sollen sie neben den Interessen der Klientel auch die des Arbeitgebers, des Rechtssystems und Sozialpolitik vertreten (S.41). Nicht genannt wird hingegen, dass die SA auch auf problematische soziale Bedingungen aufmerksam macht, sich in Sozialpolitik engagiert oder etwa hinsichtlich Armut sensibilisiert.

Welz-Spiegel und Spiegel (2023) nennen wichtige Hindernisfaktoren in Bezug auf interprofessionelle Zusammenarbeit, die in der Literatur ansonsten wenig thematisiert werden: Kulturelle

und historische Unterschiede der Berufe, bestehende Rivalitäten der Professionen, unterschiedliche Arbeitsabläufe, Haltungen und Verhalten hinsichtlich beruflicher Identität (S.56).

Eine der wenigen Befragungen zur Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten mit Sozialdiensten wurde von Pahud und Dorn (2023) im Auftrag vom Bundesamt für Gesundheit umgesetzt. Ärztinnen und Ärzte wurden gefragt, welche Herausforderungen in der Koordination mit den Sozialdiensten bestehen. Dabei wurde vor allem die hohe administrative Arbeit als bedeutende Herausforderung (52,6%) genannt. Weiter sei die mangelnde Kenntnis (auf Seite Praxis) bzgl. der zuständigen Sozialdienste ein Problem (S.31). Die Befragung erhob nicht, wie die Ärztinnen und Ärzte die Zusammenarbeit wahrnehmen oder welche Aufgaben und Kompetenzen die Sozialarbeit innehat.

Die Dominanz biologischer Erklärungen für Gesundheit oder Krankheit ist stark ausgeprägt. Das schreiben auch Resch & Westhoff (2013) in ihrer kritischen Reflexion des biopsychosozialen Modells. Die Forschung habe im Hinterkopf die Überzeugung, dass sich alle psychischen und biologische Phänomene auf biologische Naturgesetze zurückführen liessen. Das biopsychosoziale Modell werde so gedacht, dass Erkenntnisse verschiedener Perspektiven eingeordnet werden können, so dass sich ein sinnvolles Ganzes ergebe. Wo unterschiedliche Wissensfelder aufeinanderprallen, wäre eine gemeinsame Sprache notwendig. Diese Sprache existiere jedoch nicht (S. 33-35). Jede Ebene des Modells habe eine eigene wissenschaftliche Tradition und Sprachgebrauch. Wer also das Modell anwenden möchte, müsse folglich immer wieder wissenschaftliche Disziplinen überschreiten und sich mit unterschiedlichen Denksystemen auseinandersetzen. Wer nur in «seiner» Sprache bleibe, wird die Zusammenhänge nur unzureichend erfassen (S. 38). Resch & Westhoff (2013) sprechen sich darum im Umgang mit der Klientel für eine hermeneutische Vorgehensweise - ein richtiges Fallverstehen - als Voraussetzung für eine gemeinsame Sprache (S.41) aus. Ebenso bemerken sie, dass das Handeln im biopsychosozialen Modell immer als Ziel die «Hilfe zur Selbsthilfe» und Ermächtigung des Patienten zu Selbstreflexion und Selbstfürsorge haben sollte (S.44).

Feldmann & Immerfall (2021) schreiben, dass Kooperation von verschiedenen professionellen Gruppen häufig sowohl an der Konkurrenz um Ressourcen und Klienten, als auch der Hierarchisierung scheitere, besonders weil Ärztinnen und Ärzte ein höheres Ansehen genossen (S. 251). Faller & Vogel (2019) sehen das anders. Sie schreiben, dass durch die zunehmende Komplexität der Problemstellungen bei gleichzeitiger Arbeitsteilung mit anderen Berufsgruppen, die Ärzteschaft viel von der Sonderstellung eingebüsst habe. Der Spezialisierung betreffe nicht nur die Medizin, sondern eben auch andere Berufsgruppen. Diese unterschiedlichen Berufe ergänzen sich, die Verantwortung der Koordination der Gesamtbehandlung werde dadurch erhöht (S.226/227).

Im Beitrag «Komplexe Beziehung zwischen Sozialer Arbeit und dem Gesundheitswesen» in der Zeitschrift SozialAktuell schreibt Couturier (2024), dass das Verhältnis der Sozialwissenschaften zu den Gesundheitswissenschaften seit langem von Spannungen geprägt ist, und zwar aufgrund der historischen Macht-, Status- und Ressourcengefälle. Eine Zusammenarbeit entstand erst durch den Umstand, dass den sozialen Komponenten für die Gesundheit durch wachsendes Wissen mehr Bedeutung zugemessen wurde. Die Spannungen tragen jedoch auch zur Vitalität pluralistischer Gesellschaften bei (S. 13/15).

Anhorn (2023) schreibt noch kritischer über das Verhältnis von SA und Gesundheit. *«Im Kontext einer neoliberalen politischen Programmatik und eines multifaktoriellen Theorie- und Forschungsdesigns gerät die Soziale Arbeit dabei jedoch unversehens in die Rolle einer bei- bzw. untergeordneten Dienstleisterin und Kooperationspartnerin, die in multidisziplinären und multiprofessionellen Denk- und Arbeitszusammenhänge und einem hierarchisch strukturierten medizinisch-psychiatrisch-psychologischen (Versorgungs- und Kontroll-) Apparat operiert, innerhalb dessen sie ihren ergänzenden 'sozialen Beitrag' zur gesundheitlichen Funktions- und Leistungsfähigkeit der Individuen wie der Gesellschaft als Ganzes beizusteuern hat»* (S.22). Die SA ist in diesem Verständnis also eher eine Dienstleisterin ohne eigenen Wissensbestand, welche unkritisch der Deutungshoheit der dominierenden Professionen folgt.

Wider (2013) betrachtet in ihrem Beitrag zur Interdisziplinarität die Zusammenarbeit optimistischer. Sie weist daraufhin, dass der Berufskodex Professionelle der SA zur interdisziplinären Zusammenarbeit verpflichtet. Gleichwertigkeit der Professionen sei aber Voraussetzung für gutes Gelingen. Über Peter Sommerfeld schreibt sie, dass dieser zwei Szenarien für die Zukunft der SA sehe: Entweder sie entwickle sich zu einer anerkannten Profession. Dazu müsste sie sich in ihrer Zuständigkeit durchsetzen, Leistungen inszenieren und berufliche Identität stärken. Ansonsten bestünde die Gefahr, dass sie sich zur einfachen Hilfstätigkeit ohne besondere Expertise, entwickle (S. 10-12).

Homfeldt (2012) benennt, wo sich Probleme ergeben in der interprofessionellen Kooperation: Fehlender Austausch, differenten Menschenbildern der Professionen, unterschiedliche Einmischungsstrategien und fehlendes Wissen über die anderen Professionen (z.B. Skills, Sprache) (S. 497).

Gemäss Obrecht (2006) ist Interprofessionelle Kooperation *«ein gestalteter sozialer Prozess, in dessen Rahmen Professionelle unterschiedlicher Art im Hinblick auf die Lösung komplexer praktischer Probleme zusammenarbeiten, die mit den Mitteln der beteiligten Professionen allein nicht zufriedenstellend bearbeitbar sind»* (S.409).

Nach Obrecht (2006) leiste die SA einen eigenständigen Beitrag zur Verhinderung, Linderung und Lösung von biopsychosozialen Problemen. Komplexe Probleme erfordern eine

interprofessionelle Kooperation. Allerdings werde das durch die unterschiedliche Sprache, den Statusunterschied zwischen Medizin und SA und unterschiedlicher Stellungen innerhalb der Struktur der Organisation, erschwert. Ausserdem sei eine Folge der Spezialisierung, dass die präzise Kommunikation mit anderen Professionen eine Herausforderung sei. Für die Bearbeitung praktischer Probleme müsse man der Wechselwirkung verschiedener Prozesse durch interprofessionelle Kooperation Rechnung tragen. Für ihn heisse das, dass eine «Entspezialisierung durch das Teilen von übergeordnetem Wissen» nötig sei. Dies sei ein Gewinn an Professionalität für alle Professionen (S. 408-410). Treffend und kurz formuliert sagt er: *«ohne (erfolgreiche) Verständigung (Kommunikation) keine fallbezogene Kooperation»* (S. 409).

Schroeter (2023) betont, dass Interdisziplinarität wachsen und reifen müsse, die Zusammenarbeit sei zeitaufwendig und umweghaft. Es sei erforderlich, dass die Logiken und Methoden anderer Disziplinen vertraut seien. Um das zu erreichen, sei manchmal eine alltagssprachliche Übersetzung disziplinärer Einsichten erforderlich. Interdisziplinäre Zusammenarbeit könne nur «gegen den Strom» des normalen Wissensbetriebs realisiert werden (S. 25/26).

Für gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit nennen verschiedene Autorinnen und Autoren jeweils ähnliche Voraussetzungen: Mitarbeitende sollten Interprofessionalität attraktiv finden (BAG, 2018b, S. 16), ein gelingender Austausch zwischen den Professionen sollte stattfinden, das Wohl des Patienten sollte das Ziel aller sein, gegenseitige Akzeptanz sollte gelebt werden und eine neue Kultur sollte entwickelt werden (Welz-Spiegel und Spiegel, 2023, S.54/58). Zudem sollten Aufgaben geklärt werden, man sollte sich mit Respekt und Vertrauen begegnen, eine Zielverträglichkeit sollte gewährleistet sein, eine offene Kooperation sollte angestrebt werden (Homfeldt, 2012, S.498) und das Teilen von übergeordnetem Wissen ermöglicht werden (Obrecht, 2006, S. 410).

Rüegg, Eiler, Schüpbach & Gehrlach (2022b) unterscheiden derweil im Bericht «Soziale Arbeit in der Arztpraxis – Grundlagen und Umsetzung» drei Formen einer möglichen Zusammenarbeit. Die ko-kreative Verdichtung (auch interprofessionelle Kollaboration genannt) wird dabei von den Autorinnen und Autoren bevorzugt. In der koordinativen Zusammenarbeit – sie wird hier als Normalfall beschrieben – arbeiten die beteiligten Professionen eher neben- als miteinander. In der projekthaften Zusammenarbeit findet die Zusammenarbeit weitgehend punktuell und temporär statt. Die anzustrebende interprofessionelle Kollaboration ist geprägt durch flache Hierarchien, Mitspracherecht und gemeinsamen Fallbesprechungen. Sie kommt vor allem zum Tragen, wenn in komplexen Situationen ein koordiniertes Nebeneinander nicht ausreicht und enger zusammengearbeitet werden muss. Die Forschungsgruppe zitiert Bronstein (2003), welcher für die gewinnbringende Zusammenarbeit fünf Erfolgsfaktoren aufführt: Gemeinsame Ziele, Interdependenz und Rollenklärung, neue Aktivitäten (z.B. gemeinsame

Fallbesprechungen), Flexibilität (z.B. hohe Erreichbarkeit) und Reflexion (z.B. mit kontinuierlicher Qualitätsentwicklung) (S.19 – 23).

Zusammenfassend ergibt die Literaturrecherche, dass die Deutungshoheit der etablierten medizinischen Profession nicht zu unterschätzen ist, sich jedoch im Wandel befindet. Die interprofessionelle Zusammenarbeit ist aus drei Gründen gefordert: die Machtstrukturen beeinflussen die Qualität und Art der Zusammenarbeit, es wird oftmals nicht dieselbe Sprache gesprochen und Arbeitsabläufe werden unterschiedlich gestaltet. Es benötigt also eine hohe Verständigung zwischen den Professionen, eine Offenheit und ein Wille, sich gegenseitig verstehen zu wollen. Eine neue Zusammenarbeitskultur soll sich etablieren können, welche auch der komplexen Realität der Patientinnen und Patienten gerecht werden kann. Eine Befragung ergab zum einen, dass seitens der Ärzteschaft vor allem die hohe administrative Belastung und Unübersichtlichkeit des Angebots der SA als Hürden angesehen werden. Sommerfeld und Anhorn kommen zum Schluss, dass sich die SA entweder zu einer anerkannten Profession entwickle oder im anderen Fall nur als Dienstleisterin agiere. Zu guter Letzt soll die Zusammenarbeit mehr als nur ein Nebeneinander beinhalten, sondern ein Miteinander mit gemeinsamer Fallbearbeitung und -besprechung. Kritisch zu beurteilen sind die teilweise geforderten «flachen Hierarchien». Hierarchien bleiben Hierarchien, auch wenn sie flach sind. Dies steht konträr zur Forderung der interprofessionellen Zusammenarbeit auf Augenhöhe, bzw. der Gleichwertigkeit der Professionen.

Aufgaben und Rolle der Sozialen Arbeit in der Grundversorgung

In den Interviews für diese Arbeit über die Aussenperspektive der HA wird erfragt, für welche Aufgaben Sozialarbeitende ihrer Meinung nach zuständig seien. Selbstverständlich hat die gesundheitsbezogene SA auch eine eigene Vorstellung ihrer Aufgaben, welche hier aufgezeigt werden sollen. Oben wurde der Gegenstand gesundheitsbezogener SA genannt. Dieser ist jedoch wenig konkret ausgeführt und eher übergeordneter Natur.

Der Mensch wird als biopsychosoziales Wesen verstanden. Für seine Gesundheit oder Genesung ist er abhängig von einer intakten sozialen Lebenswelt. Sozialarbeitende setzen sich dafür ein, dass sich eine bessere Passung zwischen Person und Umwelt ergibt. Dabei ist die Frage, ob die soziale Notlage zu einer Erkrankung geführt hat oder der umgekehrte Fall zutrifft, unerheblich. Sozialarbeitende gehen dabei nach wissenschaftlich anerkannten Methoden vor (Rüegg, Eiler, Schüpbach & Gehrlach, 2022b, S.10). Wie oben beschrieben führen nach Sommerfeld (2019) Erkrankungen dazu, dass das Lebensführungssystem eines Menschen erschüttert wird. Die Aufgabe gesundheitsbezogener SA sieht er darin, *«einen Beitrag zu möglichst vollständiger Teilhabe von kranken Menschen an der Gesellschaft zu leisten, indem sie diese Menschen in deren Lebenswelt und bei deren durch die Krankheit herausgeforderten*

Lebensbewältigung unterstützt und begleitet». Ausschlüsse sollen vermieden werden und Integrationsoptionen erhalten bleiben (Sommerfeld, 2019, S. 34).

Die Aufgaben der gesundheitsbezogenen SA ergeben sich durch verschiedene Auftragsverhältnisse. Rüegg, Eiler, Schüpbach & Gehrlach (2022b) differenzieren dabei, dass der Auftrag durch Patientinnen und Patienten, die Ärzteschaft, das Gemeinwesen und der Profession erfolgt. Der Auftrag gegenüber Patientinnen und Patienten beinhaltet im Wesentlichen die Steigerung von deren Wohlbefinden und die Stärkung ihrer Selbstkompetenzen. Der Auftrag gegenüber der Ärzteschaft beinhaltet die Unterstützung bei den Grundversorgern und eine Entlastung der Ärzteschaft. Der Auftrag der Profession erfordert, soziale und gesundheitliche Chancengleichheit zu ermöglichen. Dabei setzt sie sich auch für Gerechtigkeit und Menschenrechte ein (S. 11-14). Kritisch zu betrachten sind hier möglicherweise Interessenskonflikte, die durch diese verschiedenen Anspruchslagen entstehen. Auch wenn es der Auftrag der Ärzteschaft ist, entlastet zu werden, ist es Auftrag der Profession gemäss dem biopsychosozialen Modell, Individuen in ihrer komplexen Situation systemisch und interdisziplinär zu betrachten und entsprechend zu intervenieren. Diese Forderung könnte die Zusammenarbeit auch komplexer und zeitintensiver machen. Dies kann dann eben auch bedeuten, dass die Ärzteschaft eben nicht entlastet wird, sondern die Aufgabenstellung mehr Absprachen und eine komplexere Bearbeitung erfordern. Die Entlastung der Ärzteschaft ist sicherlich ein pragmatisches und auch politisches Ziel, welche das Gesundheitswesen vor Überlastung schützen soll. Die SA sieht es aber - wie von Sommerfeld genannt - als grundlegende Aufgabe an, die soziale Teilhabe zu fördern und zu einer gelingenderen Lebensführung beizutragen. Um dieses Ziel zu erreichen, ist nicht unbedingt eine Entlastung der Ärzteschaft möglich.

Konkret führen Rüegg, Eiler, Schüpbach & Gehrlach (2022b) in den Grundlagen und Umsetzung zur SA in der Arztpraxis ein mögliches Leistungsangebot aus. Sozialarbeit in der Arztpraxis ist bisher ein wenig verbreitetes Modell. Die nachfolgend interviewten Ärztinnen und Ärzte haben - ausser dem Experten - keine Erfahrung damit. Ihre Aussagen zu den Aufgaben beziehen sich also auf diejenigen Aufgaben, die sie potenziell sehen oder die Sozialarbeitende auf anderen Stellen erfüllen. Diese Sozialarbeitende haben je nach Einsatzgebiet noch ein viel breiteres Aufgabengebiet. Dennoch ist die Ausformulierung von Rüegg et al. zielführend, um mögliche Aufgabengebiete aufzuzeigen. Ergänzt wurde die Ausformulierung um den Punkt «Verbesserung Sozialer Bedingungen» und «Prävention sozialer Notlagen». Diese Aufgaben werden zwar in den Grundlagen auch erwähnt, jedoch bei der Auflistung weggelassen.

Tabelle 1: Aufgaben in Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten

Sozialberatung	Sozialversicherungsrechtliche Beratung Erschliessung finanzieller Mittel Finanz- und Budgetberatung Beratung Betreuungssystem und Familie Beratung zur Erwerbstätigkeit / Ausbildung / Arbeitsplatzwechsel Beratung zur Wohnsituation und Wohnform Unterstützung beim Aufbau einer Tagesstruktur Unterstützung im Bereich der Freizeitgestaltung Unterstützung bei administrativen Aufgaben und Übersetzungen
Psychosoziale Beratung	Psychosoziale Anamnese und Beratung Ressourcen- und lösungsorientierte Beratung Systemische Beratung Motivierende Gesprächsführung
Gesundheitsmanagement	Unterstützung zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz Betreuende Angehörige (Unterstützungs- und Entlastungsbedarf, Runder Tisch) Coaching und Stärkung des Selbst- und Gesundheitsmanagements Hilfe zur Selbstreflexion und bei schwierigen Entscheidungen Case Management
Netzwerkarbeit	Vernetzung mit Fachdiensten und-verbänden Vernetzung mit Angeboten des Sozialwesens Vernetzung mit Sozialdiensten des Gesundheitswesens Vernetzung mit Ämtern, Behörden und Beiständen Vernetzung mit Freiwilligenarbeit Umfassende Netzwerkpflege
Verbesserung sozialer Bedingungen	Sichtbarkeit schädigender sozialer Bedingungen (z.B. Armut) erhöhen Sich für die Verbesserung sozialer Bedingungen (auch politisch) einsetzen Einsatz zur Wahrung der Menschenrechte und Gerechtigkeit
Prävention sozialer Notlagen	Präventiver Einsatz zur Förderung der Gesundheit Präventiver Einsatz zur Förderung der Sozialen Teilhabe und Integration

Anmerkung: Basierend auf Rüegg, Eiler, Schüpbach & Gehrlach, 2022b, S.31/32 mit eigener Ergänzung der Punkte Verbesserung sozialer Bedingungen und Prävention sozialer Notlagen.

Konkret ausgestaltet könnten Sozialarbeitende gemäss Rüegg, Eiler, Schüpbach & Gehrlach (2022b) folgende Rollen einnehmen: Casemanagerin / Casemanager, Netzwerkerin / Netzwerker, Sozialberaterin / Sozialberater, Beratung und Schulung für Arztpraxen und Psychosoziale Beraterin / Berater (S. 34). Diese Rollen können sinngemäss auch auf andere Arbeitsfelder der SA, die mit HA zusammenarbeiten angewendet werden.

Hinsichtlich der Aufgaben von gesundheitsbezogener SA muss ergänzend betrachtet werden, dass nicht nur individuell an den Problemlagen der Klientinnen und Klienten gearbeitet werden soll, sondern auch die sozialen Bedingungen nicht aus dem Blick geraten dürfen. Die Rolle der Patientin, des Patienten wird von Welz-Spiegel und Spiegel (2023) erörtert. Diese hat sich im Verlaufe der letzten Jahrzehnte signifikant verändert. Selbstbestimmung und Mitverantwortung haben in der Vergangenheit keine bedeutende Rolle gespielt. Der Patient oder die Patientin haben Dienstleistungen entgegengenommen, waren im Entscheidungsprozess aber ausgeschlossen (S.23). Heute können sich einerseits Patientinnen und Patienten besser selbstständig Zugang zu medizinischem Wissen erschaffen. Andererseits fordern sie Mitsprache und auch Selbstbestimmung in Entscheidungen in Bezug auf die weitere Behandlung (S.28). Gleichzeitig wird durch diesen Prozess, wie auch die erhöhte Information und Aufklärung über Gesundheitsrisiken, die Erwartung an die Menschen erhöht, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen (S. 29). Diese Entwicklung wird von Anhorn (2023) stark kritisiert. Gesundheit würde so zur eigenen, persönlichen Leistung und Krankheit indessen als selbstverschuldete «Tatenlosigkeit» gedeutet (S. 20). Die Verhältnisse, die zu Krankheiten führen seien dabei unterbelichtet. Der Auftrag der SA bedeute nicht nur die «Behandlung des Sozialen», sondern eben auch die Bearbeitung der negativen strukturellen und gesellschaftlichen Bedingungen. In der Literatur über gesundheitsbezogene SA verfasst von Aussenstehenden und ebenso teilweise in der einschlägig sozialarbeiterischen Literatur wird den Sozialarbeitenden die kritische Auseinandersetzung sozialer Verhältnisse nicht als wichtige Aufgabe und Kompetenz zugeschrieben. Wenn hinsichtlich dieser Master-Thesis die Aussenperspektive seitens Ärztinnen und Ärzte befragt wird, so bleibt die Frage spannend, ob sich diese Wahrnehmung bestätigt.

Die Arbeitsfeldanalyse der SA in Psychiatrie von Hollenstein und Sommerfeld (2009) zeigt exemplarisch eine unzureichende Aufgabenverantwortung auf. Darin beschreiben Sozialarbeitende, dass sie erst involviert werden, wenn «soziale Probleme als zusätzliche Dimension eines Falles von einem Arzt oder Ärztin wahrgenommen werden (S. 194.)». Dies zeigt beispielhaft auf, dass das biopsychosoziale Modell in seiner Komplexität nicht erfasst wurde. Soziale Probleme werden als zusätzliche Probleme, nicht als integraler Bestandteil etwa einer psychischen Erkrankung identifiziert. Die fachlichen Inputs der SA werden in der Untersuchung zwar wertgeschätzt, in der Fallbearbeitung wird den Sozialarbeitenden jedoch eine

Hilfsfunktion zugewiesen. Dies zeigt, dass ein Grossteil des Wissens und Potenzials der SA nicht ausgeschöpft wird und die soziale Dimension unterbelichtet bleibt (S. 194).

Für die beschriebenen Aufgaben sehen sich nicht nur Sozialarbeitende zuständig, auch andere Berufsgruppen und Professionen sehen sich in der Aufgabenerfüllung teilweise führend verantwortlich. So äussern sich Schroeter und Knöpfel (2020) zu den Abgrenzungen zu anderen Professionen. Sie betonen, dass in der Schweiz im Bereich SA und Ältere Menschen die Professionalisierung der Altersarbeit durch die langsame Entwicklung und einen dezentralen Aufbau (Föderalismus) deutlich im Vergleich zu anderen europäischen Ländern zeitlich verzögert sei. Sie verweisen auf das Problem, dass andere Professionen / Disziplinen (z.B. Pflege oder Gerontologie) sich ebenfalls über einen Wissenschafts- und Fallbezug legitimiert und charakterisiert sehen und sich für Teile der Handlungsfelder der SA zuständig fühlen. Der SA sei es bislang nur unzureichend gelungen, die eigenständige Expertise altersspezifischer Probleme herauszuarbeiten (S.95/104).

3. Methodisches Vorgehen

Das methodische Vorgehen wurde in mehreren Phasen durchgeführt, wobei sich einzelne Phasen zirkulär wiederholten. Dabei wurden folgende Schritte umgesetzt:

3.1 Literaturrecherche

Zu Beginn erfolgte eine ausführliche Literaturrecherche. Einerseits wurde themenbezogene Fachliteratur aus der Disziplin der SA herangezogen, wie beispielsweise zum Professionsverständnis und Methoden gesundheitsbezogener SA. Andererseits wurde zu aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen (Integrierte Versorgung, demographische Alterung, «ambulant vor stationär») recherchiert und die Ergebnisse zusammengefasst. Um Hinweise auf die Aussensicht der SA zu erarbeiten, war es zunächst nötig, zu umreissen, was eine solche Aussensicht genau sein könnte. Dazu war eine Recherche zu anderen Studien, die sich mit der Aussensicht befassen, notwendig. Leider wurden keine ähnlichen Studien gefunden (auch keine themenfremden), die hätten beigezogen werden können.

Da es um die Aussensicht von HA geht, wurde sinnvollerweise Literatur hinzugezogen, die sich mit SA im Gesundheitswesen befasst, aber nicht von Professionsvertretenden der SA verfasst wurde. Beispiele finden sich in Texten zur interprofessionellen Zusammenarbeit (im Gesundheitswesen), politischen Strategien (z.B. Forcierung der integrierten Versorgung), Case Management, Gerontologie, allgemeinen Gesundheitsversorgung, Studien des Bundes zur hausärztlichen Versorgung und Berichten zur zukünftigen ambulanten Versorgung sowie in Literatur zur Versorgung im Alter.

Um besagte Literatur zu erschliessen, wurden Datenbanken, Bibliotheken und verschiedene Medien durchforstet. Auch der Schweizerische Fachverband für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (SAGES) wurde um allfällige Tipps angefragt.

3.2 Bestimmung der Forschungsmethode

Um die Forschungsfrage zielführend zu beantworten, erfolgte die Erhebung und Analyse der Daten schwerpunktmässig nach qualitativer Methode. Mittels wenigen quantitativer Fragen wurden die qualitativen Daten sinnvoll ergänzt.

Folgendes begründet das qualitative Vorgehen:

- Bisher ist die Aussensicht von HA im deutschsprachigen Raum nicht erforscht. Deshalb ist eine Grundlagenforschung erforderlich. Quantitatives Vorgehen würde bedingen,

dass Hypothesen überprüft werden können. Dies kann hier aufgrund fehlenden Vorwissens nicht umgesetzt werden.

- Es handelt sich um eine explorative angelegte Studie mit dem Ziel, eine möglichst grosse Varianz abzudecken. Durch qualitative Interviews kann die Aussensicht kontrastreich und vielfältig erfasst werden. Ein Vergleich mit möglichst unterschiedlichen Perspektiven ist möglich, so kann ein möglichst breites Spektrum abgebildet werden. Qualitative Forschung gestattet es Daten zirkulär zu erheben, Daten auszuwerten und erneut Daten zu erheben. Ein lineares Vorgehen ist nicht erforderlich und unpassend zur Forschungsfrage.

3.3 Datenerhebung

Für die Datenerhebung wurden zwischen Juni 2024 und September 2024 fünf Interviews mit Hausärzten und einer Hausärztin durchgeführt. Vier Interviews erfolgten mit klassischen HA ohne Sozialarbeitenden, die in der Praxis mitarbeiten. Ein Interview wurde als Experteninterview mit einem HA geführt, bei welchem ein Sozialarbeiter in der Gemeinschaftspraxis angestellt ist. Die Interviews dauerten zwischen 30 und 90 Minuten. Nach zwei Interviews wurde bereits nach der Transkription codiert und analysiert, um zu überprüfen, ob die Interviewfragen überarbeitet werden müssen. Nach Besprechung der Ergebnisse und der Interviewfragen mit der Begleitperson zeigte sich, dass der Fragebogen zielführend ist und nur geringfügig angepasst werden musste. Anschliessend wurden zwei weitere Interviews mit klassischen HA durchgeführt. Dabei stellte sich heraus, dass sich die Aussagen wiederholten und nur noch wenige neue Erkenntnisse gewonnen werden konnten. Daher wurden keine weiteren Interviews mit klassischen HA durchgeführt.

Die erste Erhebungsphase war damit abgeschlossen. Die Interviews wurden codiert und akribisch nach qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Aus diesen Ergebnissen wurden Interviewfragen für das Experteninterview formuliert. Ziel war es, die Ergebnisse mit einem Arzt zu spiegeln, welcher sich bereits intensiv mit der Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden auseinandergesetzt und bereits Erfahrungen dazu gemacht hatte. Wichtige Erkenntnisse wurden zusammengefasst und der Experte im Interview um eine Einordnung der Ergebnisse gebeten.

Insgesamt erfolgte der Prozess stets zirkulär. Es wurden Daten erhoben, ausgewertet, wieder erhoben, ausgewertet etc. und zwar so lange, bis eine theoretische Sättigung eintraf.

Methode Interview mit der Hausärztin und der Hausärzte

Methodisch wurde ein problemzentriertes Interview mit Leitfaden nach Witzel (2000) durchgeführt. Das problemzentrierte Interview zeichnet sich darin aus, dass sowohl induktive wie auch

deduktive Fragestellungen und Analysemethoden zugelassen sind. Es ist ein theoriegeleitetes Verfahren, welches sich an einer relevanten Problemstellung orientiert. Es ist weder eine narrative Interviewmethode noch werden die möglichen Interviewfragen zu eng gefasst. Der Leitfaden dient als Gedächtnisstütze und Orientierungsrahmen. So können die Interviews verglichen werden (o.S.). Die Fragestellung gehen dabei vom Allgemeinen zum Spezifischen. Dabei soll der vorbereitete Fragebogen immer auch flexibel eingesetzt werden. Das heisst, er soll nur leiten, nicht bestimmen. Fragen, die schon beantwortet wurden, werden weggelassen. Je nach Relevanz werden neue Fragen spontan hinzugefügt (Przyborski, Wohlrab-Sahr, 2014, S. 129-132).

Der Leitfaden (Anhang 9.1) besteht aus möglichst breiten Fragen zur Aussenperspektive. So wurden als Einstieg zunächst Berührungspunkte und Fallschilderungen mit der SA erfragt. Weiter wurden Fragen zu sozialen Problemstellungen in der Praxis gestellt, um herauszufinden, mit welchen Themenfeldern sich HA in der Praxis konfrontiert sehen. Anschliessend wurde die Zusammenarbeit thematisiert. Hier wurde einerseits die IST-Situation (welche Rolle spielt SA im Berufsalltag? Wer nimmt mit wem Kontakt auf? In welchen Fällen kommt es zu Kontakt mit Sozialarbeitenden?), andererseits ebenso die Idealvorstellung einer Zusammenarbeit erkundet. Dazu wurde gefragt, ob es bereits Konflikte in der Zusammenarbeit gab und welche Möglichkeiten und Chancen eine vermehrte Zusammenarbeit zukunftsprospektivisch bringen könnten.

Im nächsten Block wurde nach den Aufgaben und Kompetenzen der Sozialarbeitenden aus Sicht der HA gefragt, insbesondere auch, was Sozialarbeitende von anderen Berufsgruppen wie psychiatrischer Spitex, Seelsorge, medizinischem Assistenzpersonal oder Pflege unterscheidet. Mit dieser Fragestellung konnte auch überprüft werden, ob die Berufsgruppen überhaupt differenziert betrachtet werden. Weiter wurde danach gefragt, welche Bedeutung SA in der Versorgung älterer Menschen hat und inwiefern soziale Bedingungen Einfluss auf die Gesundheit haben. So konnte erfasst werden, welches Bewusstsein die Interviewpartnerin und Interviewpartner gegenüber sozialen Einflussfaktoren haben.

In der Literatur wird die unterschiedliche Kultur der verschiedenen Professionen eher wenig thematisiert. Wenn jedoch darauf eingegangen wird, dann meist hinsichtlich ihrer Hierarchie und Deutungshoheit. Mittels verschiedener Fragen und Fallbeispiele wurde dem nachgegangen. Allerdings muss hier berücksichtigt werden, dass direkte Fragen zur Hierarchie auch Unbehagen auslösen könnten, insbesondere, da eine Sozialarbeiterin die Interviews selbst führte. Es könnte sein, dass dadurch nicht ehrlich geantwortet wurde, um die Sozialarbeiterin nicht zu verletzen. Abgerundet wurde der qualitative Teil des Interviews mit Fragen zum zukünftigen Potenzial der Zusammenarbeit.

Um die Antworten zu bündeln und konkretisieren - und keinesfalls, um repräsentative Umfragewerte zu erhalten - wurden zum Schluss noch wenige quantitative Fragen gestellt. Sie sind hilfreich, um einerseits Eckwerte zu erfassen (Regelmässigkeit des Kontakts mit der SA, häufigste Themengebiete) und andererseits die qualitativen Fragen auf den Punkt zu bringen. Ganz zum Schluss wurden noch standardisierte Daten wie Lebensalter und Berufserfahrung erhoben.

Der Interviewleitfaden wurde aus der Literatur erarbeitet. Dabei waren Erkenntnisse aus dem Professionsverständnis einer gesundheitsbezogenen SA relevant, sowie Literatur zur interprofessionellen Zusammenarbeit.

Diese vier Interviews wurden vor Ort in der jeweiligen Praxis der HA geführt.

Methode Interview mit dem Experten

Experten sind gemäss Przyborsky und Wohlrab-Sahr (2014) Personen, welche über spezifisches Rollenwissen verfügen, beispielsweise über Betriebswissen, Deutungswissen oder Kontextwissen (S. 121). Beim Experteninterview werden die verschiedenen Wissens Ebenen angesprochen. Bei der Auswahl des Interviewpartners wurde vorausgesetzt, dass er diese Rolle auch einnehmen kann. Dr. Schalch verfügt über gesondertes Betriebswissen im Gegensatz zu anderen Praxen, da ein Sozialarbeiter in der Praxis angestellt ist. Er verfügt auch über übergeordnetes Wissen, da er sich bereits an verschiedenen wissenschaftlichen Erhebungen beteiligt hat. Über den Berufsverband SAGES hat er sich mit der Zusammenarbeit von SA und Medizin beschäftigt und sich an Symposien engagiert. Von der Vorgehensweise orientierte sich das Experteninterview am offenen Leitfadeninterview, welches vom Allgemeinen zum Spezifischen führt (Przyborsky & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 129). Bei den Fragen wurden gezielt Erkenntnisse aus den vorherigen Interviews einbezogen und nachgefragt, wie der Experte diese Ergebnisse einordnet. Der Leitfaden ist im Anhang 9.2 hinterlegt.

Das Interview fand als einziges online mittels Videotelefonie statt. Umgebungseindrücke konnten dabei leider nicht eingefangen werden und es fand kein persönlicher Kontakt statt, was die Ergebnisse etwas reduziert. Rick (2023) hat in einer Untersuchung Online- und Präsenzinterviews verglichen und dabei Vor- und Nachteile eruiert. Die Untersuchung zeigte, dass auch in Online-Interviews Kommunikationsstrategien funktionieren und ein vertrauensvolles Arbeitsbündnis möglich ist (S. 15). Deshalb ist diese Form des Interviews für diese Master-Thesis legitim. Die Nachteile haben keinen relevanten Einfluss.

Beim Interview wurde deutlich, dass es sich beim angestellten Sozialarbeiter um den Sohn des Arztes handelt. Diese Tatsache könnte die Aussagen beeinflussen, weshalb der Inhalt des Interviews daraufhin sehr kritisch analysiert wurde. Es zeigte sich, dass die Argumente, Aussagen und Feststellungen, die Dr. Schalch im Interview gemacht hat, allesamt fachlich

begründet wurden und keinerlei familiären Färbungen aufzeigten. Selbstverständlich hat sein Sohn mutmasslich seine Haltung zur SA beziehungsweise seine Auseinandersetzung mit dieser beeinflusst. Diese Beeinflussung zeigt sich jedoch auch bei anderen Fachkräften, die Angehörige in der SA oder eine enge Zusammenarbeit mit diesen haben. Insofern ist es wichtig, professionelle von unprofessionellen Inhalten zu differenzieren, was in diesem Interview achtsam berücksichtigt wurde.

3.4 Sampling

Für die Beantwortung der Fragestellung waren ca. 5 - 8 Interviews (Faustregel für Master-Thesis 4 - 8 Interviews) mit HA geplant. In der Einleitung wurde bereits auf Eingrenzungen im Sampling eingegangen: Im Fokus der Thesis sind HA, da sie häufig die medizinische Fallführung innehaben und die Klientinnen und Klienten über einen längeren Zeitpunkt begleiten. Fachärztinnen und Fachärzte werden nicht berücksichtigt, da sie nur für einen spezifischen Themenbereich zuständig sind.

Es wurde darauf verzichtet, HA zu befragen, die gar keinen Bezug zur SA haben bzw. gar nicht mit Sozialarbeitenden zusammenarbeiten. Selbstverständlich wäre es interessant zu erfahren, weshalb es keine Zusammenarbeit gibt, allerdings wären weitere Fragen zur Aussensicht dann kaum ergiebig und das Interview schnell abgeschlossen. Zusammen mit der Begleitperson wurde beschlossen, dass das Netzwerk der Autorin genutzt werden darf, um bereitwillige HA zu finden. Bedingung war, dass keine enge Zusammenarbeit mit der Autorin besteht oder bestanden hat. So wurden verschiedene Sozialarbeitende nach Kontakten gefragt. Dies zeigte sich als sehr wertvoll, da so schnell Interviewpartnerinnen und -partner gefunden werden konnten.

Bei der Auswahl des Experten standen zwei Hauptkriterien im Vordergrund: die enge Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden und die Auseinandersetzung mit gesundheitsbezogener SA. Da seine Praxis einen eigenen Sozialarbeiter beschäftigt und er in den letzten Jahren umfangreiche Erfahrungen mit dessen Arbeit sammeln konnte, wurde für diese Masterarbeit ein Experteninterview mit dem Zentrumsleiter und Hausarzt Dr. med. Emil Schalch durchgeführt. Die Ergebnisse dieses Interviews wurden anschliessend mit den Erkenntnissen aus den Gesprächen mit der HA verglichen und diskutiert (Kapitel 5).

Von der Altersstruktur sind die Hausärzte und die Hausärztin 39/39/44/65 Jahre alt, der Experte ist 71 Jahre alt. Die Praxiserfahrung variiert zwischen 1,5/5/12/28/36 Jahren und bildet somit ein breites Spektrum ab. Leider konnte nur eine weibliche Hausärztin für die Befragung gewonnen werden. Geschlechtsspezifische Unterschiede wurden allerdings bei dieser Fragestellung weder erwartet noch untersucht.

Es wurde ein Mix aus einem nach bestimmtem, vorab festgelegtem Sampling (Hausärzte, breites Spektrum an Alter und Praxistätigkeit) und einem «Theoretical Sampling» angestrebt. Hierbei erfolgte zuerst eine Erhebung mit wenigen Fällen, welche sukzessive je nach Entwicklung ergänzt wurde, um eine theoretische Sättigung zu erreichen (Przyborski, Wohlrab-Sahr, 2014, S. 181&182).

Es wurde darauf geachtet, dass die Ärztinnen und Ärzte mehrheitlich in unterschiedlichen Gemeinden arbeiten, damit die Antworten sich nicht auf dieselben Sozialarbeitenden einer Gemeinde beziehen und somit personenunabhängig sein konnten.

3.5 Datenanalyse

Die Auswertung der Daten erfolgte gemäss der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022). Diese Methode erfolgt phasenweise:

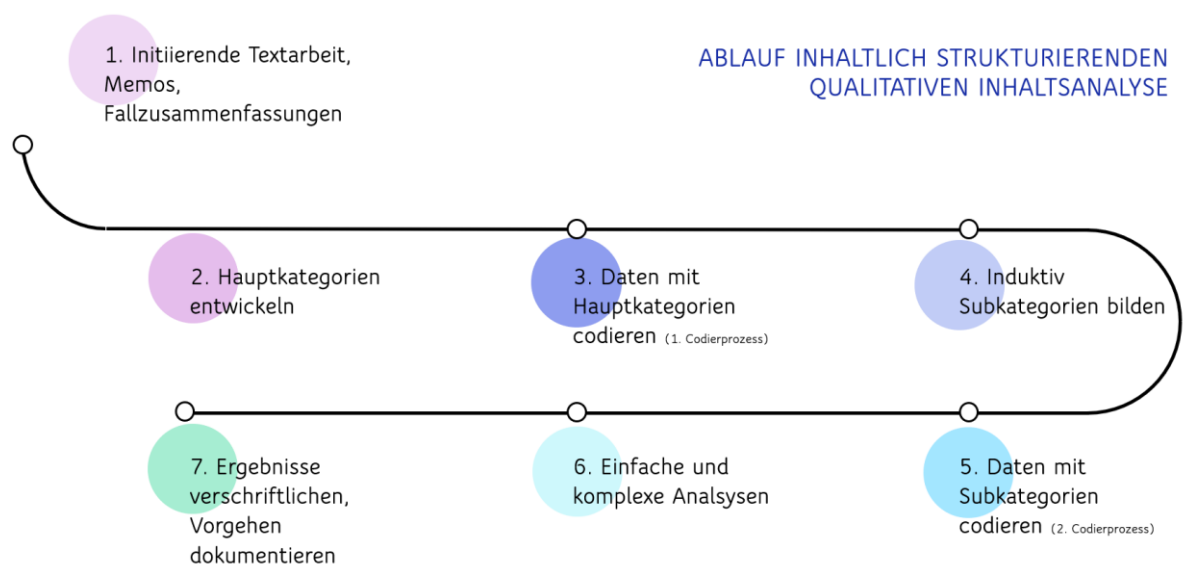


Abbildung 2: Ablauf inhaltlich strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse. *Anmerkung:* Basierend auf Kuckartz und Rädiker (2022, S. 132).

Die inhaltlich-strukturierte qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädinger (2022) orientiert sich an hermeneutischen Prinzipien. Damit wird ein Sinnverstehen angestrebt und die Rolle des Vorwissens einbezogen (S. 23 & 113).

Da mit wenig Vorwissen gearbeitet wurde, war es zentral, dass in der Auswertungsmethode sowohl deduktive wie auch induktive Kategorien gebildet werden konnten. Die qualitative Inhaltsanalyse bietet hier ein hohes Mass an Flexibilität (S. 49). Durch die Literaturrecherche wurde ein Interviewleitfaden ausgearbeitet. Aus dem Fragebogen konnten grundlegende

Kategorien abgeleitet werden. Dennoch war eine Offenheit gegenüber materialbasierten Kategorien zentral, damit neue Erkenntnisse generiert werden konnten.

Alternativ wäre auch eine Auswertung gemäss der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) möglich gewesen. Nach der Differenzierung der Fragestellung wird die Analysetechnik festgelegt und ein Kategoriensystem ausgearbeitet. Am Schluss werden die Ergebnisse interpretiert (S. 62). Nachteilig an diesem Auswertungsverfahren wäre, dass das Material erst gesammelt und alles gleichzeitig analysiert wird. Die Ergebnisse könnten nicht fortlaufend ausgewertet werden und so wäre ein bewusster Einbezug anderer neuer Interviewpartnerinnen oder -partner je nach vorgefundenen Erkenntnissen, nicht möglich.

Im Unterscheid zu Mayring kombinieren Kuckartz und Rädinger (2022) eine Fallperspektive und eine Kategorienperspektive. Mittels Matrix können Daten fallorientiert oder kategorienorientiert ausgewertet werden (S. 108, 114, 118, 129).

	Kategorie/Thema 1	Kategorie/Thema 2	...
Person 1			
Person 2			
...			

Die Datenauswertung hätte auch nach der Grounded Theory erfolgen können. Diese verfolgt jedoch das Ziel eine Theorie mittlerer Reichweite zu entwickeln (S.115). Das entspricht nicht dem Anspruch dieser Arbeit. Ausserdem lassen sich Ansätze der Grounded Theory (z.B. theoretische Sättigung) mit qualitativer Inhaltsanalyse kombinieren.

Auch von der Methode der Objektiven Hermeneutik wurde abgesehen. Obwohl diese Methode stark in die Tiefe geht und somit die Haltung und der Berufshabitus klarer zu erfassen gewesen wäre, ist sie schwer umzusetzen, da noch keine Forschung zum Thema vorhanden ist. Deshalb wird der Schwerpunkt auf die Breite anstatt auf die Tiefe der Ergebnisse gelegt.

Um das Rohmaterial zu bearbeiten, codieren und auszuwerten, wurde die Software MAXQDA 24 genutzt. Diese Software machte es möglich, die Daten nach obenstehender Matrix zu kombinieren und entsprechend auszuwerten. Die Kategorienbildung erfolgte gemäss dem oben beschriebenen Phasenmodell zunächst deduktiv nach den Kategorien, die sich schon aufgrund des Fragebogens ergaben. Während der Analyse wurden aufgrund des Materials auch induktive Kategorien gebildet, welche in einer zweiten Codierungsphase angewendet wurden. Dies ergab ein breites Gesamtbild, aus welchen nachfolgende Erkenntnisse abgeleitet werden konnten.

3.6 Ergebnisdarstellung

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt nach den wichtigsten Kategorien und Fragestellungen. Die Aussagen der klassischen HA wurden anonymisiert. Das Experteninterview wurde im Einverständnis mit Dr. Schach nicht anonymisiert. Seine Anonymität hätte nicht gewährleistet werden können, denn zu wenig Arztpraxen haben einen integrierten Sozialarbeitenden. Ausserdem ist es nachvollziehbarer, wenn sich Expertinnen und Experten mit Klarnamen zeigen können. Auch ethisch ist eine Namensnennung vertretbar, da der Interviewte ja primär in der Rolle des Experten spricht und nicht über seine persönlichen Erlebnisse erzählt.

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass sowohl in der Datenerhebung wie auch in der Analyse unterschiedliche Methoden miteinander kombiniert wurden. Hier wurde eine sogenannte «Triangulation» (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S.5) umgesetzt, welche bei jedem Arbeitsschritt die richtige Methode berücksichtigt. Damit dies möglich ist, müssen die einzelnen Entscheidungen im Folgenden logisch begründet werden.

4. Ergebnisse

Um die Aussensicht zu erforschen, wurden die HA befragt, wie sie mit sozialen Fragestellungen in ihrem Alltag umgehen und wie sie die Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden erleben. Auch wurde nach den Aufgaben der Sozialarbeitenden gefragt, alles selbstverständlich aus der Sicht der HA. Komplexere Fragestellungen, wie zum Beispiel, ob SA eine Profession ist, wären nicht zielführend gewesen, da das Wissen über SA - wie die Interviews gezeigt haben - begrenzt vorhanden ist. Die Aussagen über SA können wertvolle Perspektiven aufzeigen. Sie können etwa sichtbar machen, mit welchen Aufgaben sie Sozialarbeitende beauftragen und mit welchen nicht. Im Anschluss folgt ein Überblick über die Ergebnisse der Interviews, mit zahlreichen Zitaten aus der Perspektive der HA. Weiter werden die wichtigsten Ergebnisse aus den Interviews mit dem Experten diskutiert. Diese Ergebnisse werden entsprechend zusammengefasst und in Verbindung gebracht.

Zur Veranschaulichung der interviewten HA dient diese Übersicht:

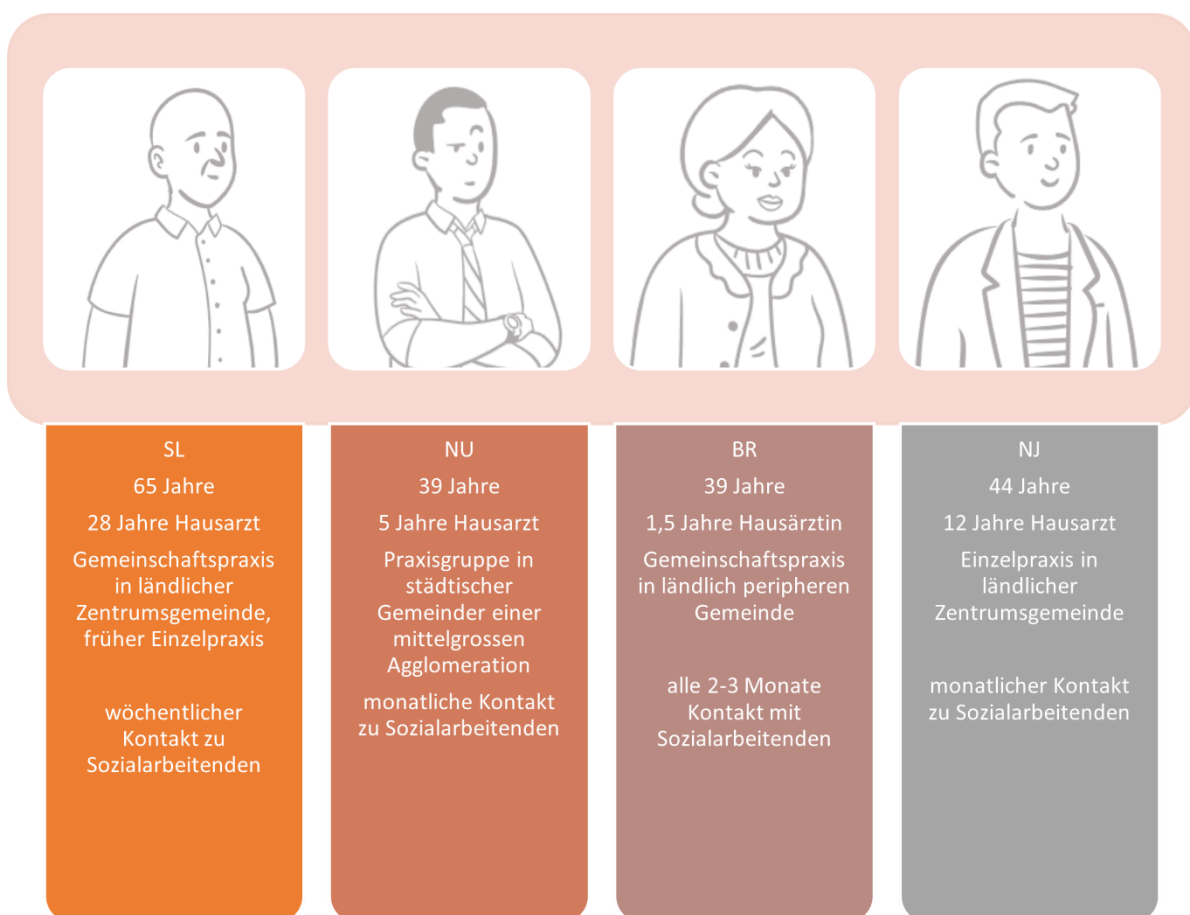


Abbildung 3: Übersicht interviewte HA. *Anmerkung:* eigene Darstellung.

Einordnung der Region nach Gemeindetypen vom Bundesamt für Statistik (2020).

4.1 Bedeutende allgemeine Ergebnisse

Im Folgenden gaben die HA Auskunft über die Frage, mit welchen Organisationen sie in Kontakt stehen, mit welchen sozialen Fragestellungen sie in der Praxis konfrontiert werden und in welchem Verhältnis sie Gesundheit und soziale Bedingungen sehen.

Mit welchen Organisationen der Sozialen Arbeit stehen die HA in Kontakt?

Genannt wurden:

- Organisationen im Bereich Alter
 - Pro Senectute
- Organisationen im Bereich Beeinträchtigung
 - Pro Infirmis
 - Pro Cap
- Kantonale / kommunale Stellen
 - Soziale Dienste
 - Beistandschaften
 - Sozialamt
 - Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB)
- Gesundheitsversorger mit Sozialdiensten
 - Akutspitäler
 - Akut- und Übergangspflegestation

Deutlich am meisten genannt wurden Stellen, die gesetzliche Aufträge erfüllen, etwa die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) und Beistandschaften. Die HA unterschieden dabei aber nicht, ob es sich bei den Beistandschaften um berufliche- oder private Mandate handelte.

Mit freiwilligen Beratungsstellen wie Pro Infirmis, Pro Senectute, allgemeine Sozialberatung etc. stehen die HA deutlich weniger bis gar nicht in Kontakt.

Mit welchen sozialen Fragestellungen werden die HA in ihrer Praxis konfrontiert?

Alle HA nannten, dass sie in der Praxis mit allen möglichen Fragestellungen konfrontiert werden, ganz unabhängig davon, ob sie medizinisch relevant seien oder nicht. Die folgende Darstellung beinhaltet alle genannten Beispiele, es wurde keine vollständige Auflistung erfragt. Einige Themenfelder wurden wiederholt geäußert:

- Pflegebedürftigkeit (sehr häufig genannt)
 - Finanzierung von Unterstützungsangeboten
 - Erschliessung von Sozialversicherungsleistungen

- Administrative Fragen (häufig genannt)
 - Ausfüllen von Formularen
- Finanzielle Fragen (häufig genannt)
- Rechtliche Fragen
 - Vorsorge
 - Sozialversicherungen
 - Testament
 - Todesfall ohne Angehörige
- Schwierige Familienverhältnisse
- Gefährdungssituationen
 - Verwahrlosung
 - Einschätzung der Lebenssituation (Angehörige / Behörden / Soziale Stellen fragen HA, wie sie oder er die Lebenssituation der Klientin, des Klienten beurteilt)
 - Zugang zu Personen schaffen, die keine Unterstützung annehmen wollen oder diese nicht notwendig finden
- Angehörigenunterstützung (insbesondere auch Umgang mit der Hilflosigkeit, nur teilweise in problematische Situation eingreifen zu können)
- Unterstützung von alleinstehenden Personen
- Psychische Gesundheit
 - Lebenskrisen und allfällige Unterstützungsmöglichkeiten
 - psychische Erkrankungen

Zu Suchterkrankungen wurden keine eigenständigen Aussagen gemacht. Auf Nachfrage beurteilten die HA, dass Sucht in ihrer Praxis eine untergeordnete Rolle spiele. Obwohl nicht explizit Heroinsucht genannt wurde, gaben mehrere HA an, dass dieses Thema bei ihnen nicht gross sei, da sie keine Methadonabgabe anbieten würden.

Verhältnis soziale Bedingungen und Gesundheit

Alle HA betonten einen engen Zusammenhang zwischen sozialen Bedingungen und Gesundheit. In der Bearbeitung der Problemsituation sieht ein Arzt klare Zuständigkeitsabgrenzungen im Sinne von: für psychische Probleme wäre eine psychiatrische Fachkraft zuständig, für soziale Probleme die Sozialarbeitenden und für medizinische Probleme die oder der HA. Die gemeinsame Bearbeitung wird befürwortet. Ein HA sieht die Zuständigkeiten nicht scharf getrennt, alle seien für die Bearbeitung zuständig, soziale Komponenten liessen sich nicht von gesundheitlichen Symptomen trennen.

Drei Aussagen aus den Interviews:

«Zusätzlich motiviert dadurch, dass ich davon überzeugt bin, dass eigentlich so gut wie jede Krankheit in Anführungszeichen so gut wie jede Symptomatik seine Ursache eigentlich auf der emotionalen oder auf der Konfliktebene hat. Das heisst also bei der Frage, wie können wir jetzt da umfassend unterstützen?» NJ Absatz 22

«Aber das biologische Empfinden kann durchaus in diese Richtung gehen, wenn jemand zum Beispiel von der Arbeitslosigkeit bedroht ist und wenn also jemand nachts nicht schläft, weil er Angst hat, seinen Job zu verlieren, dann brauche ich auch keinen Psychotherapeuten, sondern dann geht es wirklich darum zu schauen, was können wir machen, um da eine Absicherung zu machen». NJ Absatz 38

«Wir wir bearbeiten schon natürlich ganz extrem viel, also gerade auch die ganzen psychischen und auch natürlich auch sozialen Sachen. Ähm, nur ähm, ja, manchmal sind da einfach irgendwo Grenzen. [...] Ja. Ähm. Aber ihn da irgendwo so anzubinden, dass jemand das ganze Zeug noch mal so richtig, so aufdröselte usw, das fehlt mir eigentlich leider. Das hätte ich gerne viel häufiger noch. Ja». NU Absatz 19

Es werden viele Fallbeispiele aus der Praxis genannt, welche den Zusammenhang von Gesundheit und sozialen Faktoren aufzeigen. Meistens bleibt die Beschreibung auf der individuellen sozialen Problemlage (Arbeitslosigkeit, Gewalterfahrung), wie dieses Beispiel zeigt:

«Also da gibt es Leute, die sind irgendwann riesig in einer Depression, weil ähm, zuerst haben sie eine Scheidung und dann stehen sie alleine da und dann wird der Job noch gekündigt, weil sie Schulterprobleme haben. Oder sie müssen den Job kündigen, weil sie ihn nicht mehr machen können, weil sie Schulterschmerzen haben und dann haben sie finanzielle Probleme auch noch und dann irgendwann geht gar nichts mehr». BR Absatz 44

Beispiele in denen gesellschaftliche soziale Bedingungen (z.B. Armut, strukturelle Gegebenheiten) auf die Klientel einwirken und damit Problemlagen verursachen, werden kaum genannt. Angesprochen auf das biopsychosoziale Modell, sagen die HA, dass sie das Modell zwar kennen. Bei der Beschreibung belassen sie es aber dabei, nur den Zusammenhang zwischen psychischen, sozialen und biologischen Bedingungen zu nennen.

Bedeutung der Sozialen Arbeit in der ambulanten Versorgung älterer Menschen

Die HA schätzen die Bedeutung SA in der ambulanten Versorgung älterer Menschen hoch ein. Wahrscheinlich werde dies gar im Moment noch unterschätzt. Die Versorgung werde immer komplexer. Einerseits würden die älteren Personen immer älter werden und länger zuhause wohnen. Andererseits nähmen Demenzerkrankungen zu und es gäbe mehr Alleinstehende. Auch Finanzierungsfragen würden schwieriger. Aktuell sei die SA aber noch zu wenig «eingebettet». Auch in der Prävention würden die HA sich mehr Sozialarbeitende wünschen. Bisher werde erst etwas gemacht, wenn es schon «brennt».

4.2 Aufgaben der Hausärztin, der Hausärzte

Die befragten Personen haben Auskunft darüber gegeben, inwiefern sie sich für soziale Fragestellungen zuständig fühlen bzw. diese bearbeiten. Diese Frage ist hinsichtlich der Erforschung der Aussensicht auf die SA wichtig. Es wird nämlich erkennbar, für welche Aufgaben die HA sich selbst beauftragt sehen und welche Aufgaben sie anderen zuweisen. Während der Interviews und vor allem in den entsprechenden Fallschilderungen zeigten die HA verschiedentlich auf, wie sie ihre Rolle sehen und welche Aufgaben sie – auch teilweise ungewollt – wahrnehmen. Bei sozialen Problemen zeigen sich deutliche Unterschiede im Vorgehen. Entweder werden die Probleme selbst bearbeitet, teilweise weiterdelegiert oder gar nicht bearbeitet. Mehr in folgenden Ausführungen:

Fühlen sich HA zuständig für soziale Fragestellungen?

Alle HA beantworten die Frage, ob sie sich zuständig fühlen für soziale Fragestellungen mit einem klaren «Ja». Die HA gehen aber unterschiedlich weit in der Ausführung. Einige bearbeiten die sozialen Fragestellungen minimal, andere handeln deutlich über ihren Auftrag hinaus und leisten persönliche Familienunterstützung oder bezahlen gar in besonderen Situationen die Rechnung der Kita für Patientinnen. Ein HA gibt an, dass er selbst die Sozialarbeiterrolle einnehme. Diese Rolle fände er gar wichtiger als seine Arztrolle. Er übernehme die Fallführung, suche Lösungen und setze diese teilweise auch persönlich um. Er organisiere beispielsweise einen Mahlzeitendienst oder Haushaltshilfe oder bleibe Tag- und Nacht erreichbar für Notfälle auch nicht medizinischer Natur. Er beschreibt das so:

«Wie gesagt, teilweise gezwungenermassen. Nicht unbedingt, weil ich mir das alles so ausgesucht habe, sondern häufig ist es dann auch gewesen, dass ich mit dem Rücken zur Wand stand und gesehen habe okay, jetzt braucht es einfach dringend diese Pflege oder auch diesen Einkauf. Okay, weit und breit niemand da. Ich fahre mal eben und hole die Sachen. Und wenn ich dann sehe, das braucht es regelmässig, dass ich dann halt zusehe, okay, wer käme sonst in Frage? Also sprich immer mit dem Ziel, dass ich mich dann zurückziehen und die Sachen automatisiert bzw. autark dann laufen». NJ Absatz 19

«Ehrlich gesagt übernehme ich da häufig den Lead des Sozialarbeiters. Das hatte ich ja von vornherein auch schon gesagt. Sie haben jetzt mit mir nicht den typischen Hausarzt und ich bin eigentlich der, der als Sozialarbeiter häufig hinzugezogen wird. (...) Wo ich mich auch ganz klar da positioniere». NJ Absatz 12

Ein Arzt fühlt sich zwar zuständig, sieht seine Einflussmöglichkeiten aber begrenzt. Er könne zwar mit den Angehörigen was «regeln» und noch ein «Institut» beiziehen, wobei unklar bleibt, was er regelt und welche Institute er beizieht. Er erklärt dann:

«Und häufig gibt es leider Situationen, wo es, wo die Leute auch einfach eine Lücke dann haben, eine Versorgungslücke ist. Muss ich leider so sagen, Ja. Wo irgendwo bei mir die Grenzen auch irgendwo ja gegeben sind, wo ich nicht viel weitermachen kann, wo ich zum Beispiel aber auch mal irgendwie an die Stadt verweise, dass man da irgendwie wegen Sozialgeschichten da irgendwo andocken kann. Vielleicht noch, dass die was organisieren, Sozialamt usw. Aber häufig gibt es eine Lücke, wo man denkt, dass man Vakuum hat, wo geht es weiter... Leider, leider». NU Absatz 14

Die HA berichtet, dass geäußerte soziale Probleme, dann auch plötzlich ihr Problem seien. Sie versuche dann herauszufinden, wie sie weiterhelfen könne, aber sie wisse es häufig schlicht nicht. Sie sei aber bereit persönlich Abklärungen zu machen und hätte auch schon geholfen, Sozialversicherungsformulare auszufüllen, die keine medizinischen Fragen enthielten. Trotzdem sieht sie Grenzen in ihrem Handeln, sie äussert sich so:

«Aber es ist schon irgendwo grenzwertig. Und ich denke, also, wenn ich da bei allen für alles zuständig wäre, könnte ich nicht mehr schlafen gehen». BR Absatz 31

Ein HA erzählt, dass er einfach jeweils das sage, was er wisse und könne und sonst an die zuständige Stelle verweise. Häufig seien die Fragestellungen zu komplex und er zu wenig versiert, da müssen seine Klientinnen und Klienten an den richtigen Orten Beratung in Anspruch nehmen.

In einigen Fällen habe er sich in der Vergangenheit aber wenig abgegrenzt. So sei ein jahrelanger Patient für ihn ein «dritter Sohn» geworden. Er sei für zwei, drei Patienten eine Art Vaterfigur, gar ein Ersatzvater. Er sei sich bewusst, dass er sich mehr engagiere, wie es von seiner Profession her üblich sei. In einem weiteren Beispiel erzählt er, dass er in einer schwierigen Familiensituation auch mal persönlich finanziell aushelfe:

«...und bin dann auch bereit, das Ding zu finanzieren, weil Geld hat sie eh keines und ich finanziere jetzt auch den Kitaaufenthalt. Auf diesen Franken kommt es jetzt nicht darauf an».

SL Absatz 68

Teilweise fühlen sich die HA auch hilflos in Anbetracht der Fragestellungen, die von ihren Patientinnen und Patienten an sie gerichtet werden. Sei es, weil die zeitlichen Ressourcen oder das Wissen fehlt, wo nachgefragt werden könnte oder wer für die Situation zuständig sein könnte.

«Ich hatte jetzt gerade gestern ein Todesfall gehabt, wo eigentlich niemand mehr da ist. Das sind dann auch Fragen, ja wer ist jetzt um himmelswillen zuständig für die Entscheidung wie die Beerdigung läuft, wenn es niemanden gibt. Ja, das bekommst du alles auch mit über».

BR Absatz 43

Hausärztliche Aufgaben hinsichtlich sozialer Fragestellungen

Im Gespräch äussern sich die HA reflektiert über Aufgaben, für die sie sich tatsächlich zuständig sehen und Aufgaben wie teilweise oben genannt für die sie sich nicht per se zuständig sehen, diese aber trotzdem übernehmen. HA fühlen sich ihres Erachtens für folgende allgemeine Aufgaben hinsichtlich sozialen Fragestellungen zuständig:

- Situationen einschätzen
 - Urteilsfähigkeit einschätzen (für die KESB)
 - Häusliche Situation kennen (Ist die Spitex bereits involviert? Werden Medikamente regelmässig eingenommen?)
 - Fahreignung einschätzen
 - Diagnosen stellen
 - Anfragen von Angehörigen und Fachstellen zur ärztlichen Einschätzung der häuslichen Situation beantworten
- Formulare / Arztzeugnisse ausfüllen, z.B. für Kur, Reha oder Haushaltshilfe
- Im Netzwerk mit anderen Dienstleistern zusammenarbeiten (insbesondere mit KESB oder Beistandschaften vor allem bei psychischen Problemen)
- Klientinnen und Klienten an Fachstellen verweisen

Vorgehen bei sozialen Problemen

Ähnlich wie bei der Frage der Zuständigkeit unterscheidet sich auch das Vorgehen bei sozialen Problemen. Ein HA führt aus, dass er häufig den «Lead des Sozialarbeiters» übernehme und entsprechend auch die Fallführung bei sich habe. Er baue rund um die Klientinnen oder Klienten ein Unterstützungsnetz mit verschiedenen ihm bekannten Personen zusammen, beispielsweise ehemalige und aktuelle medizinische Praxisangestellte oder sogar ehemalige Patientinnen, die mal gesagt hätten, dass sie sich sinnvoll betätigen möchten. Teilweise stelle er Personen explizit für Aufgaben an einer Klientin oder eines Klienten über seine Praxis an. Mit Sozialarbeitenden arbeite er teilweise auch zusammen. Der HA differenziert dabei den Titel «Sozialarbeit» nicht immer und teilweise meint er Personen, welche soziale Aufgaben übernehmen oder Personen, welche einen Abschluss in SA erworben haben.

Ein anderer HA äussert sich weniger differenziert zu seinem Vorgehen. Er ziehe «Institute» bei und verweise an Angebote der Stadt. Ausserdem halte er Kontakt mit der KESB oder mit Beistandschaften. Es gäbe Versorgungslücken, die er leider nicht bearbeiten könne. Am Schluss vom Interview erwähnt er, dass er teilweise Klientel mit vorwiegend sozialer Indikation in die stationäre Abteilung der geriatrischen Klinik einweise, damit sich jemand um die sozialen Problemlagen kümmere. Dies geschehe, obwohl eine Einweisung aus medizinischen Gründen nicht nötig wäre.

Ausserdem wird von den Befragten genannt, dass man selber herauszufinden versuche, wer die Klientinnen und Klienten unterstützen könnte, oder recherchiere selbst. Die Angebote der SA seien jedoch unübersichtlich und es sei unklar, wer für was zuständig sei. Dies führe zu Frustration. Eine HA erwähnt, dass sie sich an den Sozialdienst ihres früheren Arbeitgebers – einem Akutspital – richte, wenn sie nicht mehr weiterwisse, obwohl ihr bewusst sei, dass dieser nicht mehr zuständig sei.

Der erfahrene HA kenne mehrheitlich die zuständigen Stellen und verweise seine Klientinnen und Klienten bei allem, was er nicht wisse, an diese weiter.

Die Kontaktaufnahme zu den zuständigen Stellen überlassen die HA mehrheitlich den Klientinnen und Klienten. Einerseits aus Datenschutzgründen, aber auch um die Eigenverantwortungen zu fördern.

Wenig wird versucht, soziale Probleme GEMEINSAM mit Sozialarbeitenden zu bearbeiten. Dieser Punkt wurde in den Interviews nur in Zusammenhang mit gesetzlicher Sozialarbeit erwähnt. Eine Zusammenarbeit komme beispielsweise nur zum Tragen, wenn eine Gefährdung bei der KESB gemeldet sei, oder eine Beistandschaft bestehe.

4.3 Aufgaben der Sozialen Arbeit

Entlang des Fragebogens wurden die HA befragt, für welche Aufgaben Sozialarbeitende zuständig seien. Explizite Angaben auf die Frage sind folgend ebenso zusammengefasst wie Aussagen, die implizit im Interview an anderer Stelle genannt wurden.

Sozialversicherungen, Finanzen und rechtliche Fragen

Am häufigsten wurden Aufgaben in Bezug auf Fragestellungen zu Sozialversicherungen, Finanzen oder allgemeine rechtliche Fragen von den HA genannt. Erwähnt wurden in diesem Zusammenhang folgende Beispiele:

- Erschliessen und Beraten von Sozialversicherungsleistungen (Renten, IV, AHV, Krankenkasse, Ergänzungsleistungen, Hilflosenentschädigungen, Arbeitslosenversicherung etc.)
- Finanzierung von Hilfsmitteln
- Finanzierung von Unterstützungsangeboten (Spitex, Betreuung etc.)
- Finanzierung von stationären Aufenthalten (Reha, Kur, Übergangspflege)
- Beratung bei finanziellen Problemen, z.B. Schulden
- Ermöglichen von besonderen Wünschen (z.B. in Palliativsituationen), bzw. Erschliessen von Stiftungsgeldern

- Rechtliche Fragen
- Auskunft geben gegenüber anderen Fachpersonen z.B. HA

Sozialversicherungen werden von den HA als komplexes Themengebiet anerkannt.

«Was haben sie da für Anrecht und was müssen sie alles für Papier bringen, damit die EL fließt und was gezahlt wird und was eher nicht? Ziemlich komplex. Ja». SL Absatz 10

Auffallend ist, dass die HA die Erschließung von Finanzierungsmöglichkeiten und Organisation beispielsweise von Anschlusslösungen oder Hilfsmitteln der SA als Aufgabe zuweisen. Hingegen wird die Beurteilung der sozialen Situation, bzw. ob es überhaupt eine Anschlussorganisation oder Hilfsmittel benötigt, nicht der SA als Kompetenz zugeschrieben.

«Und die Sozialarbeit sehe ich mehr darum, wenn es darum geht, mit Ämtern zu verkehren oder irgendwelche Finanzen so zu erledigen, sehe ich eher die Sozialarbeit». SL Absatz 56

Versorgung zuhause und Beratung der Wohnsituation

Als weitere wichtige Aufgabe wurde die Versorgung der Patientinnen und Patienten zuhause und die Beratung zur Wohnsituation genannt. Wobei auffällig eher die Finanzierungsmöglichkeiten und Organisation der Unterstützung im Vordergrund standen und nicht die Beurteilung der häuslichen Situation. Ausserdem wird erwartet, dass Sozialarbeitende bestehende Angebote in stationärer und ambulanter Versorgung kennen und entsprechend beraten können. Der Bedarf an SA sei insbesondere in Situationen von plötzlicher Pflegebedürftigkeit und Spitalaustritt ausgewiesen. Ebenfalls sehen die HA Aufgaben für die SA in der Organisation von stationärer, pflegerischer Unterbringung (wie zum Beispiel in einer Pflegeorganisation, betreutes Wohnen etc). Einmal genannt wurde, dass die Beurteilung wichtig sei, ob jemand in der häuslichen Situation noch zurechtkomme, also beispielsweise, ob jemand noch die Treppe nutzen könne oder nicht. Ausserdem sei eine mögliche Aufgabe, dass Sozialarbeitende schon präventiv eingreifen, damit es nicht zu schlimmen Situationen komme.

«Das Wichtigste wäre Erkennen von Gefahrenstellen zu Hause eventuell auch. (...) Da geht es auch darum, die Herausforderungen im Alltag zu wissen, wie zum Beispiel Treppenstufen, verschiedene Stockwerke im Haus. Was für Gerätschaften braucht es irgendwie für eine Versorgung? Wie ist jetzt das Einkaufen geregelt? Wie ist das Essen geregelt? Welche sozialen Kontakte bestehen? Wann braucht es den nächsten Schritt?» NU Absatz 60

«Quasi auch Versorgung im Alter. Was gibt es noch für Optionen für Leute, wenn sie noch nicht direkt ins Heim wollen? Das man eventuell dort könnte ein wenig abchecken». BR Absatz 69

Verwahrlosung und psychische Erkrankungen wurden von den HA auch auf Nachfrage wenig thematisiert. Hinsichtlich der häuslichen Versorgung wurden vor allem funktionale, körperliche Einschränkungen als Herausforderungen für selbstständiges Wohnen genannt.

Gesetzliche Soziale Arbeit

Unter gesetzlicher SA werden hier Beistände, Sozialamt und Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden erwähnt, mit denen oft zusammengearbeitet werde. Insbesondere mit Beiständen und Vertretungen der KESB würden auch gemeinsam Fälle diskutiert und entschieden. Die Aufgabenbeschreibung der gesetzlichen Sozialarbeitenden beschränkt sich auf Aussagen, dass diese «zuständig» für den Klienten oder die Klientin seien. Die HA unterscheiden nicht zwischen Privat- oder Berufsbeistandschaftspersonen.

Vorsorgeauftrag, Patientenverfügung und Testament

Ein Arzt erwähnt, dass die Aufgabe von Sozialarbeitenden auch sei, die Klientinnen und Klienten hinsichtlich Vorsorge zu beraten. Genannt wurde hier der Vorsorgeauftrag, bei dem bestimmt werden kann, wer in Falle einer Urteilsunfähigkeit Entscheidungen treffen darf. Des weiteren wurde die Patientenverfügung erwähnt, welche regelt, wer bei medizinischen Belangen entscheiden darf und welche Massnahmen getroffen werden sollen, wenn es die Patientin oder der Patient nicht mehr selbst entscheiden kann. Als dritter Punkt wurde die Beratung zum Testament genannt, worin das Erbe und «letzte Dinge» geregelt werden.

Unterstützung in administrativen Fragen

Hier sehen die HA auch eine Aufgabe der Sozialarbeitenden. Es werden folgende Stichworte genannt: Sachlage klären, Schriftkram erledigen, mit Ämtern verkehren, Formulare ausfüllen.

Vernetzung und Sozialpolitik

Zwei HA berichteten, dass sie Sozialarbeitende von verschiedenen Netzwerken oder Workshops kennen würden. Begegnungen fänden zum Beispiel in Palliativforen oder an übergeordneten Themenveranstaltungen zur integrierten Versorgung statt. Die SA sei da für das Schnittstellenmanagement zuständig. Die Kontaktaufnahme zu den HA solle von den Sozialarbeitenden ausgehen:

«also finde ich es mehr eine Bringschuld der Pro Senectute, wenn bei ihnen jemand neues kommt, dass diese sich bei den Hausärzten schnell vorstellen kommt oder auch bei der Spitex und den grossen Heimen, damit man weiss, so sieht er jetzt aus, der oder die aus dem Mail- und Telefonverkehr. Das finde ich sinnvoll, wahrscheinlich, weil je besser man sich kennt und wenn man sich kennt, ist einfach immer besser, als wenn man sich nicht kennt.

Als wenn es eine Blackbox ist und einfach ein Name dort steht». SL Absatz 86

Eine quantitative Frage an die HA lautete: «Sozialarbeitende nehme ich auch in der Sozialpolitik oder Arbeitsgruppen in meiner Region wahr. Sie setzen sich für bessere Soziale Bedingungen ein und machen auf negative soziale Faktoren aufmerksam». Nur eine HA sagte, dass sie das so wahrnehme. Alle anderen gaben an, dass sie ein sozialpolitisches Engagement bisher persönlich nicht so wahrgenommen hätten.

Aufbau einer Tagesstruktur, soziale Teilhabe, Freizeit und Einsamkeit

Die Aufgaben, welche die Tagesstruktur, soziale Teilhabe, Freizeit und Einsamkeit betreffen werden teilweise auch von den HA genannt. Ein HA äussert beispielsweise:

«Irgendwie muss es ja nicht nur um Alter gehen, aber irgendwo auch Gruppen wo man sich sozial anbinden lassen usw. Interessensgemeinschaften, Sonstiges für Hobbies, Tanzgruppen, Aerobic. Ich weiss es nicht. Warum auch nicht?» NU Absatz 52

Ausserdem freut sich eine Ärztin, dass Angebote gegen Einsamkeit geschaffen werden:

«Oder zum Beispiel haben die einen kurz Werbung gemacht, dass sie im Ausserrhoden gegen Einsamkeit im Alter ein Speed Dating für alte Menschen machen. Das finde ich genial, dass man so Zeug macht. Weil das ist ein Bedürfnis, es ist nicht zu unterschätzen, wie alte Menschen sich einsam fühlen. Und ich finde das genial». BR Absatz 91

Bei den quantitativen Fragen zeigt sich, dass bezüglich des Aufbaus einer Tagesstruktur, der Förderung der sozialen Teilhabe oder Angebote gegen Einsamkeit nur ein HA mit Sozialarbeitenden in Kontakt steht.

Beratung zum Betreuungssystem und Familie

Folgende Situationen generieren sozialarbeiterische Aufgaben für die HA: «wenn es Streit mit den Angehörigen gibt», wenn es keine Angehörigen gibt oder bei asozialen Familienverhältnissen. Allerdings werden bei der Problemlösung von den HA keine Sozialarbeitenden kontaktiert. Eine gemeinsame Bearbeitung des Falles findet nur (und auch nicht immer) statt, wenn Sozialarbeitende bereits involviert sind und sich selber melden.

Nicht genannt wurden in diesem Zusammenhang die Beratung beispielsweise von betreuten Angehörigen oder die Beratung in Palliativsituationen. Die genannten Beispiele betreffen vor allem Konfliktsituationen oder fehlende Zuständigkeiten.

Für die Beratung zum Betreuungssystem und Familie fühlen sich die HA weitgehend selbst zuständig.

Diagnosestellung

Auf die Frage, ob Sozialarbeitende auch in der Diagnosestellung eine Aufgabe hätten, wirkten die HA irritiert. Alle HA erklärten, dass die Sozialarbeitenden vielleicht Zubringer von Informationen für eine Diagnose sein könnten. Die Diagnosestellung selbst sei jedoch eine medizinische Aufgabe, die höchstens mit anderen Ärztinnen und Ärzten beispielsweise aus dem psychiatrischen Bereich besprochen würden.

Zuständigkeit für Personen ohne Angehörige

Zielgruppenspezifisch wurde mehrfach genannt, dass es gut wäre, wenn die SA für Personen ohne Angehörige zuständig wäre.

«Und wenn es die Angehörigen übernehmen können, sind sie eingebettet. Aber wenn du das nicht mehr hast und allein dastehst oder einfach die Angehörigen auch überfordert sind, dann ist es natürlich zentral, dass man sagen kann: Mol, da nimmt jetzt jemand dich in dem Moment an der Hand und der hilft in dem Bereich und dann irgendwann tut sich das wieder aufgleisen». BR 51

Beziehungsgestaltung

Das Thema Beziehungsgestaltung wurde nicht explizit erfragt. Es sind aber in den Antworten implizite Einstellungen der HA herauslesbar. Zwei HA äusserten sich dazu, wie sie sich die Beziehung zwischen Patientin oder Patient und Sozialarbeiterin oder Sozialarbeiter vorstellen. Ihre Erwartungen an die Sozialarbeitenden nennen sie so:

- Eine Stimmung schaffen, damit sich der Mensch verstanden und geborgen fühlt
- Die Sozialarbeitenden sollen «jemanden bei der Hand nehmen» und ihn unterstützen
- Sie sollten für Personen da sein
- Sie sollen Händchen halten

Ein Arzt erachtet «Händchen halten» wichtiger als die Arbeit des Arztes in einer gesundheitlich anspruchsvollen Situation. Er beschreibt das so:

«Vielleicht jetzt wirklich aus dem Bereich kommen Sozialarbeiter oder sagt ja, ich, von körperlichen Sachen habe ich keine Ahnung. Ich möchte einfach nur den Menschen etwas Gutes tun, ich dann teilweise wirklich das auch erklären und sage Ja, und wenn du jetzt einfach nur Händchen hältst, dann hat das für die Gesundheit, hat das für das Zurückgehen dieser körperlichen Problematik vielmehr einen positiven Einfluss, als es jeder Arzt, jedes Spital irgendwie bewerkstelligen könnte». NJ 28

Unterscheidung zu anderen Berufen oder Professionen

Die HA wurden explizit gefragt, wie sich SA von anderen Berufen oder Professionen wie Pflege, psychiatrische Spitex, medizinischen Praxisangestellten und der Seelsorge unterscheidet. Die HA nahmen eine unterschiedliche Differenzierung vor. Die Aufgaben grob zu trennen, fiel ihnen dabei leicht. So war etwa klar, dass Sozialarbeitende keine Pflege machen. Die Differenzierung zur psychiatrischen Spitex hingegen fiel ihnen schwerer. Ein Arzt äusserte, dass die psychiatrische Spitex für die Tagesstruktur zuständig sei, für Behördengänge und Finanzielles jedoch die SA. Wenn in Fallbeispielen von Sozialarbeitenden gesprochen wurde, war es Mehrfach so, dass die entsprechende Person, wahrscheinlich keine Fachperson aus der SA war. So werden zum Beispiel in der Patientenaufnahme einer psychiatrischen Klinik, in Alters- und Pflegeheimen und insbesondere bei der Spitex Sozialarbeitende vermutet, obwohl dort keine arbeiten. Die Berufsgruppen mischen sich in den Aussagen immer wieder. Bei einem HA steht das gemeinsame Miteinander im Vordergrund. Er spricht von einem Team, wo jeder seine Stärken zeigen könne, unabhängig davon, was er oder sie gelernt habe. Ausserdem bleibt bei einigen Beispielen oftmals unklar, ob von einer Fachperson in SA gesprochen wird, oder von einer Person, die über viele soziale Kompetenzen verfügt. Jemand beschreibt das so:

«Weil je nachdem, wie die Person sich verantwortlich fühlt, übernimmt sie Aufgaben, die offiziell nicht im Aufgabenbereich liegen. Darum vermischt sich das schon, weil auch ein Heim macht natürlich sehr viele soziale Aufgaben, wo sie vielleicht offiziell gar nicht machen müssten». BR Absatz 76

«Die sind jetzt keine Sozialarbeiter, mit denen ich da zu tun habe. Die machen halt auch Sozialarbeit, sag ich mal, wenn ich jetzt mit Spitex, psychisch Spitex zusammenarbeite. (.....) Das war dann Heilsarmee, das sind auch keine Sozialarbeiter. (6) Das sind jetzt erst mal so die, die mir spontan einfallen». NJ Absatz 4

Hier folgt ein Beispiel für eine Verwechslung:

«Ist die Frage, ob das schriftlich dazugehört oder nicht. Ja, weil dann ist es wöchentlich [Kontakt zu Sozialarbeitenden]. Da ist es halt über natürlich über sagen wir auch Spitex Formulare, wenn man es so sehen will. Also wenn das mitzählen würde, dann wöchentlich». NU Absatz 74

Zusammenfassung von den Aufgaben der Sozialen Arbeit

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die HA vor allem Tätigkeiten im Bereich Finanzen, Sozialversicherungen und administrative Hilfe, als Aufgaben der Sozialarbeitenden nennen. Diese Aufgaben wurden mit Abstand am häufigsten genannt und betont. Hier haben die HA auch eine konkrete Vorstellung, was die Aufgabe eigentlich beinhaltet. Es geht dann

beispielsweise darum Formulare auszufüllen, Ergänzungsleistungen anzumelden, abzuklären, ob etwas bezahlt werden kann oder nicht.

Die zweitmeisten Nennungen beziehen sich auf die Wohnsituation. Hier wird vor allem die Aufgabe definiert, dass die Wohnangebote (stationäre Wohnformen, Unterstützungen Zuhause) Sozialarbeitenden bekannt sein sollen und sie zu Unterstützungsleistungen und Finanzierungen beraten oder beispielsweise einen Heimeintritt organisieren können. Als Aufgaben der SA, benennen die HA konkret, beim Organisieren zu helfen und Finanzierungsmöglichkeiten zu finden. Die Einschätzung der Wohnsituation, bzw. die Beantwortung der Frage, ob jemand noch im angestammten zuhause wohnen kann oder nicht und welche Unterstützung benötigt wird, wird jedoch nicht als Aufgabe der SA wahrgenommen. Wenn es zu einer Gefährdung der selbstständigen Wohnform kommt, sehen die HA die Ursachen dafür eher bei funktionalen körperlichen Einschränkungen als bei psychischen oder sozialen Ursachen.

Vereinzelt werden Beratung zur Vorsorge, zum Aufbau einer Tagesstruktur oder Förderung sozialer Teilhabe als Aufgaben der SA benannt.

Aufgaben rund um die Beratung des Betreuungssystems und der Familie sind aus Sicht der HA eher nicht der SA angegliedert, sondern bleiben eher beim HA.

Als Profession, welche sich in Arbeitsgruppen oder in der Sozialpolitik für bessere soziale Bedingungen einsetzt und auf negative soziale Faktoren aufmerksam macht, wird die SA nicht wahrgenommen. Dass die Sozialarbeitenden in Arbeitsgruppen und Workshops anzutreffen sind hingegen schon.

Bei der Diagnosestellung sehen die HA keine Aufgabe der SA, wenn dann eher, dass Sozialarbeitende zusätzliche hilfreiche Informationen geben können.

Generell ist die Erwartung an die konkrete Aufgabenerfüllung eher organisatorischer als beratender oder einschätzender Natur.

Die Unterscheidung der Aufgaben zu anderen Professionen oder Berufen ist eher rudimentär und nur in Kernkompetenzen klar: Pflegefachpersonen sind für Pflege zuständig, Sozialarbeitende für Sozialversicherung und Finanzierung. Bei anderen Aufgaben ist für die HA eine Unterscheidung nicht gegeben.

4.4 Zusammenarbeit

Kontakthäufigkeit und Kontaktaufnahme

Die HA haben unterschiedlich häufig mit Sozialarbeitenden Kontakt. Ein HA hat wöchentlich Kontakt, zwei HA monatlich und eine HA alle zwei bis drei Monate.

Die direkte Kontaktaufnahme mit Sozialarbeitenden erfolgt bei obengenannten Themenfeldern am ehesten in Finanzierungs- und Sozialversicherungsfragen und wenn sowieso schon Sozialarbeitende im Sinne einer Beistandschaft oder einem KESB-Verfahren involviert sind, auch in der Wohnsituation. Generell kann gesagt werden, dass der Kontakt am häufigsten mit Sozialarbeitenden mit gesetzlichem Auftrag besteht und weniger mit Organisationen, bei denen freiwillige Beratung angeboten wird. Seitens HA wird wenig bis gar nie direkt Kontakt mit Sozialarbeitenden gesucht. Wenn der Kontakt von Sozialarbeitenden ausgeht, wird er geschätzt. Es bestehe eine «Bringschuld».

«Mit der Beistandschaft in der Regel nicht schlecht, die sich dann auch aktiv bei mir melden, wenn es Fragen gibt. Das mag ich eigentlich. Das ist gut. Ja». NU Absatz 34

Weiter werden die Selbstbestimmung und der Datenschutz bei einem HA besonders gewichtet:

«Ich nehme selten direkt Kontakt auf oder, sondern ich sage es dem Patienten. Ich gebe die Nummer und sage, sie sollen dort anrufen. Ja, geht heute auch aus Datenschutzgründen nicht mehr. Ist auch immer ein bisschen... man darf da eigentlich nichts sagen. Darum übergebe ich es eigentlich immer am Patient. Und wenn ich es einfach ganz wichtig finde, dann mache ich manchmal ein informelles Mail und frage, ob sich der gemeldet hat oder nicht».

SL Absatz 28

Gemeinsame Aufgaben

Einige HA erwähnten gemeinsame Aufgaben zwischen Sozialarbeitenden und HA implizit: So wurde insbesondere gemeinsames Diskutieren um Fälle der Beistandschaft oder KESB genannt, vor allem wenn es darum geht, ob ein Wohnen im angestammten zuhause noch möglich sei oder nicht. Eine Zusammenarbeit biete sich für die HA auch schlicht dann an, wenn es um eine optimalere Versorgung der Klientinnen und Klienten gehe:

«Ich probiere ja dann den Patienten optimal zu versorgen und für das brauche ich jemanden, der das kann. Und das heisst, es ist eine optimiertere Versorgung für den Patienten, mit Leuten, die das gelernt haben, die mich unterstützen, weil ich ja nicht alles wissen kann». BR

Absatz 66

Alle HA geben an, dass die SA zu einem interdisziplinären Team dazugehöre.

Positive Aspekte der Zusammenarbeit

Die HA äussern, dass sie mehrheitlich positive Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden gemacht hätten. Die Zusammenarbeit wird unisono als Mehrwert und als Entlastung bewertet. Der Aussage, dass die Zusammenarbeit ein Mehraufwand bedeute, stimmt keiner der Befragten zu.

Schön sei es, wenn spürbar werde, dass man als interdisziplinäres Team funktioniere und wenn Sozialarbeitende bereit seien, das grosse Ganze zu sehen, und unkonventionell unterstützen. Man sehe es als Chance, wenn man mit einer Person Herausforderungen eins zu eins besprechen könne, insbesondere die Einschätzung der häuslichen Situation.

Eine HA beschreibt die Zusammenarbeit so:

«Also es gibt es schonmal, dass jemand sagt, da bin ich nicht zuständig, aber dann geben sie dir wieder einen Tipp, wo du das sonst noch fragen könntest oder wer weiss das besser. Und eigentlich durchs Band hilfsbereit und unterstützend und in der Regel sehen sie ja auch, dass ich nicht so viel Zeit habe und sagen dann, sie schauen direkt». BR Absatz 52

Negative Aspekte der Zusammenarbeit

Auch einige negative Aspekte der Zusammenarbeit wurden genannt:

- Die Intervention sei zu wenig schnell.

«Gerade in den Situationen, wo einfach schnell gehandelt werden muss und nicht die Zeit dafür da ist, um jetzt erst mal noch mit irgendwelchen Anträgen in ein paar Wochen oder Monaten dann tatsächlich auch helfen zu können, Denn bis dahin ist dann bei vielen der Zug abgefahren». NJ Absatz 12

- Die Zuständigkeit sei zu starr und die Fälle würden zu stark standardisiert.

«Wenn also jetzt ich sage mal, argumentiert wird ja, aber das geht nicht. Und dann irgendwo eigentlich eher die, die Hindernisse gesucht und gefunden werden, die ja vielleicht auch korrekt sind. Mag sein, dass bestimmte Sachen jetzt so normalerweise nicht gehandhabt werden, das weiss ich auch. Aber deswegen wäre es schön, wenn wir jetzt gemeinsam da eine Lösung finden würden, damit es funktioniert. Und da gibt es halt solche und solche. Das heisst also bei Institutionen oder Mitarbeitern, die dann eigentlich eher so Scheuklappendenken und Handeln haben, das ist sicherlich gut und das funktioniert ja auch in den meisten Fällen irgendwo, dass man da einen Standard entwickelt. Der Standard gibt irgendwo eine Orientierung, gibt einen Halt, gibt eine Effizienz irgendwo». NJ Absatz 24

- Das Hinzuziehen von Sozialarbeitenden sei zu wenig effizient

«Wir haben irgendwo nicht gross die Möglichkeit, jemand beizuziehen. Also wir würden es uns häufig wünschen, aber es fehlen so ein bisschen die Möglichkeiten, weil man natürlich ja alles immer schnell erledigt haben will». NU Absatz 4

- Die Zusammenarbeit erfolge zu wenig verbindlich. Die HA erhielten keine Rückmeldungen, wie der Fall und ob der Fall weitergeführt werde. Wenn die Kontaktaufnahme zwischen Sozialarbeitenden und Klientin oder Klient nicht funktioniere, werde nicht nachgehakt.

«Ja, weil wenn ich jetzt irgendwie sage Pro Infirmis ist da, dann weiss ich nicht, da haben die da irgendwie genau genug Budget dafür oder scheitert es da wieder. Das weiss ich manchmal nicht. Und ein Hausarzt, der kann nicht ewig sich damit auseinandersetzen. Man muss abgeben können, dann wissen es funktioniert und das ganz sicher». NU Absatz 29

«Aber wo ich dann oft mal irgendwie das Gefühl habe, ich mache eine Meldung bei der KESB und ich kriege vielleicht das Feedback nicht unbedingt. Ich weiss nicht, wie es weitergeht. So richtig». NU Absatz 42

- Die Zusammenarbeit mit dem Akutspital sei mühsam. Oft werde zu früh entlassen.

«Zum Teil habe ich schon x-mal erlebt, dass 90-jährige Samstagabend um 22 Uhr aus dem Spital entlassen werden mit der Oberarmfraktur und keiner kümmert sich darum, wie ist der zuhause organisiert und wie kommt er zurecht, sondern wird einfach ins Nirwana geschickt, oder? Ja, da muss ich sagen, hat sich deutlich verschlechtert». SL Absatz 26

- Die richtigen Ansprechpersonen oder zuständigen Stellen seien nicht klar. Hier haben alle HA Mühe für die Beantwortung von sozialen Fragestellungen die jeweils richtige Organisation zu finden. Andererseits sind ihnen (wie oben beschrieben) auch die Unterschiede zwischen den Berufsgruppen unklar und teilweise unqualifizierte Personen werden für Sozialarbeitende gehalten. Oft wird gesagt, dass man zwar mit sozialen Problemen konfrontiert sei, aber dann nicht wisse wohin. Es sei schwierig, die richtige «Anlaufstation» zu finden. Wer nicht weiss, wohin, verweist dann die Klientinnen und Klienten oft an kantonale Stellen oder die Gemeinde. Wenn aber eine Organisation zuständig sei, bliebe unklar, was von dieser Organisation erwartet werden dürfe. Weitere Fragen tauchten für die HA auf: Sind Sozialberatungen verpflichtend? Ruft jemand mehrmals bei Klientin oder Klient an oder nicht? Sind die Beratungen finanziert? Haben die Stellen überhaupt Zeit? Eine HA äussert, dass sie bei ihrem ehemaligen Arbeitgeber, dem Sozialdienst vom Akutspital, anrufe, obwohl sie wisse, dass dieser nicht mehr zuständig sei. Ein Arzt erzählt, dass er Klientel aus rein sozialer Indikation in die Geriatrie einweise, damit sich jemand um das «Soziale kümmere». Haben HA versucht die

zuständigen Stellen zu finden, so seien sie häufig bei der falschen Anlaufstelle gelandet oder im falschen Kanton. Bei einem engen Zeitmanagement sei dies frustrierend.

- Für gewisse Themengebiete wird der Auftrag der SA nicht erkannt:

«Aber ich weiss nicht bei Sucht. inwiefern da der Sozialdienst noch gross eingreifen kann. Ich weiss es nicht. Gerade Schlafmittelbezug und so, das muss ja dann über den Hausarzt laufen, das muss der im Griff haben, wie viel er abgibt usw. auch die anderen Sachen, die er abgibt. Alkohol. Klar merkt man das. Klar weiss ich nicht wie viel man da über einen Sozialdienst eingreifen kann. Ich weiss nicht. Ja». NU Absatz 68

- Teilweise fühlten sich die HA zusammen mit den Sozialarbeitenden hilflos und hätten ein ohnmächtiges Gefühl, weil sie in einer Situation nichts ändern könnten, weil die Klientin oder der Klient das nicht möchte.

«...mehr halt Hilfslosigkeit von allen dann, eben gerade im Zusammenhang mit der KESB, wenn die sagen, mir sind die Hände gebunden, ich kann auch nichts tun. Dann steht eben der Patient respektive die Angehörigen wieder mit nichts da. Aber das liegt dann nicht an den Leuten, sondern an der Tatsache, dass sie rechtlich gesehen auch nichts machen können. Dass man sieht, ja der fährt jetzt halt seinen Betrieb in den Ruin, weil man nichts machen kann... Das ist frustrierend, aber nicht, weil es Probleme gibt mit den Leuten, sondern das ist die Sache an sich. Also nein ich muss sagen, frustrierend höchstens, weil ich dann im Moment nicht weiss, an wen könnte ich mich wenden, wo mich jetzt auf in die Schnelle unterstützt». BR Absatz 55

- Ein HA wünscht sich, dass er eigene Sozialarbeitende anstellen könnte, aber es sei keine Finanzierung da.

Macht und Hierarchie, Entscheidungsprozesse

Die Fragestellungen zu Macht und Hierarchie bezogen sich vor allem auf die Entscheidungsprozesse. Damit ist beispielsweise gemeint, ob die Stimme der HA oder der Sozialarbeitenden stärker gewichtet wird. Wie wird mit Meinungsverschiedenheiten umgegangen? Wie mit Konflikten? Ausserdem wurde quantitativ gefragt, ob die Perspektive von Sozialarbeitenden, die Entscheidung der HA beeinflusst, in Überlegungen einbezogen wird, zur Kenntnis genommen wird oder etwa gar keinen Einfluss auf die Entscheidung hat.

Differenziert muss in dieser Fragestellung das Sampling der HA betrachtet werden. Es wurden HA angefragt, die bereits mit Sozialarbeitenden zusammenarbeiten oder diese kennen. Ausserdem wurde das Interview von einer Sozialarbeiterin geführt. Dies könnte zu verfälschten Aussagen geführt haben. Unklar bleibt, ob die HA bei wichtigen Entscheiden überhaupt die Sozialarbeitenden zur Meinungsfindung hinzugezogen haben.

Keiner der HA habe je einen Konflikt mit Sozialarbeitenden gehabt. Es habe höchstens Meinungsverschiedenheiten gegeben. In den genannten Beispielen bestehen diese Konflikte aber oft gar nicht mit Sozialarbeitenden, sondern mit Pflegefachpersonen. Dennoch werde im Zweifelsfall die Diskussion mit den Fachpersonen gesucht und gemeinsam eine Lösung oder ein Konsens angestrebt. Die Kooperation werde jedenfalls gesucht. Dies habe bisher immer funktioniert. Ein HA schildert von einer Uneinigkeit, bei welcher dann jede Profession den Fall wieder für sich bearbeitet habe.

«Aber wenn man da nicht weiterkommt, dann gut, da müssen wir mal schauen, wie wir irgendwie Plan B, Plan C irgendwie aufgleisen. Also. (..)». NJ Absatz 25

Es wird ein Beispiel genannt, wo sich Sozialarbeitende und HA nicht einig seien, ob die Person noch im angestammten zuhause bleiben könne oder in ein Heim müsse. Zugunsten der Selbstbestimmung sei dann bestimmt worden, dass man es noch nochmals zuhause versuche, obwohl die HA dagegen war. Damit könne sie gut leben.

Bei der Frage, wer denn bei wichtigen Entscheiden den «Schlussentscheid» fälle, bzw. wessen Einschätzung höher zu gewichten sei, antworteten alle Personen, dass dies situationsabhängig sei. Das wichtigste Kriterium dafür sei, wer am meisten in den Fall involviert ist und sich darin gut auskennt. Es bestünden also keine Entscheidungshierarchien.

«Also schlussendlich, nein, da habe ich jetzt nicht das Gefühl, ich muss jetzt mehr Gewicht haben». BR Absatz 74

Alle HA stimmten überein, dass die Perspektive von Sozialarbeitenden ihre Entscheide beeinflusst und nicht «nur» in ihre Überlegungen einbezogen oder zur Kenntnis genommen wird.

Erwartungen an die Zusammenarbeit

Die HA wurden befragt, welche Erwartungen sie an die Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden haben, folgendes wurde erwähnt:

- gegenseitiges Verständnis für die andere Profession
- dass man weiss, was der andere Beruf kann und was nicht
- die Sozialarbeitenden sollten sich bei den HA vorstellen, damit die HA die Sozialarbeitenden auch kennen
- unkomplizierter, schneller und effizienter Schriftverkehr
- Verlässlichkeit
- gutes Einvernehmen
- dass Fragen der Klientinnen und Klienten geklärt werden
- dass da Menschen sind, mit denen man gut zusammenarbeiten kann

- Verbindlichkeit und Rückmeldungen, wie sich der Fall weiterentwickelt hat. Der Ablauf solle so funktionieren wie beispielsweise eine Überweisung an die Chirurgie. Die Chirurgin oder der Chirurg meldet sich, wenn er nicht zuständig ist und wenn er es ist, kümmert sie oder er sich verbindlich um den Fall, zum Schluss wird dem HA Bericht erstattet.
- Alle HA lehnten die Aussage «Sozialarbeitende und HA arbeiten am besten unabhängig voneinander» ab.

Zukünftige Zusammenarbeit

Einige HA äusserten Ideen für eine zukünftige wünschenswerte Zusammenarbeit.

- Zwei HA würden sich besonders eine zuständige Sozialarbeiterin, einen zuständigen Sozialarbeiter für die Hausarztpraxis wünschen. Allerdings liesse sich das bisher nicht finanzieren.

«Das, was wir mal gesagt haben [Sozialarbeit in der Hausarztpraxis], wäre für mich natürlich praktisch, wenn ich für alle Fragen eine Telefonnummer hätte und ich könnte sagen, hallo ich habe das und das, könnt ihr euch kümmern. Das wäre natürlich für mich das einfachste, dann müsste ich wie nicht wissen, ah hier ist noch der zuständig und da der, und hier muss ich hier anrufen und hoppla, das ist der falsche Kanton. Wenn ich quasi einfach eine oder zwei Telefonnummern hätte, du da gäbe es Leute, die mega froh wären um Unterstützung könnt ihr euch darum kümmern und dann wäre es für mich erledigt. Das wäre für mich natürlich sehr praktisch». BR Absatz 61

«Ich würde sagen, jeder Hausarzt, JEDER würde das schätzen, wenn es das gibt. Da wird keiner denken: 'Oh Gott, mir wird irgendwas weggenommen'. Überhaupt gar nicht. Jeder wäre glücklich, weil er denkt, es gibt wieder was, wo man sicher abgeben kann.» NU Absatz

46

«Also die Chancen wären das, dass ich mit so einer Person direkt eins zu eins Probleme besprechen könnte, dass ich das Feedback kriege, dass ich dann wieder Sachen initiieren kann. Zum Beispiel sagt mir jetzt jemand mit Sozialarbeit Hey, wir merken, die Person kommt eigentlich die Treppe daheim kaum hoch. Ja gut, dann gucken wir, dass man das Physiotraining hier noch mal ergänzen». NU Absatz 46

- eine zentrale Telefonnummer für alle «Fälle»
- weitere Foren, wo sich Sozialarbeitende und HA begegnen, z.B. Palliativforen
- es brauche mehr Sozialarbeitende in der ambulanten Versorgung, insbesondere weil Demenzerkrankungen zunehmen und immer mehr Personen keine Angehörigen hätten

- Intensivere Zusammenarbeit, die dann auch der Krankenkasse verrechnet werden könne
- Koordination der Fälle durch SA und damit Entlastung der HA
- Ein HA wünscht eine Art «Entscheidungsdiagramm», auf welchem ersichtlich wäre, welche Stelle für welche Problemlagen zuständig ist
- eine generelle Vereinfachung, da die Sozialarbeit komplex aufgestellt sei und Zuständigkeiten ohne intensive Recherche nicht zu erkennen seien

4.5 Zusammenfassende Ergebnisse der Interviews mit der Hausärztin und den Hausärzten

Folgende Punkte ergeben sich in der Zusammenfassung der Ergebnisse:

- Die HA stehen in erster Linie mit gesetzlichen Sozialarbeitenden in Kontakt, wie etwa mit Mitarbeitenden der KESB oder der Beistandschaft. Dabei fällt es ihnen jedoch nicht immer leicht zu erkennen, ob es sich um Fachpersonen aus der Sozialarbeit handelt oder beispielsweise um Privatbeistände oder Angehörige anderer Disziplinen. Freiwillige Beratungsstellen treten seltener in ihrem Arbeitsalltag auf, wobei sie am ehesten noch mit Pro Senectute oder den Sozialdiensten von Akutspitälern in Berührung kommen.
- In ihrer Tätigkeit werden die HA mit allen möglichen Fragestellungen konfrontiert, ganz unabhängig davon, ob sie medizinisch relevant sind oder nicht. Am häufigsten betreffen die Fragen Pflegebedürftigkeit, Administration und Finanzen.
- Alle HA sehen einen engen Zusammenhang zwischen sozialen Bedingungen und Gesundheit. Hierzu können sie auch viele Fallbeispiele benennen. Die sozialen Bedingungen werden aber eher individualisiert (z.B. Arbeitslosigkeit aufgrund Schulterproblemen) und nicht in einem gesellschaftlichen Zusammenhang thematisiert (z.B. Armut als Gesundheitsrisiko). Die meisten HA sehen sich in der Verantwortung, die Gesamtsituation der Klientinnen oder Klienten zu beachten und wenn möglich verschiedene Ebenen zu bearbeiten. Dies machen sie häufig selbst. Die gemeinsame Bearbeitung mit entsprechenden Fachstellen wird zwar befürwortet, aber meistens nicht umgesetzt.
- Aufgrund immer komplexerer Fälle, der alternden Gesellschaft, einem häufigeren Vorkommen von Demenzerkrankungen und längeres Verbleiben im angestammten zuhause, sind sich die HA einig, dass die Bedeutung der SA in der ambulanten Versorgung älterer Menschen zunehmen wird.
- Grundsätzlich sehen es alle HA als ihre Aufgabe an, soziale Fragestellungen zu bearbeiten, und bemühen sich, diese bestmöglich zu lösen. Dabei variieren sie jedoch in

ihrem Engagement. Zwei HA gehen weit über ihren eigentlichen Auftrag hinaus: Sie übernehmen beispielsweise die Zahlung von Kita-Gebühren, agieren als Vaterfigur oder leisten persönliche Unterstützung in familiären Belangen, auch zu nicht-medizinischen Themen. Sie betrachten sich als federführend in der Fallbearbeitung oder sehen sich sogar in der Rolle des Sozialarbeiters. Andere HA ziehen klarere Grenzen. Sie versuchen zwar teilweise, soziale Problemlagen zu bearbeiten, erkennen aber auch die Grenzen ihres Einflusses. Mitunter fühlen sie sich angesichts der an sie herangetragenen Herausforderungen auch hilflos – sei es aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen, mangelnden Wissens über geeignete Anlaufstellen oder Unsicherheit darüber, wer in einer bestimmten Situation zuständig ist.

- Reflektiert schildern sie die Rolle des HA, wenn «nur» ihr Auftrag erfüllt wird. Hier sehen sie ihre Aufgabe darin, die Situation einzuschätzen (z.B. Urteilsfähigkeit, häusliche Situation), Formulare und Arztzeugnisse auszufüllen, im Netzwerk mit anderen Dienstleistenden (auch Sozialarbeitenden) zusammenzuarbeiten und die Klientel an Fachstellen zu verweisen.
- Das Vorgehen bei sozialen Problemen unterscheidet sich deutlich. Ein HA nennt, dass er häufig den «Lead eines Sozialarbeiters» übernimmt und entsprechend die Fallführung bei sich hat. Er baut ein Unterstützungsnetz rund um die Klientinnen und Klienten auf. Ein HA hingegen kennt das Netzwerk gut und verweist an entsprechende Organisationen. Andere wiederum verweisen Klientinnen und Klienten an «Stellen des Kantons oder der Gemeinde» oder an «Institute», wobei diese nicht klar benannt werden können. Eine Notlösung ist es, jemanden ohne medizinische Indikation in die Geriatrie einzuweisen, damit sich jemand um die sozialen Probleme «kümmere». Es wird wenig versucht, soziale Probleme GEMEINSAM mit Sozialarbeitenden zu bearbeiten. Eine solche Zusammenarbeit wurde in den Interviews mehrheitlich in Zusammenhang mit gesetzlicher Sozialarbeit erwähnt. Das ist beispielsweise dann der Fall, wenn eine Gefährdung bei der KESB gemeldet ist, oder eine Beistandschaft besteht.
- Die Aufgaben von Sozialarbeitenden werden vor allem in Bereichen wie Finanzen, Sozialversicherungen und administrativer Unterstützung gesehen, ebenso in der Beratung zur Wohnsituation. Dabei werden Kompetenzen vorrangig im „Organisieren“ und „Finanzieren“ beziehungsweise in der Suche nach Finanzierungslösungen wahrgenommen, jedoch weniger die Fähigkeit, eine soziale Situation umfassend einzuschätzen und den individuellen Bedarf zu beurteilen. Andere Tätigkeitsfelder werden nur selten erwähnt. Die Beratung des Familiensystems betrachten sie eher als ihre eigene Aufgabe. Die SA als Profession, die sich für bessere soziale Bedingungen einsetzt, wird kaum wahrgenommen.

- Die Unterscheidung der Aufgaben zu anderen Professionen oder Berufen ist eher rudimentär und nur in Kernkompetenzen klar (Pflege für Pflegefachpersonen / Sozialversicherung und Finanzierung für Sozialarbeitende). Bei anderen Aufgaben ist für die HA die Unterscheidung nicht gegeben.
- Die Kontakthäufigkeit mit Sozialarbeitenden unterscheidet sich von wöchentlichen bis zu einem Intervall von bis zu drei Monaten. Die Kontaktaufnahme geht in der Regel von den Sozialarbeitenden aus.
- Eine gemeinsame Fallbearbeitung findet in der Regel nur bei Fällen der gesetzlichen SA statt, ansonsten bestehen eher klare Aufgabentrennungen. Grundsätzlich wird die bisherige Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden positiv und als Mehrwert wahrgenommen. Negative Erfahrungen beziehen sich darauf, dass die Interventionen zu langsam vonstattengehen, die Zuständigkeiten zu starr geregelt sind, der Kontakt zu den Sozialarbeitenden zu unverbindlich ist und eine Entlassung aus den Akutspitälern zu früh veranlasst werden.
- Als grosse Herausforderung wird gesehen, dass die Angebotslandschaft der SA unübersichtlich ist und deshalb schwierig die richtige zuständige Organisation zu finden. Ausserdem erleben die HA ihre eigenen Einflussmöglichkeiten als gering, wenn eine Person keine Unterstützung annehmen möchte. Diese Situationen machen sie jeweils gerade auch in der Zusammenarbeit mit der KESB hilflos.
- Keiner der HA hatte je einen Konflikt mit Sozialarbeitenden. Bei Meinungsverschiedenheiten wird der Konsens gesucht oder - wenn das nicht möglich ist – jeder bearbeitet den Fall wieder für sich. Bei einer gemeinsamen Bearbeitung eines Falles fällt den Schlussentscheid diejenige Profession, welche sich am besten im Fall auskennt.
- Für die zukünftige Zusammenarbeit wünschen sich die HA einfachere Zuständigkeiten. Am besten geht das mit einer Fachperson der SA, die für ihre Praxis zuständig ist und die Triage Funktion zu anderen Stellen übernehmen kann (Sozialarbeit in der Hausarztpraxis). Ausserdem finden die HA Begegnungen in gemeinsamen Foren (z.B. im Rahmen der Palliativversorgung) gut. Zukünftig braucht es mehr Sozialarbeitende in der ambulanten Versorgung und eine intensivere Zusammenarbeit mit HA.

4.6 Ergebnisse Experteninterview



Dr. med. Emil Schalch

71 Jahre

36 Jahre Hausarzt

Gemeinschaftspraxis in
städtischer Gemeinde mit
einer mittelgrossen
Agglomeration (Oberägeri)
Fast täglicher Kontakt mit
angestelltem Sozialarbeiter

Abbildung 4: Interviewter Experte. *Anmerkung:* eigene Darstellung.

Einleitende Informationen

Die Arztpraxis «Gesundheitspunkt Oberägeri» versteht sich als moderne Hausarztpraxis, welche sich an einer integrierten, interdisziplinären, patientenzentrierten und präventionsorientierten medizinischen Versorgung ausrichtet (santenext, o.D.). Das Team besteht aus drei HA, einem Assistenzarzt, mehreren medizinischen Praxisassistentinnen und -koordinatorinnen teilweise mit zusätzlichen Funktionen in Ernährungsberatung, Impfberatung und Komplementärmedizin. Dazu kommen eine Pflegefachfrau und Wundexpertin, ein Sozialarbeiter und auch administratives Personal (Gesundheitspunkt Oberägeri, o.D.). Im Rahmen ihrer innovativen Ausrichtung hat

die Arztpraxis verschiedene Auszeichnungen gewonnen. Die Praxis war ebenfalls Teil des Forschungsprojekts «Soziale Arbeit in der Arztpraxis» der Berner Fachhochschule (Berner Fachhochschule, 2024).

Die Erkenntnisse aus den Interviews mit den HA wurden im Experteninterview diskutiert. Zusammenfassend lassen sich daraus folgende weiterführende Ergebnisse zusammentragen:

Geringfügige oder über dem Auftrag liegende Bearbeitung sozialer Probleme

Dr. Schalch ordnet die Ergebnisse im Expertengespräch ein. Die HA glaubten einerseits zu wissen, was der Patientin oder dem Patienten guttue, ohne es aber wirklich zu wissen. Sie erledigten die sozialarbeiterischen Aufgaben, weil sie dächten, dazu geeignet zu sein. Andererseits lägen die Gründe darin, dass der Staat der Grundversorgung immer mehr Aufgaben delegiert habe:

«Und ich glaube schon auch, dass der Staat der Grundversorgung sehr sehr viel Sachen einfach aufs Auge gedrückt hat. Alles was wirklich mit dem sozialen Umfeld zu tun hat, ist halt der HA, der der am Nächsten ist. Das Problem ist, man hat nie 'nein' gesagt. Man hat immer genickt und uns gebauchpinselt gefühlt, dass wir wieder einen Job gefasst zu haben».

Emil Schalch, Absatz 25

Die HA seien aber gar nicht in der Lage diese Aufgaben zu übernehmen, da dies ja auch von staatlicher Seite nicht finanziert sei. Das führe dazu, dass die einen sich überfordern und die anderen einfach «zu» machen.

Die Antworten der HA in Bezug auf die Schwerpunkte Finanzen, Administration und Sozialversicherungen

Dr. Schalch interpretiert, dass die HA diese Aufgaben gerne «loswerden» würden und sich in diesen Themenbereichen nicht sicher fühlten. Zur integrierten Versorgung gehöre auch, dass Ärztinnen und Ärzte Kompetenzen abgeben müssen, die sie vorher gelernt haben, was nicht immer gern gemacht werde. Ausserdem fiele es nicht leicht, die Verantwortung abzugeben, da HA - rechtlich gesehen - zuständig für ihre Klientinnen und Klienten seien.

«Ich muss gestehen, das, was er [der Sozialarbeiter] macht, sind zu einem grossen Teil Sachen, wo wir Doktoren hier im Gesundheitspunkt keinen Bock darauf haben. Aber das kann es doch nicht sein, weil ihr könntet doch viel mehr bieten». Emil Schalch, Absatz 30

Zuständigkeit als HA für soziale Fragestellungen

Zurecht würden sich HA zuständig für soziale Fragestellungen fühlen, bzw. für alle Anliegen, die ihnen entgegengebracht werden. Diese können im weitesten Sinne auch sozialarbeiterische Aufgaben umfassen, welche dann von den HA auf eigene Art und Weise gelöst werden. Das werde dann teilweise schlechter gemacht, als wenn es Sozialarbeitende machen würden.

Weshalb kommt es trotz positiver Grundhaltung und anerkannter Notwendigkeit zu keiner engeren Zusammenarbeit

Im Interview trifft Dr. Schalch verschiedene Annahmen:

- Die Finanzierung sei nicht gewährleistet. Eine Beratung werde im Tarmed unterbewertet. Dies führe dazu, dass alle beratenden Funktionen wie Psychologie und SA eine untergeordnete Rolle spielen und deshalb nicht priorisiert werden.
- Der Einbezug von Sozialarbeitenden sei eher ein neuer Ansatz. Es bestehe wenig Motivation, sich mit Neuheiten zu beschäftigen bzw. diese umzusetzen. Dies sei schon gar nicht der Fall, wenn die HA so eine weitere Aufgabe hätten, die sie selbst finanzieren müssten.
- Qualität spiele im Tarmed keine Rolle, deshalb mache es keinen Unterschied, ob Sozialarbeitende einbezogen werden oder nicht.
- Die HA würden generell Kompetenzen nur ungern abgeben.
- Soziale Bedingungen betrügen etwa 40% am Anteil der Gesundheit der Patientin oder des Patienten, dies stosse bei HA auf Unverständnis. Sie sähen die Notwendigkeit einer Zusammenarbeit zu wenig.
- Häufig sei die Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden zu wenig präsent. Dr. Schalch erklärt: *«dann habe ich es schon selber gemacht, bis mir in den Sinn kommt, das könnte der SA machen und das macht er besser als wir».* Emil Schalch, Absatz 21

- Allein für die Patientinnen und Patienten zuständig zu sein, habe in der Ärzteschaft eine lange Tradition
- Die Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden könne nicht oder nur wenig gepflegt werden. Die HA seien nicht mehr wie früher ins Gemeinwesen integriert, wie z.B. als Mitglied in der Sozialkommission oder als Vorstand der Spitex, was die Zusammenarbeit erschwere.

Folgende Zitate sollen die Ergebnisse veranschaulichen:

«Die SA wird sehr sehr positiv wahrgenommen, aber wenn es dann darum geht die SA zu integrieren in die Praxisstruktur, dann passiert nichts. Das ist wirklich verwirlich. Und das heisst mit anderen Worten, die Tür steht zwar offen, aber dahinter hat es Panzerglas. Panzerglas ist wie gesagt die Trägheit durch daily Business und die Anforderungen, wo einem gestellt wird. Und die Tatsache, dass man sich finanziell nur in die Nesseln setzen kann. Das ist das, was aus meiner Sicht die HA davon abhält, das was in der SA quasi als Wunschtraum entgegentritt, nachher auch umzusetzen». Emil Schalch, Absatz 47

«Solche Sachen, all das was 15' höchstens 20' übersteigen, das kann ein HA sich nicht leisten, selbst wenn er es will. Ich kann höchstens 20' abrechnen, oder 17,5' bekommen Sie bezahlt über. Wenn sie da nur reden, haben Sie keine Laboreinnahmen, keine Röntgeneinnahmen und und und. Was Sie müssten, um Gewinn einzunehmen. Wirtschaftliche Überlegungen, die prägen auch das Leben eines Doktors, selbst wenn er das Gefühl hat ich bin der Pestalozzi und habe ein Helfersyndrom». Emil Schalch, Absatz 28

«Da sind wir halt auch Spielball von unseren Traditionen. Ich denke nicht, dass so lange ich alleine gewesen bin, die SA vernachlässigt habe, aber ich habe sie viel schlechter gemacht, als ich jetzt weiss. Ich weiss jetzt, wie ich es auch hätte machen können». Emil Schalch, Absatz 28

Wahrnehmung vom Angebot der SA

Im Interview erklärt Dr. Schalch, dass bei den HA von der gesamten SA eher ein staatliches Bild im Kopf bleibe, also Sozialarbeitende, die bei der Gemeinde arbeiten. Deshalb werde vor allem mit diesen zusammengearbeitet. Gemeindemitarbeitende nehme Dr. Schalch jedoch eher als Büroarbeitende wahr, die keine niederschwellige SA anbieten.

An der Fachtagung von SAGES sei er erstaunt gewesen über das Selbstverständnis der Sozialarbeitenden. Diese hätten das Gefühl gehabt, sie seien Bittsteller und es wäre gut, wenn die SA in der Grundversorgung integriert werden könnte. Dabei gingen die Sozialarbeitenden mit «gesenktem Haupt» durch die Gegend, weshalb sie nicht wahrgenommen würden. Sie sollten selbstbewusster auftreten und zeigen, was sie zu bieten hätten.

Aufgaben und Abgrenzungen

Hierzu meint Dr. Schalch, dass es bisher zu wenige wissenschaftliche Arbeiten gäbe, welche sich mit der Trennschärfe zu anderen Berufen oder Professionen auseinandersetzen. Neben den Aufgaben, die schon bei den ersten Befragungen genannt wurden, sieht Dr. Schalch eine grosse Aufgabe der SA in der Prävention. Ausserdem ergänzt er, dass es Aufgabe der SA sei, Konzepte auszuarbeiten, wie die SA ins Gesundheitswesen integriert werden könne. Zudem müsse die SA ihr Wissen zur Verfügung stellen.

Die Diagnosestellung sieht Dr. Schalch in der Verantwortung des HA. Sozialarbeitende müssten vor allem wissen, welche soziale Situation durch die Diagnose verursacht werde.

Entscheide und Hierarchie

Gemäss Dr. Schalch liegt in seiner Praxis der Schlussentscheid (z.B. bei Uneinigkeit) beim verantwortlichen HA.

5. Diskussion der Ergebnisse entlang wissenschaftlicher Erkenntnisse

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse aus den Interviews mit den zuvor erörterten wissenschaftlichen Grundlagen verknüpft. Die Diskussion wird in der bereits bekannten Struktur gegliedert: Allgemeine Erkenntnisse, Aufgaben der SA und interprofessionelle Zusammenarbeit.

5.1 Bedeutende allgemeine Erkenntnisse

Angebotsübersicht

Bei der Studie von BAG, im Kapitel 1.1 beschrieben, nannten die befragten Ärztinnen und Ärzte die mangelnde Kenntnis der zuständigen Sozialdienste als Problem. Dies zeigte sich auch klar bei dieser Befragung. Angebote der SA sind zu wenig bekannt, die Zuständigkeiten unklar und die Frustration hoch, wenn der zuständige Sozialdienst nicht gefunden wird. Hier zeigte sich, dass der älteste HA, die Angebote am besten kannte. Auch im Experteninterview wird deutlich, dass dem befragten Experten vor allem die gesetzlichen Angebote der SA bekannt sind. Er äussert, dass soziale Problemstellungen den HA «aufs Auge gedrückt wurden» und diese nun von ihnen bearbeitet werden müssen. Dabei gäbe es viele Angebote der SA, die kostenlos genutzt werden könnten und Sozialarbeitende für die Bearbeitung zuständig wären. Dies ist aber offensichtlich zu wenig bekannt. Wie diffus das Angebot der SA auf manche wirkt, zeigt sich eindrücklich an diesem Beispiel: Ein Arzt gibt an, dass er - teilweise ohne klare medizinische Indikation - Patientinnen und Patienten stationär in die Geriatrie einweise, da dann «das Soziale» bearbeitet werden könne. Exemplarisch zeigt dies die Überforderung im Umgang mit sozialen Fragestellungen und die Unzulänglichkeit der Angebote der SA auf. Solche Beispiele sind das Gegenteil von der angestrebten Integrierten Versorgung und insbesondere von einer kosteneffizienten Gesundheitsversorgung.

Unterscheidung zu anderen Berufsgruppen oder Professionen

Die Unterscheidung der Aufgaben zu anderen Professionen oder Berufen ist eher rudimentär und nur in Kernkompetenzen klar (den Bereich Pflege für Pflegefachkräfte / die Bereiche Sozialversicherung und Finanzierung für Sozialarbeitende). Bei anderen Aufgaben ist für die HA eine Unterscheidung jedoch nicht erkennbar. Warum dies so ist, könnte, wie von Anhorn (Kapitel 2.2) beschrieben, damit zusammenhängen, dass durch den multifaktoriellen Zugang des biopsychosozialen Modells das «Soziale» an Substanz verliert oder dass sich die SA nicht als anerkannte Profession mit eigener Zuständigkeit durchsetzen konnte. Ebenfalls könnte es nach Schroeter und Knöpfel daran liegen, dass sich andere Professionen und Disziplinen

ebenso über Wissenschafts- und Fallbezug legitimiert und charakterisiert sehen, teilweise für dieselben Aufgaben wie die SA zuständig zu sein. Die Trennung zu Aufgaben der Pflege (insbesondere in den koordinierenden Aufgaben) scheint schwer zu fallen. Die besondere Expertise von Sozialarbeitenden wird nicht als etwas Eigenständiges wahrgenommen. Dies bedeutet auch, dass es zu Missverständnissen oder zu einseitigen Fallbearbeitungen kommen kann. Das «Soziale» wird bedacht, ohne besondere Expertise einzuholen, da diese vermeintlich auch bei anderen Berufsgruppen vorhanden zu sein scheint. Deshalb wird gar nicht bemerkt, dass die Expertise der Sozialarbeitenden fehlt. Die Interviews zeigen deutlich, dass die Zuständigkeit für soziale Fragestellungen den HA nicht klar ist. Ein Arzt betitelt sich selbst als Sozialarbeiter und ebenfalls Personen die «den Patienten Händchen halten». Alle HA fühlen sich für soziale Fragestellungen grundsätzlich zuständig. Gemäss Experteninterview sehen sich HA in diesen Kompetenzen ebenfalls stark und wollen diese unter Umständen gar nicht abgeben. Ausserdem gäbe es bisher zu wenige wissenschaftliche Arbeiten, welche sich mit der Trennschärfe zu anderen Professionen auseinandersetzen. Der Experte sieht eine Aufgabe der SA darin, Konzepte auszuarbeiten, wie die SA gewinnbringend ins Gesundheitswesen integriert werden könnte. Grundsätzlich gut ist zu bewerten, dass alle Interviewten aufmerksam gegenüber sozialen Fragestellungen sind und diese als bearbeitungswürdig einordnen.

Es bleibt nach dieser Befragung offen, wie bei anderen Befragungen (z.B. vom BAG oder von Rüegg et al.) sichergestellt wurde, dass die Ärzteschaft unter SA das «Richtige» - also die professionelle SA und nicht andere Berufsgruppen oder Professionen, die sich sozial verhalten oder auch soziale Fragestellungen bearbeiten - verstehen. Ob oder wie dies gemacht wurde, ist in keiner Studie ersichtlich.

Biopsychosoziales Modell

Das biopsychosoziale Modell ist den befragten HA bekannt, auch der Zusammenhang zwischen sozialen Bedingungen und Gesundheit. Die Fallbeispiele werden dann jedoch eher individualisiert anstatt im gesellschaftlichen Zusammenhang dargestellt. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Modell bekannt ist, aber nicht damit gearbeitet wird. Eine Ausnahme bildet ein Arzt, der zwar sehr umfassend systemisch agiert und erklärt, sich aber weitgehend für fast alle Belange selbst in der Rolle des Bearbeiters sieht. Im Experteninterview wird angegeben, dass die HA vor allem auch bedingt durch alte Rollenmuster sich die Kompetenz zusprechen, zu wissen, was für ihre Klientel das Richtige sei. Ein anderer Grund für die unzureichende Zusammenarbeit sieht der Experte darin, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit nicht bezahlt werde.

Grundsätzlich bleibt in der Betrachtung der Ergebnisse der Interviews die Wahrnehmung, dass das biopsychosoziale Modell eher additiv verstanden wird: Erst wenn es also keine

organischen Erklärungen gibt, könnte es psychische oder soziale Erklärungen geben. So sollte das biopsychosoziale Modell, wie im Kapitel 2.2 dargestellt, genau nicht verstanden werden. Gerade die Wechselwirkung zwischen den Systemen wird betont und auch, dass es eben keine entweder / oder biologische, psychische oder soziale Erklärungen gibt.

Grenzen in der Erfassung der Aussensicht

Wie im Kapitel 2.1 Begriffe - Aussenperspektive beschrieben, ist die objektive Erfassung der Aussensicht schwierig zu erarbeiten. Einerseits kommen die methodischen Mittel an ihre Grenzen. Für eine umfassende Aussenperspektive wären wahrscheinlich sequenzielle ausgewertete Interviews, die auch das «Unausgesprochene» wahrnehmen, zielführend oder beobachtende Analysen. Ausserdem wären konkrete Fallstudien hilfreich für die Erfassung der Aussenperspektive, weil nur so die Zusammenarbeit deutlich sichtbar wird. Notwendig wären dazu jedoch erste wissenschaftliche Grundlagen, um überhaupt eine Einordnung machen zu können. Diese Grundlagen jedoch wurden erst mit dieser Master-Thesis bescheiden erarbeitet. Demgegenüber ist in einer systemischen Sichtweise die Erfassung der Aussenperspektive per se nicht möglich. Sind wir doch immer in je eigenen (professionell) gefärbten Deutungsmuster unterwegs und wie Schütz es sagt, bleibt Fremdverstehen immer eine Selbstausslegung. Die unterschiedliche Sprache und je eigenen Professionsverständnisse der interviewten Person und der interviewenden Person tragen dazu bei, dass Informationen unterschiedlich bewertet werden. Eine Annäherung des gegenseitigen Verständnisses kann nur mit einer weitergehenden Auseinandersetzung geschehen. Obwohl eine vollständige Objektivität so nicht machbar ist, ist dennoch der Versuch wichtig, eine möglichst objektive Perspektive anzustreben und die Aussagen der Interviews entsprechend einzuordnen. So wie es in dieser Master-Thesis gemacht wird.

Profession und Expertise

Im Rahmen dieser Arbeit wurde eine andere Profession zu ihrer Aussenperspektive auf die SA befragt. Den HA sind mutmasslich weder Theorien der SA bekannt, noch haben sie sich mit dem Professionsverständnis der SA auseinandergesetzt. Das bedeutet, dass eine gewisse Tiefe durch diese Befragung nicht erreicht werden konnte. Beispielsweise bleibt offen, ob die HA die SA als eigenständige Profession sehen oder welche besondere Expertise die SA aus ihrer Sicht auszeichnet. Die Tatsache, dass Sozialarbeitende oft mit anderen Berufsgruppen oder Professionen verwechselt werden, deutet darauf hin, dass die besondere Expertise den HA weitgehend unbekannt ist. Dies wiederum lässt den Schluss zu, dass die SA nicht als Profession wahrgenommen wird bzw. die Erfahrungen und Informationen bei den HA fehlen, um dies einschätzen zu können.

5.2 Aufgaben und Rolle der Sozialen Arbeit

Die Aufgaben der SA werden seitens befragter HA deutlich im kleineren Umfang gesehen als im Professionsverständnis der SA selbst. Der Aufgabenkatalog, der im Kapitel 2.2 aufgezeigt wird, wird weitgehend reduziert auf Finanzen, Sozialversicherungen, administrativer Unterstützung und Wohnberatung. Dabei wird vorwiegend die Kompetenz des Organisierens und nicht der professionellen Einschätzung der sozialen Situation gesehen. Die Beratung des Familiensystems betrachten die HA eher als ihre eigene Aufgabe. Die SA als Profession, die sich für bessere soziale Bedingungen einsetzt, wird kaum wahrgenommen. Auch andere Aufgaben, wie etwa die Netzwerkarbeit oder die Prävention, die klar zur gesundheitsbezogenen SA gehören, wurden nicht genannt. Sozialarbeitende tragen aber – wie von Sommerfeld gefordert – gerade dazu bei, dass Menschen wieder in ihre Handlungssysteme integriert werden können. Auch die individuelle Bewältigung der verschiedenen Probleme im Zusammenhang mit Krankheit und Krankheitsfolgen, Behinderung und Pflegebedürftigkeit, ist wie von Welz-Spiegel und Spiegel beschrieben, Aufgabe der Sozialarbeit. Diese umfassenden Kompetenzen werden von den HA nicht ansatzweise erkannt. Da aber der Theoriebestand der SA den HA nicht vertraut ist, kann auch nicht erwartet werden, dass sie sich dazu differenziert äussern können. Anhand der Beschreibung der HA wird jedoch klar, was ihrer Ansicht nach die Aufgaben der SA sind, auch wenn diese nicht ansatzweise in der gewünschten Komplexität und Vielfalt der Eigenperspektive erkannt werden.

Hier stellt sich die Frage, ob Sozialarbeitende als Dienstleistende bzw. lediglich als Anweisungsempfangende gesehen werden. Anweisungsempfangende wären Sozialarbeitende dann, wenn der HA die soziale Situation einschätzt und dann die Sozialarbeitenden beauftragen z.B. einen Heimplatz zu organisieren oder sich um die Auszahlung von Ergänzungsleistungen zu kümmern. Deutlich zeigte sich das, als ein Arzt erklärte, dass Sozialarbeitende auch in Palliativsituationen wichtig seien, besonders wenn es darum ginge, abzuklären, ob ein Pflegebett finanziert werden könne. Mehrere solcher Beispiele zeigen auf, dass die Kompetenzen der Sozialarbeitenden deutlich unterschätzt werden und ihre breite Expertise und Angebotspalette nicht erkannt wird. Dies bedeutet im Gegenzug, dass Sozialarbeitenden in wichtigen Themen gar nicht erst involviert werden. Das könnte mit der fehlenden oben beschriebenen etablierten Zuständigkeit zusammenhängen. Ein weiterer Grund könnte die Zuschreibung eigener Kompetenzen in sozialen Themenfeldern sein. So fühlen sich HA gemäss Experteninterview selbstverständlich in der Lage, selbst soziale Situationen einzuschätzen, und sehen keinen Bedarf an einer sozialarbeiterischen Perspektive. Ebenfalls begründet der Experte, dass die den Sozialarbeitenden zugewiesenen Aufgaben, diejenigen sind, die den HA unliebsam seien oder Themenbereiche betreffen, in denen sie sich nicht sicher fühlen würden. Dies stärkt die Thesen der theoretischen Grundlagen (Kapitel 2): die Wahrnehmung des Delegationsprinzips und die Tradition der alleinigen Zuständigkeit. Auch in Literatur und Forschung aus der

gesundheitsbezogenen SA wird teilweise widersprüchlich argumentiert. So unterlassen es beispielsweise Rüegg, Eiler, Schüpbach & Gehrlach (2022b), die Hierarchie zwischen SA und HA kritisch zu hinterfragen und stellen gar ein Modell vor, in welchem HA fachlich qualifiziertes, «Hilfspersonal» einsetzen, womit aber Sozialarbeitende gemeint sein sollen (S.35). Dies mag zwar im Kontext der Finanzierung pragmatisch sein, entspricht jedoch nicht der angestrebten Zusammenarbeit auf Augenhöhe. Verschiedene Modelle der Zusammenarbeit sehen ausserdem vor, dass Fälle der SA zugewiesen werden, d.h. die HA entscheiden, ob ein soziales Problem vorliegt und bearbeitet wird. Eine fachliche Diskussion darüber, wie die SA in der Praxis agieren soll, ohne einem Pragmatismus den bestehenden Verhältnissen gegenüber zu verfallen, ist noch ausstehend.

Der Einsatz für bessere soziale Bedingungen für vulnerables Klientel oder die Sensibilisierung über negative Einflüsse beispielsweise von Strukturen der Ungleichbehandlung, wird nicht wahrgenommen. Dies könnte im Zusammenhang stehen, dass selbst in einschlägiger Literatur gesundheitsbezogener SA diese Aufgabe nur am Rande oder gar nicht erwähnt wird. Obwohl eine breit abgestützte Einigkeit über das biopsychosoziale Modell besteht, bleibt die Aufgabe der SA, die einer individuellen Problembearbeitung. Wie von Anhorn ausgeführt, bleiben die Verhältnisse, die zu Krankheiten führen, unterbelichtet. Da selbst Sozialarbeitende dieses Thema klar vernachlässigen, kann mit dieser Befragung auch nicht erwartet werden, dass es seitens Ärzteschaft wahrgenommen wird.

Rolle der Sozialen Arbeit

Wie im Kapitel 2.2 ausgeführt, könnten Sozialarbeitende die Rollen der Casemanagerin / des Casemanagers, der Netzwerkerin / des Netzwerklers, der Sozialberaterin / des Sozialberaters, Beratungs- und Schulungsperson für Arztpraxen oder psychosoziale Beraterin / Beraters einnehmen. Wahrgenommen wird seitens befragter HA lediglich aber nur die Rolle der Sozialberaterin / des Sozialberaters und in wenigen Beispielen auch die Rolle der Netzwerkerin / des Netzwerklers. Zwei der befragten Ärzte sehen sich selbst eindeutig für den Bereich Casemanagement zuständig. Sie beschreiben hier ihre Fallführung und geben auch an, dass sie teilweise deutlich über ihrem Auftrag agieren. Ein Arzt erzählt, dass er selbst die Rolle des Sozialarbeitenden übernehme. Die Beschreibung, wie er das macht, gleicht dem Vorgehen eines Sozialarbeitendes tatsächlich deutlich, jedoch scheint er diese Rolle selbst einnehmen zu wollen. Bei den anderen Befragten werden andere mögliche Rollen der Sozialarbeitenden nicht gesehen, was wiederum damit zu tun hat, dass das Potenzial der SA zu wenig erkannt wird.

5.3 Interprofessionelle Zusammenarbeit

Form der Zusammenarbeit

Die HA stehen in erster Linie lose mit Sozialarbeitenden in Kontakt, die einen gesetzlichen Auftrag ausführen. Dies zeigt auf, dass die interprofessionelle Kollaboration, wie im Kapitel 2.2 angegeben, oder eine engere Zusammenarbeit bisher bei den befragten Ärztinnen und Ärzten nicht stattfindet. Wenn sich eine solche Zusammenarbeit ergibt, dann am ehesten mit der gesetzlichen SA, weil es der Auftrag teilweise erfordert, dass Fälle gemeinsam bearbeitet werden müssen. Die Art der Zusammenarbeit ist eher eine projekthafte. Es handelt sich also, um eine punktuelle und temporäre oder eine koordinierte Zusammenarbeit – eine weitgehend unabhängige Fallbearbeitung. Dies entspricht den Äusserungen verschiedener HA, bei denen sie das Vorgehen bei unterschiedlichen Meinungen schildern. So bearbeiten sie beispielsweise den Fall alleine weiter oder treten nur in Kontakt, wenn es sich aufgrund der komplexen Lage stark aufdrängt. Eine Zusammenarbeit, die regelmässig und organisiert stattfindet, zeigt sich aber in keinen der Beispiele. Dies zeigt sich auch daran, wie häufig die HA Kontakt zu den Sozialarbeitenden haben. Diese reicht von einem wöchentlichen Kontakt, bis zu alle zwei bis drei Monate, wobei die Berufsgruppen teilweise verwechselt wurden und unklar bleibt, ob die Kontakte tatsächlich mit Sozialarbeitenden erfolgten oder beispielsweise mit dem Pflegepersonal.

In der kollaborativen Zusammenarbeit verstehen sich Professionelle der gesundheitsbezogenen SA immer als Teil einer interdisziplinären Gesundheitsversorgung. Die HA geben ebenfalls an, dass für sie die SA zum interdisziplinären Team gehört. In der Umsetzung zeigt sich jedoch ein anderes Bild. Die Kontaktaufnahme erfolgt häufig über die SA. Dies bedeutet gleichzeitig, dass eine gemeinsame Bearbeitung nur stattfindet, wenn die Klientinnen und Klienten bereits mit Sozialarbeitenden in Kontakt sind oder selbstständig auf Rat der Ärztin / des Arztes Kontakt aufnehmen. Die Hürde ist also entsprechend hoch. Die Mehrheit der Fälle wird mutmasslich nicht interdisziplinär bearbeitet. Ein Grund für die wenig konstante Zusammenarbeit könnte laut dem Experteninterview mit der mangelnden Finanzierung zusammenhängen und auch damit, dass HA nicht mehr wie früher in Gemeinwesen integriert sind (z.B. in der Sozialkommission).

Unterschiedliche Verständnisse der Zusammenarbeit

Grundsätzlich wird die Zusammenarbeit mit den Sozialarbeitenden von den HA positiv wahrgenommen. Negative Erfahrungen beziehen sich auf eine zu wenig schnelle Intervention, eine zu starre Zuständigkeit und auf zu unverbindliches Handeln seitens der Sozialarbeitenden. Hier könnte sich zeigen, dass bei den Professionen eine unterschiedliche Vorgehensweise und unterschiedliche berufliche Identität vorherrschen. Ein Arzt beschrieb beispielsweise, dass

er sich wünscht seine Patientinnen oder Patienten zuweisen zu können, wie bei einem Chirurgen und er dann eine Rückmeldung bekomme. Die meisten Angebote der SA beruhen auf Freiwilligkeit und Selbstbestimmung. Dies bedeutet, dass es den Klientinnen und Klienten überlassen wird, ob sie ein Beratungsangebot annehmen und wenn ja, ob sie dies auch ihrer HA mitteilen wollen. Eine Art «Austrittsbericht» oder «Konsultationsbericht», wie es in der Medizin üblich ist, ist in der SA hingegen nicht vorgesehen. Hier zeigen sich womöglich auch Unterschiede in der Rolle, die die Patientin, der Patient im jeweiligen Kontext einnimmt. Diese Rolle hat sich - wie schon erläutert - zwar verändert, alte Denkmuster sind aber noch nicht durchbrochen. In der SA ist eine partizipative und kooperative Zusammenarbeit mit Klientinnen und Klienten schon lange Tradition, in der Medizin ist sich diese Art der Zusammenarbeit erst am Etablieren. Dabei kann keine gleiche Arbeitsweise in der Beziehungsgestaltung erwartet werden, wird die Ärztin oder der Arzt doch immer noch von der Klientel als Expertin / Experte anerkannt, die / der zumindest Ratschläge erteilt. Die grundsätzlich andere Herangehensweise führt dann teilweise zu Missverständnissen oder Irritationen. Dies zeigte sich auch darin, dass zwei HA ansprachen, dass sie sich mitunter hilflos fühlen, wenn die KESB sage, sie könne nichts machen. Freiwilligkeit und Selbstbestimmung werden in der SA klar höher gewichtet.

Aufwand und Mehrwert

Entgegen der Studie vom BAG, in welcher die Ärztinnen und Ärzte grosse administrative Hürden und Mehrarbeit in der Zusammenarbeit mit den Sozialarbeitenden sehen, melden befragte HA interessanterweise genau das Gegenteil. Für sie ist die Zusammenarbeit eine Entlastung, da jemand Kompetentes sich mit der sozialen Problemstellung auseinandersetzt und diese bearbeitet. Wobei sich auch hier zeigt, dass die HA mehrheitlich soziale Faktoren als losgelöste Aspekte betrachten, die getrennt von medizinischen Diagnosen bearbeitet werden können.

Hierarchien und Entscheidungsmacht

Zu der hohen Deutungsmacht der medizinischen Berufe lässt sich aus den Interviews heraus wenig schliessen. Die HA sehen die Diagnosestellung eindeutig in ihrer Kompetenz, hier ist eine interprofessionelle Verständigung nicht erwünscht. Bei Meinungsverschiedenheiten zwischen HA und Sozialarbeitenden wird jedem, und jeder wieder die alleinige Bearbeitung überlassen oder es wird ein Konsens gefunden. Bei der Frage, wer die Schlussentscheidung trägt, befinden alle Befragten, dass dies diejenigen sein sollen, die am engsten vertraut mit dem Fall sind. Der Experte sieht die Zuständigkeit für die Schlussentscheidung beim HA. Die Begründung dazu könnte laut Welz-Spiegel und Spiegel darin liegen, dass die Deutungshoheit der Ärzteschaft nicht mehr selbstverständlich ist. Sicher ist die wenig aufzeigbare Hierarchie auch dem Sampling geschuldet. Einerseits wurden HA befragt, die der SA grundsätzlich positiv gegenüberstehen. Andererseits wurde die Befragung durch eine Sozialarbeiterin geführt, was

eine gewisse Befangenheit auslösen kann. Die besonders von Anhorn und anderen Wissenschaftlern genannte Hoheit der Medizin und eine klare hierarchische Macht konnte in dieser Erhebung nicht ausreichend erforscht werden. Dazu wären beispielsweise Fallstudien oder beobachtende Verfahren besser geeignet.

Zukünftige Zusammenarbeit

Aufgrund der zunehmenden Ambulantisierung sehen die befragten HA einen erhöhten Bedarf an Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden. Obwohl heute schon mehr ältere Menschen mit komplexen sozialen und gesundheitlichen Problemlagen zuhause wohnen, hat dies aber noch nicht zu einer engeren Zusammenarbeit geführt. Das heisst, obschon die HA die Zusammenarbeit als wichtig erachten, wird sie bisher nicht intensiviert. Das kann natürlich an der fehlenden Übersichtlichkeit der Angebote der SA liegen. Aus dem Experteninterview wird jedoch auch nochmals deutlich, dass die Finanzierung einer solchen Zusammenarbeit nicht gewährleistet ist. Deshalb wird, obwohl angezeigt, kein Kontakt mit Sozialarbeitenden aufgenommen. Ausserdem besteht wenig Anreiz, sich mit neuen Formen der Zusammenarbeit zu befassen. Auch die Prozesse sind noch nicht automatisiert. Der Experte führt aus, dass er viele sozialarbeiterische Aufgaben übernehme und ihm erst später in den Sinn kommt, dass diese besser von einem Sozialarbeitenden erledigt werden. Somit kommen zu den in der Literatur recherchierten Herausforderungen (etwa einer ungleichen Sprache, eines unterschiedlichen Professionsverständnisses, der Hierarchie, von ungleichen Arbeitsabläufen) eine sozialpolitische Komponente hinzu, nämlich die Finanzierbarkeit. Finanzielle Hindernisse wurden jedoch interessanterweise von den Befragten nicht genannt, sondern wurden erst im Experteninterview angesprochen. Für die Zukunft wünschen sich HA einfachere Zuständigkeiten, z.B. mittels einer zuständigen Person, die dann eine Triage der verschiedenen Fälle ermöglicht. So wie es beispielsweise die Sozialarbeit in der Arztpraxis vorsieht. Ausserdem ist auch eine Vernetzung in Foren (z.B. Palliativnetzwerke) erwünscht. Die Sozialarbeit könnte hier ihre Expertise aufzeigen und somit gerade nicht die von Sommerfeld genannte Dienstleisterin der Medizin sein, sondern zu einer etablierten Profession werden, die auch von aussen als solche wahrgenommen wird.

6. Fazit, Konsequenzen und Ausblick

Die sich im Kapitel 5 - Diskussion der Ergebnisse entlang wissenschaftlicher Erkenntnisse - befindenden Ausführungen beantworten den ersten Teil der Fragestellung, welche hier nochmals vorgestellt wird:

Wie wird Soziale Arbeit in der interprofessionellen Zusammenarbeit von Hausärzten und Hausärztinnen im Kontext der ambulanten Versorgung älterer Menschen aus der Deutschschweiz wahrgenommen und welche Konsequenzen lassen sich dadurch für die Soziale Arbeit ableiten?

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass die HA die Angebote der SA unübersichtlich wahrnehmen. Die Aufgaben der SA können diese nur in den Kernaufgaben von anderen Berufsgruppen oder Professionen abgrenzen. Die bestehende Zusammenarbeit wird positiv wahrgenommen, eine intensivere ist gar gewünscht, umgesetzt wird dies jedoch nicht. Das biopsychosoziale Modell ist bekannt, es wird jedoch eher additiv verstanden. Es besteht die Haltung, dass obwohl soziale Probleme Einfluss auf die Gesundheit haben, sie dennoch getrennt zu medizinischen Problemen bearbeitet werden können. Dies hat dann auch Einfluss auf die bestehende Zusammenarbeit, in welcher die Fälle von den HA und Sozialarbeitenden weitgehend unabhängig voneinander bearbeitet werden. Eine regelmässige und institutionalisierte Zusammenarbeit besteht nicht. Auch bestehen kulturelle Unterschiede in der Vorstellung der Fallbearbeitung (z.B. Rückmeldungen geben, Beziehungsgestaltung). Die Aufgaben von Sozialarbeitenden werden in einem deutlich geringeren Umfang gesehen, als es das Professionsverständnis der SA erfordert. Die HA sehen einige eher sozialarbeiterische Aufgaben auch in ihrer Kompetenz. Dies hat zur Folge, dass Sozialarbeitende oft gar nicht erst involviert werden. Bei Konflikten wird entweder ein Konsens gesucht oder der Fall wird unabhängig (weiter-)bearbeitet. Aus der Literatur lassen sich auf Hierarchieunterschiede und eine höhere Deutungs- und Entscheidungsmacht der HA schliessen. Die Interviews gaben auf diese Frage nur wenige Hinweise. Dies hat wahrscheinlich einen Zusammenhang mit dem Sampling und der Interviewerin, die selbst Sozialarbeiterin ist. Innerhalb der gesundheitsbezogenen SA bestehen unterschiedliche Professionsverständnisse. Einige Sozialarbeitende tendieren dazu, einen unterstützenden, in der Tendenz delegierenden Beitrag zu leisten. Andere sehen sich in der selbstbewussteren Rolle mit eigenständigem Beitrag auf Augenhöhe. Die Hinweise in den Interviews sind eher im Delegationsverständnis zu deuten. Die besondere Expertise der Sozialarbeit wird häufig nicht erkannt, ihre Kompetenz eher im Organisieren als im professionellen Einschätzen gesehen. Der Einsatz für bessere soziale Bedingungen wird kaum wahrgenommen. In politischen Positionspapieren oder Strategien und Studien vom BAG und anderen (insbesondere zur zukünftigen Gesundheitsversorgung) wird oft das «Soziale» genannt und

auch, dass soziale Themen bearbeitet werden sollten. Die SA wird dabei wiederholt als Akteur identifiziert. Eine Definition, welchen Auftrag die SA einnimmt, bleibt hingegen meist aus. Es fällt auf, dass die SA bei der Erarbeitung dieser Strategien weitgehend unbeteiligt war. Die Finanzierung einer intensiveren und auch institutionalisierten Zusammenarbeit ist besonders aufgrund Tarmed für die HA aktuell nicht gegeben. Dies könnte ein wesentlicher Hinderungsgrund für eine erhöhte Zusammenarbeit oder einer Entwicklung derselben sein.

Es lassen sich aus den erarbeiteten Ergebnissen von Literatur, Interviews und Diskussion folgende **Konsequenzen für die Soziale Arbeit** ableiten, hier übersichtlich dargestellt und folgend ausgeführt:



Abbildung 5: Konsequenzen für die Soziale Arbeit. *Anmerkung:* eigene Darstellung

- **Sichtbare und zugängliche Angebote:** Die SA ist aufgefordert, ihre Angebote sichtbarer und zugänglicher zu gestalten. Der Fokus sollte auf die freiwilligen (den HA eher unbekannten) Angebote gesetzt werden. Dabei ist es wichtig, nicht nur sein eigenes Angebot zu zeigen, sondern auch gemeinsam mit anderen Organisationen einen Überblick zu verschaffen und Abgrenzungen transparent zu machen. Eine Übersichtsdarstellung wäre vonnöten, die zeigt, welche Organisationen beispielsweise für welche Sozialversicherungsempfänger (z.B. IV / AHV) oder für bestimmte Themenbereiche (z.B. Krebsliga, Lungenliga, Suchtberatung, Familienhilfe etc.) in welchem Einzugsgebiet (z.B. kantonale oder kommunale) zuständig ist. So wäre es dann auch für nicht-Sozialarbeitende möglich, die richtige Organisation zu finden.
- **Netzwerke nutzen:** Organisationen der SA sollten Netzwerke nutzen, um mit HA in Kontakt zu treten. Dies können Palliativforen oder ähnliches sein. Ausserdem sind sie

angehalten, HA über ihr Angebot persönlich oder in Form von Weiterbildungen zu informieren.

- **Triage verbessern:** Sozialarbeitende aller Organisationen sind angehalten, auch die Angebote anderer Organisationen zu kennen und entsprechend auf diese zu verweisen, wenn sie selbst nicht zuständig sind. Spätestens beim zweiten Anruf sollten Zuweiserinnen und Zuweiser, Klientinnen und Klienten bei der korrekten Stelle vorstellig werden können. Dies reduziert die Frustration von Zuweisern und Klientinnen und Klienten erheblich. Die Triage könnte auch mit einer Ansprechperson in der Praxis (Sozialarbeit in der Arztpraxis) oder einer zuständigen Organisation für die Praxis (zentrale Triagestelle) verbessert werden.
- **Expertise zeigen:** Insbesondere in der (gemeinsamen) Fallbearbeitung sollte Fachwissen von den Sozialarbeitenden sichtbar und selbstbewusst eingesetzt werden. Dabei sollte nicht nur die Kompetenz, organisieren zu können, gezeigt werden, sondern insbesondere auch die der ganzheitlichen professionellen Einschätzung und Beurteilung. Dabei ist es nicht nur wichtig, die eigene Expertise immer wieder auch gegenüber anderen Professionen und Berufen abzugrenzen, sondern auch gegenüber sozialen Kompetenzen von Laien. SA ist weit mehr als soziales Verhalten.
- **Fachliche Auseinandersetzung:** Die Wissenschaft und Praxis der SA ist gefordert, ihre Kompetenzen klar zu definieren und beispielsweise von denjenigen der Pflege zu unterscheiden. Ausserdem ist sie angehalten, ihr Professionsverständnis selbstbewusst zu vertreten und keine Hilfskraftfunktion einzunehmen. Da in der Praxis und teilweise auch in der Wissenschaft gerne pragmatische Zugänge zu den gegebenen Verhältnissen in der Zusammenarbeit mit HA hergestellt werden und sich Praxisvertretende teilweise mit einer unterstützenden Rolle zufriedengeben, muss diese Diskussion zwingend auch intern geführt werden.
- **Ernstnehmen des biopsychosozialen Modell:** Das heisst in erster Linie, dass soziale Probleme nicht abgegrenzt von biologischen oder psychologischen bearbeitet werden können. Das biopsychosoziale Modell darf nicht additiv verstanden werden. Die Bearbeitung von Fällen sollte immer interdisziplinär und systemisch erfolgen. Dazu sind alle Professionen angehalten, eine gemeinsame Sprache zu finden, sich auf Augenhöhe zu begegnen, gemeinsame, regelmässige Austauschgefässe zu ermöglichen und eine Diskussionskultur zu entwickeln.
- **Bereitschaft Traditionen zu brechen:** Die Bereitschaft, bestehende Traditionen im Berufsverständnis zu brechen, ist für beide Seiten zentral. So muss auch die SA ihre Arbeitsprozesse (beispielsweise Rückmeldungen zu geben) hinterfragen und bereit sein, Verantwortung zu übernehmen, wenn diese geteilt wird. Traditionen der alleinigen

Zuständigkeit sollten grundsätzlich durch Formen einer institutionalisierten Zusammenarbeit ersetzt werden.

- **Finanzierung klären:** Im Rahmen der geforderten Integrierter Versorgung ist es ein guter Zeitpunkt, auch die Finanzierung für eine erhöhte Zusammenarbeit einzufordern und deren Vorteile aufzuzeigen. Die SA sollte sich aktiv in die politischen Diskussionen einbringen und nicht darauf warten, bis ihnen eine (unbezahlte) Arbeit zugewiesen wird. Idealerweise sollten Fachpersonen der Medizin und der SA gemeinsame Vorschläge zur strukturellen Verbesserung der aktuellen Finanzierungsprobleme politisch einbringen.
- **Weitere Forschung:** Um Handlungsstrategien für eine zukünftige interprofessionelle Zusammenarbeit zu entwickeln, ist es entscheidend zu verstehen, wie die SA wahrgenommen wird. Diese Master-Thesis leistet nur einen kleinen Beitrag dazu. Für eine tiefere Analyse wären Sequenzanalysen, beobachtende Verfahren, Fallstudien etc. wichtig. Zudem sollte die Perspektive anderer Ärzteguppen, wie beispielsweise Fachärztinnen und Fachärzte, Psychiaterinnen und Psychiater, Spitalärztinnen und Spitalärzte, berücksichtigt werden. Auch andere Berufsgruppen wie Pflege, medizinische Praxisassistentinnen und -assistenten oder Casemanagerinnen und -manager ohne Ausbildung in SA sollten einbezogen werden. Darüber hinaus könnte transdisziplinäre Forschung, die sich nicht an wissenschaftlicher Tradition, sondern an gesellschaftlich relevanten Fragestellungen orientiert, dazu beitragen, die verschiedenen Professionen näher zusammenzubringen.
- **In den Diskurs einmischen:** Bund und Kantone verfassen derzeit neue Strategien für die zukünftige Versorgung. Gerade in der Altersversorgung findet eine dynamische Entwicklung statt. Dabei werden vor allem ambulante und intermediäre Angebote gestärkt. Die SA muss sich in diese Debatten einmischen, ihre Expertise zeigen und sich beteiligen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass andere über ihren genuine Auftrag entscheiden und soziale Aspekte der Gesundheit unterbelichtet bleiben.

Selbstverständlich lassen sich aus dieser Master-Thesis auch Konsequenzen für HA ableiten. HA könnten heute bereits Informationen über das Angebot der SA etwa über Flyer, Internet und andere Medien, einholen. Die Verantwortung für eine engere und qualitativ bessere Zusammenarbeit liegt nicht nur bei der SA, sondern muss von beiden Seiten gleichermassen getragen werden. In dieser Masterarbeit können jedoch nur Konsequenzen für die eigene Profession abgeleitet werden, da alles andere den Rahmen sprengen würde. Wenn sich HA durch die Lektüre dieser Arbeit inspiriert fühlen, etwas zu ändern, wäre dies natürlich sehr erfreulich.

Wie in der Einleitung ausgeführt, erfordert die zukünftige Entwicklung im Gesundheitswesen eine intensivere Zusammenarbeit aller Professionen und Berufe des Gesundheits- und Sozialwesens. Dazu ist es unerlässlich, die jeweils anderen Professionen verstehen zu wollen und

gemeinsame Arbeitsweisen zu finden. Diese Master-Thesis möchte einen Beitrag zum Verständnis, wie eine andere Profession, die unsere wahrnimmt, leisten. Dabei zeigt sich eine wichtige Konsequenz: Die SA muss sich einmischen, Stellung beziehen, ihre Expertise aufzeigen und sich vor allem nicht verstecken oder gar unterordnen. Die gesundheitsbezogene SA muss mehr Gehör finden. Dazu muss sie auch selbstbewusster agieren. Dennoch kann sie sich fragen, wo sie den anderen Professionen entgegenkommen kann. Sie ist angehalten, auch eigene Prozesse zu hinterfragen und gegebenenfalls anzupassen. Es gibt viel zu tun oder in Sommerfelds Worten: «Die Zukunft der Sozialen Arbeit hängt von ihr selber ab (o.D).» Das Schlusswort möchte ich - ganz im Sinne der Aussenperspektive - an dieser Stelle dem hausärztlichen Experten geben:

«Wir oder ihr müsst den HA irgendwie sagen du dort und dort und dort haben wir ein Angebot. Diese Patienten können wir übernehmen. Dann bin ich überzeugt, man muss es gemeinsam machen, dann bin ich überzeugt, dass die SA in der hausärztlichen Grundversorgung in einer integrierten Grundversorgung einfach dazugehört». Emil Schalch, Absatz 25

7. Literaturverzeichnis

- Anhorn, Roland (2023). *Über das Verhältnis von Sozialer Arbeit und Gesundheit*. SIÖ Fachzeitschrift für Soziale Arbeit in Österreich, Ausgabe 2, 2023. Wien: Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit.
- AvenirSocial & SAGES (2018). *Leitbild Soziale Arbeit im Gesundheitswesen*. Bern: AvenirSocial & SAGES.
- Berner Fachhochschule (2024). *Forschungsprojekt/ Soziale Arbeit in der Arztpraxis*. Abgerufen von <https://www.bfh.ch/de/forschung/referenzprojekte/arztpraxis/>
- Bongaerts, Gregor (2023). Gesellschaft als grosse Transzendenz. Die Handlungstheorie von Alfred Schütz. In Delitz, Heike, Müller, Julian & Seyfert, Robert, *Handbuch Theorien der Soziologie* (S. 1-14). Wiesbaden: Springer VS.
- Bundesamt für Gesundheit (2014). *Faktenblatt Medizinische Grundversorgung*. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/berufe-gesundheitswesen/medizin/berufe/medizinische-grundversorgung/faktenblatt-medizinische-grundversorgung.pdf.download.pdf/faktenblatt-medizinische-grundversorgung.pdf>
- Bundesamt für Gesundheit (2018a). *Hochbetagte Menschen mit Mehrfacherkrankungen. Typische Fallbeispiele aus der geriatrischen Praxis. Eine Massnahme zur Verbesserung der koordinierten Versorgung*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Gesundheit (2018b). *Interprofessionalität im Gesundheitswesen- Beispiele aus der Berufspraxis*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Statistik (2020). *Räumliche Gliederungen der Schweiz/Räumliche Typologien/Gemeindetypologie 2020*. Abgerufen von https://www.atlas.bfs.admin.ch/maps/13/de/17845_17843_3191_227/27616.html
- Couturier, Yves (2024). Die komplexe Beziehung zwischen Sozialer Arbeit und dem Gesundheitswesen. *SozialAktuell Fachzeitschrift für Soziale Arbeit*, Februar 2024 (S.12-15). Bern: AvenirSocial.
- Dettmers, Stephan (2019). Spezifische Kompetenzen gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit. In Stephan Dettmers & Jeannette Bischof (Hrsg.), *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit* (S. 18-27). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache (o.J). *Aussenperspektive, die*. Abgerufen von <https://www.dwds.de/wb/Au%C3%9Fenperspektive>

- Egger, Josef W. (2018). *Das biopsychosoziale Modell*. Abgerufen von https://www.research-gate.net/publication/327289468_Das_biopsychosoziale_Modell
- Faller, Hermann & Vogel, Heiner (2019). Arzt-Patient-Beziehung. In Faller, Hermann & Lang, Hermann (Hrsg.), *Medizinische Psychologie und Soziologie*, 5. Aufl. (S.223-252). Wiesbaden: Springer VS.
- Feldmann, Klaus & Immerfall, Stefan (2021). *Soziologie kompakt – Eine Einführung*. 5. Aufl. Wiesbaden: Springer VS.
- Friedli, Tom & Straubhaar Therese (2024). SAGES- ein Fachverband für die soziale Dimension von Gesundheit. *SozialAktuell Fachzeitschrift für Soziale Arbeit*, Februar 2024 (S.26-28). Bern: AvenirSocial.
- Gesundheitspunkt Oberägeri (o.D.). *Das Team*. Abgerufen von <https://gesundheitspunkt.ch/dasteam/>
- Höblich, Davina, Ahmed, Sarina & Thole, Werner (2014). *Taschenwörterbuch Soziale Arbeit*. Leipzig: Verlag Julius Klinkhardt.
- Hollenstein, Lea & Sommerfeld, Peter (2009). Arbeitsfeldanalyse und Konzeptentwicklung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie. In Galeitner, Silke & Hahn, Gernot (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit – Forschung aus der Praxis – Forschung für die Praxis* (S. 189-203). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Homfeldt, Hans Günther (2012). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung. In Werner Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit – Ein einführendes Handbuch* (S. 489 – 503). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/Springer Fachmedien GmbH.
- Klimke, Daniela, Lautmann, Rüdiger, Stäheli, Urs, Weischer, Christoph, Wienold, Hanns (Hrsg.) (2020). *Lexikon zur Soziologie*. Wiesbaden: Springer VS.
- Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (o.D.). *Integrierte Versorgung in den Kantonen*. Abgerufen von <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/integrierte-versorgung>
- Kuckartz, Udo & Rädiker, Stefan (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Kündig, Jörg, Hametner, Claudia, Höchli, Daniel, Kirschner, Michael, Luchsinger, Philippe, Wiesli, Reto, Pfister, Marianne, Imhof, Patrick, Vaucher, Fabian, Mesnil, Marcel & Beerli, Marius (o.D.). *Erfolgsfaktoren für den Aufbau Integrierter Versorgungsmodelle*. Bern: Schweizerischer Gemeindeverband (SGV).

- Mayring, Philipp (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim und Basel; Beltz Verlag.
- Obrecht, Werner (2006). Interprofessionelle Kooperation als professionelle Methode. In Schmocker Beat, *Liebe, Macht und Erkenntnis. Silvia Staub-Bernasconi und das Spannungsfeld Soziale Arbeit* (408-445). Luzern: Interact Verlag für Soziales und Kulturelles.
- Pahud, Olivier & Dorn, Michael (2023). *Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich – Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2022 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CWF) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Pauls, Helmut (2013). Das biopsychosoziale Modell – Herkunft und Aktualität. *Resonanzen. E-Journal für Biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung* 1, S. 15-31. Krems: Departement für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit an der Donau-Universität.
- Przyborski, Aglaja & Wohlrab-Sahr, Monika (2014). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. München: Oldenbourg Verlag.
- Resch, Franz & Westhoff, Kerstin (2013). Das biopsychosoziale Modell in der Praxis: Eine kritische Reflexion. *Resonanzen. E-Journal für Biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung* 1, S. 32-46. Krems: Departement für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit an der Donau-Universität.
- Rick, Jana (2023). *Problemzentrierte Interviews online und offline: eine methodische Reflexion*. Abgerufen von <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/3977/4956>
- Rüegg, René, Eiler, Katharina, Schüpbach, Fabienne & Gehrlach, Christoph (2022a). *Soziale Arbeit in der Arztpraxis – Forschungsbericht*. Bern: Berner Fachhochschule.
- Rüegg, René, Eiler, Katharina, Schüpbach, Fabienne & Gehrlach, Christoph (2022b). *Soziale Arbeit in der Arztpraxis – Grundlagen und Umsetzung*. Bern: Berner Fachhochschule.
- Santenext (o.D.). *Gesundheitspunkt Oberägeri – Datenbasierte, guideline- und präventionsorientierte Gesundheitsversorgung*. Abgerufen von <https://www.santenext.ch/innovationsprojekte/gesundheitspunkt-ober%C3%A4geri>
- Schroeter, Klaus R. & Knöpfel, Carlo (2020). Soziale Arbeit für ältere Menschen in der Schweiz. In Aner, Kirsten & Karl, Ute (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S.95-108). Wiesbaden: Springer VS.

- Schroeter, Klaus R. (2023). Auf der Suche nach Interdisziplinarität – ‘per aspera ad astra’ oder ein Weg in den Zaubergarten wissenschaftlicher Illusionen? In Hahmann, Julia, Baresel, Kira, Blum, Marvin & Rackow, Katja (Hrsg.), *Gerontologie gestern, heute und morgen – Multigenerationale Perspektiven auf das Alter(n)* (S. 3-36). Wiesbaden: Springer VS.
- Schweizerische Eidgenossenschaft (2020). *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. Abgerufen von https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1948/1015_1002_976/de
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (2019). *Impulse für die Integrierte Versorgung in den Kantonen: ein Leitfaden*. Bern: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK.
- Sommerfeld, Peter (2019). Integration und Lebensführung – Theorie gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit. In Stephan Dettmers & Jeannette Bischoff (Hrsg.), *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit* (S. 28-38). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Sommerfeld, Peter (o.D.). *Die Zukunft der Sozialen Arbeit hängt von ihr selber ab*. Abgerufen von <https://silo.tips/download/die-zukunft-der-sozialen-arbeit-hngt-von-ihr-selber-ab-von-peter-sommerfeld>
- Welz-Spiegel, Claudia & Spiegel, Frank (2023). *Interprofessionelles Management im Gesundheitswesen*. Berlin: Springer-Verlag GmbH.
- Wider, Diana (2013). Soziale Arbeit und Interdisziplinarität: Begriff, Bedingungen und Folgerungen für die Soziale Arbeit. *SozialAktuell*, April 2013 (S. 10-13). Bern: AvenirSocial.
- Witzel, Andreas (2000). *Das problemzentrierte Interview* von <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2519>

8. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Das biopsychosoziale Modell. Anmerkung: unverändert aus Egger, Josef W. (2018, S. 18).	13
Abbildung 2: Ablauf inhaltlich strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse. Anmerkung: Basierend auf Kuckartz und Rädiker (2022, S. 132).	28
Abbildung 3: Übersicht interviewte HA. Anmerkung: eigene Darstellung.	31
Abbildung 4: Interviewter Experte. Anmerkung: eigene Darstellung.....	54
Abbildung 5: Konsequenzen für die Soziale Arbeit. Anmerkung: eigene Darstellung	67

Titelbild: Microsoft Copilot

Tabelle 1: Aufgaben in Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten	20
---	----

9. Anhang

9.1 Leitfaden für die Interviews mit den Hausärztinnen und Hausärzte

Datum und Ort:

Interviewte Person:

Interviewführende Person:

Form (Face-to-face, online, tel):

Kürzel für Anonymisierung:

Bemerkungen (z.B. wievielttes Interview, Besonderheiten etc.):

Begrüssung und Organisatorisches
• Das Gespräch dauert max. 1 Stunde • Aufzeichnung des Gesprächs/Verwendung der Daten ○ Audioaufnahmen nur für Interviewleitung. Werden nicht weitergegeben oder weiterverarbeitet ○ Audioaufzeichnung wird für die Auswertung der Daten transkribiert. ○ Die Daten werden anonymisiert, so dass keine direkten Verbindungen zwischen einzelnen Aussagen im Bericht und der Person getroffen werden können. Die Daten werden in anonymisierter Form weiterverarbeitet. ○ Sind Sie einverstanden mit der Audioaufzeichnung des Interviews und der Datenverwendung? -> Unterschrift Vereinbarung • Ablauf des Gesprächs ○ Zuerst kurze Einleitung und Hintergrund ○ Interview zur Aussensicht ○ kurze quantitative Fragen • Fragen, bevor wir das Gespräch starten?
Einleitung & Hintergrund
• Dieses Interview wird im Rahmen der Masterthesis geführt. Die übergeordnete Fragestellung bezieht sich auf die Aussensicht von Hausärztinnen und Hausärzten auf die Soziale Arbeit vor allem in Bezug auf die ambulante Versorgung von älteren Menschen.
Einstiegsfragen
• Wo begegnen Ihnen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter? • Bitte schildern Sie mir einen Fall/eine Situation, wo sie mit Sozialarbeitenden in Kontakt standen? • Welche Berührungspunkte hatten Sie bisher mit Sozialarbeitenden?
Leitfrage 1 – Themenfelder
Mit welchen Sozialen Themen werden Sie häufig bei Ihrer Arbeit konfrontiert?
• Welche sozialen Fragen werden Sie häufig von Ihren Patientinnen und Patienten gefragt? • Fühlen Sie sich für die Bearbeitung sozialer Fragen zuständig? • Wie gehen Sie vor, wenn Sie mit sozialen Problemen Ihrer Patientinnen und Patienten konfrontiert sind?

Leitfrage 2: Zusammenarbeit
Wie gestaltet sich Ihre Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden?
• Welche Rolle spielen Sozialarbeitende Ihrem Berufsalltag? • In welchen Fällen haben Sie Kontakt mit Sozialarbeitenden? • Wer nimmt mit wem Kontakt auf? • Was ist Ihnen in der Zusammenarbeit besonders wichtig? • Was ist in der Zusammenarbeit eher schwierig? • Haben Sie jemals unterschiedliche Ansichten in Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden erlebt? Wenn ja, welche? Wie gingen Sie damit um? • Gab es schon Konflikte in der Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden? • Was ist der Mehrwert in der Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden? Wo sind die Herausforderungen? ○ Bei wenig Erfahrungen in der Zusammenarbeit: Welche Chancen und Herausforderungen sehen Sie in der Zusammenarbeit mit Sozialarbeiterinnen? Hätten Sie Interesse an einer verstärkten Zusammenarbeit?
Leitfrage 3: Aufgaben/Kompetenzen
Für welche Aufgaben sind Sozialarbeitende in Zusammenarbeit mit Ihnen zuständig? Welche Kompetenzen haben sie?
• Welche Aufgaben bearbeiten jeder für sich und welche bearbeiten Sie gemeinsam? • Werden Diagnosen gemeinsam diskutiert? Oder sind Diagnosen rein medizinisch? (z.B. Beispiel Sucht) • Wie unterscheiden sich Sozialarbeitende von psychiatrischer Spitex, Seelsorge, MPA, Pflege? • In welchen Themenbereichen hat die SA ihre besondere Expertise? • Welche Bedeutung hat die Soziale Arbeit in der ambulanten Versorgung älterer Menschen?
Leitfrage 4 – Soziale Bedingungen
In welchem Verhältnis stehen Soziale Bedingungen und Gesundheit zueinander?
• Welchen Einfluss nehmen Soziale Bedingungen auf Ihre Sprechstunde und/oder auf Ihre Behandlung und Diagnose?
Leitfrage 5: Macht und Hierarchie
Wie würden Sie Zusammenarbeit charakterisieren: ist die Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden eher ein Informieren, ein Meinung Erfragen oder ein gemeinsames Entscheiden?
• Können Sie ihre Antwort ausführen oder ein Beispiel erzählen? ○ Wenn kein Beispiel: Nach Ihrer Einschätzung kann eine ältere Patientin nicht mehr alleine zuhause leben. Sie wissen, dass die Pro Senectute schon involviert ist und Sie stehen ebenfalls im Austausch mit der Pro Senectute. Die Patientin hat Sie von Ihrer Schweigepflicht entbunden. Wie gehen Sie weiter vor?
Leitfrage 6: Ausblick
• Finden Sie eine intensivere Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden wünschenswert? • Wenn ja, was könnten Sozialarbeitende dazu beitragen? Was die Hausärztinnen und Hausärzte?
Kurze quantitative Fragen
<i>Wie häufig haben Sie Kontakt zu Sozialarbeitenden?</i>

☐ wöchentlich ☐ monatlich ☐ alle 2-3 Monate ☐ weniger ☐ nie

Wenn Sie Kontakt haben, vorwiegend in welchen Themengebieten?

- ☐ Finanzielle Fragen/Sozialversicherungsfragen
- ☐ Diagnosestellung
- ☐ Versorgung zuhause/Beratung Wohnsituation
- ☐ Beratung zum Betreuungssystem und Familie
- ☐ Aufbau einer Tagesstruktur / Teilhabe / Freizeit / Einsamkeit
- ☐ Unterstützung bei administrativen Fragen
- ☐ vorwiegend habe ich in der Vernetzung Kontakt (allgemeine Veranstaltungen, Weiterbildungen, Workshops, etc.)

Bei wichtigen Entscheidungen ist die Einschätzung des Hausarztes/der Hausärztin höher zu gewichten als die des Sozialarbeiters/der Sozialarbeiterin

☐ stimme zu ☐ stimme eher zu ☐ stimme eher nicht zu ☐ stimme nicht zu

Sozialarbeitende gehören zum interdisziplinären Team

☐ stimme zu ☐ stimme eher zu ☐ stimme eher nicht zu ☐ stimme nicht zu

Soziale Faktoren beeinflussen die Gesundheit der Patientinnen und Patienten

☐ stimme zu ☐ stimme eher zu ☐ stimme eher nicht zu ☐ stimme nicht zu

Sozialarbeitende sollten den Hausarzt, die Hausärztin entlasten, in dem sie ihr/ihm Arbeiten abnehmen

☐ stimme zu ☐ stimme eher zu ☐ stimme eher nicht zu ☐ stimme nicht zu

Die Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden ist vor allem ein Mehraufwand

☐ stimme zu ☐ stimme eher zu ☐ stimme eher nicht zu ☐ stimme nicht zu

Sozialarbeitende und Hausärztinnen und Hausärzte arbeiten am besten unabhängig voneinander

☐ stimme zu ☐ stimme eher zu ☐ stimme eher nicht zu ☐ stimme nicht zu

Die Perspektive von Sozialarbeitenden...

- ☐ beeinflusst meine Entscheidungen
- ☐ ziehe ich in meine Überlegungen mit ein
- ☐ nehme ich meist zur Kenntnis
- ☐ hat keinen Einfluss auf meine Entscheidungen

Sozialarbeitende nehme ich auch in der Sozialpolitik oder Arbeitsgruppen in meiner Region wahr. Sie setzen sich für bessere Soziale Bedingungen ein und machen auf negative soziale Faktoren aufmerksam.

☐ stimme ich zu ☐ stimme ich nicht zu ☐ habe ich persönlich bisher nicht so wahrgenommen

Abschluss

- Gibt es etwas, was Sie noch ergänzen möchten?

Weitere Angaben

Alter:

Berufserfahrung als Hausärztin/Hausarzt (Jahre):

Gemeinschaftspraxis/Einzelpraxis:

9.2 Leitfaden für das Interview mit dem Experten

Datum und Ort:

Interviewte Person:

Interviewführende Person:

Form (Face-to-face, online, tel):

Kürzel für Anonymisierung:

Bemerkungen (z.B. wievielttes Interview, Besonderheiten etc.):

Begrüssung und Organisatorisches
• Das Gespräch dauert max. 1 Stunde • Aufzeichnung des Gesprächs/Verwendung der Daten ○ Ist Anonymisierung ein Anliegen oder darf die Praxis erwähnt werden? ○ Dokument zum Unterschreiben per E-Mail ○ Audioaufnahmen nur für Interviewleitung. Werden nicht weitergegeben oder weiterverarbeitet ○ Audioaufzeichnung wird für die Auswertung der Daten transkribiert. ○ Sind Sie einverstanden mit der Audioaufzeichnung des Interviews und der Datenverwendung? -> Unterschrift Vereinbarung • Ablauf des Gesprächs ○ Zuerst kurze Einleitung und Hintergrund ○ Interview zur Aussensicht • Fragen, bevor wir das Gespräch starten?
Einleitung & Hintergrund
• Dieses Interview wird im Rahmen der Master-Thesis geführt. Die übergeordnete Fragestellung bezieht sich auf die Aussensicht von Hausärztinnen und Hausärzten auf die Soziale Arbeit vor allem in Bezug auf die ambulante Versorgung von älteren Menschen. Dabei habe ich schon vier Interviews mit HA gemacht. Ich möchte gerne diese Ergebnisse mit Ihnen spiegeln, da sie sehr viel Erfahrung haben in der Zusammenarbeit mit Sozialarbeitern.
Einstiegsfragen
• Bitte erzählen Sie, wie kam es dazu, dass bei Ihnen in der Praxis Sozialarbeitende arbeiten? • Was war die Motivation dazu? • Wie kann ich mir die Zusammenarbeit vorstellen? Können Sie den Alltag schildern?
Leitfrage 1 – Zuständigkeiten/Aufgaben/Kompetenzen
Wie werden die Zuständigkeiten zwischen SA und HA in Ihrer Praxis definiert bzw. abgegrenzt?
• Die befragten HA gehen entweder deutlich über ihren Auftrag hinaus bei sozialen Problemen oder bearbeiten sie nur geringfügig. Wenig suchen sie von sich aus den Kontakt zu entsprechenden Angeboten der Sozialen Arbeit. Wie erklären Sie sich das? Wie erleben Sie das in Ihrer Praxis? • Inwiefern sind HA für die Bearbeitung sozialer Probleme zuständig? Hat sich hinsichtlich Ihrer Zuständigkeit etwas seit Einführung SA in HA-Praxis verändert? • Die befragten HA sehen die Aufgaben von SA vor allem in den Themenfeldern Finanzen, Administration und Sozialversicherungen. Wie sehen Sie das? Hat sich das Aufgabengebiet nach Einführung SA in HA-Praxis verändert? Wenn ja, inwiefern? • Die Kompetenz der SA ist in der Befragung der HA vor allem im «Organisieren» und «Finanzmittel erschliessen», weniger jedoch beim «Einschätzen» und «Beurteilen». Wie sehen Sie das?

Sind Sie diesen Themen aufmerksamer gegenüber, als Sie es vorher (vor SA in HA-Praxis) waren?
Leitfrage 2: Zusammenarbeit
Wie gestaltet sich Ihre Zusammenarbeit mit der SA in Praxis, HA und anderen Organisationen der SA?
- Wenn die befragten HA Kontakt mit SA haben, dann häufig mit Beiständen oder der KESB, weniger mit freiwilligen Beratungsstellen. Wie erklären Sie sich das? - Die Anlaufstellen Sozialer Arbeit seien diffus und unübersichtlich. Die HA wüssten nicht genau wer zuständig ist. Es fehlen die Ressourcen dies abzuklären. Wie sehen Sie das? Inwiefern hat sich hier etwas seit Einführung von SA in HA-Praxis verändert? - Obwohl die HA einig sind, dass eine erhöhte Zusammenarbeit mit der SA nötig sei, setzen sie es nicht um. Wie erklären Sie sich das? - Die Zusammenarbeit der HA reduziert sich eher auf Aufgabentrennung, eine gemeinsame Bearbeitung findet mehrheitlich nicht statt. Wie ist dies bei Ihnen? Hat sich das verändert? - Werden Diagnosen gemeinsam diskutiert? Oder sind Diagnosen rein medizinisch? - Wie hat sich die Zusammenarbeit seit Einführung der SA in HA-Praxis verändert? - Was hat sich seit Einführung SA in HA-Praxis hinsichtlich Fallbearbeitung für Sie geändert?
Leitfrage 3 – Bild über Soziale Arbeit
Wie wird Ihrer Ansicht nach SA von HA wahrgenommen?
- Die befragten HA konnten die Aufgaben Berufsgruppen (Pflege, Sozialarbeit, MPA etc.) z.T. nur rudimentär unterscheiden. Wie können Sie sich das erklären? Wie ist das bei Ihnen? Hat sich etwas verändert? - Inwiefern unterscheidet sich ihr Bild über Soziale Arbeit vor und nach Einführung von Sozialarbeit in HA-Praxis?
Leitfrage 4: Macht und Hierarchie
Wie sind Entscheidungsprozesse organisatorisch und inhaltlich gestaltet?
- Wer trägt den Schlussentscheid bei ungleichen Meinungen? - Wie ist die SA organisatorisch in der Praxis eingebettet? (Organigramm, Linienvorgesetzte)
Abschluss
Gibt es etwas, was Sie noch ergänzen möchten?
Weitere Angaben
Alter: Berufserfahrung als Hausärztin/Hausarzt (Jahre): Gemeinschaftspraxis/Einzelpraxis:

10. Eigenständigkeitserklärung für schriftliche Arbeiten

Mit meiner untenstehenden Unterschrift bestätige ich, dass ich...

- ... die vorliegende Arbeit selbständig und in eigenen Worten verfasst habe
(bei Gruppenarbeiten in Zusammenarbeit mit der*dem*den unten festgehaltenen Mit-Verfasser*in).
- ... mich unter Beachtung der an meiner Immatrikulationshochschule geltenden Richtlinie, Vorgaben und Informationen zu wissenschaftlichem Fehlverhalten vollumfänglich an die wissenschaftlichen Regeln gehalten habe und somit alle genutzten fremden Quellen und Hilfsmittel ordnungsgemäss deklariert habe.¹
- ... soweit ich KI- basierte Tools verwendet habe, die von KI erzeugten Texte bzw. Textfragmente nicht unreflektiert übernommen habe. Ich habe diese Texte und Textfragmente wie vorgegeben kenntlich gemacht und sorgfältig und unter Beizug anderer Quellen auf ihre Korrektheit und Vollständigkeit geprüft.
- ... alle verwendeten Methoden, Daten und Arbeitsprozesse wahrheitsgetreu dokumentiert habe.
- ... keine Daten manipuliert habe.

Modul-Name:

2024 – HS Master-Thesis Modul II

Titel der Arbeit:

Soziale Arbeit im Röntgenblick -Eine hausärztliche Aussensicht auf die Soziale Arbeit im Kontext ambulanter Versorgung älterer Menschen

Umfang der Arbeit:

166'966 Zeichen Vorgabe: 100'000 – 220'000 Zeichen

¹ Zu den fremden zu deklarierenden und zu verifizierenden Quellen gehören auch mittels KI-Software wie ChatGPT generierte Texte bzw. Textteile (KI = «Künstliche Intelligenz»).

Verfasser*in*nen der Arbeit:

Andrea Herger

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Arbeit mit elektronischen Hilfsmitteln auf Plagiate überprüft werden kann.²

Ort, Datum: Stein AR, 22.12.2024

Unterschrift/en Verfasser*in/innen der Arbeit:



² inkl. Nutzung von Plagiatserkennungssoftware.