

Analyse des Leistungsauftrags des Kantons Solothurn an die Solothurner Spitäler AG (soH) im Bereich Sozialberatung

Entscheidungsgrundlagen für die Leistungsperiode 2027–2029

Expertenbericht zu Händen des Gesundheitsamts Kanton Solothurn (GESA)

Autoren:

Prof. Dr. phil. Tom Friedli

Yves Bachofner, MA

Prof. Carlo Fabian

Institut Soziale Arbeit und Gesundheit, Hochschule für Soziale Arbeit FHNW

Olten, 15.04.2026

Inhaltsverzeichnis

Management Summary	II
1 Ausgangslage und Zielsetzung	1
1.1 Hintergrund des Auftrags	1
1.2 Zielsetzung und Fokus des Berichts	1
2 Methodisches Vorgehen	2
2.1 Quantitative Datenerhebung und Analyse	2
2.2 Qualitative Datenerhebung und Analyse	2
2.3 Einbezug der internationalen Evidenz	2
2.4 Synthese und Berichtlegung	2
2.5 Datengrundlagen der quantitativen Analysen	3
3 Ergebnisse	4
3.1 Leistungsprofil und Interventionen der Sozialberatung soH	4
3.2 Zugangswege, Früherkennung und institutionelle Einbettung	7
3.3 Umfang und Verteilung der Arbeitsprozesse	8
3.4 Zielgruppen der Spitalsozialberatung	9
3.5 Nutzen der Sozialberatung soH	10
3.6 Überschneidungen, Schnittstellen und Abgrenzung (Status Quo)	12
3.7 Identifizierte Versorgungslücken und Zuständigkeitsfragen	14
3.8 Optimierungspotenziale an der Schnittstelle zu den Gemeinden	15
3.9 Substituierbarkeit	16
3.10 Folgenabschätzung bei Ressourcenkürzung der Sozialberatung soH	17
4 Diskussion	19
4.1 Gesetzliche und politische Grundlagen	19
4.2 Internationale Evidenz	20
4.3 Methodische Limitationen der vorliegenden Studie	21
5 Schlussfolgerungen	22
5.1 Spezifisches Leistungsprofil der Sozialberatung soH	22
5.2 Versorgungslücken	22
5.3 Schnittstellen, Abgrenzung und Substituierbarkeit	23
5.4 Folgenabschätzung	23
6 Empfehlungen	24
7 Literaturverzeichnis	26

Management Summary

Ausgangslage und Zielsetzung

Der Kanton Solothurn hat im Rahmen des kantonalen Massnahmenplans 2024 eine Reduktion der kantonalen Finanzierung der Sozialberatung der soH beschlossen. Es soll keine kantonale Finanzierung mehr von Sozialberatungsdienstleistungen der soH für Patient:innen geben, welche in die Zuständigkeit der Einwohnergemeinden fallen, erfolgen (vgl. Massnahme D_Ddl_15). Das Einsparpotential wurde auf 0,5 Mio. CHF geschätzt. Es ist zu prüfen, welche Sozialberatungsdienstleistungen der soH in die Zuständigkeit der Einwohnergemeinden fallen und sinnvollerweise durch diese erbracht werden könnten. Der vorliegende Expertenbericht evaluiert diese Annahme datengestützt und zielt darauf ab, eine fundierte Entscheidungsgrundlage für die Ausgestaltung des künftigen Leistungsauftrags zu schaffen.

Die Analyse orientiert sich dabei an fünf zentralen Fragestellungen:

1. **Leistungsprofil:** Welche Leistungen der Sozialberatung soH werden in welchem Umfang, für welche Zielgruppen, in welchen Situationen und mit welchem Zweck erbracht?
2. **Versorgungslücken:** Werden basierend auf diesen Erkenntnissen wichtige Leistungen nicht oder ungenügend erbracht und bestehen allenfalls relevante Lücken im Angebot?
3. **Überschneidungen, Abgrenzung und Substituierbarkeit:** Wo und in welchem Umfang bestehen Überschneidungen mit den Aufgaben der kommunalen Sozialregionen?
4. **Folgenabschätzung:** Was wären die möglichen Folgen einer Reduktion der Spitalsozialberatung für die Patient:innen, die soH, den Kanton sowie für weitere Akteure?
5. **Handlungsoptionen:** Welche Empfehlungen lassen sich bezüglich der künftigen Ausgestaltung des Leistungsauftrags ableiten?

Methodisches Vorgehen

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde ein mehrstufiges Mixed-Methods-Design angewandt. Dieses umfasste in einem ersten Schritt die deskriptiv-statistische Auswertung von anonymisierten, routinemässig erhobenen Falldokumentationsdaten der somatischen und psychiatrischen soH-Standorte zur Quantifizierung des Leistungsprofils und des Zeitaufwands. Zur qualitativen Kontextualisierung dieser objektiven Leistungsdaten wurden leitfadengestützte Expert:inneninterviews mit den Leitungspersonen der Sozialberatung an den vier soH-Standorten geführt. Die Erfassung der Aussensicht erfolgte über ein Fokusgruppengespräch mit Vertretern der kommunalen Sozialdienste. Abschliessend wurden die quantitativen und qualitativen Befunde trianguliert und in den Kontext der aktuellen internationalen Studienlage eingeordnet.

Kernbefunde der Evaluation

1. Leistungsprofil der Sozialberatung der soH

Die Sozialberatung der soH erbringt hochspezialisierte, direkt in den klinischen Behandlungsprozess integrierte Interventionen. In den somatischen Kliniken liegt der Schwerpunkt quantitativ auf dem zeitkritischen Austrittsmanagement (bis zu 80 % der Tätigkeiten). Die betreute Zielgruppe ist hochaltrig (über 80 % sind 70 Jahre oder älter), multimorbid und bedarf zwingend Unterstützung bei der Organisation von Anschlusslösungen. In der Erwachsenenpsychiatrie fokussieren die Leistungen auf die psychosoziale Stabilisierung hochvulnerabler Patient:innen zur Wiederherstellung der Behandlungsfähigkeit sowie auf zwingende sozialversicherungsrechtliche Abklärungen. Die Leistungen der Spitalsozialberatung sind somit klinisch zwingend indiziert und für die Aufrechterhaltung des Spitalbetriebs unverzichtbar.

2. Versorgungslücken

Während bei der Sozialberatung der soH keine Leistungslücken identifiziert wurden, deckt der Bericht externe infrastrukturelle und prozessuale Lücken auf, welche das Austrittsmanagement blockieren. So fehlen teilweise geeignete Anschlussorganisationen. Weiter fehlt eine zentrale Koordinationsstelle für Pflegeheimplätze. An der Schnittstelle zur Sozialhilfe manifestiert sich zudem ein Zuständigkeitsvakuum im Freiwilligenbereich: Die Übernahme freiwilliger Finanzverwaltungen wird von den Gemeinden oft abgelehnt, was Heimeintritte aufgrund einer fehlenden Kostenträgerschaft blockiert. Zudem verursachen lange Bearbeitungsfristen bei Ausgleichskassen für Ergänzungsleistungen (EL) erhebliche Platzierungsblockaden.

3. Überschneidungen, Abgrenzung und Substituierbarkeit

Die Analyse zeigt, dass sich die Aufträge der Sozialregionen (langfristige Existenzsicherung) und der soH (Austrittsmanagement, Krisenintervention im Spitalkontext) grundlegend unterscheiden. Das realistische Potenzial zur Verlagerung von Leistungen der soH an die kommunalen Sozialregionen wird auf unter 5 Prozent geschätzt. Einer Verlagerung/Substitution weiterer Leistungen stehen vier Barrieren entgegen:

- Strukturell-zeitlich: Das spitalinterne Bettenmanagement erfordert Reaktionszeiten im Stundenbereich, was externe Dienste nicht leisten können.
- Fachlich: Den kommunalen Diensten fehlt das spezifische sozialmedizinische und klinisch-psychiatrische Fachwissen zur Interpretation von Diagnosen und zur Vermeidung von Fehlplatzierungen.
- Institutionell: Externe Stellen haben aus datenschutzrechtlichen Gründen keinen direkten Systemzugriff (z. B. auf das Klinikinformationssystem), was im Ablauf des Austrittsmanagements prozessual erforderlich wäre, da relevante medizinische Informationen (z. B. Diagnosen, Pflegeberichte) für Abklärungen und Anmeldungen sonst nur verzögert bereitgestellt werden können.
- Ressourcenbezogen: Die Sozialregionen verfügen nicht über die personellen Kapazitäten, um die hochfrequenten akuten Kriseninterventionen der Spitäler aufzufangen.

4. Folgenabschätzung

Eine Reduktion der Sozialberatung im Umfang von 0,5 Mio. CHF führt gemäss der vorliegenden Datenlage nicht zu einer Einsparung, sondern zu einer Kostenverschiebung, die das Gesamtsystem letztlich finanziell und prozessual stärker belastet. Eine Reduktion der Spitalsozialberatung hätte unmittelbar verlängerte Liegezeiten ("delayed discharges") zur Folge. Ein medizinisch nicht notwendiger Belegungstag bindet Ressourcen in der Grössenordnung von rund 2'500 CHF (Somatik) bzw. rund 760 CHF (Psychiatrie). Da diese zusätzlichen Tage zu tariflichen Mindermargen führen, wäre die angestrebte Einsparung bereits nach wenigen hundert verzögerten Austritten neutralisiert. Zudem drohen vermehrte «Drehtüreffekte» (ungeplante Rehospitalisierungen) und steigende Folgekosten bei der kommunalen Sozialhilfe.

Empfehlungen

- **Empfehlung 1: Schärfung des Leistungsauftrags**
Die Spitalsozialberatung soll explizit als klinische, in die Behandlung integrierte Leistung definiert werden. Die Formulierung, die soH erbringe kommunale Dienstleistungen, widerspricht der empirischen Realität und sollte angepasst werden. Der Fokus in der Produktbeschreibung sollte auf der Sicherstellung der Behandlungsfähigkeit und dem zeitkritischen Austrittsmanagement liegen.
- **Empfehlung 2: Beibehaltung der Finanzierung der Sozialberatung**
Die Sozialberatung soll durch die soH sichergestellt bleiben. Eine Kürzung würde zu einem Bumerang-Effekt durch Bettenblockaden führen. Eine stark aufgestellte Sozialberatung ist eine Voraussetzung für einen wirtschaftlichen Spitalbetrieb.
- **Empfehlung 3: Harmonisierung der Leistungserfassung**
Die Leistungserfassung der Sozialberatung soH (Somatik und Psychiatrie) soll in einem einheitlichen System (z. B. TACS / KISIM) harmonisiert werden. Anstelle der "Anzahl Beratungsgespräche" sollten aussagekräftige Kennzahlen zur Menge, Dauer (inklusive administrativer Tätigkeiten) und Interventionsart (Austrittsmanagement, Sozial(versicherungs)rechtliche Abklärungen, psychosoziale Beratungen, Triage usw.) rapportiert werden.
- **Empfehlung 4: Prüfung einer Koordinationsstelle für Heimanmeldungen**
Wir empfehlen dem Kanton, den Aufbau einer zentralen Koordinationsstelle zur Bündelung von Vakanzen in Alters- und Pflegeheimen zu prüfen und allenfalls zu initiieren, um den Suchaufwand der Spitäler zu minimieren und Austritte zu beschleunigen.
- **Empfehlung 5: Klärung von Zuständigkeitslücken (Fokus: Freiwilligenbereich)**
Wir empfehlen, Richtlinien zu prüfen, die sicherstellen, dass Sozialregionen auch bei notwendigen freiwilligen Massnahmen (z.B. freiwillige Finanzverwaltungen für Heimeintritte) rasch Hand bieten können, um Bettenblockaden zu verhindern.
- **Empfehlung 6: Etablierung von «Fast-Tracks» und Hotlines (Kooperationsmodell)**
Zur Vermeidung von Reibungsverlusten empfehlen wir eine standortübergreifende Etablierung von «Fast-Track»-Verfahren (priorisierte Bearbeitungswege) zwischen der soH und den regionalen KESB für hochdringliche Fälle. Den Sozialregionen empfehlen wir, dedizierte Hotlines oder Liaison-Personen exklusiv für die Spitäler einzurichten.
- **Empfehlung 7: Institutionalisierung von «Round-Tables» (Kooperationsmodell)**
Wir empfehlen der soH AG und den Sozialregionen, gemeinsam zwei- bis dreimal jährlich institutionalisierte, fallunabhängige «Round-Tables» zu initiieren, um prozessuale Unklarheiten und gegenseitige Erwartungen systematisch klären zu können.

1 Ausgangslage und Zielsetzung

1.1 Hintergrund des Auftrags

Der Kanton Solothurn hat der Solothurner Spitäler AG (soH) einen Leistungsauftrag zur Erbringung von Sozialberatungsdienstleistungen erteilt, für welchen in der aktuellen Leistungsperiode 2024–2026 Aufwände von bis zu 2,9 Millionen Franken pro Jahr durch den Kanton vergütet werden (Gesundheitsamt des Kantons Solothurn 2025). Im Rahmen des kantonalen Massnahmenplans 2024 wurde beschlossen, die kantonale Finanzierung der Sozialberatung der soH künftig zu reduzieren. Das geschtzte Einsparpotenzial beläuft sich auf 0,5 Millionen Franken (ebd.).

Dieser Beschluss stützt sich auf die Annahme, dass die Sozialberatung der soH gegenwärtig Dienstleistungen für Patient:innen erbringt, welche rechtlich in die Zuständigkeit der Einwohnergemeinden (bzw. der Sozialregionen) fallen und dementsprechend sinnvollerweise durch diese erbracht werden könnten (ebd.). Solche Leistungen sollen künftig nicht mehr durch den Kanton finanziert werden. Die Umsetzung dieser Reduktion des Kantonsbeitrags aus dem Globalbudget «Gesundheit» ist auf den Beginn der neuen Leistungsauftragsperiode ab dem 1. Januar 2027 terminiert (ebd.). Um die geplante Anpassung des Leistungsauftrags datengestützt und fachlich fundiert vollziehen zu können, bedarf es einer systematischen Überprüfung der erbrachten Leistungen. Das Ziel ist die Schaffung einer evidenzbasierten Entscheidungsgrundlage für die kommende Leistungsauftragsperiode 2027–2029 (ebd.).

1.2 Zielsetzung und Fokus des Berichts

Zur Erarbeitung dieser Entscheidungsgrundlage hat das Departement des Innern (DDI), vertreten durch das Gesundheitsamt des Kantons Solothurn (GESA), das Institut Soziale Arbeit und Gesundheit (ISAGE) der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW mit einer forschungsbasierten Analyse beauftragt (Department des Innern des Kantons Solothurn/Hochschule für Soziale Arbeit FHNW 2025). Das Ziel des vorliegenden Expertenberichts besteht darin, die von der Sozialberatung der soH erbrachten Leistungen aus einer externen Perspektive zu evaluieren, mit den Leistungen der Sozialdienste der Sozialregionen zu vergleichen und Empfehlungen für die zukünftige Ausgestaltung abzuleiten (ebd.).

Die Analyse orientiert sich an fünf zentralen Fragestellungen:

1. **Leistungsprofil:** Welche Leistungen der Sozialberatung soH werden in welchem Umfang, für welche Zielgruppen, in welchen Situationen und mit welchem Zweck erbracht?
2. **Versorgungslücken:** Werden basierend auf diesen Erkenntnissen wichtige Leistungen nicht oder ungenügend erbracht und bestehen allenfalls relevante Lücken im Angebot?
3. **Schnittstellen und Abgrenzung:** Wo und in welchem Umfang bestehen Überschneidungen mit den Aufgaben der kommunalen Sozialregionen des Kantons Solothurn?
4. **Folgenabschätzung:** Was wären die möglichen Folgen einer Reduktion der Spitalsozialberatung für die Patient:innen, die soH, den Kanton sowie für weitere Akteure?
5. **Handlungsoptionen:** Welche Empfehlungen lassen sich bezüglich der künftigen Ausgestaltung des Leistungsauftrags «Sozialberatung soH» formulieren?

2 Methodisches Vorgehen

Um die im Auftrag formulierte Fragestellung zu beantworten, wurde ein mehrstufiges Mixed-Methods-Design gewählt. Dieser Ansatz ermöglicht es, die objektiven, fallbezogenen Leistungsdaten der soH quantitativ abzubilden und diese gleichzeitig durch die qualitativen Erfahrungswerte und Einschätzungen der interviewten Fachpersonen (Leiter:innen der Sozialberatungen der einzelnen Standorte der soH sowie Vertreter der Sozialdienste der Sozialregionen) zu kontextualisieren.

2.1 Quantitative Datenerhebung und Analyse

Zur deskriptiven, quantitativen Darstellung des Leistungsprofils, der Zielgruppen sowie des zeitlichen Aufwands der Sozialberatungen der soH wurden anonymisierte, routinemässig erhobene Falldokumentationsdaten der soH-Standorte retrospektiv ausgewertet. Die zur Verfügung gestellten Datensätze umfassen die erfassten Leistungen im somatischen Bereich (Standorte Bürgerspital Solothurn (BSS), Kantonsspital Olten (KSO) und Spital Dornach (DO)) sowie im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie (Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (KPPP)) für die Periode von 01.01.2025 bis 18.12.2025. Die Daten wurden nach der Bereinigung ausgewertet, um Variablen wie Alter, Geschlecht, Pflgestage, PACD-Werte (Post Acute Care Discharge-Score) sowie den Umfang der Leistungen in und ohne Anwesenheit der Klient:innen zu quantifizieren (siehe Kapitel 3). Für die Datenaufbereitung und die deskriptiven statistischen Analysen kam die Statistiksoftware «SPSS (Version 29.0.2.0)» zum Einsatz.

2.2 Qualitative Datenerhebung und Analyse

Die quantitativen Daten wurden mit qualitativen Daten – wie die spezifische Art der Interventionen, die Zusammenarbeit an den Schnittstellen, bestehende Versorgungslücken sowie die Folgen einer allfälligen Ressourcenkürzung – ergänzt. Dazu wurden zwei qualitative Erhebungsformate gewählt:

1. **Leitfadengestützte Expert:inneninterviews:** Es wurden vier Einzelinterviews mit Leitungspersonen der Sozialberatung der vier soH-Standorte (BSS, KSO, DO, KPPP) geführt¹.
2. **Fokusgruppengespräch:** Zur Erfassung der Aussensicht fand ein Fokusgruppengespräch mit drei Vertretern von Sozialdiensten aus drei Sozialregionen des Kantons Solothurn statt.

Die Interviews und die Fokusgruppe wurden digital aufgezeichnet und anschliessend vollständig transkribiert. Die Auswertung des Textmaterials erfolgte theoriegeleitet in Anlehnung an die Methode der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz/Rädiker 2022). Für die systematische Codierung, Kategorienbildung und Auswertung der qualitativen Daten wurde die Analysesoftware «MAXQDA PRO (Version 24.4.1)» verwendet. Zur methodischen Unterstützung der Textstrukturierung wurde hierbei die in MAXQDA PRO integrierte KI-Assistenzfunktion einbezogen.

2.3 Einbezug der internationalen Evidenz

Zur Einordnung der soH-spezifischen Befunde in den breiteren internationalen Forschungskontext wurde ergänzend eine fokussierte Literaturrecherche durchgeführt. Um die aktuelle Studienlage (Metaanalysen, systematische Reviews) zur gesundheitsökonomischen Wirksamkeit und zum patientenbezogenen Nutzen von Spitalsozialarbeit effizient zu sichten, wurden die KI-basierten Recherchetools «Elicit» und «Consensus» genutzt.

2.4 Synthese und Berichterlegung

In einem finalen Analyseschritt wurden die quantitativen Befunde, die qualitativen Erkenntnisse aus Interviews und Fokusgruppe sowie die internationale Evidenz trianguliert, d. h. systematisch miteinander

¹ Auf die in der Offerte zuerst geplante Fokusgruppe mit weiteren ausgewählten Spitalsozialarbeiter:innen wurde aufgrund ihrer starken Auslastung und weil die Daten der vier Einzelinterviews bereits sehr reichhaltig waren, verzichtet.

abgeglichen und gemeinsam interpretiert. Auf dieser Grundlage wurden evidenzbasierte Schlussfolgerungen und Empfehlungen für den Leistungsauftrag 2027–2029 abgeleitet. Für Strukturierung und Aufbereitung des umfangreichen Text- und Datenmaterials wurde die KI-gestützte Anwendung «NotebookLM PRO» unterstützend eingesetzt. Die Anwendung wurde ausschliesslich als unterstützendes Arbeitsinstrument eingesetzt. Die inhaltliche Analyse, Interpretation der Ergebnisse sowie die Formulierung der Schlussfolgerungen und Empfehlungen erfolgten durch das Autorenteam des Instituts Soziale Arbeit und Gesundheit (ISAGE) der FHNW. Die wissenschaftliche Verantwortung für den Bericht liegt vollständig beim Autorenteam.

2.5 Datengrundlagen der quantitativen Analysen

Die quantitativen Analysen basieren auf anonymisierten Routinedaten der Falldokumentation der Sozialberatungen der soH. Die Datengrundlagen wurden durch die soH anonymisiert bereitgestellt und vor der Auswertung bereinigt.

Für die Analysen wurden insgesamt drei Datensätze verwendet, welche unterschiedliche Bereiche und Aspekte der sozialarbeiterischen Tätigkeit abbilden. Zur Sicherstellung der Nachvollziehbarkeit wird bei Tabellen und Abbildungen jeweils mittels Fussnote ausgewiesen, auf welchem Datensatz die dargestellten Ergebnisse basieren.

2.5.1 Datensatz Somatik 1: Anmeldedaten

Der erste Datensatz umfasst die dokumentierten Anmeldungen und Zuständigkeiten der Sozialberatung an den drei somatischen Standorten der soH (BSS, KSO und DO). Berücksichtigt wurden alle Fälle mit Eintritt ab dem 1. Januar 2025 und Austritt bis zum 18. Dezember 2025. Insgesamt enthält der Datensatz 33'495 Patient:innenfälle.

Für die Analysen der Sozialberatung wurden daraus jene Fälle selektiert, bei denen eine Anmeldung an die Sozialberatung erfolgte oder eine dokumentierte Zuständigkeit der Sozialberatung vorlag. Diese Teilgruppe aller Patient:innen umfasst 4'941 Fälle mit Beteiligung der Sozialberatung.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die PACD-Werte zum Zeitpunkt der Analyse erst an den Standorten BSS und DO strukturiert erhoben wurden.

2.5.2 Datensatz Somatik 2: Soziodemografie und Zeitaufwand

Der zweite Datensatz enthält Angaben zum zeitlichen Aufwand der Sozialberatung im somatischen Bereich. Grundlage bilden die im klinischen Informationssystem dokumentierten Zeitangaben zu sozialarbeiterischen Leistungen in und ohne Präsenz der Klient:innen oder deren Angehörigen. Berücksichtigt wurden alle stationären Fälle mit Eintritt zwischen dem 1. Januar 2025 und dem 18. Dezember 2025. Der Datensatz umfasst insgesamt 4'902 Fälle mit dokumentierten Leistungen der Sozialberatung.

Die Zeitangaben erlauben eine Analyse des durchschnittlichen Zeitaufwands pro Fall sowie der Verteilung zwischen Leistungen in und ohne direkte Präsenz der Klient:innen(systeme) (z. B. Beratungsgespräche mit Patient:innen oder Angehörigen vs. Koordination mit Nachsorgeinstitutionen, Abklärungen mit Versicherungen oder Dokumentation).

Da beide Datensätze anonymisiert bereitgestellt wurden, war ein direkter fallbezogener Abgleich mit dem ersten Datensatz nicht möglich. Abweichungen in den Fallzahlen können daher sowohl auf Unterschiede in der Datenstruktur als auch auf Variationen in der Dokumentationspraxis einzelner Fachbereiche zurückzuführen sein.

2.5.3 Datensatz Psychiatrie

Für den psychiatrischen Bereich wurde ein separater Datensatz der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (KPPP) ausgewertet. Dieser umfasst alle stationären Fälle mit Eintritt zwischen dem 1. Januar 2025 und dem 18. Dezember 2025.

Der Datensatz enthält Angaben zu insgesamt 2'179 Patient:innen. Als Indikator für die Beteiligung der Sozialberatung wurde das Vorliegen von mindestens einem dokumentierten Verlaufseintrag der Sozialberatung verwendet. Auf dieser Grundlage waren bei 1'607 Patient:innen entsprechende Einträge dokumentiert.

Da bei 17 dieser Fälle keine Zeitangaben erfasst wurden, sind die ausgewiesenen Zeitwerte minimal unterschätzt; der Umfang der fehlenden Daten ist jedoch so gering, dass keine relevante Verzerrung der Ergebnisse zu erwarten ist.

3 Ergebnisse

Ziel der Studie war es, die in Kapitel 1.2 formulierten Fragestellungen zu beantworten. Im folgenden Ergebnisteil werden die ersten vier Fragestellungen zu Leistungsprofil, Versorgungslücken, Schnittstellen sowie möglichen Folgen einer Reduktion der Sozialberatung dargestellt. Die daraus abgeleiteten Empfehlungen (fünfte Fragestellung) werden in Kapitel 6 formuliert.

3.1 Leistungsprofil und Interventionen der Sozialberatung soH

Die Daten zeigen, dass sich die erbrachten Leistungen stark am medizinischen Kontext resp. der Logik des Gesundheitswesens orientieren und sich die Schwerpunkte je nach Versorgungsbereich (Somatik versus Psychiatrie) sowie nach den spezifischen Patient:innen-Subgruppen der jeweiligen Standorte unterscheiden.

Zunächst zeigt sich, dass die Sozialberatung nur bei einem Teil der stationären Patient:innen involviert wird, dieser Anteil jedoch je nach Fachbereich stark variiert (vgl. Tabelle 1).

Bereich / Standort	N total	N Sozialberatung beansprucht	%-Anteil
BSS	15522	2529	16.3
DO	4770	781	16.4
KSO	13203	1631	12.4
Total Somatik	33495	4941	14.8
Psychiatrie	2179	1607*	73.7

Tabelle 1: Anteil der Patient:innen, bei denen die Sozialberatung involviert war.²

*= mind. ein Verlaufseintrag der Sozialberatung bei Patient:in vorhanden

In der Somatik waren im betrachteten Zeitraum insgesamt 33'495 Patient:innen hospitalisiert, bei 4'941 (14,8 %) war die Sozialberatung mindestens einmal involviert. Der Anteil variiert zwischen den Standorten leicht und liegt zwischen 12,4 % (KSO) und 16,4 % (DO).

Demgegenüber ist die Sozialberatung in der KPPP deutlich häufiger involviert³: Hier haben 73,7 % der Patient:innen mindestens einen Eintrag der Sozialberatung (vgl. Tabelle 1).

Während Tabelle 1 den Umfang der Inanspruchnahme der Sozialberatung zeigt, stellt sich im nächsten Schritt die Frage, welche Leistungen konkret erbracht werden. Die Auswertung der qualitativen Daten sowie der dokumentierten Anmeldegründe erlaubt die Identifikation von drei zentralen Leistungsbereichen:

² Somatik Datensatz 1: N total und N Sozialberatung; Psychiatrie Datensatz: N total und N Sozialberatung.

³ Der deutlich höhere prozentuale Anteil des Einbezugs der Sozialberatung in psychiatrischen Kliniken im Vergleich zur Somatik lässt sich vor allem durch die starke gegenseitige Beeinflussung von psychischen Erkrankungen und sozialen Problemlagen und die chronischen funktionalen Einschränkungen in der Lebensführung erklären (vgl. bspw. Kirkbride et al. 2024). Psychiatrische Behandlungen zielen daher nicht nur auf Symptomreduktion, sondern immer auch auf soziale Funktionsfähigkeit und gesellschaftliche Teilhabe. Daher ist die Soziale Arbeit in der Psychiatrie fester Bestandteil der Regelbehandlung.

1. Austrittsmanagement und Organisation der Nachsorge (Kap. 3.1.1)
2. Sozial(versicherungs)rechtliche Abklärungen, Existenzsicherung und Triage (Kap. 3.1.2)
3. Psychosoziale Krisenintervention und Kindes-/Erwachsenenschutzmassnahmen (Kap. 3.1.3)

Aus den dokumentierten Anmeldegründen lassen sich die inhaltlichen Schwerpunkte der Interventionen quantifizieren (vgl. Abb. 1). Für die Sozialberatung der KPPP liegen uns keine entsprechenden Daten vor.

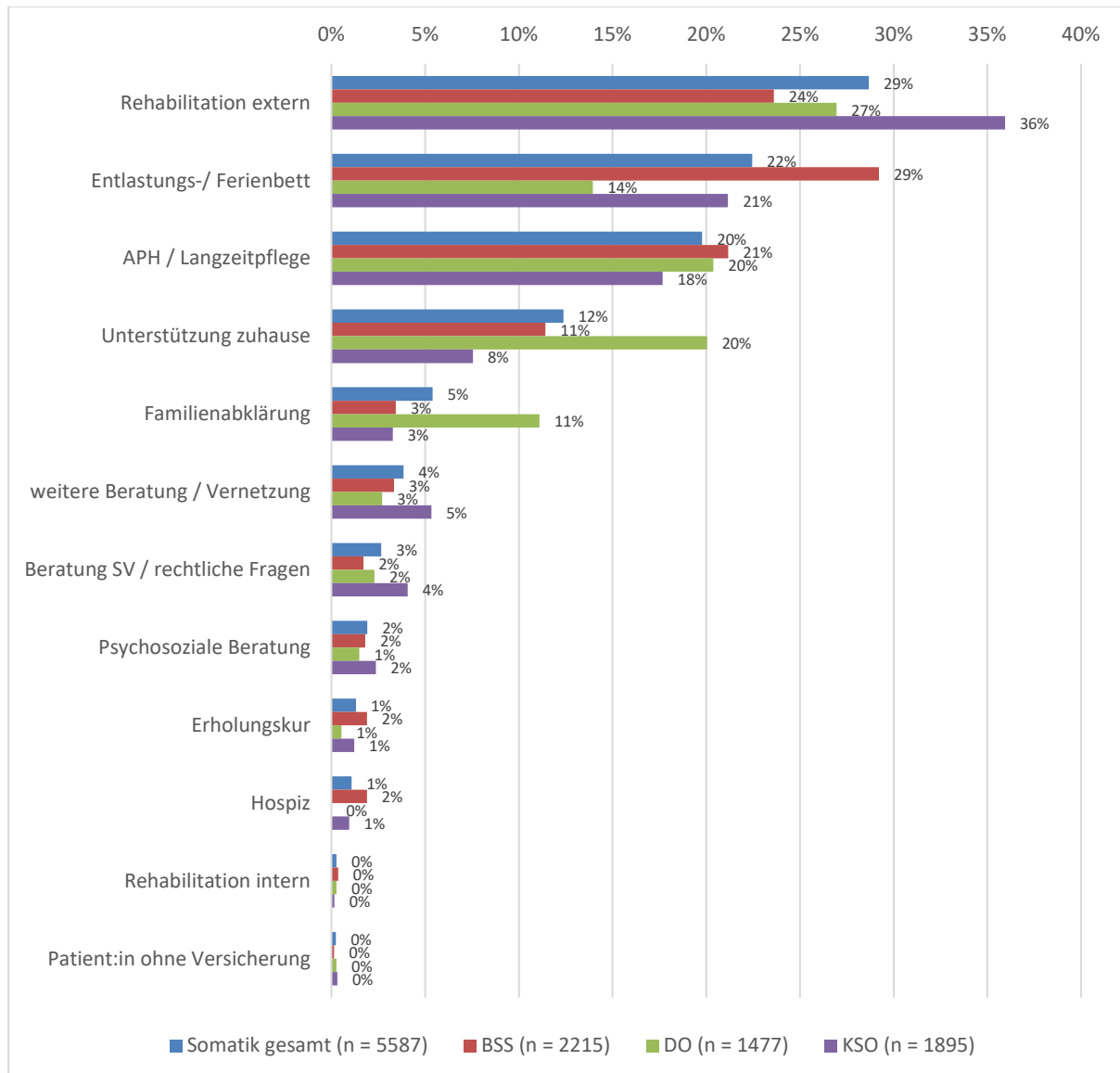


Abbildung 1: Häufigste Anmeldegründe bei der Sozialberatung (Somatik), aufgeteilt in «Gesamt» und den drei Standorten (Mehrfachnennungen pro Fall möglich).^{4&5}

⁴ Dargestellt sind die dokumentierten Anmeldegründe bei der Sozialberatung (Somatik). Pro Fall bzw. pro Anmeldung konnten mehrere Inhalte gleichzeitig erfasst werden; daher entsprechen die Summen der Inhalte nicht der Anzahl der Anmeldungen. Die Anmeldegründe müssen nicht identisch sein mit den tatsächlich bearbeiteten sozialen Problemen.

⁵ Somatik Datensatz 1: Summe der Anzahl Anmeldungen der einzelnen Leistungen.

Die Auswertung zeigt, dass sich ein grosser Teil der sozialarbeiterischen Tätigkeit auf die Organisation der Nachsorge und die Sicherstellung geeigneter Anschlusslösungen nach dem Spitalaustritt konzentriert. Diese Befunde verdeutlichen die zentrale Rolle der Sozialberatung im Austrittsmanagement und bei der Organisation der Nachsorge.

Andere Anmeldegründe – etwa sozial(versicherungs)rechtliche Abklärungen, psychosoziale Beratungen oder Kindes- und Erwachsenenschutzfragen sind seltener, laut Interviewpartner:innen jedoch für einzelne Patient:innengruppen von hoher Bedeutung.

3.1.1 Austrittsmanagement und Organisation der Nachsorge

In den somatischen Kliniken (BSS, KSO, DO) bildet die Organisation von Anschlusslösungen den quantitativ bedeutsamsten Anteil der Fallbearbeitung. Gemäss den Schätzungen der befragten Leitungspersonen nimmt das Austrittsmanagement an somatischen Standorten einen Grossteil der Tätigkeiten in Anspruch. Für das BSS formuliert unsere Interviewperson (IP) beispielsweise *«[...] ich sage mal, 80 % ist Organisation einer Anschlusslösung»*. Zu den in den Interviews genannten konkreten Leistungen gehören insbesondere die Reha- und Kurvermittlung, die Bedarfsabklärung sowie die Identifikation und Vermittlung von Ferien- oder Langzeitpflegeplätzen in Alters- und Pflegeheimen. Diese Einschätzung der Fachperson wird durch die quantitative Auswertung der Anmeldegründe gestützt (vgl. Abbildung 1). Die häufigsten Leistungen betreffen die Organisation von Anschlusslösungen nach dem Spitalaustritt, insbesondere externe Rehabilitation, Entlastungs- bzw. Ferienbetten sowie Platzierungen in Alters- und Pflegeheimen. Diese Inhalte machen standortübergreifend den grössten Anteil der Interventionen aus.

Im Bereich der KPPP zeigt das Interview einen etwas abweichenden Fokus. Die Austrittsplanung wird hier von den Fachpersonen als umfassenderer und längerfristiger Prozess beschrieben, der darauf abzielt, die Lebensorganisation der Patient:innen langfristig abzusichern: *«Es geht ja in letzter Konsequenz immer darum, dass einerseits die Faktoren geregelt sind, dass jemand da überhaupt liegen kann, dass das funktionieren kann. Und dann geht es in erster Linie um einen Austritt. Also welche Bedingungen müssen, auch aus sozialarbeiterischer Sicht, gegeben sein, dass jemand nachhaltig wieder zurück eingegliedert werden kann, in die angestammten Verhältnisse, häufig halt auch nicht in die angestammten Verhältnisse oder mit Unterstützung in die angestammten Verhältnisse, sei es im Wohnbereich, mit einem vielleicht neuen Mandatsträger, mit einer Wohnbegleitung, was auch immer. Oder die ganzen finanziellen Geschichten, jemand muss sofort angemeldet werden, bei der Arbeitslosenversicherung, bei der IV [...]»*.

3.1.2 Sozial(versicherungs)rechtliche Abklärungen, Existenzsicherung und Triage

Ein weiterer, standortübergreifend identifizierter Leistungsbereich sind sozial(versicherungs)rechtliche und finanzielle Abklärungen. Diese Abklärungen dienen im somatischen Setting häufig als Vorbereitung für eine Anschlusslösung. Die qualitativen Befunde zeigen, dass die Sozialberatung soH Kostengutsprachen bei Krankenversicherungen einholt, Unfallmeldungen koordiniert und Patient:innen bei der Beantragung von Ergänzungsleistungen (EL) oder wirtschaftlicher Sozialhilfe unterstützt, sofern dies für den Austritt (und die Verhinderung von Rehospitalisationen aus sozialen Gründen) erforderlich ist. In Fällen, in denen Patient:innen ohne Krankenversicherungsschutz hospitalisiert werden, initiiert die Sozialberatung den Abschluss obligatorischer Versicherungen: *«Wir erleben immer wieder Leute [...] auch Schweizerinnen und Schweizer, die ohne Krankenkassen reinkommen»*.⁶

Zusätzlich erbringt die Sozialberatung Triage- und Lotsenfunktionen, indem Patient:innen zielgerichtet an externe, spezialisierte Fachstellen (z.B. Lungenliga, Pro Senectute, Krebsliga) vermittelt werden: *«Je nach Krankheitsbild [...] verweisen wir sie an die Lungenliga, [...] MS-Gesellschaft, Pro Senectute, Fachstelle für Altersfragen, Pro Infirmis»*.

⁶ Spitälern können durch Behandlungen, die nicht von einer Versicherung gedeckt sind, hohe Unkosten entstehen (z.B. durch Inkasso- und Betreibungsverfahren oder Abschreibungen).

Die quantitativen Analysen bestätigen, dass sozial(versicherungs)rechtliche Abklärungen im Vergleich zum Austrittsmanagement zwar einen kleineren Anteil der Interventionen ausmachen (vgl. Abbildung 1). Gleichwohl stellen sie häufig eine zentrale Voraussetzung für die Organisation von Anschlusslösungen dar, etwa bei der Klärung von Versicherungsleistungen, der Sicherstellung der Finanzierung von Pflegeleistungen oder der Vermittlung an spezialisierte Beratungsstellen. Die Daten verdeutlichen damit die triagierende und koordinierende Funktion der Sozialberatung im Zusammenspiel zwischen Gesundheitsversorgung und sozialstaatlichen Sicherungssystemen.

In der KPPP wird dieser Leistungsbereich durch Interventionen zur unmittelbaren sozialen Sicherung der Behandlungsfähigkeit bei Klinikeintritt ergänzt, wie etwa die Betreuung von Kindern oder Haustieren. Auch leitet die Sozialberatung der KPPP Massnahmen ein, um Fristen bei Sozialversicherungen zu wahren und damit gesellschaftliche Folgekosten oder Sozialhilfeabhängigkeit zu vermeiden: *«[...] dann muss man aufpassen, dass jemand in eine Krankentaggeldversicherung übertreten kann. Und dass man dort keine Fristen verpassen sollte. [...] Wo halt nachher, wenn man das verpasst, Sozialhilfeabhängigkeit droht. [...]»*.

Perspektive der Sozialregionen

Im Bereich der sozial(versicherungs)rechtlichen Abklärungen heben die Vertretenden der Sozialregionen die ausgeprägte Vernetzungsfunktion der Spitalsozialdienste hervor. Die sozialrechtlichen Abklärungen und die damit verbundene Organisation beispielsweise von notwendigen medizinischen Dokumenten ist aus Sicht der regionalen Sozialdienste zentral, um den effizienten Ablauf der Prozesse sicherstellen zu können. Ohne die Vernetzungsarbeit der Spitalsozialdienste würden sich Anmeldeprozesse für die Sozialhilfe verzögern, da die Sozialdienste der Regionen beispielsweise keinen direkten Zugriff auf medizinische Dokumentationen haben: *«[...] die Hilfe für Klienten bei den Anmeldeformularen und Dokumentbeschaffung, damit wir arbeiten können»*. Ein Vertreter einer Sozialregion veranschaulicht diesen Nutzen, indem er die Spitalsozialberatung als «verlängerter Arm des Klienten» bezeichnet, da sie Dokumente für die Sozialregionen vorbereite, wenn die Patient:innen dazu kurzfristig nicht in der Lage seien.

3.1.3 Psychosoziale Krisenintervention und Kindes-/Erwachsenenschutzmassnahmen

Die Interviews zeigen, dass die Sozialberatungen der soH bei akuten sozialen oder familiären Krisen im Zusammenhang mit der Hospitalisierung konsultiert werden. Das Spektrum der Dienstleistungen reicht von der Organisation und Moderation von Rundtischgesprächen zur Konsensfindung bei familiären Konflikten über die Kurzberatung bei Suchtproblematiken bis hin zur Begleitung und Vernetzung bei Gewalterfahrungen. Einen zeitkritischen Bereich bildet die Einleitung behördlicher Massnahmen. Bei urteilsunfähigen oder stark gefährdeten Patient:innen verfasst die Sozialberatung Gefährdungsmeldungen an die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB).

3.2 Zugangswege, Früherkennung und institutionelle Einbettung

Hinsichtlich der spitalinternen Prozessinitiiierung weisen die Daten auf eine zunehmende Systematisierung und Optimierung in den letzten Jahren hin. An den somatischen Standorten wird bei Eintritt zunehmend der «Post Acute Care Discharge» (PACD)-Score erhoben. Erreicht dieser Score einen definierten Schwellenwert (≥ 8), wird die Sozialberatung involviert: Neben dem PACD-Score gelangen Fälle primär über ärztliche Verordnungen oder auf Initiative der Pflege an die Sozialberatung. Im psychiatrischen Setting ist die Sozialberatung als Querschnittsdienst systematisch in das Behandlungsteam integriert. Bei nahezu jedem Klinikeintritt wird standardisiert ein sogenannter Sozialstatus erhoben: *«[...] wir haben ein standardisiertes Verfahren, wo wir praktisch jeden Patient, jede Patientin sehen und die soziale Situation aufnehmen [...]»*. Im ambulanten psychiatrischen Bereich erfolgt der Zugang selektiver, in der Regel gesteuert über einen standardisierten Screening-Bogen. Diese unterschiedlichen Zugangslogiken spiegeln sich auch in den quantitativen Daten wider (vgl. Tabelle 1). Während in der Somatik bei 14,8 % der Patient:innen die Sozialberatung involviert war, wiesen in der Psychiatrie 73,7 % mindestens einen Eintrag der Sozialberatung auf. In der Somatik werden

sozialarbeiterische Interventionen vor allem bei komplexen Austrittssituationen erforderlich, in der Psychiatrie sind sie hingegen aufgrund der starken gegenseitigen Beeinflussung von psychischen Krankheitsbildern und sozialen Problemen regelhaft in den Behandlungsprozess integriert.

3.3 Umfang und Verteilung der Arbeitsprozesse

Bezüglich der zeitlichen Ressourcenverteilung geben die qualitativen Daten Hinweise darauf, dass die Leistungen in Gegenwart der Klient:innen nur einen Teil des Gesamtaufwands abbilden. Die befragten Fachpersonen schätzen, dass ein gleichwertiger oder sogar grösserer Teil der Arbeitszeit für koordinative und administrative Tätigkeiten aufgewendet wird. Hierzu zählen beispielsweise die telefonische Vernetzung mit Nachsorgeinstitutionen, das Einholen von Kostengutsprachen, die interprofessionelle Fallbesprechung im Spital (Rapporte, Visiten) sowie die Falldokumentation.

Insgesamt wurden im untersuchten Zeitraum 4'902 sozialarbeiterische Fallbearbeitungen in der Somatik dokumentiert, mit einem durchschnittlichen Zeitaufwand von 158 Minuten pro Fall. In der Psychiatrie wurden im gleichen Zeitraum 1'590 Fälle erfasst und der durchschnittliche Zeitaufwand pro Fall liegt bei rund 126 Minuten (vgl. Tabelle 2).

	N	MW (SD) in Min	Median in Min	Gesamtstunden	Arbeitstage à 8.4h
BSS	2263	177.22 (155.26)	140	6684.15	796
DO	1078	110.68 (82.15)	93	1988.56	237
KSO	1561	164.36 (125.78)	135	4276.1	509
Somatik gesamt	4902	158.49 (135.35)	125	12948.63	1542
Psychiatrie	1590*	126.35 (169.72)	65	3348.28	399

Tabelle 2: Zeitaufwand der Sozialberatung pro Fall sowie Gesamtaufwand nach Standort.⁷

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung

* 17 fehlend wegen nicht erfolgter Zeiterfassung

Ein grosser Teil der sozialarbeiterischen Tätigkeit in der Somatik erfolgt in Abwesenheit der Patient:innen. Im Durchschnitt entfallen 111 Minuten pro Fall auf diese Tätigkeiten, während 47 Minuten Tätigkeiten in Anwesenheit der Patient:innen und/oder Angehöriger erfolgen (vgl. Tabelle 3).

		Leistungen in Anw.		Leistungen ohne Anw.	
Standort	N	MW (SD) in Min	Median in Min	MW (SD) in Min	Median in Min
BSS	2263	51.92 (54.78)	40	125.31 (116.15)	93
DO	1078	43.51 (30.36)	35	67.17 (54.59)	55
KSO	1561	43.63 (42.69)	30	120.73 (98.24)	97
Somatik gesamt	4902	47.43 (46.74)	35	111.06 (102.47)	85

⁷ Somatik Datensatz 2: N, Gesamtaufwand in Minuten; Psychiatrie Datensatz: N, Summe der Zeitangaben in Verlaufseinträgen (in Minuten)

Tabelle 3: Zeitaufwand für Leistungen in Anwesenheit der Patient:innen oder deren Angehörigen vs. Leistungen ohne Anwesenheit der Patient:innen oder deren Angehörigen der Sozialberatung (pro Patient:in in der Somatik).⁸

3.4 Zielgruppen der Spitalsozialberatung

Die Sozialberatung wird primär für hochvulnerable, multimorbide und sozial komplexe Patient:innengruppen tätig. Dabei lassen sich deutliche Unterschiede zwischen der Somatik und der KPPP identifizieren.

In den **somatischen Kliniken** (BSS, KSO, Spital Dornach) liegt der Schwerpunkt auf einer hochaltrigen Klientel. Gemäss Einschätzungen aus der Praxis machen Patient:innen über 65 Jahre einen Grossteil der Fälle aus, im KSO wird dieser Anteil beispielsweise auf 75 bis 80 Prozent geschätzt. Häufig handelt es sich um Personen, die aufgrund von Stürzen, Unfällen oder akuten Infekten hospitalisiert werden und deren häusliches Versorgungsnetz an Grenzen stösst. Viele dieser Patient:innen weisen Einschränkungen auf, die eine selbstständige Organisation der Nachsorge erschweren oder verunmöglichen und die nach dem Spitalaustritt nicht (direkt) nach Hause zurückkehren können. Zudem wird auf Patient:innen mit einfachem Bildungshintergrund hingewiesen, die bei der Einforderung ihrer Rechte Unterstützung benötigen.

Darüber hinaus zeigen die qualitativen Daten standortspezifische Ausprägungen der Zielgruppen:

- **Spital Dornach (DO):** Betreut werden «überwiegend geriatrische Patienten».
- **Bürgerspital Solothurn (BSS):** Die Zielgruppe umfasst häufig hochbetagte, chronisch kranke und multimorbide Patient:innen mit geringer sozialer Einbettung sowie Personen nach Unfällen oder mit Suchtproblematiken.
- **Kantonsspital Olten (KSO):** Bedingt durch die Lage als Verkehrsknotenpunkt werden hier weitere sozial hochvulnerable Gruppen betreut, darunter Durchreisende, illegal Arbeitende, Sans-Papiers oder Frauen aus dem Rotlichtmilieu.

In der **Erwachsenenpsychiatrie der KPPP** zeigt sich ein heterogeneres Bild. Die Patient:innen befinden sich oftmals in akuten Krisen oder in Entzugssituationen und weisen aufgrund ihrer psychischen Erkrankung Problemstellungen auf, welche die Lebensorganisation akut bedrohen: «[...] bei uns kommen sehr viele Leute in absoluten Notsituationen, suizidal, höchst psychotisch». Die Zielgruppe umfasst zudem chronisch kranke Patient:innen, bei denen die Gefahr von Fristenversäumnissen bei Sozialversicherungen und drohendem Wohnungs- oder Arbeitsplatzverlust besteht.

Die Daten der Sozialberatung ermöglichen darüber hinaus eine quantitative Einordnung der Zielgruppenstruktur in den somatischen Kliniken der soH. Die folgenden Auswertungen geben einen Überblick über zentrale Merkmale der begleiteten Patient:innen, insbesondere Alter, Geschlecht, Aufenthaltsdauer und soziale Unterstützungsbedarfe.

⁸ Somatik Datensatz 2: N, Leistungen in Anwesenheit der Patient:innen oder deren Angehörigen vs. Leistungen ohne Anwesenheit der Patient:innen oder deren Angehörigen (in Minuten).

Variable	Kategorie	Gesamt	BSS	DO	KSO
Alter	MW (SD)	78.44 (12.89)	77.92 (12.88)	83.22 (9.30)	75.89 (14.12)
Altersgruppen; n (%)	unter 18	2 (0.0)	1 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.1)
	18-29	24 (0.5)	8 (0.4)	0 (0.0)	16 (1.0)
	30-39	53 (1.1)	28 (1.2)	3 (0.3)	22 (1.4)
	40-49	108 (2.2)	46 (2.0)	4 (0.4)	58 (3.7)
	50-59	211 (4.3)	117 (5.2)	15 (1.4)	79 (5.1)
	60-69	552 (11.3)	268 (11.8)	56 (5.2)	228 (14.6)
	70-79	1240 (25.3)	598 (26.4)	247 (22.9)	395 (25.3)
	80-89	1843 (37.6)	833 (36.8)	457 (42.4)	553 (35.4)
	90-100	852 (17.4)	359 (15.9)	290 (26.9)	203 (13.0)
	100+	16 (0.3)	5 (0.2)	6 (0.6)	5 (0.3)
Geschlecht; n (%)	weiblich	2704 (55.2)	1180 (52.1)	667 (61.9)	857 (54.9)
	männlich	2198 (44.8)	1083 (47.9)	411 (38.1)	704 (45.1)
Anzahl Pflegetage	MW (SD)	11.43 (7.26)	11.38 (7.43)	8.93 (4.66)	12.71 (7.68)
PACD-Score; n (%)	<8	1973 (59.6)	1494 (59.1)	479 (61.3)	nv
	≥ 8	1337 (40.4)	1035 (40.9)	302 (38.7)	nv

Tabelle 4: Soziodemografische und klinische Merkmale der durch die Sozialberatung begleiteten Patient:innen in der Somatik.⁹
nv = nicht vorhanden

Die quantitativen Auswertungen bestätigen die in den Interviews beschriebenen Zielgruppenmerkmale. Das Durchschnittsalter der begleiteten Patient:innen liegt bei 78 Jahren, wobei über 80 % der Fälle auf Personen über 70 Jahre entfallen. Besonders hoch ist der Anteil sehr alter Patient:innen im Spital Dornach, wo über 69 % der begleiteten Patient:innen 80 Jahre oder älter sind.

Zudem zeigt sich, dass die Sozialberatung häufig bei Patient:innen mit komplexeren Versorgungssituationen involviert wird. So liegt der durchschnittliche stationäre Aufenthalt bei rund 11 Tagen, und bei 40 % der Fälle (an den Standorten mit PACD-Erhebung) weist der PACD-Score auf einen erhöhten Unterstützungsbedarf im Hinblick auf die Nachsorge hin.

3.5 Nutzen der Sozialberatung soH

Die qualitativen Daten zeigen, dass sich der Nutzen der Dienstleistungen der Sozialberatung der soH nicht auf die Patient:innen und deren Angehörige beschränkt, sondern das Spital, den Kanton sowie externe Akteure (insbesondere die Sozialregionen) einschliesst.

3.5.1 Nutzen für Patient:innen und Angehörige

Der Nutzen für die Patient:innen und deren Angehörige wird aus den obenstehenden Schilderungen bereits deutlich. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der primäre Nutzen für Patient:innen und Angehörige in der zeitnahen Sicherung der Nachsorge/der Organisation von Anschlusslösungen und der akuten sozialen Existenzsicherung im Zusammenhang mit ihrem Spitalaufenthalt liegt. In der Somatik liegt der deutliche Schwerpunkt auf der Organisation des strukturierten Übertritts in Reha-Kliniken, Kurhäuser oder Alters- und Pflegeheime. Darüber hinaus leitet die Sozialberatung soH einen Beitrag zur Klärung und Verbesserung der finanziellen und sozial(versicherungs)rechtlichen Situation. Dies schliesst Unterstützung beim Abschluss einer Krankenversicherung, den Hinweis auf die Möglichkeit der

⁹ Somatik Datensatz 1: PACD-Score (ohne KSO), Anzahl Pflegetage; Somatik Datensatz 2: Alter, Geschlecht und Anzahl Leistungstage Sozialberatung

Beantragung von Ergänzungsleistungen oder die Unterstützung bei Anträgen auf wirtschaftliche Sozialhilfe ein, um Verschuldungen vorzubeugen.

Auch der Nutzen für Angehörige ist vielfältig. So profitieren beispielsweise Angehörige, die durch die plötzliche Pflegebedürftigkeit eines Familienmitglieds belastet sind, von der Organisation und Moderation von Rundtischgesprächen durch die Sozialarbeitenden. In der KPPP wird ein zentraler Nutzen durch den frühzeitigen Einbezug von Arbeitgebenden zur Verhinderung von Kündigungen sowie durch die Suche nach spezifisch passenden Institutionen zur Vermeidung von Fehlplatzierungen beschrieben.

3.5.2 Nutzen für das Spital und den Kanton

Die Daten legen nahe, dass neben den Patient:innen und ihren Angehörigen insbesondere auch die Solothurner Spitäler AG selbst von den Leistungen der Sozialberatung profitiert, da diese für den Spitalbetrieb prozessual und ökonomisch hochrelevant sind.

Auf Ebene der interprofessionellen Teams wird beschrieben, dass Ärzt:innen und Pflegende von organisatorischen und administrativen Aufgaben entlastet werden. In der Psychiatrie geschieht dies beispielsweise durch die Absicherung der Befriedigung existentieller Grundbedürfnisse, welche Voraussetzung dafür ist, dass sich die Patient:innen überhaupt auf die Behandlung und Therapie einlassen können.

Auf institutioneller Ebene leistet die Sozialberatung gemäss den Befunden einen zentralen Beitrag zur Optimierung des Bettenmanagements. Durch die Vorbereitung und Beschleunigung der Austrittsplanung wird die Verweildauer (Liegendauer) von Patient:innen reduziert, was freie Betten für neue Akutfälle schafft und ungedeckte Kosten verringert: *«Jeder Tag, wenn er länger bleibt, wo [...] keine pflegerische, medizinische Behandlung mehr läuft, ist ähm, relativ teuer. 2.000 Franken, rechnet man, etwa».*¹⁰ Zudem trägt die Organisation einer geregelten Nachsorge zur Prävention von ungeplanten Rehospitalisierungen bei: *«[...] was dann auch wichtig ist, dass es nicht so den Drehtüren-Effekt gibt, kaum sind sie draussen, dass sie wieder kommen».* Für das Spital ist dies ökonomisch insofern relevant, als dass Wiedereintritte innerhalb von 18 Tagen gemäss den geltenden «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY» mit dem bestehenden Fall zusammengeführt und damit in der Regel nicht neu abgerechnet werden können (SwissDRG AG 2019).

3.5.3 Nutzen für externe Akteure

Die qualitativen Daten zeigen weiter, dass die Tätigkeiten der Spitalsozialberatung auch für die Sozialregionen einen fachlichen und ressourcenbezogenen Nutzen generieren.

Perspektive der Sozialregionen: Im Fokusgruppengespräch mit den Vertretern der Sozialregionen wurde der externe Nutzen der Spitalsozialberatung in mehreren Dimensionen dargelegt:

- **Früherkennung und Nahtstellenfunktion:** Die Spitalsozialarbeit identifiziert soziale Krisen frühzeitig, bevor die kommunalen Behörden Kenntnis von einem Fall erhalten, und kann Fälle rechtzeitig überweisen. Dies ist insbesondere – aber nicht nur – bei Fällen im Bereich des Erwachsenen- und Kinderschutzes von zentraler Bedeutung.
- **Übersetzungsfunktion:** Die Sozialberatung der soH fungiert teilweise als übersetzende Instanz zwischen dem medizinischen Behandlungsteam und den Beiständen, Sozialarbeitenden und weiteren Fachpersonen auf Ämtern und im Sozialwesen, um Unklarheiten (z.B. bezüglich Entlassungskriterien) proaktiv zu klären: *«Ich mache da teilweise auch Übersetzungsarbeit wegen Unverständnis oder wenn jemand entlassen wird».*
- **Administrative Vorarbeit und Vernetzungsfunktion:** Diese Dimension hängt eng mit der ersten zusammen. Das Vorbereiten von Antragsformularen und das Beschaffen von Dokumenten durch die Spitalsozialberatung ermöglicht den Sozialdiensten der Sozialregionen oft erst das Eröffnen

¹⁰ Obwohl aus der Aussage nicht klar wird, woher die Zahl der 2.000 CHF kommt und obwohl die Zusatzkosten für ein Spital durch Langlieger und blockierte Betten («delayed discharge») nur aufwändig berechenbar sind, wird die Bedeutung dieser Leistung durch eine schweizweite Studie des Nationalen Forschungsprogramms 74 (NFP 74) empirisch gestützt: Ein koordiniertes Austrittsmanagement kann rund ein Drittel der Verzögerungen bei medizinisch stabilen Patient:innen vermeiden. Dies verhindert erhebliche ungedeckte Kosten für den Spitalbetrieb, da jeder blockierte Spitaltag Ressourcen bindet, ohne dass ein proportionaler Mehrerlös entsteht (Kutz et al. 2022)

eines Dossiers oder eine Anmeldung zu einer Sozialversicherung. Sozialarbeitende der Spitäler haben direkten Zugang zu relevanten medizinischen Dokumenten, welche die Sozialdienste der Sozialregionen sonst mit einem unverhältnismässigen Aufwand auftreiben müssten. Dies ermöglicht den Sozialdiensten eine deutlich effizientere Fallübernahme: *«[...] wenn die Intake-Unterlagen zurück sind [...] kommen wir ins Spiel [...] Und da ist eigentlich jeweils die Sozialberatung da, die das alles für uns bereit macht.»*

- **Institutions- und Systemwissen:** Bei komplexen Austritten von Menschen, die in der Regelsozialhilfe angehängt sind oder eine KESB-Zuständigkeit besteht, arbeiten die externen Dienste eng mit der Sozialberatung soH zusammen, wenn es um die Organisation der Nachsorge geht. Die Sozialregionen geben an, selbst nicht über das notwendige spezifische Wissen zur Heim- und Reha-Landschaft zu verfügen: *«[...] sie haben einen riesigen Pool, sie wissen wo, sie wissen wie [...] und wissen auch, welche Einrichtung die geeignete [ist].»*
- **Vermeidung von Überlastung:** Die Vertreter der Sozialregionen gehen davon aus, dass ein Wegfall von Dienstleistungen der Sozialberatung soH zu einer schwerwiegenden Belastung des Sozialsystems führen würde, da die Sozialdienste der Sozialregionen andere Aufgaben haben : *«Wir reden von den Krisenfällen, die akut sind. Und dann heisst es einfach ganz klar, wenn wir mehr Krisenfälle haben als strukturierte Fallführung, dann muss es eine weitere Stelle geben, auf der nur so etwas gemacht wird. Weil uns in der Regelsozialhilfe fehlen auch die Ressourcen, dass wir viele Krisenfälle abfedern können. Weil die Sozialberatung in den Spitälern ist hauptsächlich auch dafür da, dass sie in der momentanen aktuellen Krise, in der Leute sind, dort helfen. Und für uns wäre das eine totale Überlastung von unserem internen System.»*

3.6 Überschneidungen, Schnittstellen und Abgrenzung (Status Quo)

Basierend auf der qualitativen Analyse der Interviews mit den Spitalsozialdiensten sowie des Fokusgruppengesprächs mit den Vertretern der Sozialdienste der Sozialregionen lässt sich das aktuelle Verhältnis zwischen der Sozialberatung der soH und den kommunalen Diensten beschreiben. Die Befunde verweisen auf ein vielschichtiges Zusammenwirken, das durch funktionierende fallbezogene Kooperationen, aber auch durch strukturelle Reibungsverluste, unterschiedliche Handlungslogiken und Versorgungslücken gekennzeichnet ist.

Es lassen sich vier zentrale thematische Bereiche identifizieren (siehe folgende Kapitel).

3.6.1 Funktionierende Schnittstellen und positive Erfahrungen

Die Zusammenarbeit zwischen der Spitalsozialberatung und den Sozialregionen wird dann als konstruktiv und effizient erlebt, wenn sie direkt fallbezogen und auf Ebene der Fachpersonen (Sozialarbeitenden) stattfindet. An den somatischen Standorten der soH wird insbesondere die Kooperation bei etablierten Beistandschaften und KESB-Abklärungen positiv hervorgehoben. Auch in der Erwachsenenpsychiatrie wird die Kooperation auf fachlicher Ebene als gewinnbringend beschrieben. Zudem wird die E-Mail-Kommunikation als adäquates Mittel zur Erstkontaktaufnahme benannt, da sie asynchron und damit ressourcenschonend für beide Seiten sei. Wie weiter unten beschrieben wird, hat diese Form der Kommunikation auch negative Seiten.

Perspektive der Sozialregionen: Die Vertretenden der kommunalen Sozialdienste bestätigen diese Befunde und beschreiben die Zusammenarbeit ausdrücklich als partnerschaftlich und positiv: *«Ein Hand-in-Hand-Arbeiten. Ja. Die wissen, was wir machen, wir wissen, was sie machen. Und es ist wirklich eine positive Zusammenarbeit.»*

3.6.2 Herausforderungen und Reibungsverluste in der Zusammenarbeit

Neben den positiven Aspekten weisen die Befunde auf strukturelle und zeitliche Hindernisse hin. In der Somatik wird auf eine teilweise fehlende Dringlichkeitswahrnehmung seitens der Sozialregionen hingewiesen. Während das Akutspital aufgrund des Bettenmanagements zeitnahe Anschlusslösungen

und Kostengutsprachen benötigt, agieren die Sozialregionen gemäss den IP in anderen zeitlichen Rhythmen. Erschwerend kommt hinzu, dass die telefonische Erreichbarkeit einiger Sozialregionen als unzureichend beschrieben wird. In der Erwachsenenpsychiatrie wird zudem thematisiert, dass den kommunalen Diensten fallweise das hochspezialisierte Fachwissen (z.B. im Bereich Sozialversicherungsfragen oder bezüglich spezifischer Institutionslandschaften) fehle, was zu Fehlplatzierungen oder Fristenversäumnissen führen könne, von denen dann auch das Spital betroffen sein könne.

Perspektive der Sozialregionen: Aus der Aussensicht werden die sehr kurzen Spitalaufenthalte, insbesondere nach Unfällen oder operativen Eingriffen, als wesentliche Herausforderung für eine gelingende Zusammenarbeit benannt. Die Vertretenden der Sozialregionen halten fest, dass sie teilweise zu spät über anstehende Spitalaustritte informiert werden, was die Planung der Nachsorge erschwert: *«[...] dann heisst es, der Klient tritt morgen aus oder ist schon draussen. Und dann wird es für einige Sachen schwierig, das noch ordentlich aufzugleisen»*. Sie weisen aber auch darauf hin, dass dies manchmal auch damit zu tun habe, dass die Sozialberatung der soH selbst erst sehr kurzfristig über Austritte informiert werde. Zudem wird auf formale Hürden verwiesen: Kommunale Dienste können in der Regel erst aktiv werden, wenn die örtliche und fachliche Zuständigkeit abschliessend geklärt und ein Dossier offiziell eröffnet ist.

3.6.3 Optimierungspotenzial bei den Sozialberatungen der soH

Die Sozialberatungen der soH haben gemäss den Aussagen der IP in den letzten Jahren ihre Prozesse wesentlich optimiert. Genannt werden beispielsweise die Nutzung der PACD-Scores und die Screenings für die Überweisung und die funktionale Differenzierung der Aufgaben. So werden heute nur noch komplexe Aufgaben durch diplomierte Sozialarbeitende übernommen. Austrittsberatungen, Reha-Organisationen, Kuranmeldungen etc. werden zwar durch die Sozialberatung, jedoch durch Case-Manager:innen mit administrativer oder pflegerischer Ausbildung übernommen. Dies zeigt sich quantitativ auch an den Stellenprozenten:

Standort	Stellenprozentage total	Stellenprozentage Sozialarbeit (inkl. Leitung)	Stellenprozentage Case-Management	Stellenprozentage Admin.
Psychiatrie	960%	960%	--	--
Dornach ¹¹	200%	100%	100%	--
BSS ¹²	660%	70%	520%	70%
KSO	470%	240%	230%	--

Tabelle 5: Stellenprozentage der Sozialberatungen soH nach Standorten (total und aufgeschlüsselt nach Funktionen)
 -- = keine Stellenprozentage in diesen Funktionen

Das Fehlen von Stellen im Bereich CM und Admin in der Sozialberatung der KPPP erklärt sich durch den oben beschriebenen Unterschied der Leistungsbereiche zwischen Somatik und Psychiatrie: die Sozialberatung der KPPP organisiert praktisch keine «einfachen» Reha-, Kur- oder Pflegheimplätze, sondern arbeitet fast ausschliesslich an komplexen psychosozialen Problemen und komplexen Anschlusslösungen. In mehreren Interviews wurde darauf hingewiesen, dass die Sozialberatung der soH im Bereich der Optimierung und Ökonomisierung der Prozesse und Aufgabenverteilungen in den letzten Jahren bereits Anstrengungen unternommen hat.

Auf ein bestehendes Optimierungspotenzial wird aber in den Interviews mehrfach hingewiesen. Dies betrifft die Verbesserung und Harmonisierung der Leistungserfassung. Denn einerseits unterscheiden sich die Leistungserfassungen der Psychiatrie und der Somatik stark und andererseits sind die bislang erfassten und rapportierten Indikatoren und statistischen Messgrössen teilweise wenig präzise, wenig

¹¹ Die Stellensituation in Dornach ist momentan im Umbruch

¹² Im BSS sind zum Zeitpunkt der Berichtlegung nicht alle Sozialarbeitsstellen besetzt.

aussagekräftig und auch uneinheitlich. Es wird die Notwendigkeit einer verfeinerten Leistungserfassung betont, welche die erbrachten Interventionen (analog zu den TARMED-Positionen) differenziert abbildet, anstatt lediglich die Anzahl Beratungsgespräche zu quantifizieren. Dieser Sachverhalt hat sich wie oben dargelegt auch auf unser Forschungsprojekt und den vorliegenden Bericht ausgewirkt.

3.7 Identifizierte Versorgungslücken und Zuständigkeitsfragen

Die Analyse des qualitativen Datenmaterials deckt auf kantonaler Ebene spezifische Versorgungslücken und systemische Hürden auf. Diese erschweren das Austrittsmanagement der Spitäler, führen zu verlängerten Hospitalisationszeiten und verursachen Schnittstellenproblematiken zwischen den involvierten Akteuren. Die identifizierten Lücken lassen sich in eine infrastrukturelle, eine prozessuale sowie eine präventiv-informelle Dimension gliedern.

Infrastrukturelle und angebotsbezogene Lücken im Kanton Solothurn

Die im Rahmen der Studie erhobenen qualitativen Daten weisen auf ein Fehlen spezifischer Anschlussorganisationen im Kanton hin, was den Organisationsaufwand für die Spitalsozialberatung erhöht und die zeitnahe Platzierung erschwert:

- **Erschwerte Rehabilitationsplatzierungen:** Da Rehabilitationsaufenthalte ausschliesslich ausserkantonale organisiert werden müssen, entsteht für die Sozialberatung ein erhöhter Koordinationsaufwand (z. B. durch mehr Rücksprachen, unterschiedliche Zuständigkeiten und variierende Aufnahmekriterien der Kliniken). Zudem kann eine Abhängigkeit von den Anbieterkantonen entstehen, da deren Rehakliniken bei Engpässen eher Patient:innen aus dem eigenen Kanton aufnehmen.
- **Fehlende Anschlusslösungen für Suchtpatient:innen:** Eine signifikante Versorgungslücke zeigt sich bei pflegebedürftigen Patient:innen mit einer aktiven Suchthematik. Ausserhalb von Entzugskliniken fehlen im Kanton Solothurn geeignete Anschlussorganisationen, die diese hochvulnerable Zielgruppe nach dem Akutaufenthalt aufnehmen können.
- **Mangel an hochspezialisierten psychiatrischen Plätzen:** In der Psychiatrie wird die Institutionssuche für Patient:innen mit komplexen Mehrfachbelastungen (z.B. Doppeldiagnosen, Suchtproblematiken oder Gewaltpotenzial) als äusserst schwierig beschrieben. Dies deutet auf einen Mangel an spezialisierten Einrichtungen hin, welche diese herausfordernden Klientengruppen adäquat betreuen können.¹³
- **Fehlende zentrale Koordinationsstelle für Pflegeheimplätze:** Die Suche nach Langzeitpflegeplätzen wird standortübergreifend als sehr zeitintensiv beschrieben, da Vakanzen in jedem Alters- und Pflegeheim einzeln angefragt werden müssen. Es fehle eine zentrale Koordinationsstelle, welche die Vakanzen bündelt und den Suchaufwand für die Spitäler reduzieren würde.

Prozessuale und administrative Hürden

Neben den infrastrukturellen Lücken identifizieren die befragten Fachpersonen Hürden in administrativen Abläufen, die zu Verzögerungen bei Spitalaustritten führen:

- **Unklarheiten bei Zuständigkeiten («Vakuum» im Freiwilligenbereich):** Es manifestieren sich Lücken bei sozialen Problemlagen, die weder eindeutig in den hoheitlichen Auftrag der Sozialhilfe noch in jenen des Kindes- und Erwachsenenschutzes (KESB) fallen. Insbesondere die Übernahme freiwilliger Finanzverwaltungen werde von den Sozialregionen aus Ressourcengründen und aufgrund fehlender Zuständigkeit oftmals abgelehnt: *«[...] wenn Problemsituationen nicht in die Zuständigkeit der Sozialhilfe und des Erwachsenenschutzes fallen, gibt es ein Vakuum»*. Dies führt zu Verzögerungen bei Heimeintritten, da die Institutionen einen geregelten Kostenträger voraussetzen (vgl. nächsten Punkt).

¹³ Dieses Versorgungsproblem besteht schweizweit und wird auch in nationalen Analysen bestätigt (Stocker et al. 2016).

- **Verzögerungen bei Sozialversicherungen:** Lange Bearbeitungsfristen bei der Ausgleichskasse für Ergänzungsleistungen (EL) erschweren die Austrittsplanung. Da Altersheime Patient:innen oftmals erst aufnehmen, wenn die Finanzierung gesichert ist, blockieren diese Wartezeiten den Austritt.

Informations-, Zugangs- und Präventionslücken

Abschliessend verdeutlicht das Datenmaterial Lücken im Bereich der Prävention im häuslichen Umfeld sowie beim Zugang zu Regelleistungen:

- **Mangelnde aufsuchende Arbeit und mangelnde Früherkennung durch Gemeinden:** Es wird darauf hingewiesen, dass Indikatoren für eine soziale Destabilisierung (z.B. wiederholt unbezahlte Rechnungen oder sich abzeichnende Verwahrlosung) ausserhalb des Spitals oftmals nicht erkannt werden und daher auch nicht interveniert werden könne. Es fehlt an Diensten, die Krisen abfedern, bevor eine krisenhafte Hospitalisierung unumgänglich wird oder soziale Probleme eine Hospitalisierung verlängern.
- **Fehlende präventive Hausabklärungen:** Um wiederkehrende Stürze (Drehtüreffekt) bei geriatrischen Patient:innen zu vermeiden, wären fachliche Hausabklärungen zur Identifikation von Gefahrenquellen (z.B. Stolperfallen) notwendig. Die Spitalsozialberatung verfügt hierfür nicht über die Kapazitäten, und diese Leistung werde auch durch externe Dienste (wie die Spitex) oftmals nicht systematisch abgedeckt.
- **Informationslücken bei Patient:innen:** Viele Patient:innen haben keine Kenntnis über ihren rechtlichen Anspruch auf Ergänzungsleistungen oder Vorsorgemöglichkeiten (Patientenverfügungen, Vorsorgeaufträge) und haben Hemmungen, rechtliche Ansprüche geltend zu machen. Die Spitalsozialberatung leistet hier aktive Aufklärungsarbeit, die aus fachlicher Perspektive im Vorfeld gesamtgesellschaftlich stattfinden müsste.
- **Fehlende psychiatrische Fachexpertise bei externen Diensten:** Aus der Perspektive der Sozialregionen wird bestätigt, dass kommunale Sozialdienste oft über weniger Erfahrung mit dem Krankheitsbild psychischer Erkrankungen und dem Umgang mit den Betroffenen verfügen, da ihnen der medizinische Hintergrund und die Einbettung in ein interdisziplinäres Team fehlen: *«Einerseits Ressourcen und andererseits haben wir die Infrastruktur gar nicht passend. Wenn jemand hochpsychotisch im Sozialdienst reinläuft, hat es keinen Sinn. In der Klinik hat man die ganze Infrastruktur ausgerichtet auf solche Leute. Da eben nicht.»*

3.8 Optimierungspotenziale an der Schnittstelle zu den Gemeinden

Die qualitativen Daten liefern Hinweise auf bestehende Modelle guter Zusammenarbeit sowie auf Desiderate zur Optimierung der schnittstellenübergreifenden Zusammenarbeit. Als positives und institutionalisiertes Modell für eine effiziente Kooperation wird am Standort BSS die Etablierung eines "Fast-Tracks" (beschleunigtes Verfahren) mit einer spezifischen Sozialregion bei zeitkritischen KESB-Meldungen beschrieben: *«[...] da haben wir das Übereinkommen, dass ich mich melden kann, wenn Dringlichkeit gegeben ist»*. Zur weiteren Optimierung wird die Schaffung von direkten Ansprechpersonen in den Sozialregionen für übergeordnete oder hochkomplexe Anliegen der Spitäler vorgeschlagen. Die Sozialberatungen der soH merken zudem an, dass die Sozialdienste der Sozialregionen primär über Mail erreichbar seien, ihre Abläufe aber oftmals einen rascheren Kontakt erforderten und daher eine Hotline eingerichtet werden sollte.

Perspektive der Sozialregionen: Aus Sicht der Sozialregionen besteht ein wesentliches Optimierungspotenzial in der Institutionalisierung von Austauschgefässen, um Prozesse und allfällige Unzufriedenheiten systematisch und nicht nur fallbezogen zu besprechen. Obwohl die Wichtigkeit eines solchen institutionellen Netzwerks erkannt wird, fehlen den Sozialdiensten der Gemeinden hierfür oft die expliziten zeitlichen und personellen Ressourcen für eine regelmässige Pflege dieser Gefässe.

3.9 Substituierbarkeit

Basierend auf der qualitativen Analyse der Expert:inneninterviews und des Fokusgruppengesprächs lässt sich festhalten, dass aus Sicht der interviewten Fachpersonen die Aufgaben der Spitalsozialberatung nicht oder nur sehr bedingt an die Sozialdienste der Sozialregionen oder andere externe Akteure delegiert werden können und dass ein Abbau der Dienstleistungen weder aus fachlichen noch aus ökonomischen Überlegungen sinnvoll sei. Die Gründe lassen sich in vier Dimensionen systematisieren.

3.9.1 Strukturelle und zeitliche Faktoren (Prozesslogik)

Die Daten zeigen eine ausgeprägte Diskrepanz in der zeitlichen Handlungslogik zwischen dem Akutspital und den Sozialregionen. In der Somatik diktiert das Bettenmanagement eine hohe Dringlichkeit. Die interne Sozialberatung agiert zeitnah: *«Wenn ich jetzt eine Anmeldung habe, dann sehe ich ihn in den nächsten 20 bis 30 Minuten»*. Externe Dienste unterliegen anderen gesetzlichen und administrativen Taktungen. So konstatieren Vertretende der Sozialregionen, dass sie für Interventionen zuerst formale Zuständigkeiten klären und Dossiers eröffnen müssen, was Zeit beanspruche. Zudem erfordert die Spitalumgebung eine hohe Flexibilität, da Patient:innen aufgrund von Untersuchungen (z.B. Röntgen, Therapien) oder krankheitsbedingter Erschöpfung oft nicht termingerecht oder telefonisch erreichbar sind. Auch in der KPPP wird die physische Präsenz als essenziell beschrieben, um in Krisen intervenieren zu können und das interprofessionelle Team von Beginn an zu entlasten: *«dass wir vor Ort sind, dass wir auf Augenhöhe mitreden können, dass wir schnell reagieren auf sich verändernde Voraussetzungen, wenn sich der Patient zum Beispiel verschlechtert oder etwas Neues aufkommt. Also dann sind wir einfach da vor Ort und können sofort reagieren»*.

Perspektive der Sozialregionen: Die Vertretenden der Sozialdienste der Sozialregionen bestätigen die strukturellen Hürden und geben an, dass sie auf den Zeitdruck bei kurzen Spitalaufenthalten (z.B. nach operativen Eingriffen) von extern nicht angemessen reagieren können. Die fehlende Vorlaufzeit würde ein effektives Handeln von aussen verunmöglichen.

3.9.2 Fachliche Kompetenz und klinisches Schnittstellenwissen

Ein weiterer identifizierter Faktor ist das erforderliche bereichsspezifische Fachwissen. Die Spitalsozialberatung verfügt über medizinisch-pflegerisches Kontextwissen, um die Diagnosen für die Nachsorge zu interpretieren und Anschlusslösungen realistisch zu bewerten. Dieses Wissen fehlt externen Diensten in der Regel: *«[...] ein Ferienbett zu organisieren mit jemandem, der einen VAC-Verband hat. Da wissen wir genau, bei welchen Altersheimen können wir anfragen»*. Zudem wird die Kenntnis der fachspezifischen Terminologie betont, welche die Kommunikation mit der Ärzteschaft erst ermöglicht. Im Bereich der Psychiatrie wird hervorgehoben, dass die Sozialarbeit mit Menschen in psychischen Krisensituationen spezifisches Wissen erfordere und dass externe Dienste ohne diese Spezialisierung ein erhöhtes Risiko für Fehlplatzierungen aufweisen: *«Und ich glaube, [...] – und diese Rückmeldungen kriegen wir auch – dort sind Sozialregionen, weil sie halt etwas Breites abdecken müssen, häufig [...] nicht gleich kompetent, was dazu führt, dass es vielleicht zu Fehlplatzierungen käme, oder zu wiederholten Wechseln, was sicher für einen Menschen als solches nicht gut ist, aber auch wieder zusätzlicher Aufwand und Kosten generieren würde»*.

Perspektive der Sozialregionen: Die externe Sicht stützt diesen Befund. Die Sozialregionen geben an, nicht über das notwendige medizinische Hintergrundwissen für komplexe Krankheitsbilder (z.B. Substanzgebrauchsstörungen oder akute psychotische Schübe) zu verfügen. Ein Vertreter fasst zusammen: *«Das wäre mit deutlichem Mehraufwand verbunden und dann wäre die Qualität schlechter»*. Immer wieder weisen die Vertreter der Sozialregionen darauf hin, dass die Sozialberatung der soH Dienstleistungen erbringt, für welche die Sozialregionen nicht zuständig sind und die daher auch nicht substituierbar seien: *«Also wenn ich jetzt an eine 75-jährige Frau denke, die alleine zuhause wohnt, die eigentlich einfach temporär vielleicht nicht mobil ist, die den Haushalt nicht machen kann, die auf Spitex angewiesen ist, tut ja die Sozialberatung Spitex informieren und organisieren. Wenn jetzt die Sozialberatung nicht da wäre, braucht die Frau trotzdem noch Spitex und ist vielleicht selber nicht in der*

Lage, die Spitex zu beauftragen. Wer macht denn das? Tut der Arzt uns anrufen, wir müssen die Spitex für die Frau organisieren. Aber es ist gar kein Fall von uns [...]».

3.9.3 Institutionelle Einbettung und Systemzugriff

Die institutionellen Barrieren zeigen sich primär beim Zugriff auf entscheidungsrelevante Daten. Die Sozialberatung der soH hat unmittelbaren Zugang zum Klinikinformationssystem (KIS), zu Pflegeberichten und Diagnosen, welche für Kostengutsprachen und Reha-Anmeldungen zwingend benötigt werden. Externe Akteure hätten keinen direkten Zugriff auf diese sensiblen Patientendaten: *«Pflegeheim oder eine Reha brauchen schon allein zum Beispiel einen Pflegebericht oder die Diagnosen. (...) Sie können keine Reha-Anmeldung machen, wenn sie keine Diagnosen, keine OP-Berichte, keine Indikation haben. Genauso ist es im Pflegeheim. Im Pflegeheim brauchen sie einen Pflegebericht, damit sie die Pflegestufe erfassen können. Das sind so Sachen, ich stelle mir das unmöglich vor. Die kommen gar nicht an diese Daten dran.»* Der medizinische Datenschutz verhindert den direkten Informationsfluss an externe Stellen, während der spitalinterne Austausch unkompliziert erfolgen kann.

Perspektive der Sozialregionen: Die kommunalen Dienste verweisen ebenfalls auf datenschutzrechtliche und berufsethische Grenzen. Wenn Patient:innen einer Kontaktaufnahme mit der Sozialhilfe nicht zustimmen, erhalten die Sozialregionen oftmals keine medizinischen Informationen, da die Ärzteschaft an die ärztliche Schweigepflicht gebunden ist. Die Wege zwischen der Spitalsozialberatung und der Medizin werden hier als *«viel kürzer und viel unproblematischer»* beschrieben, was die Reaktionszeiten stark verkürzt.

3.9.4 Ressourcen und Kapazitäten der externen Akteure

Die qualitativen Daten deuten darauf hin, dass eine Aufgabenverschiebung an die Sozialregionen deren personelle Ressourcen überfordern würde. Seitens der Spitäler wird beobachtet, dass die Regionen bereits mit ihren regulären gesetzlichen Aufträgen ausgelastet sind.

Perspektive der Sozialregionen: Die Vertretenden der Sozialregionen warnen explizit vor den Folgen einer solchen Verlagerung. Die Übernahme der im Spital anfallenden akuten Kriseninterventionen würde eine *«totale Überlastung [des] Systems»* bedeuten und das strukturierte Fallmanagement der Gemeinden stark beeinträchtigen.

3.10 Folgenabschätzung bei Ressourcenkürzung der Sozialberatung soH

Die Analyse der qualitativen Daten liefert konsistente Hinweise auf die kurz- und langfristigen Auswirkungen, die eine Reduktion der Leistungen der Spitalsozialberatung auf die verschiedenen Ebenen des Gesundheits- und Sozialsystems hätte. Die Befunde zeigen, dass Einsparungen im Budget der Sozialberatung zu Kostenverschiebungen und Qualitätsverlusten an anderen Stellen des Versorgungssystems führen würden.

3.10.1 Ökonomische und betriebliche Folgen für das Spital und den Kanton Solothurn

Die am häufigsten genannte direkte Konsequenz einer Leistungskürzung bei der Sozialberatung der soH ist die Verlängerung der Verweildauer der Patient:innen im Spital. Ohne ein rasches und proaktives Austrittsmanagement verbleiben austrittsbereite Patient:innen im Akutbett, da Anschlusslösungen (z.B. Reha, Heim, Spitex) nicht zeitnah organisiert sind. Dies verursacht erhebliche Systemkosten durch sogenannte verzögerte Austritte ("delayed discharges"). Zwar existiert für die Schweiz keine offizielle nationale Kennzahl zu den Kosten eines blockierten Spitalbettes pro Tag, aus gesundheitsökonomischer Perspektive setzen sich diese jedoch aus drei Komponenten zusammen: direkten Betriebskosten, tariflichen Unterdeckungen und Opportunitätskosten. Auf Basis der BFS-Kostenstatistik und der stationären Tariflogik ist davon auszugehen, dass ein zusätzlicher, medizinisch nicht notwendiger Belegungstag in der Akutsomatik Ressourcen in der Grössenordnung von rund 2'500 Franken pro Tag und in der stationären Psychiatrie von rund 760 Franken pro Tag bindet (BFS 2025, 2020). In der Akutsomatik fallen diese Kosten unter SwissDRG besonders ins Gewicht, weil die Vergütung fallbezogen

ist und zusätzliche Liegetage daher häufig eine Unterdeckung erzeugen. In der Psychiatrie bleibt der Tag unter TARPSY zwar abrechenbar, wird jedoch mit degressiven Tagesgewichten vergütet. Hinzu kommen in beiden Bereichen Opportunitätskosten durch blockierte Betten, verschobene elektive Aufnahmen und ineffiziente Ressourcennutzung. Ein Abbau der Sozialberatung wäre damit nicht nur sozialpolitisch, sondern auch betriebswirtschaftlich kontraproduktiv und würde indirekt auf den Kanton als Eigner zurückfallen. Ferner wird in den Interviews berichtet, dass medizinische und pflegerische Fachpersonen zusätzliche administrative Aufgaben übernehmen müssten, was zu berufsübergreifendem Unmut und einer Ineffizienz im Behandlungsablauf führen würde.

Perspektive der Sozialregionen: Die kommunalen Dienste teilen die Prognose der verlängerten Liegezeiten und der Mehrbelastung für das Spital. Eine Reduktion des Spitalsozialdienstes hätte laut den Vertretern der Sozialregionen indirekt auch Kostenfolgen für den Kanton: *«die Austrittslösungen beim Klinikaustritt wären viel weniger nachhaltig. Es würde mehr Drehtür-Patienten geben. Das wäre ein klares Eigengoal für ein Kanton. Er würde am Schluss einfach eine höhere Belastung haben in der Klinik. [...] Das wäre am falsch Ort gespart, sage ich jetzt.»*

3.10.2 Patientenbezogene Folgen

Die oben genannten Folgen (verlängerte Liegedauer, Rehospitalisierungen, verminderte Nachhaltigkeit der Austrittslösungen) betreffen natürlich auch die Patient:innen ganz direkt: würden sich laut den IP auch auf Ebene der Patient:innen und deren Angehörigen zeigen: *«Ich bin davon überzeugt, dass es vermehrt Rehospitalisierungen geben würde, und die Leute würden mit den gleichen Problemen immer wieder hierherkommen»*. In der Psychiatrie wird zudem davor gewarnt, dass fehlende Unterstützung bei sozialversicherungsrechtlichen Fragen (z.B. bei Krankentaggeld oder IV-Fristen) in den langfristigen Verlust des Arbeitsplatzes oder in die Sozialhilfeabhängigkeit führen kann.

Perspektive der Sozialregionen: Die Vertretenden der Sozialregionen warnen zudem, dass vulnerable Personen, deren soziale Probleme bei der Hospitalisierung nicht entdeckt und bearbeitet würden, *«massiv [...] leiden»* würden.

3.10.3 Auswirkungen auf die Gemeinden und weitere externe Akteure

Die qualitativen Daten zeigen auf, dass eine Reduktion der Spitalsozialberatung keine Kosten- und Aufwandsreduktion im Gesamtsystem bewirkt, sondern höchstens eine Verlagerung der Belastungen auf externe Institutionen. Durch das Fehlen der im Spital erbrachten Leistungen (wie z.B. Sicherstellung von Versicherungsleistungen oder Hilfsmitteln) landen die ungelösten Fälle zeitverzögert und allenfalls in eskaliertem Zustand bei den nachgelagerten Systemen, wie den Spitex-Organisationen oder der kommunalen Sozialhilfe.

Perspektive der Sozialregionen: Diese Einschätzung wird von den Sozialregionen bestätigt. Sie konstatieren, dass eine Kürzung der Spitalsozialberatung zu einer direkten *«Verlagerung der Kosten»* und zu *«viel mehr Sozialhilfekosten»* führen würde.

4 Diskussion

Die Ergebnisse lassen sich nun einerseits in den Kontext des rechtlichen Rahmens und andererseits in den Kontext der internationalen Evidenz stellen.

4.1 Gesetzliche und politische Grundlagen

Ein Blick auf die rechtlichen Grundlagen und Leistungsaufträge zeigt, dass die Sozialdienste der Sozialregionen und die Sozialberatung der soH im gleichen Themenfeld tätig sind, sich jedoch in ihrer Legitimation, Fristigkeit und Handlungsmacht unterscheiden und ergänzen.

Die Leistungen der Sozialdienste der Sozialregionen basieren auf der Gesetzgebung von Bund und Kanton. Auf Bundesebene bilden die Bundesverfassung (Recht auf Hilfe in Notlagen, Art. 12 BV) sowie das Zivilgesetzbuch (ZGB für den Kindes- und Erwachsenenschutz) das Fundament. Hinzu kommen die SKOS-Richtlinien, die zwar rechtlich nicht bindend sind, aber als landesweiter Standard für die Berechnung der Sozialhilfe dienen. Auf Ebene des Kantons sind die Aufgaben primär im Sozialgesetz des Kantons Solothurn (SG) verankert (§ 26, 27, 28 SG). Die Gemeinden sind gesetzlich verpflichtet, die Aufgaben der Sozialhilfe und des Kindes- und Erwachsenenschutzes (KESB) in den definierten Sozialregionen zu erbringen.

Die rechtliche und politische Grundlage der Sozialberatung der soH hingegen bildet ein spezifischer Leistungsauftrag (Produktgruppe 3: Leistungsaufträge spezifische medizinische Versorgung) zwischen dem Kanton und der Solothurner Spitäler AG. Die Begründung für diesen Auftrag liegt in der Natur des Spitalbetriebs: Aus der (teilweise notfallmässigen) Hospitalisierung ergeben sich akute soziale Problemstellungen oder diese werden in diesem Rahmen erstmals sichtbar: fehlender Versicherungsschutz, Verwahrlosung, häusliche Gewalt oder vormundschaftliche Fragen. Diese Themen fallen nur teilweise in den Zuständigkeitsbereich der Wohngemeinden (und somit der Sozialdienste der Sozialregionen), beeinflussen jedoch die medizinische und therapeutische Behandlung der Patient:innen und die Bettenbewirtschaftung.

4.1.1 Leistungsaufträge und Dienstleistungen

Der Fokus der Sozialdienste der Sozialregionen liegt entsprechend auf der langfristigen Existenzsicherung und Integration.

- Wirtschaftliche Sozialhilfe: Prüfung der Zuständigkeit, Fallaufnahme (Intake), Entscheid über Sozialhilfeansprüche, Ausrichtung der materiellen Hilfe, Rückerstattungsverfahren und Abrechnungswesen
- Integration: Erstellung von Zielvereinbarungen zur sozialen und wirtschaftlichen Integration, Kontrolle der Einhaltung und Durchsetzung des Gegenleistungsprinzips (inkl. Sanktionsmöglichkeiten)
- Kindes- und Erwachsenenschutz: Verfassen von Abklärungsberichten für die KESB, Führung von gesetzlichen Mandaten (Beistandschaften, Vormundschaften) durch Berufsbeistände

Der Fokus der Sozialberatung der soH liegt auf der Intervention bezüglich akuter, biopsychosozialer Probleme, die sich im Zusammenhang mit einer Hospitalisierung ergeben und welche die Behandlung und Therapie beeinflussen sowie auf der Organisation der Nachbetreuung nach dem Spitalaufenthalt.

- Nachbetreuung: Organisation der ambulanten und/oder stationären Nachsorge (Kur, Reha, Ferienbetten, Heime, Unterstützung im häuslichen Umfeld durch Spitex, Freiwillige, Organisation von Hilfsmitteln, Entlastung der Angehörigen etc.)
- Arbeit & Wohnen: Einsatz für Arbeitsplatzergänzung, Einleitung von IV-Massnahmen, Suche nach neuen Wohnformen (z.B. Wohnheim, betreutes Wohnen)
- Finanzen & Versicherungen: Klärung von Lohnfortzahlungen, Ausräumen von Leistungssperren bei Krankenkassen, Abschiessen einer Krankenversicherung und Unterstützung bei der Beantragung von Sozialhilfe bei der Wohngemeinde

- Vermittlung & Erwachsenenschutz: Information über KESB-Massnahmen, Hilfe bei der Beantragung von Beistandschaften und Vernetzung mit Fachstellen

4.1.2 Unterschiede in Auftrag und Interventionsmöglichkeiten

Der Schwerpunkt der Unterscheidung liegt in der Handlungsmacht (Hoheit) und dem Zeithorizont:

- Entscheidungskompetenz vs. Beratungsfunktion: Die Sozialdienste haben eine hoheitliche Funktion. Sie fällen formalrechtliche Entscheide (Verfügungen) über die Ausrichtung von Geldern und können Bedingungen, Auflagen oder Sanktionen (z.B. Leistungskürzungen) anordnen, wenn Klienten nicht mitwirken. Die Sozialberatung der soH hingegen hat keine Verfügungsmacht und schüttet keine Sozialhilfegelder aus. Sie agiert rein beratend, unterstützend und vermittelnd.
- Ausführung vs. Initiierung: Im Erwachsenenschutz führen die Sozialdienste der Gemeinden selbst Beistandschaften aus. Die Sozialberatung der soH führt keine eigenen Mandate, sondern berät Patienten lediglich dazu und hilft bei der Einleitung oder Beantragung einer solchen Massnahme bei der zuständigen KESB.
- Langzeit- vs. Kurzzeitintervention: Die Intervention der Sozialdienste ist oft auf einen längeren Zeitraum ausgelegt (bis zur Ablösung von der Sozialhilfe). Die soH greift kurzfristig (episodisch) in einer gesundheitlichen Krisensituation ein, um die Zeit während und nach dem Klinikaustritt abzusichern.

4.2 Internationale Evidenz

Die aus den qualitativen Interviews und Fokusgruppen gewonnenen Erkenntnisse zur Relevanz der Spitalsozialberatung lassen sich in den internationalen Forschungskontext einordnen. Studien zeigen, dass sozialarbeiterische Interventionen in Krankenhäusern positive Effekte auf patienten- und systembezogene Outcomes haben.¹⁴ Insbesondere bei Hochrisikogruppen, älteren Erwachsenen und Personen mit einer generell hohen Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen (sogenannte «High Utilizer») zeigen klinisch-sozialarbeiterische Interventionen eine messbare Wirksamkeit (Bronstein et al. 2015; Ross et al. 2024; Weerahandi et al. 2015).

Die internationale Evidenz lässt sich in drei Wirkungsbereiche unterteilen, die mit den im vorliegenden Bericht identifizierten Kernaufgaben der soH korrespondieren:

4.2.1 Optimierung des Austrittsmanagements und Reduktion von Rehospitalisierungen

Ein in der Literatur häufig berichteter Befund betrifft die Reduktion von ungeplanten Wiedereintritten. Studien zeigen, dass eine von Sozialarbeitenden geleitete Pflegekoordination und Übergangsversorgung (Transitional Care) die 30-Tage-Wiederaufnahmeraten um 22 bis 34 Prozent senken kann (Bronstein et al. 2015; Weerahandi et al. 2015). In einer systematischen Übersichtsarbeit berichteten über 80 Prozent der eingeschlossenen Studien von signifikanten Verbesserungen bei den Wiederaufnahmeraten und der allgemeinen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Petruzzi et al. 2023; Smithman et al. 2025; Steketee et al. 2017). Der Zeitpunkt der Intervention erweist sich dabei als relevanter Faktor: Eine frühzeitige sozialarbeiterische Intervention während des Spitalaufenthalts ist mit einer kürzeren Aufenthaltsdauer assoziiert, wobei der Zeitpunkt der Intervention in einer Studie 13 Prozent der Varianz der Aufenthaltsdauer erklärte (Evans 2001; Lechman/Duder 2009). Eine Untersuchung im Notfallsetting weist jedoch darauf hin, dass die Inanspruchnahme von Sozialdienstleistungen die Aufenthaltsdauer

¹⁴ Bei der Interpretation der Befunde sind methodische Einschränkungen der internationalen Forschungsliteratur zu berücksichtigen. Die Evidenzbasis stützt sich mehrheitlich auf Beobachtungsstudien sowie Querschnitts- und Kohortenanalysen. Randomisiert kontrollierte Studien (RCTs) oder vollständige gesundheitsökonomische Bewertungen (wie Kosten-Nutzen- oder Kosten-Wirksamkeits-Analysen) liegen praktisch keine vor (Petruzzi et al. 2023; Steketee et al. 2017; Smithman et al. 2025). Zudem weisen viele Studien einen starken Fokus auf das US-amerikanische Gesundheitssystem auf, was die Generalisierbarkeit der Befunde auf den Schweizer Kontext einschränkt. Die vorliegenden Studien fokussieren primär auf kurzfristige, krankenhausbezogene Outcomes wie 30- bis 90-Tage-Wiederaufnahmen (Weerahandi et al. 2015). Langfristige und sektorübergreifende gesellschaftliche sowie finanzielle Auswirkungen – wie beispielsweise die Vermeidung von Obdachlosigkeit oder die Verhinderung von Langzeitsozialhilfeabhängigkeit – bleiben in der internationalen Literatur bislang weitgehend unquantifiziert (Kreuter et al. 2021; Ross et al. 2024; Tian et al. 2025; Steketee et al. 2017).

auch leicht verlängern kann, was von den Autor:innen auf die hohe Fallkomplexität (z. B. Multimorbiditäten, Substanzmissbrauch) der betroffenen Patient:innen zurückgeführt wird (Moore et al. 2017).

4.2.2 Gesundheitsökonomischer Nutzen und Kosteneinsparungen

Aus ökonomischer Perspektive deuten die internationalen Befunde auf einen positiven Return on Investment (ROI) für die Leistungserbringer hin, auch wenn explizite Kosten-Nutzen-Verhältnisse in den Studien selten berechnet werden (Steketee et al. 2017). Übersichtsarbeiten dokumentieren Kosteneinsparungen, die von 90 bis 460 US-Dollar pro Patient:in bei kurzen Nachbeobachtungszeiträumen bis hin zu 6.000 bis 10.000 US-Dollar pro Person und Jahr reichen (Steketee et al., 2017). Diese Einsparungen resultieren primär aus der Verringerung von stationären Spitaleinweisungen, der Reduktion von Pflegetagen sowie einer geringeren Inanspruchnahme von Notfallaufnahmen (Rowe 2014; Steketee et al. 2017; Tian et al. 2025). Kostensenkende Effekte lassen sich insbesondere bei Interventionen an strategischen Versorgungsübergängen, in der Koordinierung der Versorgung (Care Coordination) sowie in der End-of-Life- und Palliativversorgung nachweisen (Rowe 2014).

4.2.3 Patientenbezogene Outcomes und psychosoziale Stabilisierung

Auf der Ebene der Patient:innen berichtet eine systematische Übersichtsarbeit in 71 Prozent der untersuchten Studien über signifikant positive Auswirkungen auf die Lebensqualität (ebd.). Dazu zählen Verbesserungen des allgemeinen Gesundheitszustands, die Reduktion depressiver Symptome sowie der Erhalt des Funktionsstatus der Patient:innen (ebd.).

4.3 Methodische Limitationen der vorliegenden Studie

Die Analyse basiert auf den von der soH bereitgestellten quantitativen Routinedaten sowie auf qualitativen Daten aus Expert:inneninterviews mit Leitungspersonen der Sozialberatungen der soH und einem Fokusgruppengespräch mit Vertreter:innen von Sozialregionen. Weitere Perspektiven – etwa volks- oder betriebswirtschaftliche, juristische oder politische Analysen – waren nicht Gegenstand des vorliegenden Auftrags. Die Ergebnisse wurden jedoch durch die Kombination der unterschiedlichen Datenquellen und den Abgleich mit der internationalen Studienlage eingeordnet.

5 Schlussfolgerungen

Basierend auf den Ergebnissen sowie der Einordnung in den rechtlichen und internationalen Forschungskontext lassen sich die Fragestellungen zu Leistungsprofil, Versorgungslücken, Schnittstellen sowie möglichen Folgen einer Reduktion der Sozialberatung des Auftrags nun beantworten.

Die Analysen zeigen dabei deutlich, dass die zentrale Annahme des Auftrags – wonach Leistungen der Spitalsozialberatung der soH in relevantem Umfang «durch Wohngemeinden zu leisten wären» – empirisch nicht bestätigt werden kann. Zwar bearbeiten beide Dienste soziale Problemlagen, jedoch unterscheiden sich die bearbeiteten Problemtypen und die Aufgaben grundlegend.

5.1 Spezifisches Leistungsprofil der Sozialberatung soH

Die Sozialberatung der soH erbringt spezialisierte, direkt in den klinischen Behandlungsprozess integrierte Interventionen. In den somatischen Kliniken liegt der Schwerpunkt auf dem Austrittsmanagement (bis zu 80 % der Tätigkeiten) und der Organisation von Anschlusslösungen wie Rehabilitationen, Kuraufenthalt oder Platzierungen in Alters- und Pflegeheimen. Die primäre Zielgruppe in der Somatik ist hochaltrig (über 80 % der begleiteten Fälle sind 70 Jahre oder älter), multimorbid und weist Einschränkungen auf, welche eine selbstständige Organisation der Nachsorge verunmöglichen. Der Zweck der Interventionen besteht hier in der Gewährleistung zeitnaher Spitalaustritte, der Optimierung des Bettenmanagements sowie der Prävention von Rehospitalisierungen.

In der Erwachsenenpsychiatrie fokussieren die Leistungen auf eine heterogene Zielgruppe in akuten biopsychosozialen Krisensituationen. Hier stehen die psychosoziale Stabilisierung zur Wiederherstellung der Behandlungsfähigkeit sowie zwingende sozial(versicherungs)rechtliche Abklärungen im Vordergrund. Letztere dienen der Fristenwahrung bei Sozialversicherungen, um Jobverlust und eine langfristige Sozialhilfeabhängigkeit der Patient:innen zu verhindern. Standortübergreifend zeigt sich, dass ein Grossteil der Fallbearbeitungszeit (in der Somatik durchschnittlich 111 von 158 Minuten pro Fall) für indirekte, koordinative Tätigkeiten ohne physische Anwesenheit der Patient:innen aufgewendet wird.

5.2 Versorgungslücken

Die Analysen decken keine Lücken im Bereich der Dienstleistungen der Sozialberatungen der soH auf, jedoch spezifische Versorgungslücken im Kanton Solothurn, die das Austrittsmanagement der Spitäler erschweren und zu verlängerten Liegezeiten führen. Infrastrukturell müssen Rehabilitationsaufenthalte ausschliesslich ausserkantonale organisiert werden, was für die Spitalsozialberatung mit einem erhöhten Koordinations- und Abklärungsaufwand verbunden ist. Ebenso mangelt es akut an Anschlussorganisationen für pflegebedürftige Suchtpatient:innen sowie an hochspezialisierten Plätzen für psychiatrisch komplexe Fälle (z.B. bei Doppeldiagnosen oder Gewaltpotenzial). Prozessual wird das Fehlen einer zentralen Koordinationsstelle für Pflegeheimplätze bemängelt, was bei der Platzsuche zu massiven zeitlichen Reibungsverlusten für die Spitäler führt.

Zudem manifestiert sich ein Zuständigkeitsvakuum an der Schnittstelle zur Sozialhilfe: Die Übernahme freiwilliger Finanzverwaltungen wird von den kommunalen Sozialregionen aufgrund fehlender Zuständigkeit oftmals abgelehnt, was Heimeintritte aufgrund einer fehlenden geregelten Kostenträgerschaft blockiert. Auch lange Bearbeitungsfristen bei Ausgleichskassen für Ergänzungsleistungen (EL) führen zu Platzierungsblockaden. Im Vorfeld einer Hospitalisierung fehlen schliesslich aufsuchende, präventive Angebote in den Gemeinden, wie etwa fachliche Hausabklärungen zur Sturzprävention, die Früherkennung sozialer Verwahrlosung oder die breite Aufklärung zu rechtlichen Ansprüchen (EL) und Vorsorgeaufträgen.

5.3 Schnittstellen, Abgrenzung und Substituierbarkeit

Die Analysen zeigen, dass zwischen der Sozialberatung der soH und den kommunalen Sozialdiensten der Sozialregionen nur sehr geringe funktionale Überschneidungen bestehen.

Auf die Frage, welcher prozentuale Anteil der Dienstleistungen der soH an die Sozialregionen verlagert werden könnte, liefert das Datenmaterial eine konkrete Antwort: Da 75 bis 80 % der Tätigkeiten aus zwingend spitalgebundenem Austrittsmanagement bestehen und der Grossteil der restlichen 20 % aus akuten psychosozialen und rechtlichen Kriseninterventionen vor Ort resultiert, bleibt eine sehr kleine theoretische Restmenge für eine Verlagerung. Da aber selbst diese administrative Restaufgabe laut den Sozialregionen und Spitälern aus strukturellen, datenschutzrechtlichen und ressourcentechnischen Gründen nicht praktikabel auslagerbar ist, schrumpft das realistische Verlagerungspotenzial unserer Einschätzung nach auf unter 5 %.

Der Hauptgrund für die fehlende Substituierbarkeit der Leistungen der Sozialberatung soH (beispielsweise durch die Sozialdienste der Regionen) liegt in der unterschiedlichen Ausrichtung der Aufträge und des Leistungsprofils: langfristige Existenzsicherung, wirtschaftliche Sozialhilfe und die Führung von Schutzmandaten auf Seite Sozialregionen vs. Austrittsmanagement, Nachsorge-Organisation und psychosoziale Krisenintervention im Zusammenhang mit dem Spitalaufenthalt auf Seiten der Sozialberatung der soH). Daneben führen aber auch weitere Gründe zu dieser Einschätzung:

1. **Strukturell-zeitliche Barrieren:** Externe Dienste verfügen weder über den Auftrag noch über die Kapazitäten, um auf den zeitlichen Dringlichkeitsrhythmus des spitalinternen Bettenmanagements (Reaktionszeiten im Stundenbereich) adäquat zu reagieren.
2. **Fachliche Barrieren:** Kommunalen Sozialdiensten fehlt in der Regel das spezifische sozialmedizinische und klinisch-psychiatrische Fachwissen, welches zur Interpretation von Diagnosen und für die Vermeidung von Fehlplatzierungen zwingend erforderlich ist.
3. **Institutionelle Barrieren:** Datenschutzrechtliche Vorgaben und die ärztliche Schweigepflicht verhindern den für eine effiziente Fallbearbeitung notwendigen direkten Systemzugriff (z.B. auf das Klinikinformationssystem) für externe Stellen.
4. **Ressourcenbezogene Barrieren:** Die Sozialregionen verfügen nicht über die personellen Ressourcen und Infrastrukturen, um hochfrequente akute Kriseninterventionen zusätzlich aufzufangen.

5.4 Folgenabschätzung

Die geplante Kosteneinsparung von 0,5 Mio. CHF durch eine Reduktion der kantonalen Finanzierung der Sozialberatung führt gemäss den vorliegenden Daten nicht zu einer absoluten Einsparung, sondern zu einer Kostenverschiebung. Es gibt gewichtige Gründe anzunehmen, dass das Gesamtsystem dadurch finanziell und prozessual stärker belastet würde. Eine Reduktion der Stellenprozente in der Spitalsozialberatung hätte unmittelbar eine Verlängerung der Liegedauer der Patient:innen (Bettenblockaden) zur Folge. Ein verzögerter Austritt verursacht direkte Betriebskosten, tarifliche Unterdeckungen sowie Opportunitätskosten. Gemäss Daten des Bundesamtes für Statistik bindet ein medizinisch nicht notwendiger Belegungstag Ressourcen in der Grössenordnung von rund 2'500 CHF (Somatik) bzw. rund 760 CHF (Psychiatrie) (BFS 2020, 2025). Da diese zusätzlichen Tage im Fallpauschalensystem SwissDRG sowie unter TARPSY zu betriebswirtschaftlichen Mindermargen führen, wäre die angestrebte Einsparung bereits nach wenigen hundert verzögerten Austritten (Langliegern/«delayed discharges») pro Jahr neutralisiert. Zudem würde das Fehlen einer strukturierten Austrittsplanung wahrscheinlich zu vermehrten «Drehtüreffekten» (Rehospitalisierungen innerhalb von 18 Tagen), Qualitätseinbussen bei der Nachsorge und Folgekosten bei der kommunalen Sozialhilfe führen.

Internationale Evidenz (vgl. Kapitel 4.3) legt nahe, dass sozialarbeiterisch geleitete Nachsorge-Organisation einen positiven Return on Investment (ROI) für das Gesundheitssystem generiert.

6 Empfehlungen

Basierend auf den Resultaten der vorliegenden Evaluation empfehlen wir, die Spitalsozialberatung als unverzichtbare und eigenständige klinische Dienstleistung innerhalb des Spitalbetriebs zu positionieren und von einem Ressourcenabbau abzusehen.

Im Folgenden formulieren wir sieben konkrete Empfehlungen, die sich an den Kanton (Auftraggeber), die Solothurner Spitäler AG (soH) sowie an die Schnittstellenpartner richten.

Empfehlung 1: Schärfung des Leistungsauftrags

Wir empfehlen, die Spitalsozialberatung im neuen Leistungsauftrag 2027–2029 explizit als klinische, in die Behandlung integrierte Leistung zu definieren. Die Formulierung im bisherigen Auftrag, welche suggeriert, die soH erbringe «*Dienstleistungen [...], die durch Wohngemeinden zu leisten wären*», widerspricht der empirischen und rechtlichen Realität. Wir empfehlen, den Leistungsauftrag den tatsächlichen Gegebenheiten anzupassen. Auf Ebene der Produktbeschreibung sollte deutlich gemacht werden, dass die Dienstleistungen der Sozialberatung primär auf die Sicherstellung der Behandlungsfähigkeit, die psychosoziale Krisenintervention im Spital, die Triage sowie auf ein zeitkritisches, medizinisch indiziertes Austrittsmanagement fokussieren. Damit wird deutlich, dass sich die Aufträge der Sozialdienste der Sozialregionen und der Sozialberatung soH fundamental unterscheiden und sinnvoll ergänzen, anstatt sich zu überschneiden.

Empfehlung 2: Beibehaltung der Finanzierung der Sozialberatung

Die geplante Reduktion der kantonalen Finanzierung um 0,5 Mio. CHF würde gemäss Datenlage zu einem Bumerang-Effekt führen. Da das Austrittsmanagement und die psychosoziale Stabilisierung von Patient:innen integrale Bestandteile eines funktionierenden Spitalbetriebs sind, empfehlen wir, die Finanzierung der Sozialberatung weiterhin unverändert über das Globalbudget der soH sicherzustellen. Ein Abbau von Stellenprozenten in der Sozialberatung würde unter anderem zu verzögerten Austritten (Bettenblockaden/«delayed discharge») führen. Obwohl die ungedeckten Kosten im DRG-System für sogenannte «Langlieger» und «delayed discharge» schwer zu berechnen sind, würden sich die angestrebten Einsparungen wahrscheinlich innert kürzester Zeit neutralisieren. Ein stark aufgestellter Spitalsozialdienst ist eine zwingende Voraussetzung für einen effizienten und wirtschaftlichen Spitalbetrieb.

Empfehlung 3: Harmonisierung der Leistungserfassung

Wir empfehlen eine technische und inhaltliche Harmonisierung der Leistungserfassung der Sozialberatung soH über alle Standorte hinweg in *einem* einheitlichen Datenerfassungssystem (z.B. TACS / KISIM). Diese Erfassung sollte sich an einem differenzierten Leistungskatalog (allenfalls in Anlehnung an TARDOC/TARPSY-Positionen) orientieren, der das Leistungsspektrum von Somatik und Psychiatrie adäquat abbildet. Wir empfehlen zudem die Überarbeitung der Indikatoren des Leistungsauftrags: Anstelle der unscharfen Messgrösse «Anzahl Beratungsgespräche» sollten aussagekräftige Kennzahlen rapportiert werden, welche die Menge, die Dauer (inklusive Leistungen in Abwesenheit der Klient:innen) und die Art der Intervention pro Fall ausweisen. Zur Definition dieser Standards könnte die von der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) ausgearbeitete und durch den Schweizerischen Fachverband für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (SAGES) für den Schweizerischen Kontext angepasste und kommentierte «Produkt- und Leistungsbeschreibung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen» herangezogen werden (DVSG 2019).

Empfehlung 4: Prüfung einer Koordinationsstelle für Heimanmeldungen

Die individuelle Suche nach Langzeitpflegeplätzen bindet in den Spitalsozialdiensten massiv Ressourcen. Wir empfehlen die Prüfung einer zentralen Koordinationsstelle für Heimanmeldungen. Diese Stelle müsste nicht zwingend durch den Kanton aufgebaut und betrieben werden, würde jedoch die Vakanzen der regionalen Alters- und Pflegeheime bündeln, könnte den Suchaufwand für die Spitäler reduzieren und den Austrittsprozess für geriatrische Patient:innen beschleunigen.

Empfehlung 5: Klärung von Zuständigkeitslücken (Fokus: Freiwilligenbereich)

Das Datenmaterial (insbesondere aus der KPPP) zeigt, dass unklare Zuständigkeiten an der Schnittstelle zur Sozialhilfe zu verzögerten Spitalaustritten führen. Dies betrifft primär den Freiwilligenbereich: Wenn Patient:innen für einen Heimeintritt zwingend einen geregelten Kostenträger benötigen, die KESB-Kriterien für eine behördliche Beistandschaft aber (noch) nicht erfüllt sind, wird die Übernahme einer freiwilligen Finanzverwaltung durch die Sozialregionen anscheinend regelmässig abgelehnt. Wir empfehlen, die bestehenden Zuständigkeiten im Freiwilligenbereich zu klären und geeignete Regelungen zu prüfen, die sicherstellen, dass die Sozialregionen auch bei freiwilligen Massnahmen rasch Hand bieten können, verzögerte Heimeintritte zu verhindern.

Empfehlung 6: Etablierung von «Fast-Tracks» und Hotlines

Obwohl eine Verlagerung von Kernaufgaben nicht zielführend ist, zeigen sich an den Schnittstellen zwischen der soH und den Sozialdiensten der Sozialregionen Optimierungspotenziale. Um zeitliche Reibungsverluste zu minimieren, empfehlen wir die Etablierung verbindlicher Kooperationsmodelle. Einerseits könnten standortübergreifende «Fast-Track»-Verfahren (beschleunigte Bearbeitungswege) zwischen der soH und den regionalen KESB für hochdringliche Gefährdungsmeldungen etabliert werden. Andererseits empfehlen wir den Sozialregionen, spezifische Ansprechpersonen (Liaison-Personen) oder direkte telefonische Durchwahlen (Hotlines) exklusiv für die Spitalsozialdienste einzurichten, da die Spitalprozesse für den asynchronen E-Mail-Verkehr oftmals zu schnelllebig sind.

Empfehlung 7: Institutionalisierung von «Round-Tables» (Austauschgefässe)

Sowohl die Vertreter:innen der Sozialberatungen der soH als auch die Vertreter der Sozialregionen bedauern das Fehlen eines systematischen Austauschs. Wir empfehlen, dass die soH und die Sozialregionen gemeinsam zwei- bis dreimal jährlich institutionalisierte «Round-Tables» initiieren. Diese fallunabhängigen Gefässe sollen dazu dienen, prozessuale Unklarheiten, veränderte gesetzliche Rahmenbedingungen und gegenseitige Erwartungen zwischen dem Akutspital und den nachgelagerten kommunalen Diensten systematisch zu klären, um die Effizienz an der Schnittstelle nachhaltig zu sichern.

7 Literaturverzeichnis

BFS (2020). Stationäre Psychiatrie im Blickwinkel TARPSY, 2018. Bundesamt für Statistik BFS.

BFS (2025). Durchschnittskosten in Spitälern - 2010-2024 | Diagramm. URL: <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/36296477> [Zugriff: 12.03.2026].

Bronstein, L.R./ Gould, P./ Berkowitz, S.A./ James, G.D./ Marks, K. (2015). Impact of a Social Work Care Coordination Intervention on Hospital Readmission: A Randomized Controlled Trial. In: *Social Work*. 60. Jg. (3). S. 248–255. <https://doi.org/10.1093/sw/swv016>.

Department des Innern des Kantons Solothurn/ Hochschule für Soziale Arbeit FHNW (2025). Leistungsvereinbarung betreffend Analyse des Leistungsauftrags des Kantons Solothurn an die Solothurner Spitäler AG im Bereich Sozialberatung.

DVSG (2019). Produkt- und Leistungsbeschreibung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. URL: <https://dvsg.org/veroeffentlichungen/arbeitshilfen/produkt-und-leistungsbeschreibung/> [Zugriff: 20.09.2025].

Evans, D. (2001). Hospital discharge. Home, but not alone. In: *The Health service journal*. 111. Jg. (5751). S. 25.

Gesundheitsamt des Kantons Solothurn (2025). Analyse des Leistungsauftrags des Kantons an die Solothurner Spitäler AG im Bereich Sozialberatung - Briefing Auftragsvergabe.

Kirkbride, J.B./ Anglin, D.M./ Colman, I./ Dykxhoorn, J./ Jones, P.B./ Patalay, P./ Pitman, A./ Soneson, E./ Steare, T./ Wright, T./ Griffiths, S.L. (2024). The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. In: *World Psychiatry*. 23. Jg. (1). S. 58–90. <https://doi.org/10.1002/wps.21160>.

Kreuter, M.W./ Thompson, T./ McQueen, A./ Garg, R. (2021). Addressing Social Needs in Health Care Settings: Evidence, Challenges, and Opportunities for Public Health. In: *Annual Review of Public Health*. 42. Jg. (1). S. 329–344. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102204>.

Kuckartz, U./ Rädiker, S. (2022). Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung: Grundlagentexte Methoden. 5. Auflage. Beltz Juventa.

Kutz, A./ Koch, D./ Haubitz, S./ Conca, A./ Baechli, C./ Regez, K./ Gregoriano, C./ Ebrahimi, F./ Bassetti, S./ Eckstein, J./ Beer, J./ Egloff, M./ Kaeppli, A./ Ehmann, T./ Hoess, C./ Schaad, H./ Wharam, J.F./ Lieberherr, A./ Wagner, U./ de Geest, S./ Schuetz, P./ Mueller, B. (2022). Association of Interprofessional Discharge Planning Using an Electronic Health Record Tool With Hospital Length of Stay Among Patients with Multimorbidity: A Nonrandomized Controlled Trial. In: *JAMA network open*. 5. Jg. (9). S. e2233667. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.33667>.

Lechman, C./ Duder, S. (2009). Hospital Length of Stay: Social Work Services as an Important Factor. In: *Social Work in Health Care*. 48. Jg. (5). S. 495–504. <https://doi.org/10.1080/00981380802619360>.

Moore, B.J./ White, S./ Washington, R./ Coenen, N./ Elixhauser, A. (2017). Identifying Increased Risk of Readmission and In-hospital Mortality Using Hospital Administrative Data: The AHRQ Elixhauser Comorbidity Index. In: *Medical Care*. 55. Jg. (7). S. 698–705. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000735>.

Petruzzi, L./ Ewald, B./ Covington, E./ Rosenberg, W./ Golden, R./ Jones, B. (2023). Exploring the Efficacy of Social Work Interventions in Hospital Settings: A Scoping Review. In: *Social Work in Public Health*. 38. Jg. (2). S. 147–160. <https://doi.org/10.1080/19371918.2022.2104415>.

Ross, A.M./ Jashinski, J./ Lombardo, M.Z./ Keane, J./ Wilkinson, G. (2024). The Value of Social Work to Health, Health Systems, and Interprofessional Teams: A Scoping Review. In: *Social Work Research*. 48. Jg. (1). S. 9–23. <https://doi.org/10.1093/swr/svad022>.

Rowe, V.M.R., Jeannine M. (2014). Cost-Effectiveness of Social Work Services in Aging - Victoria M. Rizzo, Jeannine M. Rowe, 2016. In: Research on Social Work Practice. URL: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049731514563578> [Zugriff: 12.03.2026].

Smithman, M.A./ Ogundele, O.J./ Perrier, L./ Komeiha, M./ Artyukh, I./ Kapoor, P./ Pinto, A.D. (2025). Collecting and using social needs data in health settings: a systematic review of the literature on health service utilization and costs. In: BMC Health Services Research. 25. Jg. (1). S. 1258. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13458-2>.

Steketee, G./ Ross, A./ Wachman, M. (2017). Health Outcomes and Costs of Social Work Services: A Systematic Review. In: AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH. 107. Jg. S. S256–S266. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304004>.

Stocker, D./ Stettler, P./ Jäggi, J./ Bischof, S./ Guggenbühl, T./ Aurélien, D./ Rüesch, D.P./ Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. URL: https://sbap.ch/wp-content/uploads/2017/06/BAG_2016_Versorgungssituation_psychisch_erkrankter_Personen_in_der_Schweiz_Schlussbericht_BASS.pdf.

SwissDRG AG (2019). Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY.

Tian, E.J./ Kumar, S./ Martin, P./ Ingram, L.A./ Pham, C.T. (2025). The Economic Impact of Community-Based Allied Health on the Acute Sector: A Systematic Review of Economic Evaluations. In: Journal of Multidisciplinary Healthcare. 18. Jg. S. 4763–4793. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S539173>.

Weerahandi, H./ Basso Lipani, M./ Kalman, J./ Sosunov, E./ Colgan, C./ Bernstein, S./ Moskowitz, A.J./ Egorova, N. (2015). Effects of a Psychosocial Transitional Care Model on Hospitalizations and Cost of Care for High Utilizers. In: Social Work in Health Care. 54. Jg. (6). S. 485–498. <https://doi.org/10.1080/00981389.2015.1040141>.