

Institutionelle Übergänge im Gesundheitswesen

Perspektive der Sozialen Arbeit

Masterthesis

von Simon Süsstrunk

Eingereicht im Juli 2014 bei Prof. Dr. Matthias Hüttemann

Zweitgutachter: Prof. Dr. Süleyman Gögercin

Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW, Olten

Hochschule für Soziale Arbeit HSA

Master of Arts in Sozialer Arbeit mit Schwerpunkt Soziale Innovation

Abstract

Übergänge zwischen verschiedenen Institutionen im Gesundheitswesen, wie beispielsweise zwischen dem Spital und einer Rehabilitationseinrichtung, können insbesondere für Personen mit mehrdimensionalen gesundheitlichen Problematiken eine schwer zu bewältigende Aufgabe darstellen. Auf dieser Ausgangslage baut die vorliegende Arbeit auf und geht der Frage nach, welchen Beitrag die Soziale Arbeit bei institutionellen Übergängen leisten kann.

In einem fachlich-qualitativ hochstehenden Versorgungssystem muss bei einer komplexen gesundheitlichen Problematik ein personenzentrierter Problemlösungsprozess verfolgt werden. Um eine kontinuierliche Versorgung und eine soziale Integration bestmöglich zu erreichen, reicht eine schlichte Vermittlung in mögliche Anschlusseinrichtungen nicht aus. Im Sinne einer sektorübergreifenden Versorgungsstruktur sind alle wichtigen Akteure wie Fachpersonen, Betroffene oder Angehörige in den Hilfeprozess einzubinden. Zudem ist von einem erweiterten Institutionsverständnis auszugehen. Die vorliegende Arbeit schlägt deshalb das „zu Hause“ als neue Institution vor und zeigt Möglichkeiten der Soziale Arbeit auf, um mit einer sozialräumlichen Perspektive in einem integrierten Hilfeplan eine bedeutende Rolle zu spielen.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
1.1	Institutionelle Übergänge	5
1.2	Ausgangslage	6
1.3	Soziale Arbeit im Gesundheitswesen.....	8
1.4	Methodisches Vorgehen.....	10
1.5	Ziele, Fragestellung und Aufbau der Arbeit	11
2	Theoretischer Bezugsrahmen	13
2.1	Integration	13
2.2	Integration und Lebensführung	14
2.3	Übergänge und Transitionskonzept	22
2.3.1	Übergänge im Lebenslauf.....	22
2.3.2	Transitionskonzept.....	24
2.4	Lebensbewältigung	31
2.5	Professionsziele.....	33
3	Interventionsformen bei institutionellen Übergängen	35
3.1	Case Management.....	35
3.2	Interprofessionelle Kooperation	41
3.3	Integrierte Versorgung.....	42
3.3.1	Stand der Forschung	46
3.3.2	Ein Rahmenkonzept zur Integrierten Versorgung	48
3.4	Interinstitutionelle Zusammenarbeit	51
4	Soziale Arbeit im Gesundheitswesen	54
4.1	Handlungsfelder der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen	54
4.2	Personal Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen	58
4.3	Klinische Sozialarbeit	60
5	Diskussion	63
5.1	Beantwortung der Fragestellungen	63
5.1.1	Beantwortung der Fragestellung, welchen Beitrag die Soziale Arbeit bei institutionellen Übergängen im Gesundheitswesen leisten kann?	63
5.1.2	Beantwortung der Fragestellung, welche Zuständigkeit und Interventionsmöglichkeiten für die Soziale Arbeit bei institutionellen Übergängen von Bedeutung sind?	67
5.1.3	Beantwortung der Fragestellung, welche Institutionen oder Handlungsfelder bei institutionellen Übergängen eine Rolle spielen und ein Netz der Versorgung bilden können?	70
5.1.4	Schlussfolgerungen.....	73

5.2	Ausblick	77
6	Literaturverzeichnis.....	79

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Lebensführungssystem als bio-psycho-soziale Form des menschlichen Überlebens (Sommerfeld et al. 2011: 287).....	18
Abbildung 2: Zwei-Kreis-Modell, eigene Darstellung (vgl. Böhnisch & Schröer 2007: 31).....	32
Abbildung 3: Funktionaler Rahmen der Versorgung (eigene Darstellung nach Wendt 2010: 128).....	38
Abbildung 4: Modell des Rahmenkonzepts zur Integrierten Versorgung (Valentijn et al. 2013).....	50
Abbildung 5: Handlungsfelder Soziale Arbeit in gesundheitsrelevanten Bereichen (eigene Darstellung).....	58
Abbildung 6: Institutionen in einem erweiterten Versorgungsnetz (eigene Darstellung)	72

1 Einleitung

In der vorliegenden Arbeit stehen institutionelle Übergänge der Versorgung von gesundheitlich beeinträchtigten Personen aus Sicht der Sozialen Arbeit im Zentrum. Im Sinne einer einleitenden Begriffserklärung soll im Folgenden „Institutioneller Übergang“ definiert werden. In der Ausgangslage werden die theoretischen und empirischen Grundannahmen sowie die Rolle der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen ausgeführt. Die Einleitung schliesst mit dem methodischen Vorgehen, der Fragestellung sowie dem Aufbau der Arbeit ab.

1.1 Institutionelle Übergänge

Als gesundheitliche Versorgung sind alle organisierten Bemühungen zu verstehen, die versuchen Einfluss auf die Gesundheit von Personen zu nehmen. In der Versorgung von Patientinnen und Patienten sind dabei verschiedene Institutionen für die Behandlung, Pflege und Begleitung verantwortlich. Allgemein kann davon ausgegangen werden, dass die bekanntesten Institutionen die Spitälern und Arztpraxen darstellen. Jedoch würde eine Einschränkung auf diese Art der gesundheitsrelevanten Institutionen zu kurz greifen. Die gesundheitliche Versorgung kennt eine Vielzahl weiterer Institutionen, welche sich mit gesundheitlich beeinträchtigten Personen beschäftigen. Hierfür sind beispielsweise teilstationäre Rehabilitationskliniken, Suchtberatungsstellen oder ambulante Gemeindepsychiatrien zu nennen. Herausfordernd ist die Versorgung insbesondere bei Personen mit mehrdimensionalen bzw. komplexen Krankheitsproblematiken, wie zum Beispiel mehreren chronischen Krankheiten oder Pflegebedürftigkeit, die zudem mit sozialen Problematiken gekoppelt sind wie beispielsweise sozialer Isolation, Heimunterbringung oder Arbeitsplatzverlust (vgl. Geissler-Piltz 2009: 14). Solche komplexe gesundheitliche Problemlagen gehen zumeist einher mit professioneller Unterstützung mehrerer gesundheitsbezogenen Institutionen (vgl. ebd.: 15f). Das heisst, dass betroffene Personen bedingt durch ihr (somatisch-psychisches) Krankheitsbild und der jeweiligen individuellen und sozialen Bedarfssituation, zwischen verschiedenen Institutionen im Gesundheitswesen wechseln müssen. Beispielsweise benötigt eine Person nach einem stationären Aufenthalt eine Fortführung der Behandlung und Betreuung durch eine teilstationäre oder ambulante Einrichtung, um die Genesung zu fördern oder die sich daraus ergebenden individuellen und sozialen Folgen zu bewältigen. Folglich werden die Patienten und Patientinnen von einer Institution in eine andere „übergehen“.

In der vorliegenden Arbeit werden diese Übergänge als institutionelle Übergänge verstanden. Für gewisse Patienten und Patientinnen sind diese institutionellen Übergänge schwierig selbst zu organisieren, wenn sie überhaupt von der Relevanz oder gar Notwendigkeit einer weiterführenden Bearbeitung ihrer Erkrankung Kenntnis haben. Deshalb benötigen solche Personen Unter-

stützung in Hinblick auf die möglichen und adäquaten Leistungen entsprechender Institutionen. Jedoch scheint eine organisierte Zusammenarbeit bei den Übergängen zwischen verschiedenen Institutionen¹ im Gesundheitswesen erschwert zu sein und droht häufig zu versagen.

1.2 Ausgangslage

Die genannten Übergänge stellen demnach für die Versorgung von gesundheitlich beeinträchtigten Personen eine Herausforderung dar. Während Patientinnen und Patienten innerhalb einer Institution meist gut betreut und versorgt werden, stellt die Phase nach dem Austritt, bzw. vor einer neuen, weiterführenden Institution, eine für die betroffenen Personen häufig schwierig zu bewältigende Situation dar. Insbesondere für Personen mit chronischen Erkrankungen oder weiteren Risikofaktoren wie beispielsweise hohem Alter, erhöhte Abhängigkeit von Fremdhilfe oder einer verstärkten körperlichen und emotionalen Belastung (vgl. Eckl 2010: 21). Die aktuelle und prognostizierte demografische Entwicklung weist hierbei auf eine künftige Zunahme der Multimorbidität und chronischen Krankheiten hin, bei einer grundsätzlich alternden Gesellschaft (vgl. Rebscher/Kaufmann 2013: 3ff). Diese von verschiedenen Studien und Autoren aufgezeigten Prognosen fordern daher „Lösungen“ von zahlreichen Akteuren² des Gesundheits-, Sozial- und Politikwesens. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich einzelne betroffene Personen in schwierig zu bewältigenden Lebensphasen befinden und folglich in die Problemlösung einzubeziehen sind. Schwerwiegende Krankheitsereignisse können Umbrüche auslösen, die häufig tiefgreifenden Veränderungen der Lebenssituation mit sich bringen und für die betroffene Personen und das professionelle Hilffssystem einen hohen Anspruch an die Bewältigung und Bearbeitung stellen (vgl. Wingenfeld 2005). In den Forschungsarbeiten zum Verlauf und zur Bewältigung von chronischen Krankheiten, weisen Corbin und Strauss darauf hin, dass für erkrankte oder behinderte Personen, deren Angehörige sowie die Professionellen, die Bewältigung einen erheblichen Aufwand bedeutet. Den Praktikerinnen und Praktikern steht dabei jedoch häufig zu wenig Zeit zur Verfügung, um allfällige Interventionen sinnvoll umzusetzen (vgl. Corbin/Strauss 2010: 24,81),

¹ Der Begriff der Institution wird im Fachdiskurs unterschiedlich verwendet. Aus soziologischer Perspektive kann die „Institution“ stark verkürzt als Regelsystem (z.B. eine Verfassung, Normen, usw.) verstanden werden, welches soziales Handeln beeinflusst. Zudem können Institutionen als Ergebnis menschlichen Handelns interpretiert werden, die dabei auch der Festlegung von Gewohnheiten dienen (vgl. Abels 2007). Für die vorliegende Arbeit wird „Institution“ in einem erweiterten Sinne verstanden und meint dabei primär gesellschaftlich anerkannte (physische) Einrichtungen. Institutionen im Gesundheitswesen sind demzufolge z.B. Spitäler, Kliniken oder Rehabilitationseinrichtungen. Vom Autor wird der Begriff in diesem Verständnis gebraucht, da in der einschlägigen Literatur der Begriff entsprechend Verwendung findet (u.a. Wingenfeld 2005). Zudem kann davon ausgegangen werden, dass unter Professionellen des Gesundheitswesens „Institution“ zumeist in diesem Sinne verstanden wird.

² In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff „Akteur“ nur in der männlichen Form verwendet. Dies aufgrund dessen, da der Begriff aus der „Akteurtheorie“ entstammt und folgendermassen definiert ist: „Ein Akteur im sozialwissenschaftlichen Verständnis ist ein Individuum oder ein kohärentes soziales Gebilde, welches in der Lage ist, zielgerichtete Handlungen vorzunehmen.“ (Steinhaus 2011: 15) Demzufolge können unter „Akteur“ in der vorliegenden Arbeit einerseits einzelne Individuen gemeint sein (z.B. Patient/Patientin, einzelne Fachperson, usw.). Andererseits sind auch „soziale Gebilde“ darunter zu verstehen (z.B. eine ganze Institution).

was wiederholt auf die erschwerten Unterstützungssettings hinweist. Auch Sommerfeld, Hollenstein und Calzaferri (2011) beschreiben in ihren empirischen Untersuchungen zu Re-Integrationsprozessen nach stationären Aufenthalten (u.a. Psychiatrische Kliniken), die Zeit nach dem stationären Setting als „gesetzmässige“ Phase der Unsicherheit in der Lebensführung. Ein zentraler Grund für die Unsicherheit wird von den Forschenden insbesondere darin gesehen, dass während einer stationären Behandlung die Komplexität der Lebenssituation der Patientin oder des Patienten durch eine intensive Betreuung stark reduziert wird, was wesentlich zur Stabilisierung beiträgt. Wenn hingegen die betroffene Person die stationäre Einrichtung verlässt, geht damit eine deutliche Erhöhung der Komplexität einher, mit gleichzeitiger Abnahme oder gänzlichem Bruch der professionellen Unterstützung (vgl. ebd.: 328f).

Die gesundheitliche Versorgung von Patientinnen und Patienten durch unterschiedliche Institutionen des Gesundheitswesens, ist nach Greuël und Mennemann (2006) häufig von einer hohen arbeitsteiligen Spezialisierung geprägt und fördert dadurch vermehrt eine Versorgungsstruktur mit „Insellösungen“. Das heisst, dass die einzelnen spezialisierten Fachpersonen nur ein geringes Prozessbewusstsein in der Behandlung und Begleitung von Betroffenen haben (vgl. Greuël/Mennemann 2006: 13). Zentral hängt damit eine erschwerte Koordination und Steuerung von Versorgungs- und Behandlungsprozessen zusammen. Laut Schnyder, der die Situation des Entlassungsmanagements aus den Krankenhäusern in der Schweiz analysierte, sind die Schnittstellen zwischen Krankenhäusern, Grundversorgern und Nachsorgeeinrichtungen nicht hinreichend koordiniert (vgl. Schnyder 2010: 59). Dabei wirkt sich nach Schnyder diese Unzulänglichkeit unterschiedlich aus. Einerseits auf die Patienten und Patientinnen in Form von Untersuchungswiederholungen, ungeeigneten Behandlungen (vgl. ebd.: 61) oder zu Überforderungssituationen des sozialen Umfelds (vgl. Bender 2013: 12). Andererseits wird ein ganzheitliches, betriebsübergreifendes und standardisiertes Patientenmanagement verunmöglicht (vgl. Schnyder 2010: 61). Die Gründe für diese Auswirkungen sind insbesondere darin zu sehen, dass die professionellen Leistungserbringenden die Behandlung der Patientinnen und Patienten nur in ihrem „Slot“, ihrem Zuständigkeitsbereich berücksichtigen. Das Vor- und Nachher eines Falls ist dabei nicht Teil der Problemlösung (vgl. ebd.: 60). Nach Kraus (2012) wird die Gesamtperspektive des individuellen Versorgungsbedarfs der Patientinnen und Patienten nicht genügend berücksichtigt, da die Fokussierung nur auf die Schnittstelle zwischen stationärem Aufenthalt und nachstationärer Versorgung zu kurz greife. Das Hauptaugenmerk im Diskurs der Versorgung von Patientinnen und Patienten liegt aktuell auf dem Entlassungsmanagement, was primär den Übergang von stationärer Akutversorgung in eine Rehabilitationseinrichtung meint. Jedoch sollten noch weitere relevante Leistungserbringende im Gesundheitswesen involviert werden (vgl. Kraus 2012: 8).

Es kann folglich davon ausgegangen werden, dass die beschriebenen Versorgungsproblematiken grundsätzlich und insbesondere bei chronisch kranken und pflegebedürftigen Personen je nach Behandlungsauftrag zu Fehl-, Unter- oder sogar Überversorgung führen (vgl. Greuèl/Mennemann 2006: 13). Eine solche Mangelversorgung kann zudem zu Erschwernissen in der neuen, durch die Erkrankung veränderten Alltagsbewältigung oder dem sozialen Umfeld führen (vgl. Corbin/Strauss 2010; Sommerfeld et al. 2011: 316). Wenn Betroffene mit den erschwerten Bewältigungsaufgaben nicht zurecht kommen, überfordert sind und wegen ungenügender Unterstützung wieder akute Hilfe benötigen, ist dabei die Rede von einem „Drehtür-Effekt“ (Revolving Door Syndrome), welcher vor allem die Problematik einer ungeplanten Wiederholung der Behandlung mit sich bringt und entsprechend auf einen nicht erfolgreichen Genesungsprozess schließen lässt (vgl. Bender 2013: 12; DVSG 2013: 9; Höhmann 2010: 29f; Sommerfeld et al. 2011: 317).

Diese Ausführungen zeigen, dass bei Übergängen zwischen verschiedenen Institutionen im Gesundheitswesen neben individuellen Problematiken der Patienten und Patientinnen und deren professionelle Unterstützung, auch von strukturellen Versorgungsschwierigkeiten ausgegangen werden kann. Verschiedene Projekte und Untersuchungen in der Gesundheitssystemforschung beschäftigten sich in den letzten Jahren mit dieser Thematik und verweisen auf künftige Versorgungs- und Prozesssysteme. Gleichzeitig benennen sie unterschiedliche politische, rechtliche und organisationale Rahmenbedingungen, die auf den Handlungsspielraum der Fachpersonen Einfluss nehmen. Die Aufmerksamkeit liegt in der Versorgung von gesundheitlich beeinträchtigten Personen je länger je mehr auf der Koordination von Versorgungsabläufen sowie der Kooperation aller Beteiligten (vgl. Rebscher/Kaufmann 2013).

1.3 Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

Die Soziale Arbeit als beteiligte Profession im Gesundheitswesen findet sich in einer ambivalenten Situation. Auf der einen Seite sind nach Einschätzung verschiedener Autoren und Autorinnen zwischen 20 und 25 Prozent der ausgebildeten Professionellen der Sozialen Arbeit in Deutschland im Gesundheitswesen tätig (vgl. u.a. Franzkowiak/Homfeldt/Mühlum 2011: 132; Homfeldt 2012b: 489; Lützenkirchen/Köppel 2005: 24; Ortmann/Waller 2005: 3). Aktuelle Daten des Bundesamtes für Statistik (BFS) zeigen eine ähnliche Situation für die Schweiz (vgl. BFS 2013b). Es kann davon ausgegangen werden, dass gemessen an der Zahl der im Gesundheitswesen beschäftigten Sozialarbeitenden, die Relevanz für dieses Handlungsfeld gegeben ist (siehe hierzu auch Kapitel 4.2).

Auf der anderen Seite bewegt sich die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen in einem durch die Medizin stark dominierten Handlungsfeld und muss sich häufig behaupten, weil sich einerseits viele weitere Professionen wie beispielsweise die Pflege, Psychologie oder die Ergotherapie an der Fallarbeit beteiligen (vgl. u.a. Homfeldt/Sting 2006: 209f; Homfeldt 2012b: 498). Andererseits weil trotz grundsätzlicher Befürwortung eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses, die soziale Dimension von Gesundheit und Krankheit immer noch zu wenig Beachtung findet oder unterschätzt wird (vgl. Sommerfeld/Hollenstein/Krebs 2008: 8). Dabei zeigen die empirischen Ergebnisse von Sommerfeld et al. (2011) zu den Re-Integrationsprozessen nach einem stationären Aufenthalt, dass die Unterstützungsleistung durch die Soziale Arbeit von der Klientel nur bedingt wahrgenommen werden und dadurch von einem geringen „Gebrauchswert“ der Sozialen Arbeit ausgegangen werden müsste. Den Untersuchungsergebnissen nach, tragen jedoch die Interventionen der Sozialen Arbeit in den Behandlungs-Verläufen in einem nicht zu unterschätzenden Masse zur Stabilisierung der jeweiligen Lebensführungssystem bei (vgl. Sommerfeld et al. 2011: 325). Solche empirische Erkenntnisse fördern die häufig verlangte Expertise der Sozialen Arbeit als Profession und Disziplin und führt kontinuierlich zu einer elaborierten Wissensbasis der Sozialen Arbeit (vgl. ebd.: 348ff). Wenn also relevantes Grundlagenwissen vorhanden ist, besteht eine gute Voraussetzung, dass die Soziale Arbeit durch das eigene professionelle Handeln ihre Zuständigkeit proklamieren kann und folglich auch eine adäquate Darstellung eigener Kompetenzen möglich ist oder zumindest vereinfacht wird. Hierfür muss deshalb zum einen genügend wissenschaftliches Wissen aus Forschung und Theoriebildung vorhanden und zugänglich sein. Zum anderen müssen Professionelle dieses (neue) Wissen fortlaufend zur Kenntnis nehmen und wenn angezeigt für die eigene professionelle Tätigkeit relationieren bzw. in Hinblick auf das eigene Handeln sowie organisationalen und fallspezifischen Gegebenheiten ableiten.

Für die vorliegende Arbeit stehen die Erkenntnisse zu institutionellen Übergängen im Fokus. Unabhängig von der fachlichen Umsetzung kann punktuell von einer Zuständigkeit der Sozialen Arbeit für institutionelle Übergänge ausgegangen werden. Eine Untersuchung bei Ärzten und Pflegepersonal zur Wahrnehmung der Sozialen Arbeit verweist auf diese (Fremd-) Zuschreibung, wonach die Soziale Arbeit dann notwendig ist, wenn es um Aus- oder Übertritte der Klientel in andere Einrichtungen geht (vgl. Staub-Bernasconi 2007: 12f). Der Sozialen Arbeit wird zudem ausgehend von der Lebenswelt der Adressatinnen und Adressaten, „eine hohe Bedeutung für das Versorgungs- bzw. Schnittstellenmanagement“ zugewiesen (Homfeldt 2013: 751). Wie und mit welcher Wirkung diese Versorgungs- oder Koordinationsfunktion tatsächlich wahrgenommen wird, bleibt jedoch nicht selten unklar oder wenig definiert. Demnach ist für vorliegen-

de Arbeit von Bedeutung, auch das Verhältnis der Sozialen Arbeit zur Bearbeitung von institutionellen Übergänge zu analysieren.

1.4 Methodisches Vorgehen

An diesem Punkt setzt die vorliegende Arbeit als Reaktion auf die ausgewiesene Problematik bei institutionellen Übergängen an. Sie führt verschiedene Wissensbestände zusammen, verknüpft diese systematisch und versucht dadurch den Diskurs auf disziplinär-wissenschaftlicher und professions-praktischer Ebene anzuregen und voran zu bringen. Die Aufarbeitung der Literatur erfolgt nach einem hermeneutischen Vorgehen bzw. der wissenschaftlichen Auslegung von Texten, die als bedeutungsvolle und sinnhaltige menschliche Äusserungen zu verstehen sind (vgl. Dexheimer 2011: 108). Wernet ergänzt hierzu in Anlehnung an Dilthey, dass solche Äusserungen in Textform als „dauerhaft fixierte Lebensäusserungen“ zu verstehen sind (vgl. Wernet 2006: 47). Die Textanalyse der referenzierten Literatur ist darin zu sehen, dass die „Äusserungen“ in Textform in der hermeneutischen Operation des Verstehens geleistet werden. Das hermeneutische Vorgehen besteht demnach darin, die Sinn- und Bedeutungshaftigkeit der textlichen Ausdrücke zu analysieren und im „Verstehen“ diese entsprechend zu interpretieren (vgl. ebd.: 48f).

Das zuerst offene und grundsätzliche Interesse an der Thematik führte zu ersten Recherchen und der Sammlung entsprechender Literatur. Diese wiederum ermöglichte dem Autor sich fortlaufend in die Thematik zu vertiefen. Für die weiterführende Literaturrecherche wurden die einschlägigen Literatur-Datenbanken (u.a. Nebis, Psyndex, Web of Science, usw.) berücksichtigt, aber auch die frei zugängliche Suchfunktion wie beispielsweise Google-Scholar konsultiert. Bei der Auswahl der Dokumente wurde die internationale Literatur berücksichtigt.

Für die Analyse des Konzepts der Integrierten Versorgung, wurde zudem eine vertiefte Recherche unternommen. Einerseits wurde mit den deutschen Suchbegrifflichkeiten „Integrierte Versorgung“, „Integrierte Versorgung Soziale Arbeit“ und „Integrierte Versorgung Schweiz“ gesucht. Dabei wurden die Datenbanken Psyndex, WISO und Nebis berücksichtigt. Zusätzlich wurde mit den englischen Begriffen „integrated care“ und „managed care“ in den Datenbanken Web of Science, Medline und Oxford Bibliography recherchiert. In der ersten Recherchewelle konnten rund 600 Dokumenten-Titel gesichtet werden, wovon wiederum 50 für die vertiefte Analyse ausgewählt wurden. Unter Berücksichtigung der Abstracts und wenn immer möglich der Volltexte, wurden für die vorliegende Arbeit letztendlich 12 Dokumente ausgewählt.

1.5 Ziele, Fragestellung und Aufbau der Arbeit

Die vorangegangenen Ausführungen lassen die Annahme zu, dass die Übergänge zwischen verschiedenen gesundheitsrelevanten Institutionen durch Fachpersonen ungenügend bearbeitet werden. Diese Feststellung weist nach Erachten des Autors auf den Bedarf einer vertieften Auseinandersetzung der ausgeführten Problematik hin. Auch sind Bezüge zur internationalen Definition Sozialer Arbeit (vgl. IFSW/IASSW 2001)³ und deren Kommentar angezeigt. Neben den Menschenrechten und sozialer Gerechtigkeit als Zentralwerte, strebt die Soziale Arbeit nach sozialer Integration ihrer Klientel (vgl. ebd.). Unter diesem Wertebezug und Verständnis Sozialer Arbeit, verfolgt auch die vorliegende Arbeit eine entsprechende Zielsetzung. Wenn für Patienten und Patientinnen die Übergänge zwischen verschiedenen gesundheitsrelevanten Institutionen eine Überforderung darstellen oder ebendiese Institutionen durch strukturelle Rahmenbedingungen, zersplitterten Zuständigkeiten oder „Professionskämpfen“ die Problematik zusätzlich fördern, sind weiterführende Überlegungen angezeigt. Die vorliegende Arbeit versucht folglich einen Beitrag zum Verständnis der Übergangproblematik und der Bearbeitung durch die Soziale Arbeit zu leisten. In Bezug auf die grundlegende Wertorientierung der Sozialen Arbeit sind nach Lützenkirchen und Köppel die zentralen Wertbezüge und die Bestrebungen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen insbesondere die Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit und die Integration von chronisch kranken und sozial benachteiligten Mitglieder der Gesellschaft (vgl. Lützenkirchen/Köppel 2005: 14). Soziale Integration kann neben Veränderungspotentialen beim Individuum und dessen sozialen Umfeld, auch ein gelingender Übergang zwischen gesundheitsrelevanten Institutionen sein und damit die Zugangsmöglichkeiten zum Gesundheitssystem begünstigen. Die Bearbeitung und Optimierung von institutionellen Übergängen stellt folglich eine Zieldimension Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen dar und muss entsprechend berücksichtigt werden. Die vorliegende Arbeit greift diese Perspektive auf und folgt dadurch einem handlungswissenschaftlichen Paradigma. In der Logik einer Handlungswissenschaft bilden für wissenschaftliche Arbeiten die Handlungsprobleme der Praxis den Ausgangspunkt der zu beantwortenden Fragestellungen (vgl. Sommerfeld 2013: 161). Dies charakterisiert die Handlungswissenschaft dahingehend, dass es eine zentrale Aufgabe der Wissenschaft ist, ihren Beitrag dazu zu leisten, wie soziale Probleme oder Phänomene (zukünftig) besser gelöst, bzw. bearbeitet werden können.

³ Definition: „The social work profession promotes social change, problem solving in human relationships and the empowerment and liberation of people to enhance well-being. Utilising theories of human behaviour and social systems, social work intervenes at the points where people interact with their environments. Principles of human rights and social justice are fundamental to social work.“ (IFSW & IASSW 2001)

Für die vorliegende Arbeit ergibt sich daraus folgende Hauptfragestellung:

- Welchen Beitrag kann die Soziale Arbeit bei institutionellen Übergängen im Gesundheitswesen leisten?

Und entsprechende Unterfragestellungen:

- Welche Zuständigkeiten und Interventionsmöglichkeiten sind für die Soziale Arbeit bei institutionellen Übergängen von Bedeutung?
- Welche Institutionen spielen eine Rolle bei institutionellen Übergängen und können ein Netz der Versorgung bilden?
- Wie können mögliche Beiträge der Sozialen Arbeit weiterentwickelt werden, um zukünftig institutionelle Übergänge zu erleichtern?

Nach der dargelegten Ausgangslage in Kapitel 1, sieht der weitere Aufbau der vorliegenden Arbeit wie folgt aus. In Kapitel 2 werden die für die Soziale Arbeit in Hinblick auf institutionelle Übergänge relevanten theoretischen Bezugssysteme dargelegt. Dabei werden u.a. die theoretischen Überlegungen von Sommerfeld et al. (2011) zur Integration und Lebensführung dargelegt. Zudem zeigen die Ausführungen nach Wingenfeld (2005; 2009) verschiedene Bewältigungsanforderungen bei gesundheitlichen Problemsituationen auf. Im darauf folgenden Kapitel 3 werden die Interventionsmöglichkeiten bei institutionellen Übergängen aufgezeigt. Hierbei sollen bestehende methodische Konzeptionen wie beispielsweise das Case Management erörtert sowie übergeordnete Modelle zu institutionellen Übergänge diskutiert werden. Anschliessend wird in Kapitel 4 beschrieben, welche gesundheitsbezogenen Institutionen für die Soziale Arbeit eine Rolle spielen. Zudem werden erforderliche Kompetenzen des Fachpersonals diskutiert. Im abschliessenden Kapitel 5 werden die verschiedenen theoretischen Bezüge, die vorgeschlagene Handlungskonzeptionen sowie ein mögliches Versorgungsnetz diskutiert. Neben der Beantwortung der Fragestellungen, sollen die Schlussfolgerungen, die Darlegung der eigenen Position und ein Ausblick mit möglichen Anknüpfungspunkten für künftige Arbeiten in Forschung und Praxis, die vorliegende Arbeit abschliessen.

2 Theoretischer Bezugsrahmen

Die Ausführungen in der Ausgangslage zeigen die Mehrdimensionalität der Problematik bei institutionellen Übergängen und damit einhergehenden Herausforderungen. Die drei im Folgenden dargelegten theoretischen Positionen, bzw. Konzepte bieten einen Bezugsrahmen, um institutionelle Übergänge und deren Problematiken auf einer wissenschaftlichen Beschreibungs- und Erklärungsbasis besser begründ- und verstehbar zu machen. Dabei können institutionelle Übergänge als gelingende oder scheiternde Re-Integrationsprozesse verstanden werden, was eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Begriff der Integration erfordert. Zudem ist eine Erklärung von gesundheitsbedingten Übergangssituationen und deren möglichen Auswirkungen auf die Lebenszusammenhänge der Betroffenen angezeigt. Bei solchen Übergängen erfordern die schwierigen Lebenssituationen die Bewältigung anfallender (neuer) Aufgaben für die Personen selbst und deren sozialen Umwelt.

2.1 Integration

In der allgemeinen Debatte um Integration ist der Fokus häufig auf Fragen der Migration und der Bevölkerung mit Migrationshintergrund gerichtet. Dass auch Personen ohne eine solche Herkunftsgeschichte von gesellschaftlichem Ausschluss betroffen sein können, findet dabei oft weniger Aufmerksamkeit. In Hinblick auf die Soziale Arbeit allgemein, aber insbesondere auf die Soziale Arbeit im gesundheitsbezogenen Kontext, ist eine Auseinandersetzung mit Integration und Ausschluss angezeigt. Krankheit kann in einer funktional differenzierten Gesellschaft ein Grund für gesellschaftlicher Ausschluss sein (vgl. Luhmann 1995 zit in Sommerfeld et al. 2011). Demnach haben Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen ein erhöhtes Risiko von gesellschaftlichen Ausschlussmechanismen betroffen zu sein. Die Klinische Sozialarbeit⁴ sieht ihre spezifische Zielgruppen vor allem in Patientinnen und Patienten mit häufig chronischen Krankheiten und Belastungen in multiplen Problemlagen (vgl. Geissler-Piltz/Mühlum/Pauls 2005: 48). Dass die Gesundheit zentral ist für die Integration, zeigen auch statistische Bemühungen des Bundesamts für Statistik (BFS), das im Auftrag des Bundesrates ein indikatorengestütztes Integrationsmonitoring führt. Dieses Monitoring untersucht die „Teilhabe von schweizerischen und ausländischen Staatsangehörigen an der schweizerischen Gesellschaft“ (vgl. BFS 2014). Unter den insgesamt 68 regelmässig überprüften Indikatoren, sind hierbei insbesondere die zum Bereich des Gesundheitszustands und der Gesundheitsbedingungen von Interesse. Dabei werden beispielsweise die Indikatoren „Zugang zu medizinischen Leistungen“, „Dauerhaftes gesundheitliches Problem“ oder „Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand“ bei der Bevölkerung er-

⁴ Klinische Sozialarbeit gilt als ein Fachbereich der Sozialen Arbeit, der im Gesundheitswesen eine gewisse Etablierung erlangt hat. Weiter ausgeführt in Kapitel 4.

fragt (vgl. ebd. 2014). Ohne an dieser Stelle vertieft auf das Integrationsmonitoring eingehen zu können, ist die angestrebte Verankerung der Integrationspolitik zu erwähnen. Integration soll laut dem bundesrätlichen Bericht besser als Querschnittsaufgabe verstanden werden und in den vorhandenen Regelstrukturen⁵ konsolidiert werden (vgl. Bundesrat 2010: 51). Was dies im Detail bedeutet wird im Bericht nicht weiter ausgeführt und auch für die vorliegende Arbeit nicht weiter verfolgt. Es weist jedoch darauf hin, dass für die Politik der Begriff der Integration auch in Zusammenhang mit Gesundheit von Bedeutung ist.⁶

Die gesundheitsbezogenen Indikatoren des Monitorings verweisen auf die Relevanz der Gesundheit bei der Integration in die Gesellschaft. Mit der gesellschaftlichen Integration wird häufig auch die Soziale Arbeit in Verbindung gebracht, die „Nicht-Integrierte“ (wieder) integrieren soll. Auch Sommerfeld et al. (2011) sehen die Soziale Arbeit als legitime Profession, die Integrationsproblematiken zu bearbeiten. Dabei kann Integration auch bei institutionellen Übergängen von Bedeutung sein. Unter anderem kann die Integration einer gesundheitlich beeinträchtigten Person in ein professionelles Hilfesystem wichtig sein. Der Indikator „Zugang zu medizinischen Leistungen“ des Integrationsmonitoring weist dabei in eine ähnliche Richtung.

Grundsätzlich ist gesellschaftliche Integration ein komplexer Zustand, welcher von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird, die in der professionellen Bearbeitung berücksichtigt werden müssen. Von Professionellen der Sozialen Arbeit wird Integration jedoch oft nur als Hintergrundthema verstanden oder als selbstverständlicher Zielhorizont mitgedacht. Als Begriff bleibt Integration hingegen oftmals unterdeterminiert und wird undeutlich verwendet (vgl. Sommerfeld et al. 2011: 23). Eine Forschungsgruppe um Sommerfeld hat sich Zwecks Theoriebildung zur Integrationsthematik in verschiedenen Arbeiten vertieft zugewandt. Die daraus entstandene Grundlage für eine Theorie Sozialer Arbeit, fokussiert mit Integration und Lebensführung, das Zusammenspiel zwischen individuellen und sozialen Systemen.

2.2 Integration und Lebensführung

In der Diskussion um Integration sehen Sommerfeld et al. (2011) die Schwierigkeit, dass der mediale und politische Fokus primär auf dem Individuum liegt und der damit zusammenhängenden Zuschreibung individuellen Verschuldens einer problematischen Lebenssituation oder der Desintegration. Ein „aktivierender Sozialstaat“ soll „fördern und fordern“, was auch einen (semantischen) Anspruch hat, die Integration zu fördern. Für eine Soziale Arbeit kann, bzw. muss

⁵ Regelstrukturen sind hierbei integrationspolitisch bedeutende Bereiche, wie beispielsweise die Schule, Berufliche Bildung, Arbeitsmarkt oder das Gesundheitswesen. (vgl. Bundesrat 2010)

⁶ Weitere Informationen zum Integrationsmonitoring des Bundes sind unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/ind43.html> abrufbar [Zugriffsdatum: 7. Juli 2014].

dies als Zielgrösse verstanden werden. Jedoch ist die Soziale Arbeit ebenfalls von der aktuellen gesellschafts- und sozialpolitischen Strukturierung beeinflusst und meistens abhängig, so dass die Praktiken zur Förderung von Integration häufig einseitig umgesetzt werden (vgl. Sommerfeld et al. 2011: 17ff). Die Soziale Arbeit beschäftigt sich tendenziell mit Personen die „Draussen“ sind. Diese Personen gilt es nun im Sinne eines aktivierenden Sozialstaates zur Anpassung und in diesem Verständnis zur Integration zu führen (vgl. ebd.). Hierbei stellt sich die Frage, von welchem begrifflichen Verständnis die Soziale Arbeit bei Integration ausgeht und nach welchen Maximen sie ihre Interventionen begründet und durchführt. Wie bereits einleitend erwähnt, ist die begriffliche Determinierung von Integration und deren inhaltlichen Ausgestaltung der Sozialen Arbeit meistens nur ungenügend bekannt. Vielmehr werden verwandte Begriffe verwendet, wie gelingender Alltag, Partizipation, Zugehörigkeit, Rehabilitation, usw., welche Aufgaben enthalten, die in eine integrative Richtung weisen (vgl. ebd.: 23). Mit dem Verständnis von sozialpädagogischer Integration nach Treptow und Hörster, wonach „sozialpädagogisches Handeln [] auf Integration von Menschen in belastenden Lebenslagen [zielt], die in Gesellschaften und Gemeinschaften an den Rand gedrängt oder gar ausgegrenzt werden“ (Treptow & Hörster, 1999: 9 zit in Sommerfeld et al. 2011: 22), untermauern Sommerfeld et al. ihre Hypothese, dass Integration für die Soziale Arbeit ein wichtiger Funktions- und Zuständigkeitsbereich darstellt und als eine relevante Zieldimension zu verstehen ist (vgl. Sommerfeld et al. 2011: 22). Für die Autorengruppe ist es von zentraler Bedeutung, dass der Begriff Integration in Hinblick auf ein professionelles Verständnis und eine entsprechende Ableitung sozialarbeiterischen Interventionen, genauer definiert wird. Wenn dem grundsätzlichen professionellen Konsens nachgekommen werden soll, dass die Soziale Arbeit im Schnittfeld zwischen Individuum und Gesellschaft agiert, muss die menschliche Lebensführung mit ihren verknüpften bio-psychischen und soziokulturellen Seiten analysiert werden (vgl. ebd.: 29).

Gesellschaftliche Integration ist als dynamisches Zusammenspiel zwischen Individuum und Gesellschaft zu verstehen und bedingt dazu adäquate Bearbeitungsformen des Hilfesystems (vgl. ebd.: 35). Ob die Soziale Arbeit auch tatsächlich psychosoziale Dynamiken versucht zu verstehen und dazu angemessene Interventionen auf verschiedenen relevanten Systemebenen implementiert, stellt für Sommerfeld et al. eine zentrale Frage dar. Würde die Bearbeitung einer Problematik ausschliesslich auf der Ebene des Individuums, wie beispielsweise mit Kompetenz- und Verhaltensveränderungen stattfinden, würde dies zu kurz greifen und in Hinblick auf die Integration nicht alle notwendigen Perspektiven berücksichtigen (vgl. ebd.). Dass auch die professionelle Soziale Arbeit ihr Handeln häufig auf individuelle Faktoren fokussiert, kann neben den politischen und medialen Einflussgrössen auch in der Schwierigkeit fehlender Ressourcen gesehen

werden. Im „Alltagsgeschäft“ sind die wenigen zeitlichen Ressourcen für die Fallbearbeitung oftmals handlungsrelevant. Interventionen nur bezogenen auf das Individuum scheinen weniger aufwändig und werden einem längeren und vertieften Prozess vorgezogen. Dies widerspiegelt sich auch in der Ausgangslage der vorliegenden Arbeit. In der Versorgung von gesundheitlich beeinträchtigten Personen wird oft nach „Insellösungen“ gesucht und dabei nicht über den institutionellen „Tellerrand“, im Sinne eines weiterführenden Behandlungsprozess hinausgedacht. Dabei bedingen auch die Bearbeitung und Begleitung institutioneller Übergänge den Einbezug von Umweltfaktoren und das Wissen über ein dynamisches Zusammenspiel zwischen Individuum und Gesellschaft.

Um die theoretischen Überlegungen von Integration und Lebensführung weiter zu vertiefen, erläutern Sommerfeld et al. das Verhältnis von Individuum und Gesellschaft. Während in der feudalen Gesellschaft die Menschen nicht frei waren (u.a. Leibeigenschaft), ist in der modernen, demokratischen Gesellschaft das Individuum freigesetzt und muss sich fortlaufend seine gesellschaftliche Position (Arbeitsstelle, Zugehörigkeit, usw.) eigens erwerben, was über den Grad und die Form der Teilhabe entscheidet (vgl. Sommerfeld et al. 2011: 42f). Folglich ist diese individuelle Integration ein anspruchsvoller Prozess, im Ausgang jeweils offen und ungewiss. Dass diese individuellen Integrationsprozesse der Menschen nicht immer erfolgreich verlaufen, zeigt auch die beobachtbare soziale Schichtung der Gesellschaft und insbesondere eine Unterschicht, die in der gesellschaftlichen Teilhabe so stark eingeschränkt ist, dass sie auch als Gruppe der sich „Draussen“ Befindenden bezeichnet wird. Häufig erschweren restriktive Inklusionsbedingungen die Integration in soziale Systeme, so dass individuelle Integrationsprozesse oftmals scheitern und deshalb riskant sind (vgl. ebd.: 43). Folglich können bereits erworbene gesellschaftliche Positionen wieder verloren gehen, wenn die Bedingungen nicht erfüllt werden, beispielsweise wenn die Arbeitsfähigkeit nicht sichergestellt ist. Somit kann nach Sommerfeld et al. davon ausgegangen werden, dass soziale Risiken und Abstiege zur gesellschaftlichen Normalität gehören, was eine ausgeprägte dynamische Form der Vergesellschaftung mit sich bringt. Integrationsprobleme sind demzufolge strukturell eingelassen und bringen das Scheitern an diesen Bedingungen mit sich (vgl. ebd.: 44). In diesem strukturellen Integrationsproblem sehen Sommerfeld et al. den zentralen Aspekt einer dafür zuständigen Sozialen Arbeit im demokratischen Verständnis zur Teilhabe aller an der Gesellschaft. Soziale Arbeit wird dabei als Funktionssystem verstanden, welches ausgehend von einer demokratischen Semantik, namentlich der Brüderlichkeit, die eben beschriebenen Integrationsprobleme zu bearbeiten hat und in Form einer Profession und gesellschaftlicher Institution, ihre Zuständigkeit findet (vgl. ebd.: 270f).

Gesellschaftliche Integration wird als dynamischer Zustand verstanden, wie ein einzelner Mensch in seine Um- und Mitwelt eingebunden ist. Die Soziale Arbeit hat häufig mit Individuen zu tun, die mit verschiedenen Integrationsbedingungen nicht zurechtkommen. Als professionelle Fachperson gilt es diese unterschiedlichen Bedingungen sowie die individuelle Lebensführung zu erkennen, zu analysieren und wenn angezeigt, geeignete Unterstützungsformen zu leisten (vgl. Sommerfeld et al. 2011). Die Menschen sind nicht nur einfach in der Welt anwesend, sondern sie setzen sich mit ihr auseinander, sind in ihr tätig und schaffen eigene Lebensverhältnisse – sie führen entsprechend ihr Leben. Gleichzeitig setzt sich die Mitwelt aus verschiedenen Lebensführungen von Individuen zusammen und reproduziert diese (vgl. ebd.: 44). Diese Gleichzeitigkeit von individueller Lebensführung und Reproduktion von sozialen Systemen (Mitwelt), kann als dynamisches Zusammenspiel von Individuen und sozialen Systemen beschrieben werden (vgl. ebd.: 46). Ein Lebensführungssystem besteht demnach aus einem sozialen System auf der einen und aus dem individuellen System auf der anderen Seite (vgl. ebd.: 47). Das vermittelnde Element zwischen den beiden Systemen ist die Aktivität der Individuen, die sich in Formen menschlichen Handelns manifestieren (vgl. ebd.: 57). Eine menschliche Tätigkeit wirkt sich also immer auf zwei Ebenen aus, auf der sozialen und der individuellen Ebene und trägt in beiden Systemen zur Strukturbildung, bzw. Reproduktion bei.

Ausgehend von der Zuständigkeit der Sozialen Arbeit, können problematisch gewordene oder noch werdende individuelle Lebensführungssysteme als gegenständlich erachtet werden (vgl. ebd.: 272). Hierbei geht es einerseits um Problemlagen aus der Perspektive des Individuums, das mit den gesellschaftlichen Integrationsbedingungen nicht zurechtkommt und infolgedessen soziale Probleme hat. Andererseits provozieren diese Individuen aus Sicht der Gesellschaft (insb. der Politik und medialen Öffentlichkeit) und dem sozialen Umfeld auch selber Probleme (vgl. ebd.). Es kann also davon ausgegangen werden, dass die individuellen Problemlagen mit der Position innerhalb der Gesellschaft verknüpft sind und diese sozialen Problematiken wiederum mit psychischen, psychosozialen und biologischen Problemen des Individuums zusammenhängen (vgl. ebd.). Dabei besteht für die betroffene Person zumeist ein sich selbst verstärkender Kreislauf. Verfügt eine Person über wenig Ressource oder bestehen restriktive Bedingungen, ist eine eingeschränkte gesellschaftliche Teilhabe wahrscheinlicher. Ist für eine Person eine deprivierte Situation über längere Zeit Realität, führt dies zu einer schlechteren gesellschaftlichen Position und diese wiederum kann den Ressourcenhaushalt weiter verringern, was die Möglichkeiten einer Integration zunehmend verschlechtert (vgl. ebd.: 272f). Im Zusammenhang mit institutionellen Übergängen bei gesundheitlich beeinträchtigten Personen zeigt sich diese Mehrdimensionalität von Integration und Lebensführung ebenfalls. Einerseits bestimmen individuelle Ressourcen, wie

z.B. die Kenntnis um mögliche Behandlungsvarianten oder die gesundheitliche Einschränkung an sich. Jedoch sind zudem soziale, strukturelle oder organisationale Faktoren entscheidend, die einen Bearbeitungs- und Behandlungsprozess beeinflussen können. In diesem Fall sind ein „Slot-Denken“ einer Institution, die begrenzte Zuständigkeit oder das soziale Umfeld der Person mögliche Faktoren, die institutionelle Übergänge erheblich beeinflussen können. Die von Sommerfeld et al. geforderte Berücksichtigung der Sozialität von Lebensführung ist in der Problematik bei institutionellen Übergängen ebenfalls notwendig.

Das entwickelte Modell des Lebensführungssystems bildet die theoretischen und empirischen Erkenntnisse von Sommerfeld et al. ab und verweist dabei auf den Gegenstandsbereich der professionellen Sozialen Arbeit. Ausgehend von einem zu Forschungszwecken operationalisierten Begriff des Lebensführungssystems, wird insbesondere eine theoretische (teilweise auch praktische) Grundlage geschaffen, um die Praxis der Sozialen Arbeit zu gestalten (vgl. ebd.: 287). Folgende grafische Darstellung (Abb. 1) zeigt die Konkretisierung des abstrakten Verhältnisses von Individuum und Gesellschaft, bzw. die Sozialität menschlicher Lebensführung.

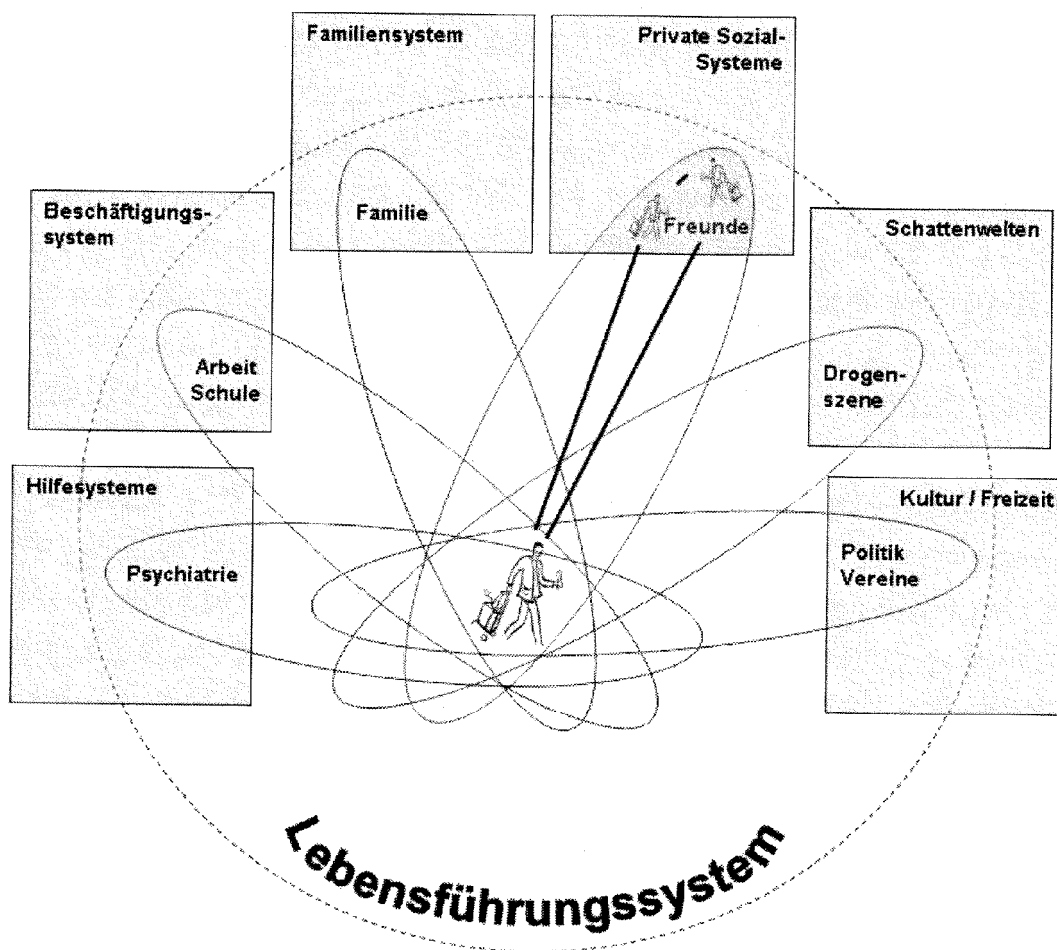


Abbildung 1: Lebensführungssystem als bio-psycho-soziale Form des menschlichen Überlebens (Sommerfeld et al. 2011: 287)

Die individuelle Lebensführung eines Menschen und den in der professionellen Tätigkeit zu bearbeitende Einzelfall, zeigt sich in der Grafik als gesamtes Lebensführungssystem, welches sich aus verschiedenen sozialen Figurationen und konkreten (sozialen) Handlungssystemen⁷ zusammensetzt. Das Lebensführungssystem bildet sich folglich aus der Summe verschiedener selbstorganisierter Prozesse (soziale Figurationen), die sich auf verschiedenen Ebenen des sozialen bzw. soziokulturellen Systems und des psycho-somatischen Systems auswirken und sich gegenseitig strukturieren (vgl. Sommerfeld et al. 2011: 115). Dieses dynamische Zusammenspiel versteht sich als „zirkuläre Kausalität“. Folglich entstehen soziale Systeme aus den einzelnen Lebensäußerungen der Menschen, die wiederum in einem zirkulären Sinn das Verhalten der Individuen in Form von sozialem Handeln strukturiert (vgl. ebd.). Wie in der Abbildung 1 zu sehen ist, bildet sich ein Lebensführungssystem neben verschiedenen sozialen Figurationen, aus unterschiedlichen konkreten Handlungssystemen, wie beispielsweise dem System der Arbeit, der Familie, privaten Sozialsystemen oder dem professionellen Hilfesystem.

Integration findet als zweiseitiger Prozess immer in verschiedenen Handlungssystemen parallel statt. Die sozialen Systeme bilden sich dabei durch die Einbindung von Akteuren und Sinn. Hierzu kann einerseits von einer Integration des Systems⁸ ausgegangen werden, die eine Entwicklung von sinnvollen, sinngenerierenden und sinngenerierten sozialen Ordnungsstrukturen vorsieht (vgl. ebd.: 126). Diese dynamische, sich selbst organisierende Ordnung wird allerdings noch durch eine weitere Ebene beeinflusst: die der Einbindung von einzelnen Akteuren und Sinn sowie deren bestimmten Positionen im System. Daher wird andererseits auch von einer Integration in das System⁹ ausgegangen (vgl. ebd.: 127).

7 Um ihr Leben zu führen bilden Menschen Soziale Figurationen, die als dynamisches Zusammenspiel zwischen Individuum und Gesellschaft verstanden werden und die Gleichzeitigkeit von Sozialität und Individualität auf den Punkt bringen. Soziale Figurationen bezeichnen sowohl individuelle psychische Dynamiken, also auch soziale Dynamiken in Form von Beziehungsdynamik zwischen Individuen. Diese sind strukturell gekoppelt und müssen für das Verstehen gleichermaßen rekonstruiert werden. Ein Fallbeispiel aus der Untersuchung von Sommerfeld et al. (2011) zeigt eine Problemdynamik darin, dass unspezifischen Leistungserwartungen des sozialen Systems „Beschäftigungssystem/Arbeit“ an einen Arbeitnehmenden, Gefühle wie Versagensängste, unerfüllbare Leistungserwartungen oder Wert- und Sinnlosigkeit auslösten. Dadurch verschlechterte sich die psychische Verfassung der Person zunehmend. Dieser individuelle psychische Kreislauf hängt wie gesagt mit dem sozialen System „Arbeit“ zusammen. Solche sozialen Systeme werden als konkrete Handlungssysteme beschrieben, die sich als reale soziale Systeme manifestieren und entstehen, wenn Akteure miteinander interagieren und Beziehungen bilden. Durch dieses Interagieren entwickeln die Akteure den sozialen Sinn des entsprechenden konkreten Handlungssystems und orientieren sich an diesem, durch das sie das soziale System reproduzieren. Im obigen Fallbeispiel zeichnete sich das konkrete Handlungssystem darin aus, dass es bei der Arbeit keine unmittelbaren und regelmässigen Feedbacks gab, jedoch gleichzeitig die Leistung als wichtiges Strukturprinzip galt. Dadurch und noch weiteren Elementen entwickelte sich bei der Person die beschriebene „innere“ Dynamik. Hierdurch wird deutlich, dass Soziale Figurationen Dynamiken sind, die das Individuum und soziale Handlungssysteme bedingen. Sie beziehen sich auf den jeweiligen sozialen Sinn und auf die (vorgängige) bestehende soziale Struktur (vgl. Sommerfeld et al. 2011:108-116). In diesem Sinn ereignet sich menschliche Lebensführung immer zeitgleich auf der sozialen und individuellen Ebene. Durch die Rekonstruktion von sozialen Figurationen können psychische und soziale Komponente in ihrer gegenseitigen Strukturierung dargestellt und verstanden werden. „Sie [die Rekonstruktionen] reduzieren sich gleichwohl nicht auf die Wiedergabe einer subjektiven Sichtweise, sondern durch die Erlebniswelt der Akteure hindurch wird die Sinnhaftigkeit und damit die Funktionsweise der konkreten, in diesem Fall interessierenden sozialen Figuration rekonstruiert.“ (vgl. Sommerfeld et al. 2011: 114). Dadurch können soziale und psychische Muster dargestellt und letztlich erklärbar gemacht werden.

8 In einem konkreten Handlungssystem bilden sich eine stabile soziale Ordnung, „in der alle Mitglieder insofern integriert sind, als sie zueinander eine Position gefunden haben, mit der sozialer Sinn verbunden ist“ (vgl. Sommerfeld et al. 2011: 125).

9 Die Akteure nehmen innerhalb eines konkreten Handlungssystem eine bestimmte, eigene Position ein, mit der sozialer Sinn verbunden ist, wie beispielsweise in Form von Rollen, Erwartungen oder Zuschreibungen (vgl. Sommerfeld et al. 2011: 127). Von dieser Position aus interagieren sie wiederum mit anderen Akteuren in

Integrierter Problemlösungsprozess bei institutionellen Übergängen

In der Versorgung von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen sehen sich die Patienten und Patientinnen häufig mit mangelnden Handlungsperspektiven konfrontiert. Die vorangegangenen Ausführungen zu Integration und Lebensführung fordern eine professionelle Bearbeitung, welche verschiedene Ebenen berücksichtigt. Eine vom Hilfesystem angestrebte soziale Integration, hat die Problemsituationen einer Person demnach auf sozialer, psychischer und biologischer Ebene einzubeziehen (vgl. Sommerfeld et al. 2011: 305f). Dabei loten die Betroffenen ihre jeweiligen Möglichkeiten aus, die sich im Rahmen ihrer psychischen Potentiallandschaft¹⁰, in Kombination mit den sozialen Strukturen umsetzen lassen (vgl. ebd.: 291). Der Sozialen Arbeit kommt die Aufgabe zu, dieses Ausloten und Arrangierens zu unterstützen. Wenn es einer professionellen Sozialen Arbeit gelingt das dynamische Zusammenspiel verschiedener Systeme zu erfassen und zu verstehen, bestehen gute Chancen im Einzelfall zielgerichtet und adäquat zu intervenieren (vgl. ebd.). Wenn es zu einer nachhaltigen Problemlösung kommen soll, muss sich dabei das Integrationsarrangement verändern und in neuer Weise stabilisieren (vgl. ebd.: 145). Dabei kann von einer gelungenen professionellen Unterstützung ausgegangen werden, wenn die Problematik in ihrer jeweiligen Komplexität erfasst wird und die Intervention auf das Problem und die zugrundeliegende Dynamik angepasst ist. Sowohl die Bearbeitung der psychischen Anteile (Verhaltensmuster), als auch direkte Interventionen in soziale Handlungssysteme müssen in einen konsistenten Handlungsplan münden, der auf Kontinuität des Hilfesystems abzielt (vgl. ebd.). Die Autoren benennen eine solche professionelle Unterstützung im Rahmen von Re-Integrationsprozessen als anzustrebenden integrierten Problemlösungsprozess (vgl. ebd.).

Bei Re-Integrationsprozessen stellt die Phase des Austritts aus der stationären Einrichtung eine besondere Herausforderung dar. Sommerfeld et al. konnten an diesem Punkt ein „gesetzmässiges“ Auftreten von Unsicherheit bei den betroffenen Personen feststellen (vgl. ebd.: 316). Demnach ist diese Phase des Übergangs in andere soziale Systeme (z.B. Familie) oder andere Versorgungseinrichtungen (z.B. Rehabilitation) häufig von Unsicherheit geprägt. Dabei kann die Häufung von Bewältigungsaufgaben, der Verlust der Arbeitsstelle oder die grundlegende Überforderung in alte Systeme zurückzukehren, ausschlaggebend sein (vgl. ebd.). Ein integrierter Problemlösungsprozess erfordert wie erwähnt, neben der Bearbeitung der individuellen psychischen Muster, auch das Intervenieren in sozialen Handlungssystemen (Familie, Arbeit, Hilfesystem, usw.). Dabei beschreiben Sommerfeld et al. die ideale Situation, dass die stationäre Behand-

diesem System, wodurch zugleich die Reproduktion der oben beschriebenen sozialen Ordnung bzw. der Integration des Systems im Sinne einer zirkulären Kausalität passiert (vgl. Sommerfeld et al. 2011: 127).

¹⁰ Im Laufe des Lebens entwickelt jeder Mensch während den Integrations- und Sozialisationsprozessen verschiedene „Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster“, die in ihrer Summe die psychische Potentiallandschaft eines Akteurs ausmachen (vgl. Sommerfeld et al. 2011: 128).

lung mit der ambulanten Behandlung sowie dem sozialen Umfeld des Betroffenen verbunden wird und durch Kontinuität gekennzeichnet ist (vgl. ebd.: 326). Jedoch zeigt die Untersuchung auch, dass die Professionellen ihr Handeln zumeist nicht auf einen integrierten Problemlösungsprozesses ausrichten. Die Kontinuität des Prozesses wurde, wenn überhaupt, in der Überweisung in eines von zahlreichen weiteren spezialisierten Hilfesysteme beschrieben oder den Betroffenen als zusätzliche Bewältigungsaufgabe „mit auf den Weg“ gegeben (vgl. ebd.: 326f). Sommerfeld et al. halten schlussendlich fest, dass „ein koordiniertes Vorgehen im Sinne eines Behandlungsplans oder eines „integrierten Prozessbogens“, der die verschiedenen Aktivitäten der diversen in einem Fall involvierten Hilfesysteme miteinander zielgerichtet verknüpfen würde, (...) nicht rekonstruierbar [ist].“ (Sommerfeld et al. 2011: 327)

Mit diesem Zitat wird deutlich, welche Bedeutung institutionelle Übergänge haben können. Im Versorgungssystem sind tragfähige Arbeitsbündnissen zwischen Professionellen und Betroffenen zentral, werden jedoch beim Austritt aus der Institution zumeist abgebrochen. Problemlösungsprozesse werden draussen nicht fortgesetzt oder nicht konsequent weiter geplant (vgl. ebd.). Im ersten Kapitel der vorliegenden Arbeit wurde dargelegt, dass u.a. wegen der Zersplitterung der Hilfesysteme und einer „Slot- oder Silo-Logik“, insbesondere organisationale Routinen handlungsleitend sind und folglich selten bis nie über die eigene Institution hinaus geplant und interveniert wird. Diesen Mangel untermauern auch Sommerfeld et al. und verweisen auf das Fehlen einer Fachperson in einer Koordinationsfunktion sowie das direkte Intervenieren in einzelnen Handlungssystemen. Es fehlt dem Hilfesystem der Blick aufs Ganze, weshalb die komplexen Problemdynamiken die einen übergreifenden Problemlösungsprozess bedingen, nicht adäquat bearbeitet werden können (vgl. ebd.: 330). Eine systematisierte und validierte Erfassung der jeweiligen Problemdynamiken ist dabei für die Synchronisierung der Hilfeleistungen wichtig. Hierzu ist ebenfalls zu bedenken, dass im Sinne der Kontinuität eines professionellen Prozessbogens, schon der Übergang von draussen nach drinnen (in eine Einrichtung) mitgedacht werden sollte (vgl. ebd.: 328, 330). Eine „Patchwork-Hilfe“ wie sie heute häufig der Fall ist, reicht nicht aus um die Komplexität des Falles zu erfassen und wird einer notwendigen zeitlichen Strukturierung sowie der jeweiligen Falldynamik nicht gerecht (vgl. ebd.: 331). Es bräuchte bei Übergängen aus stationären Einrichtungen eine übergeordnete Struktur oder Stelle, die für einen koordinierten und kontinuierlichen Prozessbogen zuständig wäre. Nicht zuletzt deshalb, weil für viele Individuen die Aufgabe, selbst die Hilfeleistung zu koordinieren und den Überblick zu wahren, einer Überforderung gleichkommt (vgl. ebd.: 332).

Die Überlegungen zur Integration und Lebensführung bieten für die vorliegende Arbeit gute Anknüpfungspunkte. Einerseits für ein Verständnis notwendiger Perspektiven in der Diskussion um

Integrationsprozesse. Andererseits als theoretischer Rahmen für die Erfassung relevanter sozialer Handlungssysteme und deren Verbindung zum individuellen Lebensführungssystem der gesundheitlich beeinträchtigten Person. In Hinblick auf gesundheitsbezogene Re-Integrationsprozesse wurde von Sommerfeld et al. insbesondere die soziale Re-Integration nach einer stationären psychiatrischen Behandlung beleuchtet. Die Erkenntnisse bieten hierbei eine gute Grundlage für eine erweiterte Perspektive, hin zu institutionellen Übergängen im Gesundheitswesen allgemein. Um den theoretischen Blick auf Übergänge in einer allgemein-sozialwissenschaftlichen sowie einer spezifisch-gesundheitsorientierten Perspektive zu schärfen, werden im folgenden Kapitel entsprechende Bezüge hergestellt.

2.3 Übergänge und Transitionskonzept

Übergänge im Leben von Menschen stellen grundsätzlich eine Herausforderungen dar. Die folgenden Ausführungen verweisen deshalb einerseits auf die Diskussion zu Übergängen im Lebenslauf von Menschen und andererseits auf gesundheitsbedingte Veränderungen im Leben (Transitionen). Für eine professionelle Bearbeitung mehrdimensionaler gesundheitlichen Problemsituationen von Betroffenen, sind gesundheits- bzw. krankheitsspezifische Kompetenzen und entsprechendes Wissen notwendig.

2.3.1 Übergänge im Lebenslauf

Im wissenschaftlichen Diskurs wurden Übergänge während längerer Zeit im Fokus typischer, durch gesellschaftliche Normen erwartete Übergangphasen individueller Entwicklungswege untersucht, wie beispielsweise berufliche Veränderungen, Heirat, Familiengründung oder Schulübertritte, die für die Integration in die Gesellschaft von Bedeutung waren (vgl. Wingensfeld 2005: 138). Dabei wurden vor allem verschiedene Übergangspraktiken untersucht, die mit dem Begriff der „Statuspassagen“, Mechanismen der Reproduktion sozialer Strukturen und Normalitätsmuster beleuchten (vgl. Walther/Stauber 2013: 29). Wie in der voran gegangenen Diskussion um Integration, ist auch in der Übergangsforschung das Verhältnis von Individuum und Gesellschaft ein zentraler Bezugspunkt. Dabei ist bei Übergängen im Lebenslauf die Interaktion zwischen veränderten externen Handlungsanforderungen und Rollenerwartungen sowie sich verändernde Selbstkonzepte des Subjekts zentral (vgl. ebd.: 29). Es kann von einem dynamischen Charakter bei Übergängen im Lebenslauf ausgegangen werden. Dabei können Lebensläufe als Abfolge von Lebensaltersphasen oder als Übergänge beschrieben werden, die soziale Zustands- und Positionswechsel markieren (vgl. ebd.: 28). Hierbei wird insbesondere eine (moderne) soziologische Perspektive auf die Lebenslaufforschung eingenommen und Übergänge als „individuelle Prozesse des Zustandswechsels“ verstanden (vgl. Sackmann und Wingens 2001 zit in:

Walther/Stauber 2013: 29) oder als mehr oder weniger abrupte Veränderung der Lebenssituation definiert (vgl. Wingenfeld 2005: 138).

Allen Ansätzen gemeinsam ist die Annahme, dass Übergänge grundsätzlich Zonen der Ungewissheit und Verletzlichkeit darstellen, sowohl für die gesellschaftliche Ordnung, als auch für das Individuum, das die bisherige Identitätsbalance beim unsicheren Übergang in Gefahr erleben kann (vgl. ebd.: 30). In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass Übergänge häufig institutionell angestossen werden und gerahmt sind. Das Bildungs- und Sozialwesen gelten als besonders „übergangsintensiv“, jedoch hängen die Übergänge auch immer vom biografischen Handeln des Individuums ab, welches die Veränderungen der Lebenssituation eigens strukturiert und entsprechende Handlungsweisen und Bewältigungsstrategien laufend neu gestaltet (vgl. Schröder 2013: 11). Dabei schliessen die Perspektiven der Übergangsforschung an den Überlegungen von Sommerfeld et al. (2011) in dem Sinne an, dass im Zuge neoliberaler Entwicklungen die Bewältigungsanforderungen zunehmen und vermehrt die Pflicht beim einzelnen Menschen gesehen wird.

Die Soziale Arbeit nimmt in Hinblick auf Übergänge als „Mitregentin im Lebenslaufregime“ (Schefold 2001: 1133, zit in Walther/Stauber 2013: 32) verschiedene Funktionen ein. Sie ist bei Situationen tätig, bei denen die Abweichung des Individuums vom Normallebenslauf zu gross ist, sei es aufgrund von Sozialisationsdefiziten oder den mangelnden biografischen Bewältigungsmustern. Die Soziale Arbeit arbeitet folglich implizit oder explizit an Übergängen oder fungiert als „Gate-Keeper“. Die Bearbeitung ist hierbei von der vermeintlichen Selbstverständlichkeit, der Gültigkeit und Erreichbarkeit eines normalen Lebenslaufs beeinflusst, einerseits in der Konstruktion des Hilfebedarfs und andererseits in der Legitimierung eigener Ziele (vgl. ebd.: 32f).

Die Thematik „Institutionen und Übergänge“ verweist auf die Relevanz einer institutionellen Rahmung von Übergängen und beschreibt entsprechende Übergangssituationen. Unter anderem der Übergang von Kindergarten in die Grundschule, innerbetriebliche Übergänge oder Übergänge in die Arbeitswelt. Übergänge zwischen gesundheitsbezogenen Institutionen wie sie die vorliegende Arbeit fokussiert, werden in diesem Diskurs nur am Rande geführt. Homfeldt (2013) beschreibt mit der gesundheitsbezogenen Rehabilitation, dass Übergänge im Lebenslauf im Sinne tiefgreifender Richtungswechsel auch durch Krankheitsereignisse ausgelöst werden können (vgl. ebd.: 750). Veränderungen im Leben einer gesundheitlich beeinträchtigten Person bedingen für die professionelle Bearbeitung unterschiedliche Interventionsperspektiven. Homfeldt sieht dabei vermehrt der Fokus bei einer „community-care“, welche Handlungsbedarf insbesondere in

der Gemeinde lokalisiert. Zudem wäre eine „nahtlos ineinander greifende Rehabilitation“ von grosser Bedeutung (vgl. ebd.).

Gesundheitsbedingte Lebensveränderungen können demnach auch als Übergang definiert werden. Um gesundheitsbedingte Übergänge näher zu beleuchten, wird im folgenden Kapitel das Transitionskonzept in den Blick genommen. Darin stellen institutionelle Übergänge neben anderen gesundheitspezifischen Aspekten, einen essentiellen Bestandteil dar.

2.3.2 Transitionskonzept

Das im Folgenden im Zentrum stehende Transitionskonzept wurde in dieser Form von Wingefeld (2005; 2009) ausgearbeitet. Das Konzept der Transition wurde ursprünglich im Rahmen von Biografieforschung und Untersuchungen zur sozialen Mobilität im Kontext von Lebenslauforschung entwickelt (vgl. Wingefeld 2005: 17). Begrifflich ist „Transition“ auch als Übergang zu verstehen, der sich jedoch inhaltlich differenziert. Neben „entwicklungsbedingten“ und „situationalen“ Transitionen, wurden ab den 1980er Jahren Übergänge im Lebenslauf vermehrt auch unter dem Gesichtspunkt gesundheitlicher Konsequenzen diskutiert und als „gesundheitliche“ Transition erklärt (vgl. ebd.: 17,150). Demnach können akute oder chronische Erkrankungen für eine Person tiefgreifende Veränderungen im Leben bedeuten – sie sehen sich mit einer gesundheitlichen Transition konfrontiert (vgl. Wingefeld 2009: 91). Ein solcher Richtungswechsel im Leben kann längerfristige Einschränkungen in der Autonomie und Lebensqualität bedeuten und fordert eine angemessene Bearbeitung durch die erkrankte Person selbst, dem sozialen Umfeld sowie dem professionellen Hilfesystem (vgl. ebd.). Wingefeld definiert „Gesundheitliche Transitionen“ folgendermassen:

Gesundheitliche Transitionen („health/illness transitions“) umfassen Veränderungsprozesse infolge plötzlicher oder schleichender, grundlegender oder gradueller Veränderungen des Gesundheitszustandes. Durch Erkrankungen oder andere gesundheitsrelevante Ereignisse und Entwicklungen (auch durch gesundheitliche Verbesserungen) können sich Veränderungen in allen Lebenszusammenhängen des Individuums ergeben, einschliesslich des Übergangs in eine andere Lebens- bzw. Versorgungsumgebung. (Wingefeld 2005: 150)

Für das Verständnis von gesundheitlicher Transitionen stehen in Abgrenzung zu Übergängen im Lebenslauf, unterschiedliche gesundheitliche Probleme oder Risiken im Zentrum, die als „Auslöser für Übergänge“ zu verstehen sind (vgl. Wingefeld 2005: 147). Laut Wingefeld stand in den bisherigen Konzepten insbesondere die individuelle Krankheitsbewältigung im Zentrum,

wodurch dem subjektiven Erleben des Individuums viel Gewicht beigemessen wurde (vgl. ebd.: 183). Unter Berücksichtigung bestehender Transitionskonzepte entwickelte Wingefeld das Konzept weiter, mit der Idee, möglichst alle Bewältigungsanforderungen bei Übergängen zu integrieren. Neben der Rekonstruktion individueller Faktoren, sollten auch Bewältigungsanforderungen des sozialen Umfelds und des Hilfesystems miteinbezogen werden (vgl. ebd.). Die wichtigste Anpassung sieht Wingefeld in der Verschränkung von Krankheitsverlauf und Krankheitsbewältigung, die in ein System von professionellen Akteuren und informellen Helfenden eingelagert ist (vgl. ebd.: 166). Hierbei werden alle Übergänge innerhalb des Versorgungssystems zugeordnet, auch den zeitlich begrenzten Wechsel in eine andere Versorgungsumgebung (vgl. ebd.: 150).

An dieser Stelle zeigt sich die Bedeutung des Transitionskonzepts für die vorliegende Arbeit. Institutionellen Übergänge und deren Anforderungen sind wesentliche Elemente einer gesundheitlichen Transition und müssen entsprechend in der professionellen Bearbeitung berücksichtigt werden. Professionelle, welche Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen behandeln und begleiten, müssen alle relevanten Bewältigungsanforderungen einer gesundheitlichen Transition kennen und berücksichtigen. Mit dem Transitionskonzept ist ein theoretischer Rahmen gegeben, welcher für die Analyse und das Verstehen einer Transition und den damit zusammenhängenden Bewältigungsbedingungen geeignet erscheint. Die Erfahrungen der Klinischen Sozialarbeit zeigen, dass für Sozialarbeitende, welche mit gesundheitlich beeinträchtigten Personen arbeiten, in den meisten Fällen gesundheitsspezifisches Wissen notwendig ist. Die Kenntnis über gesundheitliche Transitionen und die damit verbundenen Veränderungsprozesse bei einer betroffenen Person, ist als solches Wissen zu verstehen. Die nachfolgenden Ausführungen zu verschiedenen Elementen des Transitionskonzepts, kann Professionellen, die sich mit gesundheitlich beeinträchtigten Personen beschäftigen, relevante und zu bearbeitende Aspekte verdeutlichen.

Der „Grad der Erwünschtheit“ einer gesundheitlichen Problematik, bzw. einer Behandlung kann je nach Person und Erkrankung unterschiedlich sein. Die Erwünschtheit wird dabei als Mass individueller Perzeption (Wahrnehmung und Bedeutungszuschreibung), Motivation und Handlungsstrategie der betroffenen Person verstanden (vgl. Wingefeld 2005: 166). Für die meisten Patienten und Patientinnen ist eine Erkrankung oder ein stationärer Klinikaufenthalt grundsätzlich unerwünscht. Dabei wird das Krankheitsereignis als Verlust autonomer Bewältigung und als Leid erlebt, das sowohl die Behandlung als auch den Übergang in ein anderes Versorgungssetting und die damit verbundene Bewältigungsarbeit entsprechend beeinflusst (vgl. ebd.: 167). Die Kumulation verschiedener (gesundheitlicher) Problemlagen kann nach Hurrelmann (2000) auf

Dauer zu einem Ungleichgewicht zwischen Belastung und Bewältigungskompetenz führen. Dabei kann eine Häufung von Problemen auch das Ergebnis von Unterlassungen sein, wenn trotz unverkennbarer Symptome keine professionelle Unterstützung gesucht wird und dadurch eine akute Erkrankung ausgelöst wird (vgl. ebd.: 169).

Mit dem „Ereigniskontext“ sind unterschiedliche Vorgeschichten wie individuelle Entwicklungen der gesundheitlichen Problemsituationen sowie der bisherige Erfahrungshintergrund und damit zusammenhängenden Bewältigungsressourcen gemeint. Diese Informationen geben einen Überblick zum Krankheitsverlauf und ermöglichen die Einschätzung in Hinblick auf krisenhafte Übergänge (vgl. ebd.: 169f). Wenn Patientinnen und Patienten auf institutionelle Übergänge vorbereitet werden, können deren persönlichen Erfahrungen mit Fachpersonen oder ganzen Institutionen, entscheidende Hinweise auf die Wahl der nachsorgenden Einrichtung geben.

Als ein weiteres wichtiges Merkmal bei gesundheitlichen Transitionen ist die „Art des gesundheitlichen Problems“ zu benennen. Wie gravierend die durch die Transition verursachte Veränderung der Lebenssituation für den jeweiligen Patienten oder die Patientin ist, kann nicht an der Schwere einzelner Erkrankungen festgemacht werden. Das Risiko- und Belastungspotential kann letztlich immer erst unter Berücksichtigung der erwähnten Ereignismerkmale beurteilt werden (vgl. ebd.: 170). Wingefeld verdeutlicht in diesem Zusammenhang, dass eine Unterscheidung in chronische und akute Erkrankungen kaum von Bedeutung ist – sogar eher kontraproduktiv wirken kann, wenn dadurch die Lebensumstände des Individuums in den Hintergrund rücken (vgl. ebd.: 170f). Folglich sind nicht die Dauerhaftigkeit oder die Irreversibilität die bedeutendsten Bezugsgrößen zur Einschätzung des Risiko- und Bewältigungspotentials, sondern das Ausmass der gesundheitlichen Problemsituationen und ihre Konsequenzen für den Lebensalltag. Demnach kann eine vermeintlich kleine Erkrankung unter deprivierten Lebensumständen zu weitreichenden individuellen und sozialen Beeinträchtigungen führen (vgl. ebd.: 172). Insbesondere für Fachpersonen der Sozialen Arbeit kann das Wissen der sozialen Situation einer Patientin oder eines Patienten demnach entscheidende Hinweise auf die Bewältigungsanforderungen geben, unabhängig von der Art des gesundheitlichen Problems.

Die wissenschaftliche Diskussion zur „Dauer“ einer gesundheitlichen Transition ist bis jetzt nicht abgeschlossen. Der Eintritt ist mit einem auslösenden kritischen und gesundheitsrelevanten Ereignis bereits formuliert. Der Austritt ist indessen wesentlich umstrittener, zumal die Frage besteht, wer einen Abschluss einer Transition definiert. Dabei kann davon ausgegangen werden, dass die individuelle Perzeption der Betroffenen, den Übergangsprozess und ein allfälliger Austritt aus einer Transition anderes definiert, als wenn durch theoretische Konzepte und organisationale Logiken normative Setzungen zu Verläufen mit Start- und Endpunkten formuliert werden

(vgl. ebd.: 173). Aus der Perspektive eines Krankenhauses oder einer anderen stationären Einrichtung wird der Startpunkt in der Regel mit dem Eintritt in die Institution gesehen. Der Austritt aus der Institution „beendet“ dann für die Institution den Fall. In Hinblick auf den Austritt müssen die Transitionen jedoch als offene Prozesse verstanden werden, die nicht selten fließend in weitere Phasen des Lebenslaufs übergehen (vgl. ebd.: 174).

Neben diesem wichtigen gesundheitspezifischen Wissen, lässt sich zudem an der in der Ausgangslage dargelegten Problembeschreibung anknüpfen, dass viele Institutionen in einem „Slot-Denken“ ihre Fälle bearbeiten. Das heisst die Behandlung und Betreuung der Patienten und Patientinnen ist so lange gewährleistet, wie diese in der Institution „eingeschrieben“ sind. Eine professionelle Bearbeitung bedingt jedoch die Integration der individuellen Vorgeschichte und die Zeit nach einer einzelnen Institution. Die Übergänge in Nachsorgeeinrichtungen, ambulante Praxen oder ins private zu Hause sind entsprechend in der Behandlung und Begleitung einzuplanen.

Wingefeld (2005) beschreibt es als Mangel, dass bisherige Konzepte bis anhin vor allem das subjektive Erleben des Individuums berücksichtigen, weniger aber die daraus resultierenden Bewältigungsanforderungen im Verlauf des Übergangs. Basierend auf empirischen Untersuchungen von Wingefeld sind folgende Problemdimensionen für eine Bearbeitung zu berücksichtigen:

- Gesundheitlicher Status und seine Veränderung (u.a. krankheitsbedingte Belastungen)
- Gesundheitliche Versorgung (u.a. medizinische Behandlung, weitere professionelle Massnahmen)
- Alltagsbewältigung (u.a. Reorganisation des Alltags)
- Veränderung sozialer Beziehungen und Rollen (familiäres und berufliches Umfeld)
- Anpassung des Selbstkonzepts (u.a. biografische Anpassungen)
- Veränderung der ökonomischen Lebensgrundlage (vgl. ebd.: 184)

Von Bedeutung ist ebenfalls die individuelle Perzeption des Patienten oder der Patientin bei einer gesundheitlichen Transition. Diese Perzeption wird insbesondere durch folgende Aspekte geprägt:

- Abhängigkeit
- Handlungsbegrenzung (Autonomieverlust)
- Unsichere Zukunftsperspektive
- Unsicherheit in der Deutung von Ereignissen und Behandlungsprozessen
- Unsicherheit in Bezug auf Handlungsorientierungen
- Unsicherheit auf der Ebene der Selbsteinschätzung (vgl. ebd.: 184)

Durch die jeweiligen Perzeptionen entwickelt sich ein individuelles „Konzept“, welches dem gesundheitlichen Status und der damit einhergehenden Veränderung Bedeutung und Sinn zuschreibt und letztlich einen Einfluss auf die Entwicklung der Handlungsorientierung hat (vgl. ebd.: 185).

Bearbeitung gesundheitlicher Transitionen

Eine erfolgreiche Bewältigung einer gesundheitlichen Transition ist nach Wingefeld „die Herstellung relativer Stabilität und damit verbunden eine Routinisierung, Restrukturierung und gewisse Normalisierung des Lebens“ (Wingefeld 2005: 186). Die Merkmale einer erfolgreichen Bewältigung beinhalten verschiedene Aspekte, welche jedoch im Einzelfall nicht alle von Bedeutung sein müssen. Folgende Indikatoren können dabei wichtig sein:

- Rekonvaleszenz oder zumindest Kontrolle der Krankheitssymptome
- Geringes Niveau körperlicher/psychischer Belastung, relatives Wohlbefinden
- Grösstmögliche Autonomie (in den gesundheitlich bestimmten Grenzen)
- (Selbst-)Versorgungsroutinen und deren Integration in den Lebensalltag
- Kontinuität und Stabilität der Unterstützung durch professionelle Akteure
- Wiederaufnahme gewohnter oder restrukturierter Alltagsroutinen
- Angepasste materielle Umgebung
- Stabile soziale Beziehungen und Rollen
- Akzeptanz der Lebensumstände, Wiederaufnahme zukunftsgerichteter Planungen
- Integration des veränderten Gesundheitsstatus
- Soziale/ökonomische Sicherung (vgl. ebd.: 187)

Diese Indikatoren einer erfolgreichen Bewältigung erfordern eine Bewältigungsarbeit, die als „Gesamtheit von Handlungen, Verhaltensweisen, emotionalen und kognitiven Prozessen zu definieren [sind], die auf die Herstellung von relativer Stabilität abzielen“ (Wingefeld 2005: 186). Die zur Verfügung stehenden Ressourcen stellen für die Bewältigung ein zentrales Merkmal dar und werden in personale Ressourcen und Ressourcen der Umwelt unterschieden. Die personalen Bewältigungsressourcen setzen sich zusammen aus dem Wissen und den Handlungskompetenzen, die grundlegend sind für: eine adäquate Deutung des Gesundheitszustandes, die Entwicklung und Umsetzung von eigenen Handlungsstrategien, die Überwindung der Unsicherheiten und nicht zuletzt für eine zielorientierte Kommunikation mit den professionellen Akteuren. Weiter sind Gestaltungs- und Managementkompetenzen wichtig, um die Reorganisation des Alltags oder die Koordination von Unterstützungsleistungen zu planen. Auch von Bedeutung sind Kom-

petenzen zur Rollenmodellierung, da Patienten und Patientinnen durch die Transition verschiedene Rollenwechsel erfahren können und entsprechend zwischen individuellen Bedürfnissen und Rollenerwartungen der sozialen Umwelt austarieren müssen (vgl. Wingefeld 2005: 185). Bei den Ressourcen der Umwelt kann von drei Bereichen ausgegangen werden. Erstens die sozialen Netzwerke der Patienten und der Patientinnen. Zweitens die materielle Lebensumgebung und drittens, die formellen Unterstützungsangebote. Letztere können ambulante, teilstationäre oder stationäre Einrichtungen umfassen, aber auch soziale Dienste oder häusliche Unterstützungsformen (vgl. ebd.: 186). Für die vorliegende Arbeit verweist der dritte Ressourcenbereich auf institutionelle Übergänge und die Bedeutsamkeit betroffene Personen bei Übergängen zwischen verschiedenen gesundheitsrelevanten Institutionen wenn notwendig zu unterstützen. Entsprechend so, dass dadurch die formellen Unterstützungsangebote zur Ressource der Patienten und Patientinnen werden können.

Eine übergeordnete Position in der Bewältigung von gesundheitlichen Transitionen hat die Förderung hin zu einem Status relativer Stabilität der Gesundheit und Lebenssituation (vgl. ebd.: 187). Zentral für professionelle Akteure ist nach Wingefeld die Unterstützung von Patientinnen und Patienten bei der Bewältigung von inneren und äusseren Anforderungen, wodurch „healthy transitions“ gefördert sowie den Wechsel einer Transition in eine ausgedehnte Patientenkarriere vermindert werden (vgl. ebd.: 171,188).

Ausgehend von dieser Bewältigungsmaxime formuliert Wingefeld sechs zentrale Aufgabenbereiche, die für professionelle Akteure handlungsleitend sein sollten. Dadurch können die Bewältigungsressourcen gefördert, direkte Unterstützung bei konkreten Aufgaben geleistet und geeignete Rahmenbedingungen arrangiert werden (vgl. ebd.: 188ff):

- Förderung personaler Ressourcen des Patienten/der Patientin.
- Förderung und Erhalt personaler Ressourcen der Angehörigen und anderer Bezugspersonen: Innerhalb des familiären und kollegialen Umfelds der Betroffenen kann die Bereitschaft zur Unterstützung eine wichtige Rolle spielen. Professionelle Akteure unterstützen dabei die Angehörigen als Kooperationspartner für die Bewältigungsarbeit des eigentlichen Patienten, bzw. der Patientin.
- Anpassung der materiellen Umgebung: Dabei sind insbesondere Anpassungen in der häuslichen Umgebung oder der Verfügbarkeit von Hilfsmittel vorgesehen.
- Mobilisierung und Vorbereitung relevanten Akteuren: Hierbei ist von zentraler Bedeutung, dass es nicht um eine schlichte Vermittlung von Leistungsangeboten und Sicherstellung der Finanzierung geht. Vielmehr soll eine sinnvolle Vorbereitung auf die Anforder-

derungen, die durch die jeweilige Problem- und Bedarfslage begründet ist, angestrebt werden. Die Förderung von Ressourcen ist dabei nicht aus isolierten Massnahmen zusammengesetzt, sondern die Notwendigkeit besteht, dass „Aktivitäten, Massnahmen, und Handlungsstrategien aller Beteiligten zu koordinieren und aufeinander abzustimmen [sind].“ (Wingefeld 2005: 190) Die gesundheitliche Versorgung kann als komplexes Arrangement verstanden werden, welches die Eigenaktivität des Patienten oder der Patientin, die Unterstützung durch Angehörige und das soziale Umfeld, verschiedene pflegerische und therapeutische Hilfen sowie weitere formelle Leistungsanbieter integriert. Die Förderung von Bewältigungsressourcen der äusseren Umgebung definiert sich letztlich im Verständnis, ein tragfähiges und abgestimmtes Versorgungsarrangement herzustellen (vgl. ebd.).

- Unmittelbare Unterstützung bei der Bewältigung: Hierbei werden vor allem konkrete und aktuelle Fragen zu Problemen der Betroffenen bearbeitet. Beispielsweise in der Hilfe bei Situationsdeutungen und der Rekonstruktion des Selbstkonzepts. Weiter kann die Unterstützung bei Entscheidungen oder die Entwicklung von Handlungsstrategien im Fokus stehen.
- Herstellung geeigneter Voraussetzungen zur Bewältigung: Dabei gilt es die Patientinnen und Patienten zu unterstützen, ein möglichst hohes Mass an Kontrolle bei der eigenen Krankheitsbewältigung zu erlangen, Partizipation bei relevanten Entscheidungen und der Ausgestaltung des Behandlungsplans zu ermöglichen. Dadurch wird auch die Bereitschaft und Motivation zur Veränderung gefördert (vgl. ebd.: 191).

Diese durch professionelle Akteure zu leistenden Massnahmen stehen dabei vor dem Hintergrund, Patienten und Patientinnen zu unterstützen, die mit der Transition verbundenen Anforderungen der Krankheitsbewältigung zu erfüllen (vgl. ebd.: 193f). Diese identifizierten Aufgabengebiete und Massnahmen der professionellen Akteure können abschliessend in drei Haupttypen beschrieben werden:

- Vermittlung und Koordination von Unterstützungsleistungen
- Patientenorientierte Gestaltung der Versorgung und Versorgungsumgebung
- Information, Beratung und Edukation (vgl. ebd.: 191)

2.4 Lebensbewältigung

Wingenfeld weist mehrfach auf die Notwendigkeit hin, in der Betrachtungsperspektive und der professionellen Bearbeitung immer sowohl die individuelle biografische Dimension, als auch die sozial-gesellschaftliche Dimension zu integrieren. Mit der begrifflichen und inhaltlichen Nähe des Konzepts der Lebensbewältigung nach Böhnisch, sollen in Bezug auf zu bewältigende gesundheitsbedingte Transitionen sowie der theoretischen Verortung im Fach der Sozialen Arbeit, an dieser Stelle die Grundannahmen des Konzepts erläutert werden.

Konzept der Lebensbewältigung

Das Bewältigungsparadigma bzw. das Konzept der Lebensbewältigung verweist nach Böhnisch auf die Doppelperspektivität kritischer Lebenssituationen. Auf der einen Seite ist das Individuum in der modernen und arbeitsteiligen Gesellschaft mit der Bewältigung einer „sozialstrukturierten Freisetzung“ konfrontiert (vgl. Böhnisch 2012: 45). Wie bereits im Kapitel zu Integration und Lebensführung von Sommerfeld et al. (2011) erwähnt, verweist auch Böhnisch darauf, dass Lebensläufe heute je länger denn mehr keinen verlässlichen Rahmen haben und folglich keine „Normalbiografien“ mehr bestehen. Vielmehr zeigen sich heute entgrenzte Lebensläufe, zum Beispiel in Form verschwimmender Arbeits- und Freizeitgestaltung oder veränderte Gültigkeiten bestimmter Ausbildungen (vgl. Böhnisch 2005: 31; Böhnisch 2012: 46).

Auf der anderen Seite des Konzepts der Lebensbewältigung zeigt das Individuum ein fortwährendes Streben nach subjektiver Handlungsfähigkeit, wenn die psychosoziale Balance – im Zusammenwirken von Selbstwert, sozialer Anerkennung und Selbstwirksamkeit – gefährdet ist (vgl. ebd.: 47). Kritische Lebensereignisse werden von den Betroffenen als solche definiert, wenn die personalen und sozialen Ressourcen für die Bewältigung der Situation nicht mehr ausreichend verfügbar sind. Böhnisch verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass dieses Streben nach Handlungsfähigkeit zwar kognitiv-rational strukturiert, jedoch insbesondere emotional und triebdynamisch geleitet ist (vgl. Böhnisch 2005: 31). Das Streben nach autonomer Handlungsfähigkeit in einer kritischen Lebenssituation zielt dabei meist auf eine Normalisierung des psychosozialen Zustands, sucht nach Konstanz im Alltag, nach sozialer Einbindung oder Entdramatisierung der Situation (vgl. Böhnisch 2012: 52). In der Bemühung, selbst und sozial „einer Situation gewachsen zu sein“ sind die jeweiligen Spielräume oftmals unterschiedlich. Die soziale Lebenslage beeinflusst die Lebensbewältigung des Individuums erheblich und kann als Ausgangsbedingung menschlichen Handelns verstanden werden (vgl. ebd.), wie zum Beispiel die Bildung, soziale Einbindung, das Einkommen oder die Gesundheit. Zugleich ist die Lebenslage aber auch das Produkt dieses Handelns (vgl. ebd.: 53).

Im Rahmen eines professionellen Hilfesystems, lässt sich aus der jeweiligen Lebenslage sowohl der Kontext mit den verfügbaren (materiellen, sozialen, kulturellen) Bewältigungsressourcen ableiten, als auch der Grad der sozialpolitischen Akzeptanz¹¹ erörtern, welche gleichsam über das Bewältigungshandeln entscheiden (vgl. ebd.). Die professionelle Bearbeitung kritischer Lebenssituationen wird in der Sozialen Arbeit mehrheitlich im direkten Kontakt mit der Klientin oder dem Klienten sowie in einem Arbeitsbündnis realisiert. Unter Berücksichtigung der sozial-kulturellen Hintergründe und der biografischen Verfestigung von Handlungsroutinen, kann die Soziale Arbeit eine handlungsbezogene „Bewältigungslage“ erörtern und Unterstützung dort leisten, wo die individuelle Handlungsfähigkeit und soziale Integration bedroht ist. (vgl. Böhnisch 2012: 54f,59).

Das Konzept der Lebensbewältigung kann auch als „Zwei-Kreis-Modell“ grafisch dargestellt werden (siehe Abb. 2). Hierbei verweist der „Innere Kreis“ auf das psychosoziale Streben nach Handlungsfähigkeit und das individuelle Bewältigungsverhalten. Der „Äussere Kreis“ meint die sozialstrukturelle Kontextualisierung und kann als Verortung der Lebenslage verstanden werden (vgl. Böhnisch/Schröer 2007: 31).

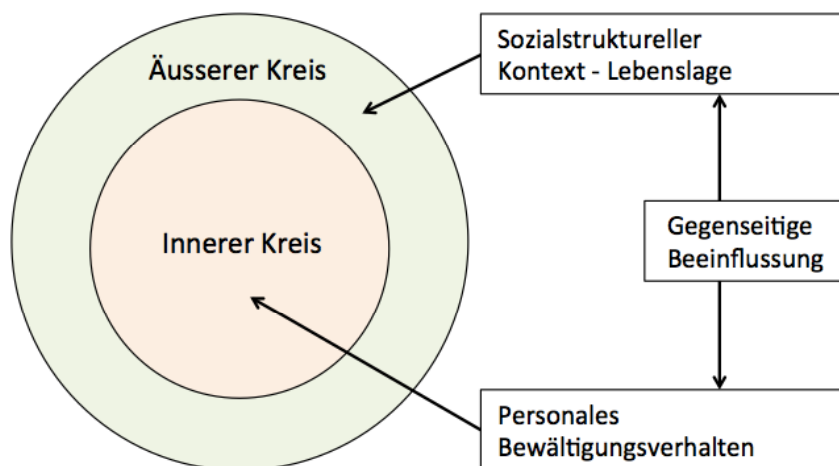


Abbildung 2: Zwei-Kreis-Modell, eigene Darstellung (vgl. Böhnisch & Schröer 2007: 31)

Die Rekonstruktion lebensgeschichtlicher Verläufe (innerer Kreis) kann demnach wichtige Aspekte einer gestaltbaren, zukünftigen Bewältigungsarbeit hervorbringen, wie beispielsweise biografische Ressourcen und Potentiale welche für den Betroffenen womöglich bisher nicht erkennbar waren (vgl. Böhnisch 2012: 61). Die Analyse der Lebenslage (äusserer Kreis) kann Hinweise zu verfügbaren Bewältigungsressourcen aufzeigen (vgl. Böhnisch 2011: 70; Böhnisch 2012: 53).

¹¹ Je nach Lebenslage oder kritischer Lebenssituation ist die sozialpolitische und gesellschaftliche Akzeptanz unterschiedlich. Eine Arbeitsunfähigkeit wegen einer unfallbedingten körperlichen Beeinträchtigung ist viel eher akzeptiert, als eine wegen einer psychischen Erkrankung.

Die daraus abzuleitende Bewältigungslage lässt sich in Hinblick auf die Bearbeitung in die Dimensionen Anerkennung, Abhängigkeit, Ausdrucks- und Aneignungs-Chancen sowie Unterstützungsmöglichkeiten differenzieren. Dabei lassen sich zudem Spielräume der Lebensbedingungen, bzw. Lebenslage im Rahmen des Ermöglichungskontext erkennen und ausloten (vgl. Böhnisch 2011: 71; Böhnisch 2012: 55). Im Sinne einer Verbesserung der Lebenslage zielt die Bearbeitung auch auf die Erweiterung von Zugängen und Ermöglichungsstrukturen (vgl. Böhnisch/Schröer/Thiersch 2005: 126).

In Hinblick auf institutionelle Übergänge gilt es die gegenseitige Beeinflussung der Kreise zu beachten und die professionelle Bearbeitung daran auszurichten. Auch Böhnisch thematisiert die Anschlussfähigkeit des Konzepts der Lebensbewältigung bei schwierigen Übergängen im Leben. Er sieht insbesondere bei offenen und kritischen Übergängen des Lebenslaufs die sozialpädagogische Grundfrage in Hinblick auf das Zusammenspiel von biografischer Lebensbewältigung und gesellschaftsorientierter sozialer Integration und benennt darin die Chance einer übergangsunterstützenden Sozialen Arbeit (vgl. Böhnisch 2012: 65).

2.5 Professionsziele

Die im Folgenden ausgeführten Zieldimensionen verknüpfen Elemente der Ausgangslage und den theoretischen Bezugsrahmen zu Professionszielen, die für eine Soziale Arbeit im Kontext institutioneller Übergänge von Bedeutung sind. Sie verweisen dabei auch auf die Relevanz möglicher sozialarbeiterischen Interventionen und deren theoretischen Erklärung.

- In ihren Ausführungen zur Integration und Lebensführung beschreiben Sommerfeld et al. den Gegenstand der Sozialen Arbeit als problematisch gewordene (oder werdende) individuelle Lebensführungssysteme in Hinblick auf die gesellschaftliche Integration (Sommerfeld et al. 2011). Das Ziel sozialarbeiterischer Interventionen ist, die Problematik in ihrer Komplexität und Dynamik zu erfassen. Das heisst, sowohl in Hinblick auf die psychischen Anteile (Muster), als auch auf verschiedene soziale Systeme und letztlich in Verbindung mit einem konsistenten Handlungsplan, der auf Kontinuität des Hilfesystems abzielt (vgl. ebd.: 145). Direkte Interventionen in relevanten sozialen Systemen der betroffenen Person, sind im Sinne eines anzustrebenden integrierten Problemlösungsprozess angezeigt (vgl. ebd.).
- In den Überlegungen von Wingefeld werden gesundheitsbedingte Veränderungsprozesse wegen plötzlicher oder schleichenden Veränderungen des Gesundheitszustandes als

gesundheitliche Transition beschrieben (vgl. Wingenfeld 2009: 94). Diese gesundheitsrelevanten Ereignisse können für Betroffene Veränderungen in verschiedenen Lebenszusammenhängen bedeuten, einschliesslich eines Übergangs in eine andere Versorgungs-umgebung (vgl. ebd.). Ziel der professionellen Intervention ist demnach eine erfolgreiche Bewältigung gesundheitsbedingter Transitionen von Patienten und Patientinnen zu fördern, indem eine relative Stabilität der Gesundheit und der Lebenssituation angestrebt wird (vgl. Wingenfeld 2005: 186f).

- Der Bewältigung gesundheitlicher Transitionen schliesst das Konzept der Lebensbewältigung nach Böhnisch an. Mit dem Konzept der Lebensbewältigung ist die Grundlage für die Analyse sozialen Handelns geschaffen, die sowohl die jeweilige Lebenslage berücksichtigt, als auch die psychosoziale Handlungsfähigkeit der Betroffenen integriert (vgl. Böhnisch 2012: 44ff). Zielbestimmend für eine professionelle Soziale Arbeit ist, dass sie Unterstützung dort zu leisten hat, wo die biografische Handlungsfähigkeit der Individuen sowie deren soziale Integration bedroht ist und sie von den betroffenen Personen nicht mehr selbst hergestellt und austariert werden kann (vgl. ebd.: 59). Neben der Unterstützung von personalen Bewältigungsressourcen, ist die Berücksichtigung der Lebenslage evident und wird u.a. in der Verbesserung sozialstruktureller Zugänge und Ermöglichungschancen gesehen (vgl. Böhnisch et al. 2005: 126).

Alle drei theoretischen Positionen zeigen, dass für eine professionelle Bearbeitung von Prozessen in gesundheitsrelevanten Bereichen immer individuelle und umweltliche Faktoren zu berücksichtigen sind. Welche methodischen und konzeptuellen Überlegungen diese theoretischen Aspekte miteinbeziehen und eine Bearbeitung institutioneller Übergänge vorsehen, soll im folgenden Kapitel vertieft werden.

3 Interventionsformen bei institutionellen Übergängen

Um auf die dargelegten Problematiken bei institutionellen Übergängen zu reagieren, sind im wissenschaftlichen, politischen und fachspezifischen Rahmen verschiedene Entwicklungen und Bestrebungen im Gange. Eine Diskussion findet um die Versorgungs- und Behandlungspraxis und dem dafür nötigen Instrumentarium statt. Deshalb sollen im Folgenden bezüglich institutionellen Übergängen von Patientinnen und Patienten, zwei patienten-orientierte Konzeptions- und Interventionsmöglichkeiten beschrieben werden, namentlich das „Case Management“ sowie die „Interprofessionelle Kooperation“. Diese haben unter anderem zum Ziel, die Schnittstellen zwischen verschiedenen Institutionen zu planen, zu begleiten und zu koordinieren. Auf der Ebene der Sozial- und Gesundheitspolitik sind übergeordnete strukturelle Konzepte in Diskussion. Ein häufig diskutiertes Konzept, ist dabei das der „Integrierten Versorgung“, welches in der Schweiz auch synonym mit „Managed-Care“ verstanden wird. Zudem werden die theoretischen und praktischen Überlegungen zur „Interinstitutionellen Zusammenarbeit“ berücksichtigt.

3.1 Case Management

Unter dem Begriff „Case Management“ werden häufig unterschiedliche Vorstellungen und Umsetzungen subsumiert. Einerseits wird darunter die Idee einer Steuerung von problematischen „Cases“ (Einzelfälle) verstanden, die sich primär an Überlegungen der Effizienz und Kosteneinsparungen orientiert. Andererseits wird das Konzept Case Management auch im Rahmen der Koordination professioneller Dienstleistungen verortet und kann demnach für institutionelle Übergänge verantwortlich sein. Diesbezüglich wird das Case Management als geeignet erachtet, um den systematischen und interdisziplinären Aufbau von Versorgungsnetzen für den Einzelfall zugänglich und nutzbar zu machen (vgl. Greuèl/Mennemann 2006: 98).

Ausgehend von einer erschwerten Zusammenarbeit zwischen medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und sozialen Dienstleistungen, erfordert ein Case Management eine Umstellung im Denken und Handeln der beteiligten Professionellen. Einseitige Leistungserbringungen von einzelnen Fachpersonen, sollen durch verstärkte Zusammenarbeitsformen abgelöst werden (vgl. Wendt 2010: 6). Gleichzeitig macht Wendt deutlich, dass Case Management nicht einfach ein weiteres „Rezept“ oder eine Methode für die Behandlung von bestimmten Problemsituationen darstellt. Es erfordert hingegen ein komplexes Arrangement von professionellen Hilfeleistungen und informellen Unterstützungsleistungen, in Abstimmung mit den gesundheitsbedingten und sozialen Schwierigkeiten der betroffenen Personen und deren Bedürfnissen (vgl. ebd.). Die oft

erwähnte und teilweise auch kritisierte „Management-Funktion“¹², meint eine Lenkungs- und Gestaltungsweise, welche die Koordination der professionellen Hilfeleistungen und das planmäßige methodische Verfahren des Einzelfalls verschränkt. Hierbei findet die Organisation auf drei Ebene statt: der methodischen, betrieblichen und versorgungspolitischen Ebene (vgl. ebd.: 7).

Im Fokus des Case Managements steht immer die zu unterstützende Person, die zumeist mit mehrdimensionalen Belastungen konfrontiert ist. Wenn Personen einen „einfachen Rat“ brauchen, materielle Unterstützung oder eine akut ärztliche Behandlung, ist kein „Management“ notwendig (vgl. Wendt 2010: 15). Die professionelle Bearbeitung von Fällen im Case Management sind als anspruchsvolle Hilfeprozesse zu verstehen, welche neben der betroffenen Person, auch mehrere Fachpersonen zu berücksichtigen haben (vgl. Biesel 2011: 6). Die Professionellen, welche Case Management umsetzen, müssen demnach zugleich den Fall und das System managen, was einerseits hohe Anforderungen an eine umfängliche Falleinschätzung stellt und andererseits die Organisation und Koordination eines Unterstützungsteams erfordert (vgl. ebd.). Nicht zuletzt darin ist zu erkennen, dass Case Management in seinen Grundelementen als Weiterführung der in der Sozialen Arbeit seit Beginn der Professionsgeschichte verankerten „Sozialen Einzelfallhilfe“ zu verstehen ist (vgl. Neuffer 2011: 41). Zudem verfügen laut Neuffer Sozialarbeitende bereits in der grundständigen Ausbildung verschiedene Anteile des Case Management Konzepts (vgl. ebd.: 42). Case Management kann zudem als Handlungsrahmen interpretiert werden, welcher zentralen fachlichen Leitprinzipien¹³ folgt. Das Leitprinzip der Orientierung an den Klientinnen und Klienten ist hierbei besonders hervorzuheben. Es bedeutet die konsequente Ausrichtung der Hilfeleistungen und -prozesse an den Lebenswirklichkeiten der betroffenen Person (vgl. Greuël/Mennemann 2006: 104). Zudem erfordert es eine entsprechende Haltung: „Professionelle Helfer denken nicht mehr ausgehend von ihrem fachlichen Angebot in ihrer Einrichtung, sondern orientieren sich konzeptionell an den Ressourcen und dem Bedarf des Adressaten und richten die eigenen professionellen Hilfefähigkeiten im Zusammenhang mit jenen anderer betei-

12 Case Management kann auch im Zuge neoliberaler Entwicklung (u.a. New Public Management), als neues Steuerungsmodell eines aktivierenden Sozialstaats fungieren (vgl. Neuffer 2010). Dabei fordere ein aktivierender Sozialstaat von der Sozialen Arbeit effizienter, kostengünstiger und transparenter zu werden. Case Management diene dabei als gut geeignete Methode diese Anforderungen entgegenzukommen (vgl. Neuffer 2010). Weil der Begriff des „Management“ zudem suggeriert modern, strukturiert, berechenbar, zielorientiert, usw. zu sein, wird es nicht selten unhinterfragt eingeführt, auch für Sozialarbeitende (vgl. Biesel 2011). Effizientes und „ökonomisches“ Handeln soll auch für die Soziale Arbeit von Bedeutung sein, solange die fachlich begründeten und relevanten Unterstützungsleistungen umgesetzt werden können. Folglich muss sich ökonomisches Handeln in der Sozialen Arbeit an den Bedarfen der Klientel ausrichten (vgl. Neuffer 2010).

13 Die fachlichen Leitlinien wurden u.a. durch die Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) formuliert und sind für Professionelle der Sozialen Arbeit mehrheitlich bekannt und handlungsleitend (vgl. Greuël 2006: 103). Dabei gelten für Case Management grundsätzlich folgende Leitprinzipien:

- Leitprinzipien im Hinblick auf die Adressatenschaft: Klientenorientierung, Lebensweltnähe, Mehrdimensionalität, Ressourcenorientierung, Empowerment.
- Leitprinzipien in Hinblick auf die Fachlichkeit: Interprofessionalität, Neutralität, Effektivität, Effizienz, Leistungstransparenz.
- Leitprinzipien in Hinblick auf gesellschafts- und sozialpolitische Ordnungsgesichtspunkte: Nachrangigkeit, Prinzip des „Welfaremix“, quer zu den bestehenden segmentierten Kosten- und Leistungsträgerstrukturen, Prinzip „ambulant vor teilstationär vor stationär“.

ligter Akteure gemeinsam auf den Adressaten aus“ (Greuèl/Mennemann 2006: 104). Klienten und Klientinnen sind als Experten und Expertinnen ihrer eigenen Situation zu verstehen und müssen in den Hilfeprozess miteinbezogen werden. Folgt man Biesel, ist in diesem Zusammenhang von einer demokratisch-dialogischen Form der Hilfeplanung auszugehen (vgl. Biesel 2011: 6). Demnach zielt das „Managen“ auf einen Aushandlungsdialog zwischen allen am Prozess beteiligten Personen und Einrichtungen, also sowohl der betroffenen Person und ihren sozialen Systemen, als auch den relevanten Professionellen (vgl. ebd.). Demzufolge sind auch institutionelle Übergänge bei gesundheitlich beeinträchtigten Personen als Prozesse zu verstehen, die sowohl mit der Person selbst, als auch mit einer angezeigten weiterführenden Institution ausgehandelt und abgestimmt werden müssen.

Eine professionelle Hilfeleistung hat die besten Chancen zu funktionieren, wenn der Klient oder die Klientin den Nutzen sieht, sie versteht, gutheisst und in den Alltag integrieren kann (vgl. Greuèl/Mennemann 2006: 104). Wendt geht bei der Ebene der individuellen Fallführung von einer mit dem Adressaten oder der Adressatin ausgehandelten, bedarfsgerechten Zusammenstellung von Hilfeleistungen aus (vgl. Wendt 2010: 7). Letztlich muss Case Management im fachlichen Verständnis der Sozialen Arbeit, die Klientinnen und Klienten dazu befähigen und sie unterstützen, mit den Ressourcen, Störquellen, Hindernissen und Stützen aus deren Umwelt zurechtzukommen (vgl. ebd.: 80). Es wird hierbei von einem „client-driven“ Case Management ausgegangen, im Gegensatz zu einem „provider-driven“ Case Management (vgl. ebd.: 81).

Im Folgenden sollen die Kernfunktionen eines client-driven Case Management beschrieben werden. Folgende Abbildung (Abb.3) zeigt die verschiedenen Ebenen und Schlüsselkomponenten des Case Managements als funktionaler Rahmen der Versorgung:

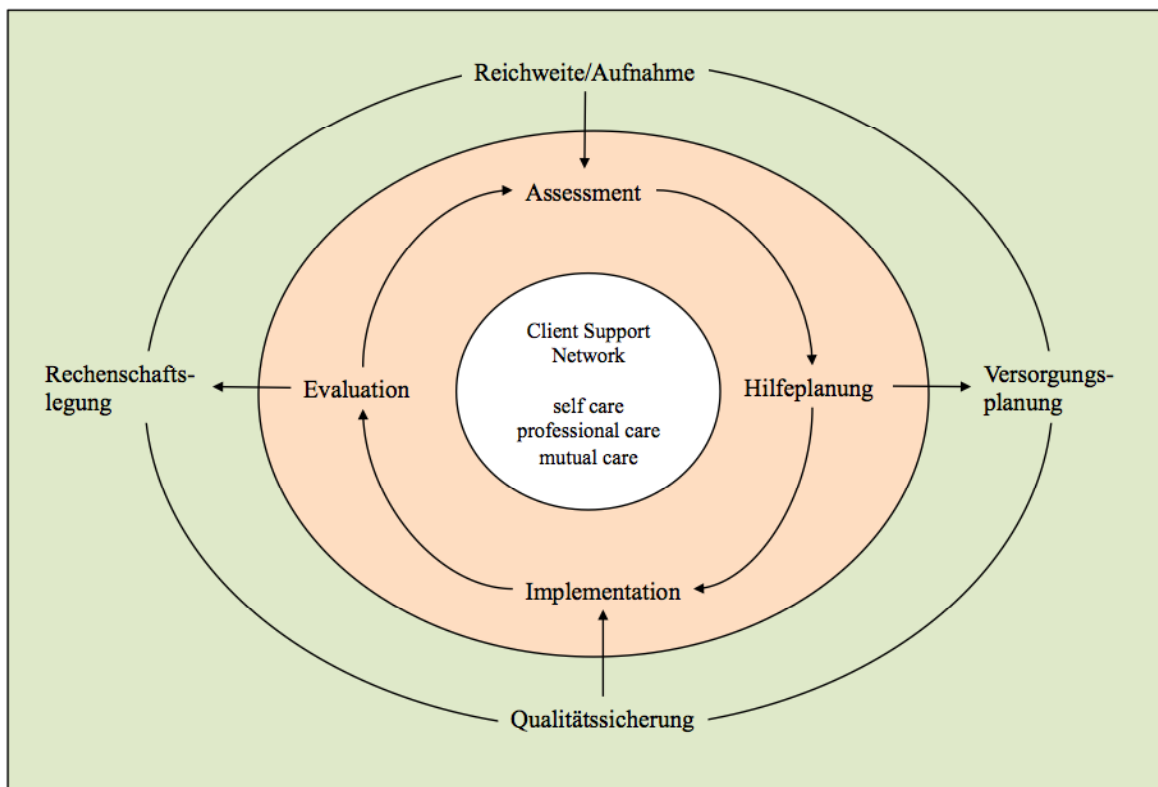


Abbildung 3: Funktionaler Rahmen der Versorgung (eigene Darstellung nach Wendt 2010: 128)

Die Abbildung 3 stellt die Wechselbeziehungen und das Zusammenwirken eines Case Management-Prozesses grafisch dar. Die einzelnen Phasen auf Einzelfall- und Systemebene verstehen sich als Ablaufprozesse. Im Zentrum der Versorgung ist als übergeordnetes Ziel die Stärkung des Unterstützungs-Netzwerks definiert. Diese Stärkung berücksichtigt erstens die Dimension der Selbstsorge (self care), zweitens der professionellen Unterstützung (professional care) sowie drittens der informellen Unterstützung (mutual care) (vgl. Moxley 1989, zit in: Wendt 2010: 125f).

Beginnend bei der Phase der „Reichweite und Aufnahme“, ermittelt eine Institution ihren Versorgungsauftrag. Dabei definiert eine Institution ihre Zielgruppe, Zugangsbedingungen werden gesetzt und Dienstleistungen für die Institution erschlossen (vgl. Wendt 2010: 129). Voraussetzung dafür sind u.a. Kontakte und Verbindungen zu weiteren Institutionen mit entsprechenden Unterstützungsangeboten. Ein weitreichendes Netz von Kontaktpersonen sind für einen Case Manager¹⁴ deshalb entscheidend, um bei Bedarf der betroffenen Person angemessene Hilfeleistungen vermitteln zu können (vgl. ebd.: 110). Ein solches Netzwerkmanagement erfordert vom Case Manager die Organisation, Planung und Steuerung der institutionellen Beziehungen, der-

¹⁴ Die Bezeichnung „Case Manager“ ist in der englischen Sprache geschlechterneutral. Deshalb wird im Folgenden nur die männliche Form verwendet, also „der/dem Case Manager“, auch um eine vereinfachte Lesbarkeit zu fördern.

weil eine sektor- und disziplinübergreifende Versorgung angestrebt wird. Für die Unterstützung von gesundheitlich beeinträchtigten Personen bei institutionellen Übergängen, ist folglich die kontinuierliche Netzwerkpflge ein bedeutender Faktor.

In der Phase des „Assessments“ sollen professionsübergreifend und mehrdimensional die Hilfesituation und die Ressourcen ermittelt werden (vgl. Greuèl/Mennemann 2006: 106). Nur wenn dabei eine „ganzheitliche“ Erfassung der Dimensionen Umwelt (äussere Situation) und Innenwelt (innere Situation) sowie der Biographie und Lebensperspektiven erfolgt, kann die subjektive und objektive Lebenslage eines Individuums bestimmt werden und in der Folge auch gezielt unterstützt werden (vgl. Wendt 2010: 142). Ein solches Assessment kann wichtige Hinweise zum Verständnis und Umgang mit dem professionellen Hilfesystem geben. Beispielsweise können schlechte Erfahrungen mit Institutionen oder Fachpersonen identifiziert werden, was für künftige Institutionsaufenthalte, bzw. Übergänge in andere Einrichtungen von Bedeutung ist. Auf der Systemebene bedeuten diese Informationen für einen Case Manager die Identifikation und Vorbereitung der einzubeziehenden Fachpersonen. Zudem setzt dies wiederum voraus, dass er sich im System der formellen Hilfeleistungen gut auskennt (vgl. Wendt 2010: 108).

In der Phase der „Hilfeplanung“ werden in Zusammenarbeit zwischen Case Manager, der betroffenen Person und den involvierten Fachpersonen, Ziele, Massnahmen, Verantwortungen und Zuständigkeiten besprochen und (vertraglich) festgehalten (vgl. Greuèl/Mennemann 2006: 106). An dieser Stelle nimmt der Case Manager entscheidend Einfluss auf die gesamte Versorgungsplanung. Im Rahmen koordinativer Aufgaben werden Vorgänge aufeinander abgestimmt und verschiedene Handlungen von Personen und Institutionen einander zugewiesen und miteinander verknüpft (vgl. Wendt 2010: 106). In diesem Zusammenhang ist nochmals auf das Wechselspiel von Case Management-Aktivitäten auf Fall- und Systemebene einzugehen. Eine personenzentrierte Kooperation und Koordination meint insbesondere den Kontakt zum Klienten oder der Klientin und berücksichtigt primär die subjektive Lebenslage der betroffenen Person und dessen Ansprüche an die Versorgung. Hingegen kümmert sich eine systemzentrierte Koordination und Kooperation um die Abstimmung der Hilfeleistungen und die interprofessionelle Zusammenarbeit der Fachkräfte (vgl. ebd.: 108). Beide Perspektiven zielen in der Phase der Hilfeplanung auf eine „Gesamtplanung“ der Hilfeleistungen, an denen alle relevanten Fachpersonen beteiligt sind, damit die erforderlichen Leistungen nahtlos ineinandergreifen (vgl. ebd.: 150). Für solche Gesamtplanungen können Hilfeplankonferenzen einberufen werden, an denen möglichst alle Beteiligten (Betroffene, Case Manager, Fachpersonen) dabei sind. An vorausgehenden Helfenden-Konferenzen können antizipierte Problemsituationen und deren praktische Umsetzung vorbesprochen werden (vgl. ebd.: 151). Wendt und Neuffer verweisen im Zusammenhang mit relevan-

ten Fachpersonen auf die Bedeutung des sozialräumlichen Kontextes hin. Ein Fall kann immer auch aufs „Feld“ übergreifen. Das heisst, dass im ambulanten oder teilstationären Hilfesetting der Sozialraum bzw. das Gemeinwesen der gesundheitlich beeinträchtigten Person einzubeziehen ist, um mögliche Ressourcen zu identifizieren und diese für den Einzelfall zugänglich zu machen (vgl. Wendt 2010: 16). Laut Neuffer geht es dabei um ein quartierbezogenes Dienstleistungssystem, welches im Case Management auf Systemebene bedeutet, Abstimmungen und Kooperationen mit Fachpersonen im Sozialraum der jeweiligen Klientel zu organisieren, beispielsweise mit Sozialarbeitenden in der Gemeinwesenarbeit (vgl. Neuffer 2011: 50).

In der anschliessenden Phase der „kontrollierten Durchführung“ wird der vereinbarte Hilfeplan umgesetzt, wobei die verschiedenen Hilfeleistungen der involvierten Fachpersonen koordiniert und begleitet werden (vgl. Greuèl/Mennemann 2006: 106). Dabei kann der Case Manager einerseits anwaltschaftlich für die Klientel eintreten (advocacy), beispielsweise um sicherzustellen, dass vereinbarte Leistungen erfolgen. Andererseits kann er auch die Interessen der beteiligten Professionellen unterstützen (vgl. Wendt 2010: 157). Hierfür ist das Monitoring wichtig, welches den Umsetzungsprozess und die Massnahmen überprüft und allenfalls Justierungen vornimmt, damit eine möglichst passgenaue Hilfe möglich ist (vgl. Greuèl/Mennemann 2006: 106). Im Wissen um die hohen Anforderungen bei institutionellen Übergängen für die betroffenen Personen, kann insbesondere in dieser Phase der Case Manager diese Übergänge begleiten und wenn nötig entsprechende Unterstützung leisten.

Nach Abschluss des Hilfeprozesses schliesst eine „Evaluation“ die zielgerichtete Zusammenarbeit zwischen Adressatenschaft und den beteiligten Fachpersonen den Case Management-Prozess ab (vgl. ebd.). Dabei kann es sich im Sinne der jeweiligen Zielsetzung verbessert, normalisiert oder den vereinbarten Zielen angenähert haben (vgl. Wendt 2010: 159). Die gewonnenen Informationen aus der Evaluation dienen neben der fachlichen Beurteilung letztlich auch dazu, Rechenschaft gegenüber Auftraggebern und der Gesellschaft abzulegen und Legitimation für die Dienstleistung zu erlangen (vgl. ebd.: 164).

Abschliessend soll zur personalen Besetzung noch ergänzt sein, welche Fachpersonen Case Management in der Praxis effektiv einsetzen. Die Umsetzung des Case Management wird zumeist professionsunabhängig beschrieben. Laut Wendt ist jedoch entsprechend ausgebildetes Personal unumgänglich (vgl. Wendt 2010: 179). In welchem Rahmen und mit welchen Aufgaben Case Management letztlich installiert wird, ist unterschiedlich. Einerseits kann Case Management als separate Tätigkeit funktionieren oder andererseits als einzelne Aufgabenstellung im Rahmen einer bestehenden fachspezifischen Tätigkeit (vgl. ebd.: 180). In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass die Soziale Arbeit für die Umsetzung von Case Management geeignet erscheint.

Die kombinierten Aufgaben auf Fall- und Systemebene sowie die Zusammenarbeit mit anderen Fachpersonen ist für Sozialarbeitende grundständig (vgl. Neuffer 2011: 46; Wendt 2010: 180). Bei erschwerten institutionellen Übergängen scheint das Konzept des Case Managements zudem ein sinnvoller Ansatz zu sein. Durch die Perspektive eines „Gesamtversorgungsplans“, werden die verschiedenen involvierten Institutionen in einem kontinuierlichen Prozess verstanden, welcher auf die Bedürfnisse der betroffenen Person abgestimmt ist. Folglich sind auch die Übergänge zwischen den Institutionen im Blickfeld der Fachpersonen und dem verantwortlichen Case Manager, wodurch mögliche Hindernisse besser erkannt und darauf reagiert werden kann. Von Bedeutung kann zudem der vorgeschlagene Einbezug von Fachpersonen im Sozialraum der Patientinnen und Patienten sein, um dabei „näher“ an den Betroffenen zu sein und relevante Informationen für den „Gesamtplan“ bzw. für die Unterstützung der Personen zu gewinnen. Die Einführung von Case Management ist für eine Institution, bzw. ein Netz von Institutionen anspruchsvoll und bedingt die Erfüllung verschiedener Standards (vgl. Wendt 2010: 192ff). Dieser Aufwand ist bei gegebenen Strukturen, die im Gesundheitswesen vorliegen können, dringend angezeigt, insbesondere bei komplexen Krankheitsproblematiken.

Institutionelle Übergänge zwischen gesundheitsrelevanten Institutionen können jedoch auch bei vermeintlich weniger schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die betroffenen Personen eine Herausforderung darstellen. Da wo kein Case Management eingesetzt wird, sind anderer Ansätze notwendig. Im Zusammenhang mit der Vorbereitung und Unterstützung von Übergängen ist die Zusammenarbeit zwischen den relevanten Fachpersonen von Bedeutung, weshalb im Folgenden auf die Interprofessionelle Kooperation eingegangen wird.

3.2 Interprofessionelle Kooperation

Interprofessionelle Kooperation bzw. Zusammenarbeit ist, bedingt durch die Notwendigkeit über die Professionsgrenzen hinaus Hilfeplanungen zu organisieren, gerade für die Soziale Arbeit in verschiedenen Handlungsfeldern von Bedeutung. Insbesondere bei multidimensionalen Belastungssituationen von Klienten oder Klientinnen sind zumeist verschiedene Fachpersonen erforderlich und sollten entsprechend koordiniert werden. Wenn dieses Erfordernis nicht durch beispielsweise ein systematisiertes Case Management umgesetzt wird, kann auch eine „isolierte“ Interprofessionelle Kooperation, die Absprache zwischen den unterschiedlichen professionellen Hilfeleistungen versuchen zu erreichen.

In der Praxis ist die Klärung der Aufgabenstellungen und der damit verbundenen Arbeitsteilung zwischen den zuständigen Professionen für eine gelingende Unterstützung von Klientinnen und Klienten mit komplexen Problemstellungen unerlässlich (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011: 108f).

Interprofessionelle Zusammenarbeit ist nach Obrecht dann erforderlich, wenn verschiedene Prozesse, insbesondere biologische, psychische und soziale, parallel kritisch verlaufen (vgl. Obrecht 2005: 16). Gerade im Gesundheitswesen treffen diese Merkmale häufig zu und erfordern folglich gezielte Absprachen im Hilfesystem. Ob die Interprofessionelle Kooperation bzw. Zusammenarbeit systematisiert ist oder je nach Fall ad hoc organisiert wird, sollte nichts am Verständnis und der Zielsetzung einer Interprofessioneller Kooperation ändern. Laut Obrecht ist die Interprofessionelle Kooperation eine „spontane oder institutionalisierte Interaktion von Mitgliedern von Professionen unterschiedlicher Art und zielt auf die koordinierte [] statt sektorielle Bearbeitung praktischer Probleme von Klient/innen, Patient/innen oder Kund/innen“ (Obrecht 2005: 16). Die Berücksichtigung der interprofessionellen Kooperation ist demnach für die Praxis dringend angezeigt. Hierbei gilt ebenfalls die Feststellung, dass nur ein Weiterleiten an eine andere Institution noch keine kooperative Zusammenarbeit darstellt. Es sind dazu intensivere Formen der Zusammenarbeit notwendig, welche auch durch eine geeignete übergeordnete Struktur der Institution und/oder der politischen, bzw. rechtlichen Ebene gefördert werden kann. Eine dieser übergeordneten Strukturen kann eine „Integrierte Versorgung“ sein, welche im Folgenden vertieft ausgeführt wird.

3.3 Integrierte Versorgung

Wie in den vorangegangenen Kapiteln erwähnt, bergen Gesundheitssysteme das Risiko, dass Patientinnen und Patienten nicht genügend oder falsch versorgt werden. Gründe werden in der demografischen Alterung, der Zunahme von chronischen Krankheiten oder in den stark fragmentierten Gesundheitsdienstleistungen gesehen. In diesem Diskurs werden häufig neue Versorgungsmodelle gefordert, welche den genannten Problematiken entgegenwirken sollen. Dabei findet die Diskussion sowohl auf Ebene der Leistungserbringung (verschiedene Einrichtungen und deren Fachpersonal), den Krankenversicherungen und der Politik statt. Letztere hat in der Schweiz deshalb im Rahmen des „Dialogs Nationale Gesundheitspolitik“ eine Expertengruppe zum Thema „Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung“ installiert, welche für das Schweizerische Gesundheitssystem neue Formen der Leistungserbringung in der Versorgung entwickeln soll (vgl. Schibli 2012: 5). Ein neues, integriertes Versorgungssystem sei für die Bewältigung der virulenten Problematiken notwendig, lautet eine zentrale Forderung (vgl. ebd.: 4). Die Begrifflichkeit der „Integrierten Versorgung“ wird jedoch häufig undeutlich verwendet und bedingt eine Differenzierung, zumal Integrierte Versorgung in der Schweiz häufig mit „Managed-Care“ synonym verwendet wird (vgl. Sturmberg/Kissling 2010: 210). Sturmberg und Kissling gehen auf divergierende Vorstellungen von einerseits den Versicherungen und an-

dererseits der Leistungserbringung ein. Hierbei haben die Versicherungen primär das Versicherungskollektiv im Fokus und denken tendenziell „kollektiv vor individuell“. Die Leistungserbringenden hingegen, arbeiten vornehmlich auf einzelne Hilfeleistungen hin und argumentieren eher „individuell vor kollektiv“ (vgl. ebd.). Demnach besteht die Dringlichkeit die parallel bestehenden Lösungsansätze zu präzisieren. Managed-Care verstanden als Steuerungsmodell des Gesundheitswesens, geht als Lösungsansatz von einem „top-down“-Verständnis aus und fokussiert insbesondere spezifische Krankheiten und eine Behandlung nach festgelegten „Protokollen“¹⁵ (vgl. ebd.). Dieses Steuerungsverständnis zielt unter medizinischen und betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten auf eine gesteuerte Versorgung, welche gleichzeitig die Kosten senken und die Versorgungsqualität steigern will (vgl. Amelung/Mühlbacher/Krauth 2014). Die starke Prozessorientierung durch Managed-Care führt jedoch häufig dazu, dass die gesamte Versorgung (Leistungsmenge und Ressourceneinsatz) einem übergeordneten ökonomischen Ziel untergeordnet werden. Greuël und Mennemann beschreiben diese Form eines Versorgungssystems als „Ökonomisierung gesundheitsbezogener Aufgaben“ (vgl. Greuël/Mennemann 2006: 127). In der Schweiz werden vor allem Managed-Care Modelle umgesetzt. Die seit den 1990er Jahren bestehenden Ärztenetze nach Managed-Care-Logik, werden bei den Versicherten in der Schweiz immer beliebter. Der Anteil Personen die sich einem solchen Ärztenetz anschlossen, stieg bis 2012 gegen 20% der Gesamtbevölkerung (vgl. Berchtold 2013). Die Ärztenetze schliessen mit den Krankenversicherungen entsprechende Managed-Care Verträge ab, welche ihnen auf der einen Seite eine Budgetmitverantwortung übertragen, das heisst sie übernehmen einen Teil der finanziellen Verantwortung für die medizinische Leistung (vgl. ebd.). Auf der anderen Seite müssen die Versicherten des Ärztenetzes für jegliche Behandlungen (ausser Notfälle u.ä.) zuerst die „netzzeitige“ Versorgungseinrichtung konsultieren, die wiederum im „Gatekeeping-Prinzip“ über den angezeigten Versorgungsweg entscheidet (vgl. ebd.). Dadurch entsteht die Gefahr, dass Patientinnen und Patienten je nach Indikation, selektiv „versorgt“ werden und die subjektive Erkrankungssituation nicht berücksichtigt wird. Der Präsident des „Forum Managed Care“¹⁶ weist darauf hin, dass den Schweizer Ärztenetzen die Entwicklung zu einer eigentlichen Integrierten Versorgung noch bevorsteht. Erstrebenswert an integrierten Versorgungssystemen sei, dass eine

15 Eine Studie des Gesundheitsobservatoriums Obsan untersuchte solche Protokolle im Rahmen einer Studie zu sog. „Guidelines in Schweizer Ärztenetze“. „Evidenzbasierte Guidelines verstehen sich als „systematisch entwickelte Aussagen zur Unterstützung der Entscheidungsfindung von Ärzten, anderen im Gesundheitssystem tätigen Personen und Patienten mit dem Ziel einer angemessenen gesundheitsbezogenen Versorgung in spezifischen klinischen Situationen“. (Berchtold et al. 2012) Die Autoren verweisen auf mögliche Konflikte zwischen Standardisierten Guidelines und den Prämissen einer patientenorientierten Behandlung und deshalb die Protokolle teilweise nicht angewendet werden. Weiter führen Berchtold et al. aus, dass evidenzbasierte Guidelines bei gewissen akuten Behandlungen geeignet sind, z.B. bei orthopädischen Problemen nach einem Unfall. Jedoch zeigt sich gerade bei chronischen Krankheiten ein anderes Bild. Weil Guidelines aus der Perspektive einer spezifischen Krankheit entwickelt wurden, berücksichtigen sie beispielsweise keine möglichen Begleiterkrankungen. Das strikte Befolgen einer Guideline kann gerade bei mehr als einer chronischen Krankheit auch heikel sein.

16 Weitere Informationen zum Forum Managed Care unter: <http://www.fmc.ch/ueberuns/> [Zugriffsdatum: 7. Juni 2014]

Vernetzung über mehrere Versorgungssektoren, also vor- und nachgelagerte Versorgungseinrichtungen sichergestellt wäre (vgl. Berchtold 2013). Während die Managed-Care Modelle eine „top-down“-Logik verfolgen, entspricht die Integrierte Versorgung einem „bottom-up“-Prinzip und richtet sich primär nach der Person mit ihrem Kranksein und einer Behandlung die sich im Aushandlungsprozess zwischen Patienten, Arzt und weiteren Fachpersonen entwickelt (vgl. Sturmberg/Kissling 2010: 210). Eine Integrierte Versorgung, verstanden als patientenorientierter Prozess, hat das Potential, den vielfältigen Problematiken in der Gesundheitsversorgung zielführend zu begegnen (vgl. ebd.).

Die für die vorliegende Arbeit durchgeführt systematische Literaturrecherche weist bezüglich der begrifflichen Orientierung ebenfalls auf die Verwendung „Integrierter Versorgung bzw. Integrated care“ hin. Mit dem Buch zur Sozialen Arbeit in der Integrierten Versorgung verknüpfen Greuël und Mennemann (2006) die beiden Bereiche systematisch und verweisen auf die Relevanz des Konzepts für die Soziale Arbeit. In der einschlägigen Literatur zeigt sich jedoch, dass auch nach verschiedenen Entwicklungsbemühungen über mehrere Jahre hinweg, kein geteiltes Verständnis über Integrierte Versorgung gefunden wurde (vgl. Goodwin 2013). Goodwin sieht die Gründe für die fortlaufende Debatte insbesondere in der Vielfältigkeit des Begriffs und dessen unterschiedliche Prägung durch verschiedene Disziplinen und Betrachtungsweisen (vgl. ebd.). Was der Literatur jedoch als Konsens entnommen werden kann, ist die unumgängliche Patienten-Orientierung (person-focus) in der Behandlung und dem Versorgungsverlauf. Zudem handelt es sich bei den Fällen, in denen die Integrierte Versorgung zum Tragen kommt, um komplexe Krankheitsproblematiken (Greuël/Mennemann 2006; Schibli 2012; Sturmberg/O'Halloran/Martin 2010; Valentijn et al. 2013; Zechert et al. 2010). Greuël und Mennemann sehen in diesen komplexen Problemsituationen, welche hohe Anforderungen an die Bearbeitung stellen, eine zentrale Parallele zur Sozialen Arbeit. Sie verweisen diesbezüglich auf die Multiperspektivität der Sozialen Arbeit, die entscheidend wird, wenn ein Fall über eine einfache Unterstützungssituation hinaus geht (vgl. Greuël/Mennemann 2006: 15f). Wenn beispielsweise eine Person mit einer grippalen Erkrankung eine medizinische Einrichtung aufsucht, wird von einer basalen Hilfestellung ausgegangen und eine Integrierte Versorgung ist weniger angezeigt. Wenn jedoch festgestellt wird, dass verschiedene Erkrankungen vorliegen, vielleicht chronische Krankheitsbilder virulent sind, weiterführende Pflege notwendig ist und die Person womöglich arbeitslos ist oder familiäre Problematiken vorliegen, kann von einer mehrdimensionalen Problemsituation ausgegangen werden. Einerseits sprechen solche Fälle für die Integrierte Versorgung, andererseits weist die soziale Dimension auch auf die Bearbeitung durch die Soziale Arbeit hin. Die Soziale Arbeit hat neben der Unterstützung der Klienten und Klientinnen und deren

sozialen Umfeld, den Aufbau transdisziplinärer Netzwerke zu berücksichtigen und der Strukturmaxime der „Alltagsnähe“, hin zur Koordination der Hilfen vor Ort zu folgen (vgl. ebd.: 17). Greuël und Mennemann nennen verschiedene Kriterien, welche sowohl für die Soziale Arbeit, als auch für die Integrierte Versorgung zutreffend sind:

- Bezug auf komplexe Problemlagen
- Personenbezug im sozialen Kontext
- Alltagsnähe
- Lösungen vor Ort und Vernetzung beteiligter Fachpersonen
- Sozialer Ausgleich
- Qualitative Mobilisierung der Ressourcen
- Materialisierung und Steuerung der Leistungen (vgl. Greuël/Mennemann 2006: 21)

Diese nur Stichwortartig aufgelisteten Kriterien verweisen auf eine Vielzahl von Theorien und Konzepte der Sozialen Arbeit und scheinen demnach auch für die Integrierte Versorgung von Bedeutung zu sein. Die unterschiedliche Interpretation von Integrierter Versorgung, führte zu verschiedenen Umsetzungsvorhaben der Praxis in Form von Projekten mit unterschiedlichen Zieldimensionen. Dabei sind strukturelle und gesetzliche Rahmenbedingungen für die Integrierte Versorgung je nach Land und Kontext unterschiedlich und ermöglichen entsprechende Umsetzungsmöglichkeiten. In der deutschsprachigen Literatur finden sich insbesondere Beiträge zur Situation in Deutschland. Das deutsche Gesetz sieht im 5. Sozialgesetzbuch seit 2000 explizit die Möglichkeit von Integrierter Versorgung (§140a bis d SGB V) vor. Das Ziel ist, eine flächendeckende, sektorübergreifende und interdisziplinäre Versorgung zu fördern (vgl. Hildebrandt 2013). Durch den Gesetzesartikel wurde die Möglichkeit geschaffen, dass Leistungserbringer und Krankenkassen miteinander Verträge abschliessen können, wobei den Vertragspartnern die Ausgestaltung der Verträge obliegt, insbesondere in Hinblick auf den Inhalt, die Qualität sowie die Vergütung (vgl. ebd.). Jedoch zeigen sich bei verschiedenen Projekten der Integrierten Versorgung in Deutschland, dass die Mehrheit der Vorhaben auf eher kurzfristige Einsparungen setzen und tendenziell dem oben beschriebenen Steuerungsprimat folgen (vgl. Hildebrandt 2013). Dabei spielen die Krankenkassen eine entscheidende Rolle, weil sie vor allem ökonomische Interesse verfolgen und die „Kunden und Kundinnen“ durch ein für die Kasse favorisiertes Behandlungsangebot führen wollen (vgl. Zechert et al. 2010: 417). Folgt man der Autorengruppe um Zechert, ist die Abkehr von reinen Steuerungsverträgen mit primär selektivem und indikations-

bezogenem¹⁷ Zuschnitt notwendig, hin zu anspruchsvollen Versorgungsverträgen. Erst dadurch könne der eigentlichen Idee der Integrierten Versorgung adäquat begegnet werden (vgl. ebd.: 417,422).

3.3.1 *Stand der Forschung*

Diese Heterogenität und unterschiedliche Auslegung von Integrierter Versorgung zeigt sich auch darin, dass sich ebenso die Wissenschaft breit mit der Thematik beschäftigt. Entsprechend schwierig sind Studien bzw. Evaluationen von Integrierter Versorgung zu interpretieren oder zu vergleichen. Während bisher wichtige theoretische und konzeptionelle Arbeiten erbracht wurden und weiterentwickelt werden, laufen unterschiedliche Evaluationen einzelner Projekte von Integrierter Versorgung vor allem als qualitative Forschungsvorhaben (vgl. Schrijvers 2013). Verschiedene Autoren und Autorinnen weisen darauf hin, dass bei neu implementierten Versorgungssystemen zwingend geeignete Begleitforschung betrieben werden muss, damit u.a. die möglichen Auswirkungen des Systemwechsels auf Seiten der Patienten und Patientinnen sowie des Fachpersonals, valide beantwortet werden kann (vgl. Curry et al. 2013; Rosemann 2012; Schibli 2012). Rosemann spricht zudem explizit den dringenden Bedarf an Versorgungsforschung in der Schweiz an und fordert mehr Förderprogramme für anwendungsorientierte Versorgungsforschung (vgl. Rosemann 2012: 466).

Nach der Literaturrecherche in einschlägigen Datenbanken werden an dieser Stelle Resultate, dreier wissenschaftlichen Evaluationen beschrieben. Als zusätzlicher, umfassender Theoriebeitrag dient die aktuelle Arbeit von Valentijn et al. (2013), die ein Rahmenkonzept von Integrierter Versorgung vorstellt.

Eine Studie von Curry et al. (2013) untersuchte ein Pilotprojekt von Integrierter Versorgung in Nordwest London. Sie hatte zum Ziel, die Versorgung zwischen „primary, acute, community, mental health and social care“ von Personen mit Diabetes und/oder die älter als 75 Jahre alt sind, neu zu gestalten. Die Ergebnisse weisen u.a. auf eine verbesserte Verknüpfung verschiedener Institutionen hin, wobei 72% der Professionellen angaben, mehr zusammen zu arbeiten (vgl. Curry et al. 2013: 6). Die Resultate zeigen, dass das integrierte Versorgungssystem eine Vielzahl an relevanten Institutionen (health and social care organisations) zusammenbrachte, die eine gemeinsame Strategie zur Bearbeitung komplexer Interventionen entwickelten (vgl. ebd.: 10). Zudem zeigte sich in Hinblick auf den Behandlungsplan, dass 63% der Patienten und Patientinnen

¹⁷ Bei indikationsorientierten Verträgen steht die Umsetzung der medizinischen Leitlinien bestimmter Krankheiten (Indikation) im Zentrum. Dabei werden die Vorteile dieser Verträge insbesondere darin gesehen, dass die Behandlungsleitlinien und -pfade leichter entwickelt werden können und auch die Überprüfung in Hinblick auf Kosten und Qualität vereinfacht werden, was wiederum attraktiv für Krankenkassen ist (vgl. Amelung 2013).

in die Planung miteinbezogen wurden und 69% konnten über ihre Behandlung mitentscheiden. Die Mehrheit der Professionellen war vom Patienteneinbezug positiv überrascht, obwohl die zusätzlich benötigte Zeit eher negativ bewertet wurden (vgl. ebd.: 7f). Curry et al. weisen jedoch darauf hin, dass die Implementierung eines integrierten Versorgungssystems Zeit brauche und nicht zu viele Erwartungen in Hinblick auf schnelle Veränderungen bezüglich der Kosten und Auswirkungen auf die Gesundheit geweckt werden dürfen (vgl. ebd.: 12f).

Die Übersichtsarbeit zur Koordination von Institutionen und Professionellen (caregivers) von Ovreteit (2011), untersuchte verschiedene Arbeiten zu „clinical care coordination“. Ovreteit definiert dies als: „ordering the care that different providers give to a patient, so that the results are greater than the sum of each provider’s care“ (Ovreteit 2011). Diese Koordination, verstanden als zentraler Teil einer Integrierten Versorgung, ist nach Ovreteit notwendig bei Übergängen zwischen Institutionen des Gesundheitswesens und insbesondere bei zu Hause lebenden Personen mit chronischen Krankheiten (vgl. ebd. 2011: 1f). Die Analyse von Ovreteit zeigt, dass die Koordination leidet, wenn zu wenig finanzielle und zeitliche Ressourcen vorhanden sind. Zudem zeigt sich, dass die Koordination der verschiedenen gesundheitsrelevanten Leistungen in den Institutionen mangelhaft verankert ist. Zudem müssen die Professionellen zwingend in der Aufgabe der Koordination unterstützt werden (vgl. ebd.). Den Ergebnissen zufolge kann mit besserer Koordination der Institutionen die Qualität für die Patienten gesteigert und auch Kosten gesenkt werden. Dabei kommt es auf den jeweiligen Grad der Implementation der Koordination und auf die Perspektive an (vgl. ebd.). Ovreteit folgert aus seiner Review, dass Bemühungen für eine bessere Koordination, kombiniert mit anderen Systemumstellungen (z.B. Einführung Case- oder Disease Management, Multidisziplinäre Teams), Kosten sparen und die Behandlungsqualität erhöhen können. Zudem müssen bei einer (geplanten) Veränderung des Systems gleichzeitig Anpassungen der Finanzierung, Ausbildung des Fachpersonals und des gemeinsamen Umsetzungsverständnisses vorgenommen werden (vgl. ebd.). Abschliessend empfiehlt Ovreteit den Professionellen und Institutionen eine systematisierte Koordination und die dazu notwendige Verantwortung und Zuständigkeit klar zu regeln. Übergeordnete „professional associations“ (Berufsverbände) können eine zentrale Rolle für die Positionierung und Legitimierung einer systematisierten Koordination spielen (vgl. ebd.: 17).

Eine Studie von Stewart et al. (2012) untersuchte die Koordination von Behandlungen im Gesundheitswesen und weist für die vorliegende Arbeit weitere nennenswerte Ergebnisse auf. Sie untersuchten in ihrer Evaluation in der stationären Psychiatrie die professionelle Position der „care coordinators“, die u.a. zum Ziel haben, die Patientenversorgung zu organisieren um die „recovery“-Möglichkeiten zu vergrössern. Zusätzlich soll ein Case Management verfolgt wer-

den, wobei die care coordinators als Ansprechperson für Patienten und Patientinnen, Familienangehörige und weiteren wichtige „community resources“ fungieren. Letztlich sollte die Koordinationsstelle alle, für die psychische Gesundheit relevanten Professionellen verbinden (vgl. Stewart et al. 2012: 83). Die Ergebnisse zeigen, dass bei den Teilnehmenden der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe, während der Austrittsplanung die Familienangehörigen und Nachfolgeeinrichtungen stärker einbezogen wurden, bzw. vermehrt an Sitzungen partizipiert haben (vgl. ebd.: 88). Zudem konnte die Annahme widerlegt werden, dass die Koordinationsintervention die Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten verlängern würde (vgl. ebd.: 89). Die Resultate weisen nach Aussagen von Stewart et al. daraufhin, dass die Koordination die Lücke zwischen stationärer und ambulanter Versorgung schliessen und so den nahtlosen Behandlungsverlauf unterstützen kann (vgl. ebd.). Die Fachkräfte der psychiatrischen Einrichtung sehen verschiedene Professionen in der Rolle des „care coordinators“. Dafür notwendig sind Fähigkeiten wie: „proactive, collaborative, inclusive approach; strong communication and people skills, negotiating and mediating skills; ability at managing interactions with staff, particularly senior staff; skill at working effectively with family systems and managing group dynamics; familiarity with the inpatient environment; and preferably, familiarity with community mental health and associated community resources. [...] a broad view of service user and treatment approaches, and a strong focus on promoting recovery“ (Stewart et al. 2012: 8) Diese Ergebnisse machen deutlich, dass für die Koordination verschiedener professioneller Leistungen im Gesundheitswesen sowohl „Skills in House“ notwendig sind, als auch eine gute Vernetzung zu anderen Institutionen und Professionellen, welche für integrierte Behandlungsprozesse wichtig sind.

3.3.2 Ein Rahmenkonzept zur Integrierten Versorgung¹⁸

Im internationalen „Journal of Integrated Care“ stellen Valentijn et al. (2013) ein neues „conceptual framework“ zur Erklärung und zum besseren Verständnis der Integrierten Versorgung vor. Das Rahmenkonzept kombiniert die Dimensionen der Integrierten Versorgung mit den Funktionen der Grundversorgung, welche eine zentrale Rolle im Gesundheitswesen einnehmen (vgl. Valentijn et al. 2013). Dabei geht das Konzept von verschiedenen Fachpersonen (Professionals) im Gesundheitswesen aus. „Professionals have a collective responsibility to provide a continuous, comprehensive, and coordinated continuum of care to a population“ (Valentijn et al. 2013: 6). Die Forschergruppe geht ebenfalls davon aus, dass durch die Alterung der Gesellschaft und steigende Prävalenz chronischer Krankheiten, entsprechende Reformen im Gesundheitssystem notwendig sind. Das Rahmenkonzept verbindet dabei die gesundheitliche Grundversorgung

¹⁸ Das Konzept ist auch unter den Stand der Forschung zu subsumieren. Wegen der umfassenden Darstellung wird es jedoch in einem separaten Kapitel vorgestellt.

(primary care) und die Integrierte Versorgung (integrated care). Der primary care liegt ein bio-psycho-soziales Verständnis von Gesundheit zugrunde, im Wissen darum, dass Erkrankungen zumeist sowohl medizinische, psychische, als auch soziale Problematiken tangieren. In dieser „person-focused care“ stellen die persönlichen Präferenzen, Bedürfnisse und Werte der Patienten und Patientinnen die Basis der Behandlung dar (vgl. ebd.: 4). In der Grundversorgung wird zusätzlich auch von einer „population-based care“ gesprochen, welche die gesundheitlichen Bedürfnisse einer Bevölkerungsgruppe zu erkennen versuchen, um die gesundheitliche Ungleichheit zu minimieren (vgl. ebd.). Gerade weil gesundheitliche und soziale Problematiken zusammenhängen, ist diese Perspektive auf die Gesundheit für die Integrierte Versorgung von Bedeutung, weil sie dadurch das Gesundheits- und Sozialwesen verknüpfen kann (vgl. ebd.). In der Studie wird zudem die Integrierte Versorgung anhand verschiedener Dimensionen aufgeschlüsselt und differenziert. Die Dimensionen werden durch drei Ebenen (Makro, Meso, Mikro) strukturiert, welche die Integration an unterschiedlichen Anknüpfungspunkten ermöglichen (vgl. ebd.). Auf der Makro-Ebene zielt die „System integration“ auf die Erhöhung der Effizienz, Behandlungsqualität, Lebensqualität und Zufriedenheit der Patienten und Patientinnen. Für die Umsetzung sind jedoch spezifische Abstimmungen der Rahmenstrukturen, Prozessen und Methoden erforderlich, die einem zurzeit fragmentierten Versorgungssystem entgegenwirken (vgl. ebd.). Auf der Meso-Ebene ist einerseits die „Organisational integration“ wichtig. Sie beinhaltet verschiedene Arten von inter-organisationalen Beziehungen, wie beispielsweise strategische Allianzen oder Vertragsnetzwerke. Entsprechende Steuerungsmechanismen sind hierfür notwendig, damit eine umfassende Behandlung möglich ist (vgl. ebd.). Andererseits ist auf der Meso-Ebene die „Professional integration“ zu verorten. Diese sieht die Zusammenarbeit zwischen Professionellen sowohl innerhalb einer Organisation (intra), als auch zwischen verschiedenen Organisationen (inter) vor. Zentral ist dabei die gemeinsame Verantwortung in Hinblick auf die Auftragsvergabe, Problemlösung sowie Entscheidungsfindung, hin zur bestmöglichen Gesundheit für die zu behandelnden Personen (vgl. Valentijn et al. 2013: 6). Der Prozess der professionellen Integration ist häufig gestört durch unterschiedliche Paradigmen oder divergierende Verständnisse einer Behandlung. Gefordert sind deshalb innovative Professionelle mit guten Ideen und gleichzeitig aufgeteilten Kompetenzen, Rollen, Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten (vgl. ebd.: 7). Auf der letzten Ebene, der Mikro-Ebene, ist die „Clinical integration“ einzuordnen. Klinische Integration bezieht sich auf die Ausgestaltung der eigentlichen Behandlungsleistung und die Koordination der verschiedenen, je nach Fall notwendigen professionellen Unterstützungen (vgl. ebd.). Deshalb wird die klinische Integration auch als „Service integration“ oder Integration der Unterstützungsleistung verstanden.

In der Praxis ist eine personenorientierte Perspektive erforderlich, um die individuellen Bedürfnisse zu erfassen und einen sinnvollen, angepassten, umfassenden und koordinierten Behandlungsplan zu ermöglichen (vgl. ebd.). Parallel zu allen Ebenen wirken die „Functional integration“ und die „Formative integration“. Die funktionale Integration ist strukturiert durch verschiedene Steuerungsmechanismen wie beispielsweise den Finanzen, strategische Planung oder Human Resources. Dabei können sie Einfluss auf die Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit zwischen Organisationen und Professionellen nehmen oder die politischen Entscheidungsträger unterstützen (vgl. ebd.). Die normative Integration ermöglicht ebenfalls eine Verknüpfung aller Ebenen. Hierbei ist von Bedeutung, dass gemeinsam getragene Werte, Methoden oder Ziele über alle Professionellen und Organisationen hinaus bestehen, um eine konsistente Unterstützungsleistung bieten zu können (vgl. Valentijn et al. 2013: 8). Folgende Abbildung (Abb. 4) visualisiert die verschiedenen Aspekte des Rahmenkonzepts der Integrierten Versorgung:

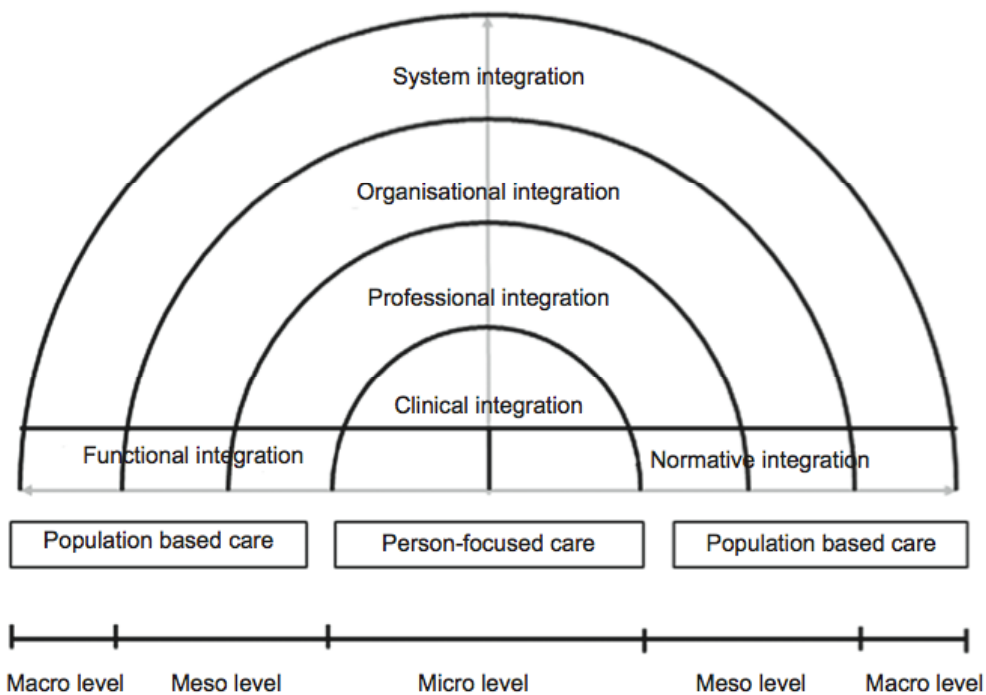


Abbildung 4: Modell des Rahmenkonzepts zur Integrierten Versorgung (Valentijn et al. 2013)

Die Forschenden um Valentijn entwickelten das Rahmenkonzept der Integrierten Versorgung um einerseits ein besseres Verständnis der Integrierten Versorgung zu erreichen und andererseits künftige empirische Untersuchungen zu fördern. Es ist davon auszugehen, dass je nach Kontext die verschiedenen Mechanismen unterschiedlich funktionieren (vgl. ebd.: 9). Die theoretischen und empirischen Ergebnisse, welche Valentijn et al. verknüpft und aufeinander bezieht, bieten in Form des Rahmenkonzepts eine wertvolle fachliche Grundlage für die Diskussion um die Inte-

grierte Versorgung und neue Versorgungssysteme im Gesundheitswesen, sowohl für die Praxis und Wissenschaft, als auch für die politischen Entscheidungsträger.

Abschliessend ist zu erwähnen, dass die aus dem Forschungsstand beschriebenen wissenschaftlichen Erkenntnisse verschiedene Aspekte auf praktischer und theoretischer Ebene beleuchten. Diese werden in Fortgang der vorliegenden Arbeit in geeigneter Form in die weiterführenden Überlegungen integriert.

3.4 Interinstitutionelle Zusammenarbeit

Während die Integrierte Versorgung insbesondere im Gesundheitswesen als erstrebenswerter konzeptioneller Ansatz für ein patientenorientiertes, fach- und sektorübergreifendes Versorgungssystem gilt, werden noch andere Konzepte zur Verbesserung der Koordination zwischen Institutionen vorangetrieben. Das in der Schweiz eingeführte Konzept der „Interinstitutionellen Zusammenarbeit“ (IIZ), versteht sich als „die Zusammenarbeit von verschiedenen Institutionen im Bereich der sozialen Sicherung und Bildung []. IIZ bezeichnet Modelle der formalen und informellen Kooperation bezüglich Strategien, operativer Prozesse, Koordination von Angeboten bis hin zur Zusammenarbeit auf Einzelfallebene“ (Eidgenössisches Departement des Innern (EDI) 2011).

Ausgehend von verschiedenen sozialen Risiken, wie beispielsweise Arbeitslosigkeit, Armut oder Behinderung, haben sich in der Schweiz unterschiedliche soziale Sicherungssysteme herausgebildet. Diese in Sozialversicherungen aufgeteilten sozialen Sicherungssysteme haben zumeist eigene Zielgruppen, Eintrittskriterien, Massnahmen und Leistungen, was in der Konsequenz zu einer Segmentierung der sozialen Sicherung und tendenziell zu Doppelspurigkeiten und Lücken führen kann (vgl. Wolffers 2013: 294). In dieser Problematik zeigt sich eine deutliche Parallele zur Fragmentierung der Leistungen und institutionellen Zuständigkeiten im Gesundheitswesen, wie es in der vorliegenden Arbeit mehrfach dargelegt wurde. Im Wissen um das Fehlen eines Gesamtkonzepts der sozialen Sicherung, wurden auf Ebene der Kantone ab dem Jahr 2001 die ersten Bemühungen einer institutionellen Zusammenarbeit vorangetrieben, mit dem Ziel der Optimierung der Schnittstellen der beteiligten Vollzugsstellen, schlankeren Abläufen und einer möglichst raschen Wiedereingliederung erwerbsloser Personen in den Arbeitsmarkt (vgl. ebd.: 296). In den Jahren 2005 – 2010 formte insbesondere das von Bund und Kantonen geförderte Projekt „Medizinisch-Arbeitsmarktliche Assessments mit Case Management“ die Entwicklung der institutionellen Zusammenarbeit. Das Ziel des Projekts war, eine möglichst frühzeitige Zusammenarbeit von Arbeitslosenversicherung, Invalidenversicherung und der Sozialhilfe sowie weiteren relevanten Institutionen, um Personen mit sozialen und gesundheitlichen Mehrfach-

problematiken zu erfassen und diese mit gezielten Interventionen in den Arbeitsmarkt zu integrieren (vgl. ebd.). Die zur Überprüfung des Projekts durchgeführten Evaluationen zeigen jedoch ein ernüchterndes Bild. Sie attestieren dem Projekt keine nennenswerte Verbesserung der Wirkung im Vergleich zu den Regelstrukturen und verweisen zudem auf den hohen Zeitaufwand durch komplizierte Abläufe der IIZ (vgl. Wolffers 2013: 297).

Eine qualitative Studie von Nadai et al. (2010) untersuchte zudem die Schnittstellen zwischen den relevanten Institutionen der IIZ und deren Abstimmungsprozessen auf strategischer und organisationaler Ebene sowie die Zusammenarbeit im konkreten Einzelfall. Sie prognostizieren in Anbetracht der komplexen Problemlagen den Zielgruppen der IIZ keine „spektakulären“ Erfolge. Die Untersuchung zeigt, dass Kooperationen nur punktuell stattfinden, beispielsweise zur Informationsabfrage oder durch Kontrollanrufe. Ohne formelle Verankerung hängt die Kooperation zwischen den Institutionen hauptsächlich von den persönlichen Initiativen der Fachpersonen ab (vgl. Nadai et al. 2010: 6). Die grundlegende Idee der IIZ, wird von den Fachpersonen grundsätzlich akzeptiert, als sinnvoll verstanden und gegen Aussen vertreten. Jedoch zeigt die Studie auch, dass das praktische Handeln von dieser Logik entkoppelt ist und letztlich keine oder nur sehr wenige Fälle in den IIZ-Prozess überwiesen werden (vgl. ebd.). Dabei beschneiden unterschiedliche Beschränkungen und Rahmenbedingungen die Kooperationen. Beispielsweise stehen nur beschränkt für den Einzelfall geeignete Beschäftigungs- und Qualifizierungsmassnahmen zur Verfügung oder die zeitliche Limitierung und institutionelle Berechtigungen hemmen einen kontinuierlichen Verlauf der Unterstützung (vgl. ebd.: 13). Eine damit einhergehenden Reduktion der Komplexität der Einzelfälle fördert eine institutionelle Lösung nach kleinstmöglichem Aufwand. Längerfristige Prozesse die entsprechend breitgefächerte und abgestimmte Massnahmen erfordern, rücken in den Hintergrund, was von der Forschergruppe als situativer Pragmatismus definiert wird (vgl. ebd.: 9f). Häufig werden deshalb Massnahmen aus dem bestehenden Interventionsprogramm gewählt, welche mehr oder weniger für den Einzelfall geeignet sind (vgl. ebd.: 10). Nadai et al. sehen die Entwicklung einer institutionellen Zusammenarbeit ebenfalls dadurch erschwert, dass im Rahmen der IIZ erbrachten Leistungen häufig durch nicht-professionelles Personal aus Verwaltung und Behörden übernommen wird. Dadurch kann die qualitative Arbeit mit Personen in komplexen Problemlagen beeinträchtigt werden (vgl. ebd.: 13). Letztlich wird nach Aussagen von Nadai et al. das geforderte Case Management auf die Funktion der Arbeitseingliederung reduziert (vgl. ebd.) und kann keine Entfaltung auf System- und Einzelfallebene finden. Abschliessend wird erwähnt, dass die interinstitutionelle Zusammenarbeit in ein sehr dynamisches sozialpolitisches Gefüge eingelassen ist und teilweise auch in Konkurrenz

zu anderen Konzepten steht, was die Berücksichtigung und Bedeutung von IIZ wesentlich beeinflusst (vgl. ebd.: 14).

In einer weiteren Studie im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherungen und des Staatssekretariats für Wirtschaft wurden insgesamt 87 Zusammenarbeitsformen in allen Kantonen im Sinne der IIZ identifiziert und auf eine Typologie hin untersucht (vgl. Bieri et al. 2013). Die Analysen zeigen, dass in allen Kantonen mindestens zwei definierte Formen von IIZ bestehen und demzufolge formalisierte Zielsetzungen, Prozessabläufe, Aufgaben und Pflichten definiert sind (vgl. ebd.: 62). Die Studie brachte hervor, dass Mitarbeitende der involvierten Institutionen oftmals bilaterale und informelle Lösungswege für ihre Klientel entwickeln, welche nicht in den IIZ-Führungstools erfasst werden. Die Ergebnisse machen deutlich, dass für alle IIZ-Fachpersonen die informellen, meist bilateralen Zusammenarbeiten in Form von Telefonaten zum Informationsaustausch und zur Koordination wichtiger sind als die formellen IIZ-Abläufe. Hauptgründe für die negative Beurteilung der IIZ-Abläufe werden vor allem im grossen administrativen Aufwand, den engen IIZ-Kriterien und den wenig zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen gesehen (vgl. ebd.: 63). Die Autoren der Untersuchung empfehlen für die künftige Ausrichtung und Planung der IIZ u.a. ein Gesamt-IIZ-Konzept auf kantonaler Ebene, genügend fachliches Know-how und eine kontinuierliche Zusammenarbeit und, in Ergänzung zu formellen Kooperationsformen, informelle bilaterale Zusammenarbeitsformen zu fördern. Die Chancen der informellen, bilateralen Kooperationsformen zeichnen sich insbesondere dadurch aus, dass sie mit wesentlich geringerem Aufwand zu realisieren sind, als multilaterale formelle Zusammenarbeitsformen (vgl. Bieri et al. 2013: 65).

Die aus dem Forschungsstand hervorgehende Kritik am Konzept der IIZ verweist wiederum auf die anspruchsvolle Implementation und Umsetzung übergreifender Systeme. Jedoch zeigen die Initiativen der Interinstitutionellen Zusammenarbeit und der Integrierten Versorgung, dass die Bestrebungen in die Richtung eines koordinierten und auf die betroffene Person abgestimmten Unterstützungssystems, an Bedeutung und Relevanz gewinnen. Auch für die Überlegungen institutioneller Übergänge bei gesundheitlich beeinträchtigten Personen sind diese Grundannahmen und Erfordernisse evident. Sie verweisen zudem auf die notwendigen Voraussetzungen und ein grundlegendes Verständnis, damit zukünftig integrierte Konzepte auf den Ebenen der Politik, der Institutionen und der Gesellschaft vorangetrieben werden können.

4 Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

Die Koordination von institutionellen Übergängen ist von zentraler Bedeutung, wenn nachhaltige und patientenorientierte Bearbeitungen, bzw. Behandlungen von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen erreicht werden sollen. Die vorangegangenen konzeptuellen und methodischen Überlegungen zeigen einerseits die professionsunabhängige Voraussetzungen und andererseits die fachliche Eignung der Sozialen Arbeit für die Bearbeitung institutioneller Übergänge. Um die Verknüpfung von einer bei institutionellen Übergängen agierenden Sozialen Arbeit und den gesundheitsrelevanten Institutionen zu verdeutlichen, sind weitere Ausführungen zur Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen angezeigt. Einerseits werden in diesem Kapitel Überlegungen zum fachlichen Personal der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen und der Klinische Sozialarbeit vorgestellt. Andererseits hat sich die Soziale Arbeit bis heute in Bezug auf gesundheitsrelevante Tätigkeitsbereiche ausdifferenziert und findet sich in einer Vielzahl von Handlungsfeldern wieder, welche zugleich für die Bandbreite an Institutionen im Gesundheitswesen stehen.

4.1 Handlungsfelder der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen

Neben den im Folgenden dargelegten Handlungsfeldern ist an dieser Stelle zusätzlich auf die unterschiedlichen Bedingungen der Gesundheitssysteme hinzuweisen. Wie bereits im Stand der Forschung erwähnt, hängen die professionellen Möglichkeiten immer vom Kontext eines Gesundheitssystems ab. Folglich sind Versorgungssysteme in Abhängigkeit der unterschiedlichen sozialpolitischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen zu beurteilen. Ohne im Weiteren vertieft darauf einzugehen, ist an dieser Stelle exemplarisch auf den föderalistischen Kontext des Schweizerischen Gesundheitssystems hinzuweisen. Laut Kocher (2010) ist hierbei insbesondere die unklare Verteilung der Kompetenzen und Aufgaben auf den drei Ebenen Bund, Kantone und Gemeinden zu nennen. Dabei nehmen Bund und Kantone in allen Bereichen der Gesundheit gleichzeitig, gemeinsam oder sich auch überlappende Aufgaben wahr, wodurch von einer Zersplitterung der Aufgaben und Verantwortlichkeit ausgegangen werden kann (vgl. Kocher 2010: 138f).

Um die verschiedenen Handlungsfelder zu beschreiben, in welchen Sozialarbeitende gesundheitsrelevante Arbeit leisten, ist zunächst zu erwähnen, dass die beiden Systeme „Gesundheits- und Sozialwesen“ teilweise unscharf verstanden werden. Laut Franzkowiak (2011) wird zum einen das Gesundheitswesen als Teil des Sozialwesens verstanden, dann wiederum das Sozialwesen als Teil eines ausgereiften Gesundheitswesens. Häufig haben diese unterschiedlichen Perspektiven mit Definitionsmacht und Zugriffsrechten in Hinblick auf entsprechende Aufgaben, Aufträge und Zuständigkeiten zu tun (vgl. Franzkowiak et al. 2011: 136f). Die in der einschlägi-

gen Literatur festgehaltenen Systematiken lassen eine gesundheitsrelevante Soziale Arbeit in beiden Systemen verorteten, was hierbei auch auf die inhaltliche Nähe hinweist (vgl. ebd.: 137). Die im Folgenden aufgeführten Handlungsfelder können einerseits für die Soziale Arbeit als relevant erachtet werden und andererseits zeigen sie das Spektrum an Institutionen im Gesundheitswesen allgemein auf.

In Hinblick auf eine geeignete Darstellung, beschreiben Ortmann und Waller (2005) eine Einteilung, welche als Überbau eine „gesundheitsbezogenen Sozialarbeit“ vorsieht. Die Begrifflichkeit beinhaltet sowohl die „klassische“ Sozialarbeit im Gesundheitswesen, als auch eine neuere gesundheitsbezogene Sozialarbeit im Sozialwesen, die auch als „Gesundheitsarbeit“ bezeichnet wird (vgl. ebd.: 2). Hierbei ist das Wissen um mögliche Handlungsfelder für die vorliegende Arbeit deshalb von Bedeutung, weil es Institutionen zu identifizieren vermag, die auch für institutionelle Übergänge relevant sein können.

Eine umfangreiche Auflistung von Handlungsfeldern der Sozialarbeit im Gesundheitswesen wurde von Franzkowiak (2011) vorgenommen. Zusammengefasst sind folgende Handlungsfelder der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen zuzuordnen:

- Soziale Arbeit im Krankenhaussozialdienst, in der Integrierten Versorgung und in Einrichtungen der stationären und teilstationären Rehabilitation (psychosoziale Beratung, Patientenschulungen, Schnittstellen- und Patientenmanagement, etc.)
- Sozialberatung im öffentlichen Gesundheitsdienst und sozialpsychiatrischen Diensten
- Ambulante und stationäre Einrichtungen der Behinderten- und Wiedereingliederungshilfe, einschliesslich aktivierender und beratender Angehörigenarbeit
- Offene, ambulante, teilstationäre und stationäre Altenhilfe und -betreuung wie u.a. in Alten- und Pflegeheimen, ambulanten Beratungsstellen oder gemeinwesenorientierte Altenarbeit
- Soziale Arbeit in der Pflege und der Hospizarbeit, einschliesslich aktivierender und beratender Angehörigenarbeit
- Suchtberatung in Einrichtungen der therapeutischen Suchtkrankenhilfe und der betrieblichen Suchtkrankenhilfe
- Frühförderung und Sozialpädiatrie
- Lebens-, Familien- und Partnerschaftsberatung
- Soziale Beratung und Vermittlung in Einrichtungen und Massnahmen verschiedener Psychiatrien
- Soziale Arbeit in psychosomatischen Fachkliniken und in der klinischen Rehabilitation von chronischen Erkrankungen

- Sozialprofessionelle Tätigkeiten in weiteren gesundheitsrelevanten Versorgungsstrukturen innerhalb vom Gemeinwesen und Region (vgl. Franzkowiak et al. 2011: 140)

Diese Aufzählung verschiedener Tätigkeitsbereiche der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen ist jedoch auch mit Aufgaben und methodischen Ansätzen vermischt. Zwar zeigt die Auflistung die vorhandene Vielfalt von möglichen Handlungsfeldern der Soziale Arbeit im Gesundheitswesen auf, ohne jedoch einen reduzierenden Überblick anzubieten. Dazu scheint die Reduktion auf sechs Handlungsfelder von Ortmann und Waller hilfreicher, wenn diese auch nicht abschliessend erscheint. Demnach sind folgende Tätigkeitsfelder der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen zuzuordnen. Sozialarbeit... :

- im Spital
- im öffentlichen Gesundheitsdienst
- in Krankenkassen
- in Einrichtungen der Psychiatrie
- in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe
- in Einrichtungen der Rehabilitation (vgl. Ortmann/Waller 2005: 3)

Recherchen zum Forschungsstand der Sozialen Arbeit im Schweizerischen Gesundheitswesen haben ergeben, dass bis dato sehr wenige bis keine fundierten Arbeiten zu den Handlungsfeldern und deren Definition vorliegen. Deshalb lassen sich für die Schweiz keine verifizierten Aussagen zu den tatsächlich vorhandenen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen anstellen. Mit den zur Verfügung stehenden Informationen kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die beschriebenen Handlungsfelder auch denen in der Schweiz mehrheitlich entsprechen.

Mit der Differenzierung einer „Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen“ und einer „Gesundheitsbezogene Sozialarbeit im Sozialwesen“ gehen Ortmann und Waller wie erwähnt weiter. Sie sehen eine gesundheitsbezogene Sozialarbeit ausserhalb des Gesundheitswesens am sich entwickeln (vgl. Ortmann/Waller 2005: 4,6). Ein Ziel kann dabei in der Verhinderung, bzw. Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Probleme erachtet werden. Dem zugrunde liegt ein Verständnis des Zusammenhangs zwischen sozialen und gesundheitlichen Problematiken, dem Sozialarbeitende mit einem gesundheitsförderlichen und präventiven Blickwinkel begegnen können (vgl. ebd.: 4). Dabei hat die Soziale Arbeit mit ihrer professionellen Nähe zu sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen, die „Gesundheitsarbeit“ als Teil ihres professionellen Handelns zu berücksichtigen (vgl. ebd.: 5). Zudem sehen sie in einer gesundheitsbezogenen Sozial-

arbeit im Sozialwesen die Chance, im professionellen Handeln Hinweise für „behandelnde“ Massnahmen zu erkennen und diese zu initiieren oder zu koordinieren (vgl. ebd.). Analog zu den oben aufgelisteten Handlungsfeldern der Sozialarbeit im Gesundheitswesen, stellen folgende Einrichtungen Beispiele für die Gesundheitsarbeit im Sozialwesen dar. Ortmann und Waller verweisen dabei auf die sicher nicht abschliessende Auswahl und beschreiben die Gesundheitsarbeit in Bezug auf:

- Kindergärten
- Jugendzentren
- Schulen
- Stadtteile
- Wohnungslosenhilfe (vgl. Ortmann/Waller 2005: 4)

Für die vorliegende Arbeit lässt sich an dieser Stelle eine weitere wichtige Fokussierung vornehmen. In Hinblick auf institutionelle Übergänge zeigt sich in der Literatur insbesondere eine Konzentration auf Institutionen im Gesundheitswesen, wie beispielsweise Übergänge zwischen Krankenhaus und einer ambulanten Versorgungseinrichtung. Die von Ortmann und Waller beschriebene „Gesundheitsarbeit im Sozialwesen“ verweist auf eine erweiterte Perspektive. Im Zusammenhang mit institutionellen Übergängen sind jedoch weniger die gesundheitsförderlichen Projekte von Bedeutung, sondern insbesondere die vorgeschlagene initiierende und koordinative Funktion der Sozialen Arbeit (vgl. ebd.: 5). Dabei könnten Sozialarbeitende beispielsweise mögliche gesundheitliche Beeinträchtigungen ihrer Klientel früh erkennen und als Gatekeeper in weiterführende gesundheitsrelevante Einrichtungen fungieren. Folgende Abbildung 5 zeigt unterschiedliche Handlungsfelder im Gesundheit- und Sozialwesen, die tendenziell als getrennte Systeme verstanden werden. Die Soziale Arbeit ist dabei in unterschiedlichem Ausmass in den verschiedenen Handlungsfeldern tätig. Mit dieser Zusammenstellung verschiedener Institutionen werden gleichzeitig mögliche institutionelle Übergänge aufgezeigt, bei welchen Unterstützung der Betroffenen angezeigt sein kann.



Abbildung 5: Handlungsfelder Soziale Arbeit in gesundheitsrelevanten Bereichen (eigene Darstellung)

4.2 Personal Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen

Zu den verschiedenen gesundheitsbezogenen Handlungsfeldern in denen auch die Soziale Arbeit tätig sein kann, können zudem verfügbare statistische Personaldaten hinzugefügt werden. Wenn Sozialarbeitende in gesundheitsbezogenen Institutionen tätig sind und für institutionelle Übergänge im Speziellen verantwortlich sein sollen, dann ist der Kenntnisstand über das Personal Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen von Bedeutung. Dies letztlich auch, da für koordinative Aufgaben bei institutionellen Übergängen entsprechendes Fachpersonal verfügbar sein muss.

Im deutschsprachigen Diskurs um die Präsenz der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen zeigen verschiedene Untersuchungen und Schätzungen, dass in Deutschland rund 20-25% der Sozialarbeitenden im Gesundheitswesen tätig sind (vgl. DBSH 2013; Franzkowiak et al. 2011: 132; Homfeldt 2012a: 489; Lützenkirchen/Köppel 2005). Als Tätigkeitsfeld der Sozialen Arbeit, ist das Gesundheitswesen das zweitgrösste nach der Jugendhilfe (vgl. Franzkowiak et al. 2011: 132) und bleibt trotzdem diffus in der Beschreibung. In der Schweiz werden keine entsprechenden Personalstatistiken geführt, sodass keine exakte quantitative Nennung der professionellen Sozialarbeitenden im Gesundheitswesen möglich ist. Recherchen hierzu zeigen, dass mit den zur Verfügung stehenden statistischen Daten des Bundesamtes für Statistik lediglich eine Annäherung möglich ist. Bis zum Jahr 2012 haben Professionelle der Sozialen Arbeit, definiert als sol-

che mit einem tertiären Bildungsabschluss an einer Fachhochschule oder Höheren Fachschule, rund 1500 Personen ein Studium der Sozialen Arbeit abgeschlossen (vgl. BFS/SHIS 2013). Jedoch werden diese Studienabschlüsse in der vom Bund geführten Berufsnomenklatur (SNB 2000) unter die weitaus grösseren Berufsgruppe „Fürsorge und Erziehung“ (Nr. 831) subsumiert und dabei mit verschiedenen anderen nicht-tertiären, sozialen Berufen vermischt (vgl. BFS 2013a). Unter Einbezug der aktuellsten Erhebung des Bundesamtes für Statistik (BFS), sind rund 90'000 Erwerbstätige in sozialen Berufen tätig (vgl. BFS 2013b). Zur Eruierung der Schnittmenge mit denen im Gesundheitswesen tätigen Personen, kann mit Hilfe der NOGA 2008 (Nomenclature Générale des Activités économiques) je nach Wirtschaftszweig eine Eingrenzung vorgenommen werden. Diese Analyse des Bundesamtes für Statistik hat ergeben, dass von diesen 90'000 Personen rund 25'000 in gesundheitsrelevanten Arbeitsbereichen arbeiten (vgl. BFS 2013b). Folglich kann trotz einer gewissen Unschärfe davon ausgegangen werden, dass auch in der Schweiz rund 20-25% der Fachpersonen in sozialen Berufen im Gesundheitswesen tätig sind. Demnach spielt dieses Arbeitsfeld auch eine wichtige Rolle für Sozialarbeitende und es erstaunt um so mehr, dass nicht mehr Erkenntnisse über das konkrete professionelle Handeln in diesem Feld zu finden sind.

Welche Kompetenzen den verschiedenen nicht-medizinischen Berufen im Gesundheitswesen zugesprochen werden und strukturell verankert sind, ist derzeit noch unklar. Im Buch zum Gesundheitswesen Schweiz 2010-2012, schreiben Meyer und Sottas zu den Berufen im Gesundheitswesen, dass einerseits wegen dem sich verschärfenden Ärztemangel und andererseits wegen immer besser ausgebildeten nicht-medizinischen Berufen künftig diesen Berufen mehr Kompetenzen und Zuständigkeiten zugesprochen würden (vgl. Meyer/Sottas 2010: 44). Auffallend ist hierbei, dass die Soziale Arbeit trotz grosser Präsenz in den gesundheitsbezogenen Institutionen, nicht als einer dieser Berufe genannt wird. Genannt werden die Physiotherapie, Hebammen, Ergotherapie, Ernährung und Diätetik sowie Chiropraktik (vgl. ebd.: 44ff). Jedoch kann davon ausgegangen werden, dass trotz heutiger rechtlicher Verankerung des ärztlichen Monopols vieler Tätigkeiten und Weisungsbefugnissen (vgl. ebd.: 44), alle nicht-medizinischen Berufe im Schweizerischen Gesundheitswesen eine wichtige Rolle haben und zukünftig vermehrt haben werden. In diesem Zusammenhang ist das Ausmass der zugesprochenen Aufgaben und professionellen Freiheiten sicher unterschiedlich ausgeprägt und von verschiedenen Faktoren abhängig. Ob eher die strukturellen Voraussetzung und Verankerungen den nicht-medizinischen Berufen Kompetenzübernahmen ermöglichen oder ob es die zunehmende Professionalisierung im jeweiligen Tätigkeitsbereich ist, kann bislang nicht beantwortet werden. Dass eine Soziale Arbeit im Gesundheitswesen ihre sozialarbeiterisch genuinen Kompetenzen ausweisen muss, scheint hier-

bei unausweichlich. Deshalb kann auch hier betont werden, dass professionelles Handeln gestützt auf (wissenschaftliches) Wissen die zentrale Voraussetzung für die Übernahme und Legitimation entsprechender Zuständigkeiten und Tätigkeiten der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen darstellt.

4.3 Klinische Sozialarbeit

Im Zusammenhang mit den geforderten und tatsächlich vorhandenen Kompetenzen einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit findet sich in der Fachliteratur einerseits den Hinweis einer Profession mit „Ganzheitsperspektive“ oder eine generalistische Soziale Arbeit. Andererseits besteht die Diskussion um eine Profession, die je nach Handlungsfeld spezifischen Anforderungen gerecht werden muss, also eher einer spezialisierten Profession entspricht (vgl. Franzkowiak et al. 2011: 177). Dieser Diskurs ist sowohl auf Ebene der Praxis, als auch auf Ebene der Wissenschaft und Ausbildung im Gange. Beispielsweise in Deutschland und den USA hat sich eine spezialisierte Soziale Arbeit für den gesundheitlichen Bereich in Ausbildung und Praxis bereits etabliert, namentlich die Klinische Sozialarbeit (bzw. Clinical Social Work). Im Sinne eines „spezialisierten Generalisten“ und im Rahmen einer gestuften Fachlichkeit, sehen Mühlum und Gahleitner die Chance darin, dass auf Bachelor-Stufe nach wie vor ein generalistisches Grundstudium in Sozialer Arbeit gelehrt wird, jedoch auf Masterstufe eine Spezialisierung je nach Arbeitsfeld oder unterschiedlichen Aufgaben und Anforderungen gefordert ist (vgl. Mühlum/Gahleitner 2008: 55). Eine Spezialisierung auf das Handlungsfeld der Gesundheit findet sich folglich in der Klinischen Sozialarbeit wieder.

Homfeldt und Sting (2006) sehen dabei die Klinische Sozialarbeit nicht nur beschränkt auf den stationären Bereich, sondern auch bei verschiedenen Aufgaben im ambulanten Versorgungsbereich als relevant. Sie beschreiben unter Rückbezug auf Hey (1997), dass sich die Klinische Sozialarbeit fallorientiert mit sozialen Problemlagen in Zusammenhang mit gesundheitlichen Schwierigkeiten beschäftigt und sich zudem grundsätzlich für die Bereitstellung und Erschließung von sozialen Ressourcen und psychosozialen Kompetenzen verantwortlich sieht (vgl. Homfeldt/Sting 2006: 198f). Die Unabhängigkeit des Settings (stationär oder ambulant) bestätigt auch Pauls. Ihm nach bezieht sich dabei das „Klinisch“ insbesondere auf die direkt beratend-behandelnde Tätigkeit des Professionellen in der Fallarbeit und er versteht Klinische Sozialarbeit als „integrierten professionellen Ansatz zur Verbesserung der psychosozialen Passung zwischen Klient bzw. Klientensystem und Umwelt“ (Pauls 2011: 17).

Die Klinische Sozialarbeit ist als spezialisierte Fachsozialarbeit zu verstehen, die in der psychosozialen Bearbeitung bei schweren Belastungen, Krisen und psychischen, sozio- und psychoso-

matischen sowie chronischen Erkrankungen ihren Fokus hat (vgl. ebd.: 16). Pauls sieht die zentralen Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit darin, dass basierend auf wissenschaftlichem Wissen und fundierten Methoden, adäquate Veränderungen der psychosozialen Lebenslage und Lebensweise zu erreichen sind – immer in Kooperation mit den Betroffenen selbst, ihren Bezugspersonen, ihren sozialen Netzwerken und den beteiligten Institutionen und Professionen (vgl. ebd.: 17). Ausgehend von diesen Anforderungen an die Professionellen und den jeweiligen psychosozialen Problemlagen, kann von einem Grad an Komplexität ausgegangen werden, der grundständig ausgebildete Fachkräfte der Sozialen Arbeit tendenziell überfordert (vgl. Franzkowiak et al. 2011: 175) und nach Hüttemann et al. eine spezialisierte Wissensbasis sowie vertiefte methodische Kompetenzen erfordert. Klinische Sozialarbeit würde demnach einer Spezialisierung der Sozialen Arbeit entsprechen und in der Zuständigkeit für die soziale Dimension von Gesundheit und Krankheit einen disziplinären Rahmen für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen definieren (vgl. Hüttemann/Rüegger/Wüsten 2013: 326). Die Berücksichtigung, bzw. Koordination von institutionellen Übergängen im Gesundheitswesen ist auch in der Klinischen Sozialarbeit ein wichtiger Aspekt des professionellen Handelns. Unter anderem beschreibt Pauls diese in der „Zusammenarbeit mit weiteren relevanten Institutionen“, der „Koordination der Hilfeleistungen“ oder zur „Verbesserung der psychosozialen Passung zwischen Klient [...] und Umwelt“ (Pauls 2011: 17). Klinische Sozialarbeitende, die mit gesundheitlich beeinträchtigten Personen arbeiten, sollten folglich auch auf die Schwierigkeiten bei institutionellen Übergängen sensibilisiert sein. Neben einem Kompetenzprofil spezifisch für die Klinische Sozialarbeit werden auch Kompetenzen für Berufe des Gesundheitswesens allgemein gefordert. Dabei werden im Zusammenhang mit der Ausbildung von Berufen, die in der Gesundheitsversorgung tätig sind, erweiterte Kompetenzprofile vorgeschlagen (vgl. Bals 2011). Hierzu erwähnt Bals im 2007 vorgelegten Gutachten vom „Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“¹⁹, dass „Kooperation und Verantwortung“ die Voraussetzungen für die zukünftige Gesundheitsversorgung sind. Der Expertenrat geht von der Herausforderung aus, die Gesundheitsversorgung zeitgemäss sicherzustellen, bei einer hohen Anzahl Fachpersonen verschiedener Berufsgruppen im Gesundheitswesen (vgl. Bals 2011: 73). Daraus wird abgeleitet, dass die zentrale Kompetenz von Gesundheitsberufen (sowohl medizinischen, als auch nicht-medizinischen), insbesondere bei der interprofessionellen Kooperation liegt. Auf der einen Seite müssen alle gesundheitsbezogenen Berufe von den anderen involvierten Berufen, bzw. Professionen Kenntnis haben und deren fachlichen Kompetenzen, Zuständigkeiten und Rahmenbedingungen kennen.

¹⁹ Die im Abstand von zwei Jahren erstellten Experten-Gutachten werden zuhanden der gesetzgebenden Körperschaften, u.a. dem deutschen Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt, welche diese für die politischen Geschäfte heranziehen können. (vgl. SVR Gesundheit 2014)

Auf der anderen Seite gilt als Voraussetzung für eine Kooperation, dass jeder Gesundheitsberuf die Bereitschaft zur Zusammenarbeit und der Akzeptanz der anderen Professionen nachkommt (vgl. ebd.). Demnach muss auch eine Klinische Sozialarbeit bzw. eine gesundheitsbezogene Soziale Arbeit diese (spezifische) Kompetenz haben. Wie bereits erwähnt, wird von Sozialarbeitenden die Kompetenz zum kooperativen Handeln zumeist als genuin sozialarbeiterisch verstanden. Demzufolge haben sie möglicherweise gegenüber anderen Fachpersonen in diesem Bereich bessere Voraussetzungen.

Die Klinische Sozialarbeit hat in Hinblick auf die Koordination von institutionellen Übergängen noch eine weitere Chance. Wie dem Forschungsstand zu entnehmen ist, sind übergeordnete Fachverbände ein Vorteil, wenn es um die Installierung und Legitimation einer systematisierten Koordination geht (vgl. Ovreteit 2011: 17). Mit dem seit 2009 bestehenden Verein „Clinical Social Work Switzerland“ (CSWS)²⁰, würden gute Voraussetzungen bestehen, um den Aufbau und die Etablierung einer systematisierten Koordination von institutionellen Übergängen auch in der Schweiz zu organisieren und voranzutreiben.

²⁰ Weitere Informationen zum Verein Klinische Sozialarbeit Schweiz sind zu finden auf der Homepage: <http://www.klinische-sozialarbeit.ch/index.html> [Zugriffdatum: 7. Juni 2014]

5 Diskussion

In der abschliessenden Diskussion werden die in den vorangegangenen Kapiteln dargelegten Ausführungen und Ergebnisse zum Thema der institutionellen Übergänge weiter zusammengeführt. Der Fokus liegt auf dem Kondensat der theoretischen und empirischen Erkenntnisse sowie deren Verknüpfungen, welche zur Beantwortung der Fragestellung dienen. In den Schlussfolgerungen werden dabei die aus der Arbeit hervorgehenden innovativen Wissensanteile sowie der eigene Standpunkt erläutert. Ein Ausblick zeigt zudem mögliche handlungsrelevante Erfordernisse für die Praxis, Herausforderungen für das Gesundheitssystem sowie mögliche Anknüpfungspunkte für wissenschaftliche Arbeiten auf.

5.1 Beantwortung der Fragestellungen

Die vorliegende Arbeit geht den Fragen nach, worin die Problematiken bei institutionellen Übergängen bestehen und wie diese, u.a. durch die Soziale Arbeit, bearbeitet werden können. Während der Konzeptualisierung und der Literaturlaufarbeitung wurden vier relevante Fragestellungen entwickelt. Entlang diesen Fragestellungen orientieren sich die folgenden Ausführungen.

5.1.1 Beantwortung der Fragestellung, welchen Beitrag die Soziale Arbeit bei institutionellen Übergängen im Gesundheitswesen leisten kann?

Im Zentrum der vorliegenden Arbeit stehen institutionelle Übergänge zwischen gesundheitsrelevanten Institutionen. Die verschiedenen Institutionen beschäftigen sich in unterschiedlicher Form mit Personen die gesundheitliche Einschränkungen haben oder mit den Auswirkungen einer Krankheit auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene konfrontiert sind. Insbesondere Personen mit mehrdimensionalen Krankheitsproblematiken bedürfen häufig verschiedene gesundheitsbezogene Dienste, die präventive, kurative, rehabilitative oder pflegerische Behandlungs-, Versorgungs- und Unterstützungsleistungen anbieten (vgl. Kraus 2012: 6). Gleichzeitig ist die gesundheitliche Versorgung geprägt von arbeitsteiliger Spezialisierung und verfolgt oft eine Versorgungsstruktur mit Insellösungen. Die einzelnen Fachpersonen denken und handeln dabei häufig nur in ihrem „Slot“. In diesem Zusammenhang kann davon ausgegangen werden, dass die Schnittstellen zwischen den verschiedenen relevanten Institutionen unzureichend koordiniert und begleitet sind (vgl. Schnyder 2010: 59f). Diese Problematik der Schnittstellen bzw. Übergängen zwischen den Institutionen, begünstigt letztlich eine Fehl- Unter- oder Überversorgung der Patienten und Patientinnen. Wie diese Übergänge bearbeitet werden und welche Profession diese Aufgabe übernimmt, ist nicht abschliessend geklärt, bzw. ist je nach Institution unterschiedlich. In Hinblick auf die Soziale Arbeit wird ihr sowohl professionsintern als auch teilweise von an-

deren Berufsgruppen eine (Teil-)Zuständigkeit für institutionelle Übergänge zugesprochen. Dabei soll die Soziale Arbeit „die Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen den verschiedenen gesundheitsrelevanten Institutionen“ fördern oder „die Koordination der Hilfen vor Ort“ unterstützen. Der Sozialen Arbeit wird sogar eine „hohe Bedeutung für das Versorgungs- bzw. Schnittstellenmanagement“ zugesprochen (vgl. Homfeldt 2013: 751).

Für diese Annahmen lassen sich theoretische Erklärungen beiziehen, um dadurch auch den Gegenstand (institutionelle Übergänge) genauer erklären zu können. In diesem Zusammenhang rückt der grundsätzliche Konsens in der Sozialen Arbeit in den Fokus, wonach Sozialarbeitende an der Schnittstelle zwischen Individuum und Gesellschaft agieren. Der Bedarf einer inhaltlichen Konkretisierung dieses Handlungsbereichs ist dabei von Bedeutung. Zumal auch für institutionelle Übergänge diese Perspektive angezeigt ist, wenn individuelle Aspekte einer gesundheitlich beeinträchtigten Person und die strukturellen und sozialen Gegebenheiten eines Versorgungssystems verknüpft und bearbeitet werden müssen. Dazu beschreibt der Theoriebeitrag von Sommerfeld et al. die Verknüpfung der individuellen und sozialen Ebenen menschlichen Lebens (vgl. Sommerfeld et al. 2011). Das heisst, ein einzelner Mensch lebt nach seinem Lebensführungssystem, welches sich zum einen aus den gewohnten Verhaltensroutinen (Muster) und persönlichen Ressourcen zusammensetzt. Zum anderen sieht sich das Individuum konfrontiert mit verschiedenen sozialen Handlungssystemen und deren Zugangsbedingungen, wie beispielsweise die Arbeit, die Familie, die soziale Umwelt oder das professionelle Hilfesystem. Das Zusammenspiel verschiedener Prozesse zwischen Individuum und sozialem System, bildet letztlich das Lebensführungssystem (vgl. ebd.: 46). Bei problematisch gewordenen oder noch werdenden Lebensführungssystemen von Personen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung, ist folglich die Erfassung und Analyse der individuellen Anteile und der sozialen Systeme notwendig, um problematische Aspekte und das Zusammenspiel zu verstehen. Nur dadurch kann die Grundlage geschaffen werden, dass ein Hilfeplan und eine zielführende Interventionen an den relevanten Stellen anknüpfen können.

Der Sozialen Arbeit wird sowohl aus fachlicher, als auch gesellschafts-politischer Perspektive die Zuständigkeit für die gesellschaftliche, bzw. soziale Integration zugesprochen. Demnach sind für sie problematisch gewordene Lebensführungssysteme gegenständlich und erfordern eine professionelle Bearbeitung (vgl. ebd.: 272). Neben dem Ziel der sozialen Integration, geht Staub-Bernasconi noch weiter. In ihren Ausführungen zum professionellen Beitrag der Sozialen Arbeit bei Personen mit psychischen Erkrankungen, ist die „Veränderung oder Anpassungen krankheitsrelevanter sozialer Akteure/Rollenträger der sozialen Umwelt/Teilsysteme“ angezeigt (vgl. Staub-Bernasconi et al. 2012: 7ff).

Beide Zieldimensionen finden dabei auch Bedeutung für institutionelle Übergänge. Die Integration in ein professionelles Hilfesystem kann für eine Person mit einem problematisch verlaufenden Lebensführungssystem eine wichtige Komponente in der Stabilisierung und der angestrebten sozialen Integration sein. Damit schwierige institutionelle Übergangssituationen besser gelingen können, sind zudem weitere soziale Handlungssysteme wie beispielsweise die Familie oder soziale Bezugspersonen einzubeziehen und in einem integrierten Hilfeplan zu berücksichtigen.

Für die Erklärung und das Verständnis von institutionellen Übergängen ist es angezeigt, den wissenschaftlichen Diskurs zu Lebensübergängen zu kennen. In der Lebenslaufforschung werden vor allem Übergänge individueller Entwicklungswege untersucht wie beispielsweise Heirat oder Schulübertritte, die für die Integration in die Gesellschaft von Bedeutung sind (vgl. Walther/Stauber 2013: 29). Dabei zeigt sich grundsätzlich, dass Übergänge zumeist als Situationen der Unsicherheit und Verletzlichkeit gelten. Diese Merkmale gelten auch für gesundheitliche Transitionen (Übergänge), wie sie Wingenfeld (2005; 2009) in seinem Konzept ausführt. Folgt man Wingenfeld, können gesundheitliche Transitionen als Veränderungsprozesse bei schleichender oder plötzlicher Veränderung des gesundheitlichen Zustands verstanden werden. Eine Erkrankung kann folglich zu Veränderungen in allen Lebenszusammenhängen des Individuums führen, einschliesslich der Übergänge in eine neue Versorgungsumgebung (vgl. Wingenfeld 2005: 150). Zu Veränderungen der Lebenssituation aufgrund einer gesundheitlichen Einschränkung, gehören dabei alle Übergänge im Versorgungssystem an. Spezifische Kenntnisse zu solchen „health transitions“ sind für Professionelle in diesem Tätigkeitsbereich handlungsrelevant. Für die Analyse und das Verständnis einer Transition sind verschiedene gesundheitsrelevante Faktoren zu berücksichtigen. Hierbei ist u.a. neben dem bisherigen Erfahrungshintergrund der individuellen Erkrankungsentwicklung und der Versorgungsgeschichte, insbesondere die „Art des gesundheitlichen Problems“ wichtig. Wie gravierend die gesundheitsbedingte Veränderung der Lebenssituation ist, kann demzufolge nicht unbedingt am Schweregrad einer einzelnen Erkrankung und deren Diagnose festgemacht werden (vgl. Wingenfeld 2005: 172). Als weitere wichtige Erkenntnis gilt die zeitliche Dimension einer gesundheitlichen Transition. Für eine professionelle Fallanalyse gilt es in Hinblick auf institutionelle Übergänge, vor allem die institutionelle Versorgungsgeschichte eines Patienten oder einer Patientin zu kennen und neben der momentan behandelnden Institution, auch Nachsorgeeinrichtungen und das persönliche Umfeld (privates zu Hause) in die Prozessplanung zu integrieren (vgl. ebd.: 172).

Die Bearbeitung von schwierigen Situationen bei Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen erfordert gesundheits- bzw. krankheitsspezifisches Wissen sowie entsprechende Kompetenzen. Spezifische Kenntnisse über Krankheitsbildern, Rekonvaleszenz, Veränderungen der

sozialen Rollen durch die gesundheitliche Einschränkung, Anpassungen des Selbstkonzepts, usw., zeigen sich letztlich auch in der Kompetenz, das jeweilige Gesundheitssystem gut zu kennen und die Möglichkeiten der Versorgungssituation planen zu können. Wenn die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen diesen Anforderungen gerecht werden will, sind auch für Sozialarbeitende eine spezialisierte Wissensbasis sowie vertiefte methodische Kompetenzen unumgänglich – um so einen substantiellen Beitrag leisten zu können.

Ausgehend von gesundheitlich problematischen Transitionen, zeigt auch das Konzept der Lebensbewältigung nach Böhnisch Hinweise, die für institutionelle Übergänge zwischen gesundheitsbezogenen Institutionen von Bedeutung sind. Durch die Rekonstruktion und Analyse sowohl des individuellen Bewältigungsverhaltens, als auch der Lebenslage der betroffenen Personen, lassen sich Bewältigungslagen bei krankheitsbedingten Veränderungen der Lebenssituation erklären (vgl. Böhnisch 2012: 65). In Bezug auf institutionelle Übergänge in einem zersplitterten und spezialisierten Gesundheitswesen, kann neben den biografischen Ressourcen, das Augenmerk auf die unterschiedlichen Lebenslagen eine bedeutende Rolle spielen. Die Berücksichtigung des sozialstrukturellen Kontexts (Lebenslage) als Ausgangsbedingung menschlichen Handelns, kann erschwerte Zugangsmöglichkeiten zu gesundheitsrelevanten Diensten identifiziert. Dass dabei für die Bearbeitung der Bewältigungslagen die betroffene Person als zentraler Referenz erachtet wird, zeigt sich auch in den Ausführungen zur Integrierten Versorgung. Im Rahmenkonzept zur Integrierten Versorgung ist das Individuum im Zentrum und gilt für einen sinnvollen, umfassenden und integrierten Behandlungsplan als unumgänglich (vgl. Valentijn et al. 2013: 7). Die Betroffenen können nicht einfach nur nach Standards und vorgegebenen Patientenzugängen „versorgt“ werden. Vielmehr gilt es die jeweils subjektive Handlungsfähigkeit, Logiken und Werte in die professionelle Bearbeitung einzubeziehen, um einen geeigneten Versorgungsplan mit koordinierten institutionellen Übergängen zu organisieren.

Diese Ausführungen verweisen auf die notwendige theoretische Grundlage, damit die Soziale Arbeit einen Beitrag bei institutionellen Übergängen im Gesundheitswesen leisten kann. Die Hauptfragestellung kann deshalb mit diesen Ausführungen zu einem Teil beantwortet werden. Die Soziale Arbeit ist an der Schnittstelle von Individuum und sozialen Systemen tätig. Ein vergleichbares Verhältnis besteht auch zwischen einer gesundheitlich beeinträchtigten Person und dem professionellen Hilfesystem. Dieses Hilfesystem bringt unter anderem auch die Schwierigkeit von institutionellen Übergängen mit sich, welche durch die Soziale Arbeit bearbeitet werden können. Unter Berücksichtigung weiterer für institutionelle Übergänge relevanten Aspekte, wie wichtige soziale Handlungssysteme, krankheitsspezifisches Wissen und die individuelle Bewäl-

tigungslage, kann von einem angezeigten und angemessen Beitrag der Sozialen Arbeit bei institutionellen Übergängen ausgegangen werden. Welchen praktischen Beitrag die Soziale Arbeit leisten kann, wird in den nachfolgenden Ausführungen und insbesondere in den Schlussfolgerungen dargelegt.

5.1.2 Beantwortung der Fragestellung, welche Zuständigkeit und Interventionsmöglichkeiten für die Soziale Arbeit bei institutionellen Übergängen von Bedeutung sind?

Dass die Soziale Arbeit Aufgaben bei institutionellen Übergängen übernehmen soll, verdeutlichen neben den bereits ausgeführten Hinweisen, folgende ergänzende Zuständigkeitsbeschreibungen. Demnach ist die „Vermittlung und Koordination in komplexen Problemlagen bei Beteiligung mehrerer Dienste“ zentral (Greuel/Mennemann 2006: 17). Mühlum & Gödecker-Geenen (2003) sehen Sozialarbeitenden als „Spezialisten für Steuerungsaufgaben in sozialen Netzwerken, [die] durch den institutions- und trägerübergreifenden Ansatz einen Beitrag zur Überwindung der Schnittstellenproblematik zwischen Leistungsträgern und Individuen [leisten]“. Im Zusammenhang mit der Zuständigkeit und zugesprochenen Kompetenzen, drängt sich die Frage nach der professionellen Intervention bzw. der Bearbeitung auf.

Die Interventionsmöglichkeiten auf der Ebene der Institutionen und der konkreten Fallbearbeitung durch professionelle Fachpersonen erfordern die Benennung verschiedener Aspekte. Ausgehend von der übergeordneten Zielsetzung eines „integrierten Problemlösungsprozesses“, muss die Bearbeitung sowohl individueller Anteile, als auch direkte Interventionen in sozialen Handlungssystemen beinhalten. Diese sollen in einem Handlungsplan zusammen kommen und verbinden die stationären, ambulanten und sozialräumlichen Bearbeitungsformen in einem Hilfesystem, das auch Kontinuität ermöglicht (vgl. Sommerfeld et al. 2011: 145,326). Diese Kontinuität und die Verbindungen zwischen verschiedenen Hilfeleistungen sind auch als zeitliche Dimension von gesundheitlichen Transition zu verstehen. Bei sich verändernden Lebenssituationen von Personen mit komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen gilt es die Versorgungsanforderungen im Sinne einer Mobilisierung und Vorbereitung von professionellen Akteuren zu berücksichtigen. Eine schlichte Vermittlung von Leistungsangeboten greift dabei zu kurz. Vielmehr müssen basierend auf der jeweiligen Problem- und Bedarfslage, alle Aktivitäten und Massnahmen der Beteiligten koordiniert sein. Auszugehen ist von komplexen Arrangements, bestehend aus der Eigenaktivität der Patienten und Patientinnen (subjektive Handlungsfähigkeit), deren sozialen Umfeld sowie verschiedene pflegerische und therapeutische Hilfen und zusätzlichen informellen und formellen Leistungen (vgl. Wingefeld 2005: 188ff).

Im Verständnis solcher theoretischen Forderungen ist auch das Case Management als der Sozialen Arbeit bekanntes methodisches Konzept zu verstehen. Im Case Management ist eine umfas-

sende Einschätzung auf Fall-Ebene ebenso relevant, wie die Steuerung professioneller Leistungen auf System-Ebene (vgl. Wendt 2010). In Hinblick auf institutionelle Übergänge ist dabei zentral, dass auf Fall-Ebene das Bewältigungsverhalten und die Lebenslage erfasst werden, weil dadurch u.a. Hinweise zum bisherigen Umgang mit dem Hilfesystem der betroffenen Person ermittelt werden können. Dadurch sind allenfalls schlechte Erfahrungen mit Institutionen und professionellen Akteuren zu erkennen, was für die Hilfeplanung von Bedeutung ist. Auf System-Ebene ist zu beachten, die benötigten Hilfeleistungen auf die individuelle Aufgabenbewältigung im Einzelfall abzustimmen. Im Sinn eines konsistenten Gesamthilfeplans können Hilfeplankonferenzen durchgeführt werden, an der die beteiligten Akteure (Betroffene, Case Manager, Fachkräfte) teilnehmen. Dies kann auch bedeuten, dass professionelle Akteure im Sozialraum bzw. im Gemeinwesen einzubeziehen sind (vgl. Neuffer 2011: 50; Wendt 2010: 16).

Weil das Case Management hohe Anforderungen an die Professionellen bezüglich der Umsetzung stellt und die Einführung des Konzepts in einer Institution vergleichbar mit dem Aufwand einer Integrierten Versorgung ist (vgl. Wendt 2010: 6,250), wird Case Management nicht in allen Institutionen und Tätigkeitsbereichen eingesetzt, wo es angezeigt wäre. Jedoch können auch zentrale Elemente adaptiert werden, um einen Beitrag zur Verbesserung von institutionellen Übergängen zu leisten. Im Case Management wird die Interprofessionelle Kooperation als ein wichtiges Strukturmerkmal gesehen. Laut Obrecht ist die Interprofessionelle Kooperation bzw. Zusammenarbeit bei gesundheitlich beeinträchtigten Klienten und Klientinnen von grosser Bedeutung, weil nicht selten biologische, psychische und soziale Prozesse gleichzeitig kritisch verlaufen (vgl. Obrecht 2005: 16). Dabei verweist auch der Forschungsstand in Hinblick auf die Kooperation zwischen professionellen Fachpersonen, dass mit einer verbesserten Koordination auch eine Steigerung der Behandlungsqualität einhergehen kann und die Lücke zwischen den stationärer und ambulanter Versorgung verringern kann (vgl. Ovretveit 2011; Stewart et al. 2012). Obrecht sieht zudem nicht nur formelle bzw. institutionalisierte Zusammenarbeitsformen möglich, sondern auch spontane interprofessionelle Kooperationen zielführend. Hierzu zeigen weitere Erkenntnisse, dass besonders informelle und bilaterale Zusammenarbeitsformen gute Lösungsvarianten für die Klientinnen und Klienten hervorbringen (vgl. Bieri et al. 2013: 63).

Wenn wegen des hochspezialisierten und arbeitsteiligen Gesundheitssystem keine geeigneten formellen Zusammenarbeitsformen installiert sind, werden die Patienten und Patientinnen folglich nur im organisationalen „Slot“ unterstützt. Um gesundheitlich beeinträchtigte Personen bei institutionellen Übergängen trotzdem zu unterstützen, sind informelle Kooperationen zwischen verschiedenen gesundheitsrelevanten Institutionen eine legitime Intervention. Für Sozialarbeitende ist die Interprofessionelle Kooperation eine grundständige fachliche Notwendigkeit, bzw.

ein handlungsleitendes Arbeitsprinzip. Dazu soll an dieser Stelle ausserdem auf den für alle in der Schweiz tätigen Sozialarbeitenden verbindlichen Berufskodex verwiesen werden. Punkt 16 (Handlungsmaximen bezüglich der interprofessionellen Kooperation) erläutert dabei die professionsethische Verpflichtung, sich mit anderen Disziplinen und Professionen bezüglich sinnvoller Lösungswege auszutauschen, diese zu entwickeln und umzusetzen (vgl. AvenirSocial 2010: 13f). Auch im Forschungsstand zur Integrierten Versorgung werden die wichtigen Kompetenzen für Fachpersonen definiert, die sich um die Koordination der Hilfeleistungen kümmern. Vor dem Hintergrund sozialarbeiterischen Kompetenzen, verweisen „Skills“ wie „kooperative Arbeitshaltung“, „ausgeprägte Kommunikationsfähigkeit“ oder „gute Kenntnisse über das Versorgungsangebot“ (Stewart et al. 2012) deutlich auf die Eignung von Sozialarbeitenden in der Bearbeitung von institutionellen Übergängen. Durch ein proaktives Handeln kann die Soziale Arbeit notwendige interprofessionelle Kooperationen formeller und informeller Art umzusetzen.

In der vorliegenden Arbeit stellt sich neben der Frage der Umsetzungsmöglichkeiten der Praxis, auch die der Rahmenbedingungen eines Gesundheitssystems. Diese zumeist übergeordneten Strukturen haben einen wesentlichen Einfluss auf den Handlungsspielraum der Institutionen. Dabei sehen sich die meisten westlichen Staaten konfrontiert mit sich verändernden Bedarfen an die Gesundheitssysteme, u.a. durch die stetige Alterung der Gesellschaft oder der Zunahme von multimorbiden Erkrankungssituationen. Demnach findet auf Gesundheitssystem- und Politik-ebene schon seit einigen Jahren die Diskussion nach neuen, innovativen und besseren Versorgungssystemen statt. Dabei besteht ein Konsens darin, dass es eine Veränderung braucht. Häufig findet hierbei die „Integrierte Versorgung“ Erwähnung. In diesem Zusammenhang ist eine fachlich adäquate Integrierte Versorgung einzuführen, die eine bottom-up-Logik verfolgt. Das heisst, sie stellt eine gesundheitlich beeinträchtigte Person ins Zentrum des zu entwickelnden Behandlungs- und Betreuungsplans. Der Fokus liegt demzufolge auf dem Wohl des Patienten oder der Patientin und nicht alleine unter dem Primat einer Steuerungs- und Kostenoptimierung. Die Bearbeitung erfolgt in Aushandlung mit der betroffenen Person und in Zusammenarbeit mit relevanten Professionellen des Gesundheitswesens (vgl. Sturmberg/Kissling 2010). Orientierung bietet dabei das professionsunabhängige Rahmenkonzept zur Integrierten Versorgung von Valentijn et al. (2013). Das Konzept zeigt die Modellidee einer idealen Integrierten Versorgung auf. Dadurch besteht für die gesundheitspolitische Systemebene, die Ebene der Praxis und die der Wissenschaft ein allgemeiner theoretischer Bezugsrahmen, der als Grundlage für entsprechende Umsetzungsformen dienen kann. Verschiedene Überlegungen zur Thematik der institutionellen Übergänge sind dabei im Rahmenkonzept integriert, wie beispielsweise die Zusammenarbeit zwischen Professionellen oder die Förderung von Versorgungsnetzwerken. Jedoch bedingen

Wechsel von übergeordneten Systemen einen langen politischen und fachlichen Prozess. Dieser Umstand soll jedoch nicht fachliche Bestrebungen und proaktive Initiativen verhindern. Fortlaufende Aktivitäten und Projekte der Professionellen und der Institutionen können durchaus eine Veränderung des Gesundheitssystems voranführen und wichtige Impulse setzen.

Diese Ausführungen zeigen, dass zur Fragestellung nach den Zuständigkeiten und Interventionsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit in Hinblick auf die Bearbeitung institutioneller Übergängen verschiedene Aspekte zur Beantwortung führen. Die übergeordneten Systemüberlegungen, aber auch ein Case Management sehen die Koordination zwischen verschiedenen Institutionen und Professionen zumeist professionsunabhängig vor. Die Soziale Arbeit weist jedoch eine hohe Eignung bezüglich notwendigen Qualifikationen und grundständigen Handlungsprinzipien auf, um eine entsprechende Koordinationsposition einzunehmen. Die vorgeschlagenen Interventionsmöglichkeiten stellen hierbei eine Auswahl an relevanten Bearbeitungskonzepten und -methoden dar, um der Schnittstellenproblematik bei institutionellen Übergängen zu begegnen.

5.1.3 Beantwortung der Fragestellung, welche Institutionen oder Handlungsfelder bei institutionellen Übergängen eine Rolle spielen und ein Netz der Versorgung bilden können?

Bei der Zuständigkeit und den Interventionsmöglichkeiten kann generell von einer professionsunabhängigen Bearbeitung von institutionellen Übergängen ausgegangen werden. Bei genauere Betrachtung und unter Berücksichtigung grundständiger Qualifikationen und Kompetenzen in Hinblick auf kooperative, vernetzende und koordinative Anteile, ist jedoch die Soziale Arbeit für einen integrierten Behandlungs- und Betreuungsprozess von Klienten und Klientinnen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung prädestiniert. Um eine Unterstützung im Sinne eines integrierten Prozesses zu gewährleisten, ist die Kenntnis des Versorgungs-Netz zentral. Für die Perspektive der Sozialen Arbeit, wurde eine Zusammenstellung der gesundheitsbezogenen Institutionen dargelegt (siehe Kapitel 4). Die aufgezeigten Institutionen stellen demzufolge auch mögliche Ausgangspunkte für institutionelle Übergänge dar. Das heisst, dass Wechsel zwischen Institutionen im stationären Bereich (Akut-Spital, Spezialkliniken, Reha-Kliniken), dem ambulanten Bereich (Hausarzt, Ambulatorien, Therapie- und Beratungseinrichtungen) oder auch der Langzeitpflege (Heime, Spitex), mögliche Übergänge darstellen.

Die Perspektive der Sozialen Arbeit erweitert jedoch die Diskussion um das Versorgungsnetz. Eine „gesundheitsbezogenen Sozialarbeit im Sozialwesen“ entwickelt sich zunehmend und verweist auf zusätzliche Handlungsfelder (vgl. Ortmann/Waller 2005: 4,6). Hierbei ist von einer „Gesundheitsarbeit“ unter anderem in der Kinder- und Jugendhilfe, der Gemeinwesenarbeit oder in der Sozialhilfe die Rede. Sozialarbeitende setzen in diesen Bereichen gesundheitsbezogene

Soziale Arbeit um, wenn beispielsweise gesundheitsfördernde Programme und Projekte realisiert werden. Für die vorliegende Arbeit ist die Initiierung und Koordination behandelnder Massnahmen jedoch bedeutender (vgl. ebd.: 5). Das meint, dass eine gesundheitsbezogene Sozialarbeit im Sozialwesen, bei ihren Klienten und Klientinnen sensibilisiert ist für Gesundheitsthemen, bzw. die Erkennung von gesundheitlichen Problemlagen und Dispositionen. Die Initiierung von weiterführenden Massnahmen kann heissen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen in Institutionen des „klassischen“ Gesundheitswesens vermittelt werden und diese die gesundheitliche Problematik entsprechend bearbeiten können. Zudem stellen die Institutionen im Sozialwesen eine neue Perspektive für die „klassischen“ Institutionen im Gesundheitswesen dar. Dabei stellt sich in diesem Zusammenhang insbesondere die Frage nach den Kooperationsstrukturen zwischen den Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, welche für eine betroffene Person relevant sein können (vgl. Staub-Bernasconi et al. 2012: 9). In einem erweiterten „Institutions-Netz“ sind demzufolge all jene Institutionen bzw. Einrichtungen zu berücksichtigen, welche für einen kontinuierlichen Behandlungs- und Bearbeitungsprozess von Bedeutung sein können.

Ausgehend von einer professionellen Absicht, die Individuen bei der Bewältigung institutionellen Übergängen zu begleiten, ist neben der Unterstützung des Individuums bei personalen Ressourcen und dem individuellen Bewältigungsverhalten, zudem die Perspektive des sozialen Umfelds von Bedeutung. Dabei ist insbesondere aus Sicht der Sozialen Arbeit angezeigt, mögliche wichtige Akteure aus der sozialen Umwelt für die Problemgenese und Alltagsbewältigung zu berücksichtigen, wie beispielsweise nahe Bezugspersonen aus der Familie, des Freundeskreises oder der Nachbarschaft (vgl. Staub-Bernasconi et al. 2012: 8). Die Förderung personaler Ressourcen des sozialen Umfelds oder informelle Nachbarschaftshilfen (mutual care), können auch in Hinblick auf die angestrebte soziale Integration einzubeziehende Aspekte darstellen. Demzufolge ist nach Erachtens des Autors das private zu Hause einer gesundheitlich beeinträchtigten Person, auch als Institution zu verstehen. Das eigene Heim, mit den vorhandenen laien- und familiären Unterstützungssystemen oder Ressourcen aus der (sozialen) Umgebung können dabei unter das „zu Hause“ subsumiert werden. Demzufolge kann auch von einem institutionellen Übergang ausgegangen werden, wenn ein Wechsel von einer Einrichtung des Gesundheitswesens ins eigene zu Hause ansteht. Dabei kann bei stark pflegebedürftigen Personen davon ausgegangen werden, dass weitere Professionen (z.B. Pflege, Spitex) in der häuslichen Versorgung eine tragende Rolle spielen. Jedoch können auch Personen ohne akuten Pflegebedarf, vom herausfordernden Übergang in die Institution „zu Hause“ betroffen sein. Mit dieser Erkenntnis, wird an dieser Stelle das „zu Hause“, ebenfalls als Institution verstanden.

Um die Fragestellung nach den möglichen Institutionen und Handlungsfeldern welche bei institutionellen Übergängen eine Rolle spielen zu beantworten, soll neben den oben dargelegten Überlegungen die folgende Grafik (Abb. 6) eine Übersicht ermöglichen. Die fließenden Farbbereiche zeigen die nicht trennscharfen, übergeordneten (politischen) Bereiche. Neben den bekannten Gesundheits- und Sozialwesen, ergibt sich aus den ausgeführten Überlegungen zusätzlich das „Privatwesen“, in welchem die erläuterte Institution des „zu Hause“ verortet ist. Die verschiedenen Kästen in der Grafik sind dabei einerseits als gesundheitsbezogene Institutionen zu verstehen (z.B. das Spital). Andererseits auch als Handlungs- oder Arbeitsfelder, in denen „gesundheitsbezogenen Sozialarbeit im Sozialwesen“ geleistet wird (z.B. Sozialraumorientierte Soziale Arbeit), die gemäss den Ausführungen oben, auch eine Rolle im Behandlungsprozess von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen spielen können. Der Kasten „zu Hause“ verweist zudem auf den möglichen Übergang ins private Umfeld.

Demzufolge können die verschiedenen „Institutionen“ als ein Netz der Versorgung verstanden werden. Die Verbindungen stehen exemplarisch für mögliche institutionelle Übergänge, bzw. einen kontinuierlichen Prozess in einem erweiterten Versorgungsnetz.

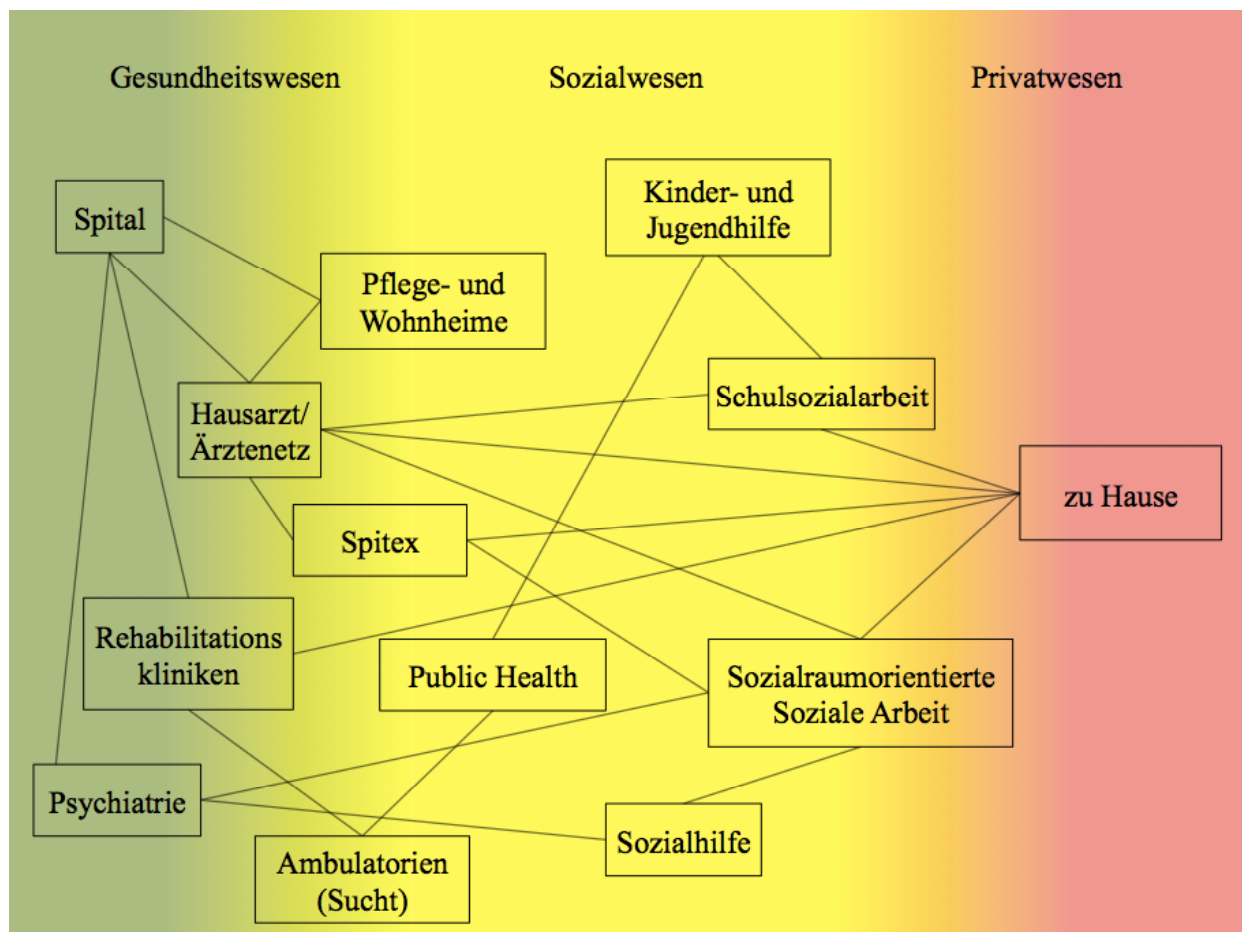


Abbildung 6: Institutionen in einem erweiterten Versorgungsnetz (eigene Darstellung)

Diese erweiterte Perspektive des Versorgungsnetzes trägt zudem in dieser Form zur Teilbeantwortung der Fragestellung bei, welche neuen oder weiterentwickelten Beiträge die Soziale Arbeit zukünftig bei institutionellen Übergängen übernehmen kann. Demzufolge wäre die Berücksichtigung weiterer gesundheitsrelevanter Institutionen im Sozial- und „Privatwesen“ ein möglicher Aufgabenbereich von Sozialarbeitenden.

5.1.4 Schlussfolgerungen

Die nachfolgende Schlussfolgerung beantwortet auf der einen Seite abschliessend die Fragestellung, welchen Beitrag die Soziale Arbeit in der Bearbeitung von Übergängen zwischen gesundheitsrelevanten Institutionen leisten kann. Parallel dazu werden weitere Elemente zur Fragestellung nach möglichen neuen, bzw. weiterentwickelten Beiträgen benannt – die auch eine gewisse Neuwertigkeit der Erkenntnisse beinhalten.

Die Problematik von institutionellen Übergängen stellt gerade für Personen mit mehrdimensionalen Krankheitsproblematiken eine grosse Herausforderung dar und macht in der Weiterentwicklung des Versorgungssystems neue Perspektiven erforderlich. Die Argumentation der gesundheitsökonomischen Sichtweise, die den Fokus auf Kosten- und Prozessoptimierung setzt, ist nicht gänzlich von der Hand zu weisen. Nicht zuletzt, weil die Interventionen mit den Patienten und Patientinnen finanziert werden müssen. Jedoch zeigen Erfahrungen der Praxis und Wissenschaft, dass für eine fachlich-qualitativ hochstehende Versorgung andere Aspekte im Zentrum stehen müssen. Ein integriertes Versorgungssystem kann seine Patientinnen und Patienten nicht einfach „versorgen“. Die betroffene Person ist demnach der Ausgangspunkt, um einen möglichst zielführenden, konsistenten und kontinuierlichen Behandlungs- und Betreuungsprozess zu planen, zu koordinieren und umzusetzen. Übergeordnete Rahmenbedingungen wie beispielsweise eine Integrierte Versorgung, die personenzentriert aufgebaut ist, scheint eine sinnvolle und unterstützende Systemstruktur zu sein, welche über einen längeren fachlichen, politischen und gesellschaftlichen Prozess weiterentwickelt wird. Im Zusammenhang mit einer Versorgungsstruktur in Form von Integrierter Versorgung wird zumeist von einer „sektorübergreifenden“ Versorgungsstruktur im Gesundheitswesen, einer verstärkten Vernetzung verschiedener gesundheitsbezogenen Institutionen und der kooperativen Zusammenarbeit zwischen den Professionen gesprochen. Dies zeigte sich auch an der jährlichen Konferenz des Forum Managed Care im Juni 2014. Auf Ebene der Intervention waren sich die Fachpersonen einig, dass für eine gelingende Integrierte Versorgung Anstrengungen für eine verbesserte Teamarbeit, der interprofessionellen Zusammenarbeit und grundsätzlich eine gute Kommunikation notwendig sind. Zudem sind „ro-

buste“ Qualifikationen und Kompetenzen entscheidend, die medizinische und nicht-medizinische Berufe haben müssen, bzw. in entsprechenden Aus- und Weiterbildungen erwerben müssen.

Ausgehend von den genannten Kompetenzen sind für die Bearbeitung von institutionellen Übergängen noch weitere theoretische Erklärungen und methodische Aspekte zu beachten. Demnach ist zu berücksichtigen, dass die menschliche Lebensführung sowohl von der Person selbst, als auch von den für sie relevanten sozialen Systemen wie beispielsweise dem sozialen Umfeld oder der Familie beeinflusst wird. Dieser Aspekt verweist einerseits auf die Passung der Sozialen Arbeit, welche an der Schnittstelle zwischen Individuum und Gesellschaft agiert. Andererseits zeigt es auf, dass für die Bearbeitung von institutionellen Übergängen eine personenzentrierte Perspektive, eine Analyse der Lebenslage und der individuellen Verhaltensmuster, die eigenlogische Handlungsfähigkeit, bisherige Erfahrungen mit dem professionellen Hilfesystem und weiteren Bewältigungsanforderungen zu berücksichtigen sind. Die für eine betroffene Person entscheidenden sozialen Systeme bringen zudem verschiedene soziale Akteure ins Blickfeld, um ein dem Individuum angepassten und kontinuierlichen Unterstützungsprozess realisieren zu können. Demzufolge müssen bei komplexen Problemsituationen für die Gesamtplanung eines integrierten Hilfeprozesses alle beteiligten Fachkräfte involviert und koordiniert werden. Zudem sollen Professionelle wo notwendig in sozialen Handlungssystemen intervenieren, um sowohl den Zugang zum formellen Hilfesystem zu ermöglichen, als auch das übergeordnete Ziel der sozialen Integration zu erreichen. Es kann davon ausgegangen werden, dass der Einbezug von weiteren informellen sozialen Akteuren wie den Angehörigen, Verwandten oder Freunden bei institutionellen Übergängen wie z.B. zwischen Spital und einer Einrichtung der Rehabilitation sinnvoll sein kann. Zudem können sie eine wichtige Rolle beim Übergang in die Institution „zu Hause“ spielen. Ein integriertes bzw. ein integrierendes Versorgungsnetz muss erweitert gedacht werden. Es reicht nicht aus, sich auf Institutionen im Gesundheitswesen zu beschränken, damit eine Person bei institutionellen Übergängen bestmöglich „versorgt“ ist. Es braucht auch Unterstützung, damit sich betroffene Personen im eigenen zu Hause und im sozialen Umfeld wieder zurecht finden – sich bei einer gesundheitlichen Transition wieder integrieren können. In diesem Zusammenhang ist auch der von verschiedenen Autoren postulierte Bezug zum Sozialraum und dem Gemeinwesen wichtig. Gemeinwesenarbeit, Quartier- oder Stadtteilarbeit sind in der Schweiz etablierte Handlungsfelder, welche zumeist von Professionellen der Sozialen Arbeit besetzt sind. Der Interventionsraum dieser Fachkräfte ist häufig im jeweiligen Quartier, zumeist kombiniert mit Angeboten in Räumlichkeiten wie Quartier- und Stadtteilbüros oder Treffpunkten. Zudem wird aufsuchende Soziale Arbeit geleistet, die der Quartierbevölkerung im Sozialraum begegnet. Eine sozialraumorientierte Soziale Arbeit ermöglicht die Fokussierung auf die Umgebung und das

Umfeld der Adressatinnen und Adressaten und kann dadurch passgenauer und bürgernäher agieren (vgl. Kessl/Reutlinger/Deinet 2007: 41f). In Hinblick auf eine gesundheitsbezogene Soziale Arbeit sieht der Autor eine Chance darin, dass Professionelle der Sozialen Arbeit mit sozialräumlicher Orientierung als „Scharnierfunktion“ zwischen dem traditionellen Gesundheitswesen, dem Sozialwesen und dem „Privatwesen“ fungieren können (siehe Abb. 6). Zusammenfassend können für die Soziale Arbeit drei verschiedene Funktions-Typen²¹ beschrieben werden, welche sich in der Zuständigkeit, Verantwortung, Kompetenz und Interventionsebenen unterscheiden.

- a) **Fokussierte Koordinationsfunktion:** Die Sozialarbeitenden, insbesondere im „klassischen“ Gesundheitswesen, nehmen eine explizite Koordinationsfunktion ein, ohne vertiefte fachspezifische Leistungserbringung. Ihre Kompetenzen der grundständigen Ausbildung und die notwendigen Zusatzqualifikationen je nach Tätigkeitsfeld, bringen die Professionellen der Sozialen Arbeit in eine prädestinierte Position, insbesondere Professionelle der Klinischen Sozialarbeit. In diesem Handlungsbereich gilt es verschiedene Hilfen und Massnahmen von verschiedenen Akteuren und Leistungsanbietern zu erschliessen und auf einander abzustimmen. In die fachliche Leistungserbringung sind die Sozialarbeitenden, bzw. der Case Manager zumeist nicht involviert. Vornehmlich verfolgt die Fachperson in dieser Koordinationsfunktion den Verlauf des Behandlungs- und Betreuungsprozesses und setzt sich für die Orientierung am Patienten oder der Patientin und die zielführende Kooperation und Koordination der professionellen Hilfen ein.

- b) **Formelle Koordinationsfunktion:** Ausgehend von einer möglichst idealen Integrierten Versorgung, wird eine zusammenhängende Versorgungskette zwischen den professionellen Institutionen gemeinsam im Team oder durch eine professionsunabhängige Stelle aktiv organisiert. Eine „klassische“ Soziale Arbeit im Gesundheitswesen ist in die Gesamtplanung eines solchen integrierten Behandlungs- und Betreuungsplan involviert. Dadurch wird in der Begleitung einer betroffenen Person einerseits die soziale Dimension von Krankheit, bzw. Gesundheit berücksichtigt. Andererseits ist es die Zuständigkeit und Aufgabe der Sozialarbeitenden, den Übergängen zwischen den Institutionen besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Vor allem auf den Übergang in die Institution „zu Hause“ und die soziale Umgebung, also die eigentliche soziale Integration, wird der professionelle Fokus in der Koordination gelegt. Im Rahmen formeller Strukturen bestehen dafür

²¹ Die Funktions-Typen werden hierbei mit der bei institutionellen Übergängen zentralen Funktion der Koordination von unterschiedlichen relevanten Akteuren verknüpft. Wenn auch noch weitere fachliche Erfordernisse bzw. Funktionen bei der Bearbeitung wichtig sind, soll an dieser Stelle die Koordination als zentrales Merkmal die Typologie bezeichnen. Zudem können die Typen als Hypothesen oder Szenarien verstanden werden.

auch Kontakte mit weiteren Institutionen der Sozialen Arbeit im sozialräumlichen Kontext. Die Kooperation mit sozialraumorientierten Professionellen im Quartier, Stadtteil, o.ä., kann den eigenen institutionellen Zuständigkeitsbereich entsprechend erhöhen. Eine gesundheitsbezogene Sozialarbeit im Sozialwesen kann im Sinne der Früherkennung neue oder wiederauftretende gesundheitliche Probleme früher identifizieren und entsprechende Schritte im integrierten Behandlungs- und Betreuungsprozess einleiten. Unter anderem kann so der Gefahr entscheidend entgegengewirkt werden, dass Personen eine Behandlung hinauszögern bis der Leidensdruck so hoch ist und eine aufwändigere Behandlung notwendig wird. Es kann zudem der Gefahr von vermehrten Wiedereintritten (Dreh-türeffekt) entgegenwirken.

- c) **Informelle Koordinationsfunktion:** Dieser Funktionstyp unterscheidet sich inhaltlich nicht stark von dem der formellen Koordinationsfunktion. Jedoch wird wegen ungeeigneten Strukturen des Gesundheitssystems kein integrierter Problemlösungsprozess verfolgt. Sowohl eine Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, als auch eine gesundheitsbezogene Sozialarbeit im Sozialwesen, können aber eine informelle Kooperations- und Koordinationsfunktion wahrnehmen. Sie sind dabei eher als „lose“ Instanz zu verstehen. Mit ihrem Wissen um schwierige Übergangssituationen, die grundständigen Qualifikationen bei inter- und intraprofessioneller Zusammenarbeit und den sozialräumlichen Bezug, nehmen Professionelle der Sozialen Arbeit eine informelle Koordinationsfunktion ein. Diese kann sowohl bei Institutionen im Gesundheitswesen (z.B. Spital), als auch bei Institutionen der gesundheitsbezogenen Sozialarbeit im Sozialwesen (z.B. Kinder- und Jugendhilfe) umgesetzt werden. Bilaterale und informelle Kontaktaufnahmen und Absprachen ermöglichen eine zielgerichtete und pragmatische Zusammenarbeit. Bei Institutionen im Sozialwesen können die Professionellen wiederum in der Früherkennung von ersten gesundheitlichen Problematiken und der Einleitung von Massnahmen aktiv werden. Im Zusammenhang mit erweiterten sozialräumlichen Aktivitäten können gesundheitlich eingeschränkte Personen an sozialraumorientierten Angeboten oder Projekten teilnehmen, wodurch die Soziale Arbeit zusätzlich Ziele der Prävention und Gesundheitsförderung verfolgen kann. Die Professionellen der Sozialen Arbeit können im Austausch mit den gesundheitlich beeinträchtigten Personen, formelle und informelle Hilfen vermitteln und wichtige Zugänge zu professionellen und nicht-professionellen Hilfesystemen ermöglichen.

Die vertiefte Auseinandersetzung mit den verschiedenen Dimensionen institutioneller Übergänge zeigt den Beitrag, den die Soziale Arbeit leisten kann. Auch wenn eine „ideale“ Integrierte Versorgung mittelfristig eher nicht eingeführt wird, ist die Orientierung an den damit verknüpften Prämissen zukunftsweisend. Durch eine entsprechende Haltung kann sich die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen positionieren und demzufolge ihre professionelle Unterstützung leisten. Es ist zudem zu hoffen, dass durch verschiedene pragmatische und strategische Initiativen auf Ebene der Intervention durch Professionelle und Institutionen, u.a. mit neuen Projekten²², kontinuierlich Schritte in Richtung eines integrierten, konsistenten, koordinierten und kontinuierlichen Behandlungs- und Betreuungsprozesses gemacht werden können. Nach Erachten des Autors, können verschiedene Projekte und informelle interprofessionelle Kooperationen eine bedeutende Rolle einnehmen, um betroffene Personen bei den Hürden von institutionellen Übergängen zu unterstützen. Zudem scheint der Gedanke einer sozialräumlichen Instanz eine adäquate professionelle Unterstützung, um verschiedene gesundheitsrelevante Institutionen, bzw. Professionelle miteinander zu verbinden und dadurch eine bessere Versorgung von gesundheitlich beeinträchtigten Personen zu erreichen. Diese weiterentwickelte Bearbeitung soll letztlich ein besseres Ergebnis ermöglichen, als bisherige Versorgungsstrategien. Oder wie es Ovetveit ausdrückt: „The results are greater than the sum of each provider’s care“ (Ovetveit 2011).

5.2 Ausblick

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit haben gezeigt, dass durch eine systematische Koordination, Vernetzung und Kooperationen in der Behandlung und Betreuung von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Verbesserungen für die Betroffenen und den Prozess zu erwarten sind. Jedoch zeigen die Resultate auch, dass für die Einführung eines integrierten Versorgungssystems personale und finanzielle Ressourcen investiert werden müssen. Zudem zeigen die Forschungserkenntnisse, dass von der Erwartung rascher und grosser Veränderungen gewarnt sei. Systemveränderungen in diesem Umfang brauchen Zeit, weil zahlreiche Ebenen involviert sind, wie die Leistungserbringenden (Professionellen) selbst, die Auftraggebenden, die Politik, die Adressatinnen und Adressaten, usw.. Folglich sind Veränderungen in Richtung einer Integrierten Versorgung, welche auch einen progressiven Wandel bedingen, eher auf längere Sicht zu erwarten. Um immer mehr und bessere Argumente zu erlangen, braucht es jedoch neben ver-

²² Um ein besseres Versorgungssystem schrittweise auch übergeordnet zu installieren, sind innovative Projekte angezeigt, um letztlich bewährte Modelle im grösseren (strukturellen) Rahmen einführen zu können. In der Literatur werden verschiedene solche Projekte beschrieben. Schibli (2012) hat im Bericht zu neuen Versorgungsmodellen im Auftrag des Bundes eine Auswahl an Projekten vorgestellt (vgl. Schibli 2012: 16ff). Exemplarisch und interessant auch für die Soziale Arbeit ist beispielsweise das Projekt „Salute“, welches im Rahmen des Gesundheitsnetz 2025 entstanden ist. (www.gn2025.ch) Im Projekt können Akteure des Gesundheitswesens bei gesundheitlich-sozialen Problematiken Unterstützung vom Projekt erhalten. Die betroffenen Personen werden dann von Mitarbeitenden vom Projekt in diesen Problematiken unterstützt und begleitet.

schiedenen Projekten, auch von Beginn her begleitende Forschungsvorhaben und Evaluationen, damit Hinweise über Zusammenhänge, Wirkungen und möglichen Modellprojekten (Best-Practice) in valider Form gesichert werden können. Hierbei stellt sich die Frage, wie stark Initiativen von Seiten der Praxis und der Wissenschaft, die gesetzgebenden und politischen Verantwortungsträger beeinflussen können.

Die Überlegungen zur Weiterentwicklung von übergeordneten Systemverhältnissen sind nur ein Entwicklungsstrang. Die Projekte sowie die informellen Aktivitäten einzelner Professionellen im Sinne verbesserter Koordination zwischen Leistungen und Institutionen, stellen eine andere Entwicklungslinie dar, welche unmittelbar intensiviert werden kann. In diesem Zusammenhang erhofft sich der Autor, dass in Zukunft das Bewusstsein zu prekären Übergangssituationen gesteigert werden kann. Wenn künftig das Personal in gesundheitsbezogenen Institutionen auf mögliche Problematiken bei Übergängen zwischen Institutionen sensibilisiert ist, können diese früher erkannt und besser bearbeitet werden. Proaktives, professionelles Handeln, welches auf eine bilaterale und informelle Koordination zwischen verschiedenen Professionellen und Institutionen setzt, scheint vielversprechend zu sein – sowohl für die Entwicklung der Praxis, als auch für die betroffenen Personen, welche Leistungen in Anspruch nehmen. Mit dem notwendigen Wissen, wie u.a. die vorliegende Arbeit versucht bereitzustellen, können auch fachlich gut abgestützte, pragmatische Entwicklungen der Praxis vorangetrieben werden.

Welche Rolle die Soziale Arbeit einnehmen kann und wird, ist indes noch nicht festgelegt. Ob sie eine reine Koordinationsfunktion im Sinne eines Case Managers ohne fachspezifische Aufgaben einnimmt, ist nach Erachten des Autors eher nicht zu erwarten. Am Symposium zur Integrierten Versorgung in der Schweiz, wurde von Seiten der Medizin dazu geäußert, dass sie solche Aufgaben eher medizinnahen Professionen „abgeben“ würden, wie zum Beispiel der Pflege oder auch Berufen, wie der Medizinischen-Praxis-Assistenz (MPA). Wenn die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen in der Behandlung und Betreuung von Patienten und Patientinnen miteinbezogen wird, dann vorerst eher weniger in einer überspannenden Koordinations-Funktion. Vielmehr scheint entscheidend, sich als professionelle Fachperson der Sozialen Arbeit für die soziale Dimension einer Krankheit einzusetzen und mit dem Wissen um die Schwierigkeit von institutionellen Übergängen, sich für entsprechende Ressourcen und einen konsistenten und kontinuierlichen Prozess einzusetzen. Dabei könnten Sozialarbeitende auch gesundheitsbezogene Institutionen im Sozialwesen als wichtige Instanz im sozialräumlichen Kontext involvieren. Dadurch könnte der Übergang in die Institution „zu Hause“ und den jeweiligen Sozialraum besser begleitet werden.

6 Literaturverzeichnis

- Amelung, Volker/Mühlbacher, Axel/Krauth, Christian (2014). Managed Care. [Zugriffsdatum: 12.05.14].
- AvenirSocial (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. Bern: AvenirSocial.
- Bals, Thomas (2011). Gewinnung neuer Kompetenzprofile für die Berufe des Gesundheitswesens. In: Stiftung, Robert Bosch/Alscher, Mark Dominik (Hg.). Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen. Stuttgart: Schattauer.
- Bender, Thomas (2013). Kritische Analyse aus Sicht der Patienten/Angehörigen. In: Deimel, Dominik/Müller, Marie-Luise (Hg.). Entlassmanagement vernetztes Handeln durch Patientenkoordination. Stuttgart: Thieme.
- Berchtold, Peter (2013). Gegenwart und Zukunft der integrierten Versorgung in der Schweiz. In: Forum Public Health. 21. Jg. (78).
- BFS (2013a). Nomenklaturen – Schweizer Berufsnomenklatur 2000 (SBN 2000). URL: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/nomenklaturen/blank/blank/sbn_2000/01.html [Zugriffsdatum: 28.11.2013].
- BFS (2013b). Auswertung Erwerbstätige Berufsgruppe 831 und ausgewählten Branchen (Gesundheitswesen) BFS.
- BFS (2014). Integration - Indikatoren. URL: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/ind43.html> [Zugriffsdatum: 04.03.14].
- BFS/SHIS (2013). Abschlüsse der Fachhochschulen und Höheren Fachschulen Schweizerisches Hochschulinformationssystem (SHIS) und Bundesamt für Statistik (BFS).
- Bieri, Olivier/Itin, Ariane/Nadai, Eva/Canonica, Alan/Flamand, Emilie/Plüss, Simon (2013). Formen interinstitutioneller Zusammenarbeit in der Schweiz: Bestandsaufnahme und Typologie. In: Sozialversicherungen, Bundesamt für (Hg.). Bern: Bundespublikationen.
- Biesel, Kay (2011). Standardisierung von Hilfeplanverfahren - (Case) Management oder Beziehungsgestaltung? In: Kinderschutz-Zentren, Bundesarbeitsgemeinschaft der (Hg.). Hilfe ...! Über Wirkungen, Risiken und Nebenwirkungen im Kinderschutz. Köln.
- Böhnisch, Lothar (2005). Sozialpädagogik der Lebensalter eine Einführung. 4., überarb. Aufl. Aufl. Weinheim: Juventa-Verlag.
- Böhnisch, Lothar (2011). Lebenslagenkonzept und Capability Approach. In: Thiersch, Hans/Treptow, Rainer (Hg.). Zur Identität der Sozialen Arbeit - Position und Differenzen in Theorie und Praxis. Lahnstein: Verlag Neue Praxis.
- Böhnisch, Lothar (2012). Sozialpädagogik der Lebensalter eine Einführung. 6., überarb. Aufl. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa.
- Böhnisch, Lothar/Schröer, Wolfgang (2007). Politische Pädagogik eine problemorientierte Einführung. Weinheim: Juventa.
- Böhnisch, Lothar/Schröer, Wolfgang/Thiersch, Hans (2005). Sozialpädagogisches Denken Wege zu einer Neubestimmung. Weinheim: Juventa.
- Bundesrat (2010). Bericht zur Weiterentwicklung der Integrationspolitik des Bundes. Bern: Bundesrat.
- Corbin, Juliet M./Strauss, Anselm L. (2010). Weiterleben lernen Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. 3., überarb. Aufl. Aufl. Bern: Huber.
- Curry, Natasha/Harris, Matthew/Gunn, Laura/Pappas, Yannis/Blunt, Ian/Soljak, Michael/Mastellos, Nikolaos/Holder, Holly/Smith, Judith/Majeed, Azeem/Ignatowicz, Agnieszka/Greaves, Felix/Belsi, Athina/Costin-Davis, Nicola/Jones Nielsen, Jessica

- D/Greenfield, Geva/Cecil, Elizabeth/Patterson, Susan/Car, Josip/Bardsley, Martin (2013). Integrated care pilot in north west London: a mixed methods evaluation. In: International Journal of Integrated Care.
- DBSH (2013). Gesundheit, Politik und Soziale Arbeit. URL: <http://www.dbsh-bund.de/html/dbsh-aktiv.html> [Zugriffsdatum: 03.12.2013].
- Dexheimer, Andreas (2011). Forschung in der Sozialen Arbeit ein Beitrag zu einem mehrdimensionalen methodologischen Fundament. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- DVSG (2013). Positionspapier - Entlassungsmanagement durch Soziale Arbeit in Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken. Berlin: Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG).
- Eckl, Barbara (2010). Einflussfaktoren auf das Entlassungsmanagement. In: Wiedenhöfer, Dirk/Eckl, Barbara/Heller, Regula/Frick, Ulrich (Hg.). Entlassungsmanagement Versorgungsbrüche vermeiden, Schnittstellen optimieren. Bern: Huber.
- EDI (2011). Wichtigste Grundsätze der interinstitutionellen Zusammenarbeit. In: EDI, Eidgenössisches Departement des Innern (Hg.). Bern: Nationales IIZ Steuerungsgremium.
- Franzkowiak, Peter/Homfeldt, Hans Günther/Mühlum, Albert (2011). Lehrbuch Gesundheit. Weinheim: Beltz Juventa.
- Geissler-Piltz, Brigitte (2009). Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich Wissen, Expertise und Identität in multiprofessionellen Settings. Opladen: Budrich UniPress.
- Geissler-Piltz, Brigitte/Mühlum, Albert/Pauls, Helmut (2005). Klinische Sozialarbeit. München: Reinhardt.
- Goodwin, Nick (2013). Understanding integrated care: a complex process, a fundamental principle. In: International Journal of Integrated Care. 13. Jg.
- Greuèl, Marius/Mennemann, Hugo (2006). Soziale Arbeit in der integrierten Versorgung. München: E. Reinhardt.
- Hildebrandt, Helmut (2013). Integrierte Versorgung: Wo stehen wir? Eine Public Health orientierte Bestandsaufnahme. In: Public Health Forum. 21. Jg. (78).
- Hochuli Freund, Ursula/Stotz, Walter (2011). Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit ein methodenintegratives Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer.
- Höhm, Ulrike (2010). Der deutsche Expertenstandard "Entlassungsmanagement aus stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens". In: Wiedenhöfer, Dirk/Eckl, Barbara/Heller, Regula/Frick, Ulrich (Hg.). Entlassungsmanagement Versorgungsbrüche vermeiden, Schnittstellen optimieren. Bern: Huber.
- Homfeldt, Hans-Günther (2012a). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und Gesundheitsförderung. In: Thole, Werner (Hg.). Grundriss Soziale Arbeit : Ein einführendes Handbuch. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 489-504.
- Homfeldt, Hans-Günther./Sting, Stephan. (2006). Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Homfeldt, Hans Günther (2012b). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und Gesundheitsförderung. In: Thole, Werner (Hg.). Grundriss Soziale Arbeit : ein einführendes Handbuch. Wiesbaden: Wiesbaden : VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 489-504.
- Homfeldt, Hans Günther (2013). Rehabilitation als Übergang. In: Schröer, Wolfgang (Hg.). Handbuch Übergänge. Weinheim: Beltz Juventa. S. 736-759.
- Hüttemann, Matthias/Rüegger, Cornelia/Wüsten, Günther (2013). Klinische Sozialarbeit. In: Riedi, Anna Maria/Zwilling, Michael/Meier Kressig, Marcel/Benz Bartoletta, Petra/Aebi Zindel, Doris (Hg.). Handbuch Sozialwesen Schweiz. Bern: Haupt Verlag.

- IFSW/IASSW (2001). Definition of Social Work. URL: <http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work/> [Zugriffsdatum: 19.02.14].
- Kessl, Fabian/Reutlinger, Christian/Deinet, Ulrich (2007). Sozialraum eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kocher, Gerhard (2010). Gesundheitswesen Schweiz 2010-2012 eine aktuelle Übersicht. 4. Aufl. Aufl. Bern: Huber.
- Kraus, Sibylle (2012). Grenzen überwinden - vorausschauend versorgen. In: Forum sozialarbeit und gesundheit. (2). S. 4.
- Lützenkirchen, Anne/Köppel, Monika (2005). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen Zielgruppen, Praxisfelder, Institutionen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Meyer, Peter C./Sottas, Beat (2010). Berufe im Gesundheitswesen. In: Kocher, Gerhard/Oggier, Willy (Hg.). Gesundheitswesen Schweiz 2010-2012, Eine aktuelle Übersicht. Bern: Verlag Hans Huber.
- Mühlum, Albert/Gödecker-Geenen, Norbert (2003). Soziale Arbeit in der Rehabilitation. München: Reinhardt.
- Mühlum, Albert/Gahleitner, Silke Brigitta (2008). Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit - Professionstheoretische Annäherung und professionspolitische Folgerungen. In: Gahleitner, Silke Brigitta/Hahn, Gernot (Hg.). Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Handlungsfelder. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Nadai, Eva/Canonica, Alan/Koch, Martina (2010). Interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ) im System der sozialen Sicherung. Olten: Fachhochschule Nordwestschweiz.
- Neuffer, Manfred (2011). Case Management in der Sozialen Arbeit. In: Wendt, Wolf Rainer/Löcherbach, Peter (Hg.). Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis. Bd. 2. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Obrecht, Werner (2005). Interprofessionelle Kooperation als professionelle Methode. Hochschule für Soziale Arbeit Zürich. Fachtagung "Soziale Probleme und Interprofessionelle Kooperation". Stettbach.
- Ortmann, Karlheinz/Waller, Heiko (2005). Gesundheitsbezogene Sozialarbeit eine Erkundung der Praxisfelder. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Ovretveit, John (2011). Does clinical coordination improve quality and save money? Unveröffentlichtes Manuskript. London.
- Pauls, Helmut (2011). Klinische Sozialarbeit Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. 2., überarb. Aufl. Aufl. Weinheim: Juventa Verlag.
- Rebscher, Herbert/Kaufmann, Stefan (2013). Versorgungsmanagement in Gesundheitssystemen. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Rosemann, Thomas (2012). Versorgungsforschung – braucht es das in der Schweiz? In: Schweizerische Ärztezeitung. 93. Jg. (12).
- Schibli, Daniela (2012). Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung. In: BAG, Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK und Bundesamt für Gesundheit (Hg.). Bern.
- Schnyder, Alphons (2010). Entlassungsmanagement und DRG. Erfahrungen aus der Schweiz. In: Wiedenhöfer, Dirk/Eckl, Barbara/Heller, Regula/Frick, Ulrich (Hg.). Entlassungsmanagement Versorgungsbrüche vermeiden, Schnittstellen optimieren. Bern: Huber.
- Schrijvers, Guus (2013). Integrated care: a proposal for a European research agenda. In: Public Health Forum. 21. Jg. (78).
- Schröer, Wolfgang (2013). Handbuch Übergänge. Weinheim: Beltz Juventa.
- Sommerfeld, Peter (2013). Die Etablierung der Sozialen Arbeit als Handlungswissenschaft – ein notwendiger und überfälliger Schritt für die Wissenschafts- und

- Professionsentwicklung In: Birgmeier, Bernd/Mührel, Eric (Hg.). *Handlung in Theorie und Wissenschaft Sozialer Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Sommerfeld, Peter/Hollenstein, Lea/Krebs, Marcel (2008). *Entwicklungsperspektiven der Sozialen Arbeit in der Integrierten Psychiatrie Winterthur*. Olten: Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW.
- Sommerfeld, Peter/Hollenstein, Lea/Calzaferri, Raphael (2011). *Integration und Lebensführung ein forschungsgestützter Beitrag zur Theoriebildung der Sozialen Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Staub-Bernasconi, Silvia (2007). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft systemtheoretische Grundlagen und professionelle Praxis - ein Lehrbuch*. Bern: Haupt.
- Staub-Bernasconi, Silvia/Baumeler, Marlis/Bornemann, Carlo/Harder, Ulrike/Hierlemann, Franz/Mäder, Eva/Philipp, Pablo/Rüegger, Cornelia/Wegmann, Michaela (2012). *Positionspapier zum professionellen Beitrag der Sozialen Arbeit bei Menschen mit psychischen Störungen und Erkrankungen im stationären, teilstationären und ambulanten Gesundheitsbereich*. Zürich: Psychiatrische Universitätsklinik Zürich.
- Stewart, Malcolm/Michael, Wilson/Bergquist, Karla/Thorburn, John (2012). *Care coordinators: A controlled evaluation of an inpatient mental health service innovation*. In: *International Journal of Nursing*. 21. Jg. (1).
- Sturmberg, Joachim/Kissling, Bruno (2010). *Integrierte Versorgung und Managed Care aus der Sicht der Komplexität*. In: *Primary Care*. 10. Jg. (11).
- Sturmberg, Joachim/O'Halloran, Diana/Martin, Carmel (2010). *People at the centre of complex adaptive health systems reform*. In: *The Medical Journal of Australia*. 193. Jg. (8).
- SVR Gesundheit, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014). *Aufgaben des Rates*. URL: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=4> [Zugriffdatum: 24.04.14].
- Valentijn, Pim/Schepman, Sanneke/Opheij, Wilfrid/Bruijnzeels, Marc (2013). *Understandig integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care*. In: *International Journal of Integrated Care*. 13. Jg. (January-March).
- Walther, Andreas/Stauber, Barbara (2013). *Übergänge im Lebenslauf*. In: Schröer, Wolfgang/Stauber, Barbara/Walter, Andreas/Böhnisch, Lothar/Lenz, Karl (Hg.). *Handbuch Übergänge*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Wendt, Wolf Rainer (2010). *Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen eine Einführung*. 5., überarb. Aufl. Aufl. Freiburg i.Br.: Lambertus.
- Wernet, Andreas (2006). *Hermeneutik - Kasuistik - Fallverstehen eine Einführung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wingenfeld, Klaus (2005). *Die Entlassung aus dem Krankenhaus institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen*. Bern: Huber.
- Wingenfeld, Klaus (2009). *Transitionen im Krankheitsverlauf*. In: Schaeffer, Doris (Hg.). *Bewältigung chronischer Krankheiten im Lebenslauf*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Wolffers, Felix (2013). *Interinstitutionelle Zusammenarbeit IIZ*. In: Riedi, Anna Maria/Zwilling, Michael/Meier Kressig, Marcel/Benz Bartoletta, Petra/Aebi Zindel, Doris (Hg.). *Handbuch Sozialwesen Schweiz*. Bern: Haupt.
- Zechert, Christian/Faulbaum-Decke, Wolfgang/Floeth, Thomas/Greuèl, Marius/Kleinschmidt, Martin/Schädle, Josef (2010). *Integrierte Versorgung in der Gemeindepsychiatrie - jetzt!* In: *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*. 42. Jg. (2).

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe verfasst habe. Alle Zitate, die wörtlich oder sinngemäss übernommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.

Zürich, Juli 2014

Simon Süsstrunk