

Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung

Gesundheit als Grundrecht steht in Kontrast zu sozialen Ungleichheiten im Gesundheitssystem. Welche Rolle übernimmt die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit?

Text: Nicole Bachmann, Professorin, Nadja Hess, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Samin Sepahniya, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Simon Süssstrunk, Dozent und Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Hochschule für Soziale Arbeit FHNW

Die Chance auf eine lange, gesunde Lebenszeit ist in jedem Land der Welt sozial ungleich verteilt. Ein Kind, das in eine sozial benachteiligte Familie geboren wird, hat ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von chronischen Krankheiten, für spätere Suchterkrankungen, für eine beschleunigte Zellalterung und auf einen früheren Tod als ein Kind in einer privilegierten Familie (Weber 2020). Diese Ungleichheit steht im Widerspruch zum Grundrecht auf einen bestmöglichen Gesundheitszustand, unabhängig unter anderem von der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung, wie es in der Verfassung der WHO (1946, ratifiziert von der Schweiz 1947) verankert ist. Die gesundheitliche Ungleichheit von sozial benachteiligten Personen hat komplexe Ursachen. Nebst Unterschieden bei gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen sowie dem Gesundheitsverhalten liegt eine dieser Ursachen im sozial ungleichen Zugang zum Gesundheitssystem bzw. in Unterschieden in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Fälschlicherweise wird davon ausgegangen, dass dieses Problem mit der Einführung einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) in der Schweiz obsolet geworden ist (Mielck und Wild 2021).

Soziale Ungleichheit beim Zugang und der Inanspruchnahme wird in der gesamten Breite des Gesundheitssystems beobachtet, von Gesundheitsförderung und Prävention über die Akutversorgung zur Langzeitpflege und Palliative Care. So zeigten die Ergebnisse der SIHOS-Studie (Social Inequalities and Hospitalisations in Switzerland), dass sozial benachteiligte Personen mit chronischen Krankheiten ein erhöhtes Risiko für Hospitalisationen, ungeplante Rehospitalisationen und längere Spitalaufenthalte aufweisen (Bayer-Oglesby et al. 2023). In einer laufenden Studie zu den Auswirkungen von COVID-19-Erkrankungen auf Menschen mit Migrationshintergrund konnten verschiedene Zugangsbarrieren zur medizinischen Versorgung in der Schweiz identifiziert werden. Sprachliche Schwierigkeiten, unzureichende Kenntnisse des Gesundheitssystems und eine prekäre Lebenssituation erschweren es den Befragten, während der COVID-Erkrankung Hilfe zu erhalten.

Folgt die Soziale Arbeit ihrem Auftrag, benachteiligte Personen zu unterstützen, sind die Sozialarbeitenden in den gesundheitsbezogenen Settings angehalten, gezielte und adäquate Hilfen zu ermöglichen, um diesen sozialen Ungleichheiten entgegenzuwirken.

Die Gesundheitsversorgungsforschung postuliert fünf Kriterien, die erfüllt sein müssen, damit eine qualitativ hochstehende Versorgung für alle gegeben ist (Tanahashi 1978): das bedarfsgerechte Vorhandensein der notwendigen Ressourcen, die Zugänglichkeit dieser Ressourcen, die Akzeptanz des Angebots in Bezug auf soziokulturelle Bedürfnisse und die soziale Lage, die tatsächliche Nutzung des Angebots sowie die Wirksamkeit der Interventionen für alle Bevölkerungsgruppen. Insbesondere im Hinblick auf die Zugänglichkeit und die Akzeptanz von Versorgungsleistungen zeigt sich die Bedeutung einer konsequenten und Bedeutung einer konsequenten Patient*innen-zentrierung, oder präziser definiert, einer «Personenzentrierung». Unseres Erachtens zeichnet sich eine solche darin aus, dass die Menschen in ihrer häufig sozial benachteiligten Lage und ihren konkreten Bedürfnissen wahrgenommen werden müssen. Ausgehend von einer darauf ausgerichteten Diagnostik soll ein Versorgungsnetz aufgebaut werden, das die erkrankte Person als Expert*in ihrer alltäglichen Krankheitsbewältigung wahrnimmt und die Hilfeleistungen darauf abstimmt (Süssstrunk und Lüthi 2022; Bachmann 2015).

Erfolgreiche Pilotprojekte

Im zurzeit laufenden Pilotprojekt **REAS (Regionale Anlaufstellen)** werden Menschen mit komplexen gesundheitlichen und sozialen Einschränkungen durch ein sozialtherapeutisches Case Management bzw. Sozialarbeiter*innen begleitet. Das Ziel des Handlungsansatzes ist es, die Koordination der professionellen Hilfen sowie die Behandlung der psychosozialen Dimension für diese Menschen zu verbessern. Für die REAS-Fachpersonen bedeutet dies eine intensive bedarfsorientierte Prozessarbeit, die sowohl im Beratungssetting geleistet wird als auch mit weiteren Interventionen mit und in sozialen Systemen zum Tragen kommt.

In den Ergebnissen der Begleitforschung dieses Projekts zeigt sich, dass diese Zielgruppe nebst den gesundheitlichen Belastungen existenzielle Sorgen hat und ein Teil davon aufgrund kleiner sozialer Netzwerke auch unter sozialer Isolation leidet. In den meisten Fällen ist zu Beginn der Fallarbeit die Ressourcenerschließung die zentrale Aktivität der Sozialarbeitenden, was aufzeigt, dass eine gesicherte Existenzgrundlage für weitere gesundheits- und integrationsfördernde Prozesse wichtig ist. Die Zwischenergebnisse weisen



Über das Institut Soziale Arbeit und Gesundheit

Am Institut Soziale Arbeit und Gesundheit (ISAGE) der FHNW werden Ansätze zur Bewältigung sozialer Probleme und deren Verknüpfung mit gesundheitlichen Aspekten erforscht. Das Themenspektrum reicht von gesundheitlicher Chancengleichheit, sozialarbeiterischer Diagnostik über Früherkennung und -intervention bis hin zur Suchthilfe. In den drei Schwerpunkten Sucht, Klinische Soziale Arbeit sowie Gesundheitsförderung und Prävention werden anwendungsorientierte Forschungsprojekte, Dienstleistungen, Lehrveranstaltungen sowie Weiterbildungsangebote durchgeführt.

© AdobeStock

darauf hin, dass während der Begleitung durch REAS eine Zunahme an sozialer Integration erreicht wurde und das Leben von sozialen Beziehungen im Zusammenhang mit guter Gesundheit und Lebensqualität steht.

Ebenso konnte in einem weiteren Forschungsprojekt namens ALIMent für Klient*innen der klinischen Sozialen Arbeit eine Stabilisierung der Lebensqualität sowie für die Hälfte der Untersuchungsgruppe ein signifikanter Anstieg der Lebensqualität gemessen werden (Zumbrunn et al. 2022). Das Akronym ALIMent steht für Akteure, die im Lebenswelt- und Interventionskontext Probleme bearbeiten und so Mechanismen erzeugen, die Entwicklung bewirken. In diesem Projekt wurde zudem über Befragungen von Klient*innen und Fachpersonen die Wirkungsweisen der professionellen Aktivitäten klinischer Sozialer Arbeit rekonstruiert. Das Ergebnis ist ein Wirkungsmodell von sieben zentralen Modi, die beschreiben und erklären, wie die sozialarbeiterischen Aktivitäten in ihren jeweiligen Kontexten bio-psycho-soziale Prozesse bei den Klient*innen auslösen und Entwicklungen erzielen können.

Fazit

Soziale Ungleichheiten im Gesundheitswesen sind eine Herausforderung. Trotz scheinbar gleichen Zugangsmöglichkeiten durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung bleiben nach wie vor Barrieren bestehen, insbesondere für sozioökonomisch schwächere Gruppen und Klient*innen mit psychosozialen Mehrfachbelastungen. Der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit kommt bei der Überwindung dieser Ungleichheiten eine Schlüsselrolle zu. Aus unserer Sicht ist es deshalb von grosser Bedeutung, die Wirkungen, die sie tagtäglich bei ihren Klient*innen erzielt, zu kennen, zu erklären, sichtbar zu machen und nicht zuletzt zu überprüfen. Aktuelle Erkenntnisse aus Forschungsprojekten wie REAS und ALI-

MEnt unterstreichen die Bedeutung der Personenzentrierung und der individuellen Begleitung von Menschen mit komplexen gesundheitlichen und sozialen Herausforderungen. •

Literatur

- Bachmann, N. (2015). Leben mit chronischen Krankheiten. S. 149–189, in: Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen: Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe
- Bayer-Oglesby, L., Bachmann, N., Zumbrunn, A. und Solèr, M.. 2023. «Soziale Lage und Spitalaufenthalte aufgrund chronischer Erkrankungen». *Primary and Hospital Care* 23(1)
- Dettmers, S., Bischkopf, J., Altenhöner, T., Beivers, A., Blankenburg, K., und Börm, S. (2021). *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit*. 2. Aufl. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Mielck, A., und Wild, V. (2021). *Gesundheitliche Ungleichheit – auf dem Weg von Daten zu Taten: Fragen und Empfehlungen aus Sozial-Epidemiologie und Public-Health-Ethik*. 1. Aufl. Weinheim Basel: Beltz Juventa
- Süsstrunk, S., und Lüthi, H. (2022). Implementierung einer dualen Hilfeleistung bei komplexen gesundheitlichen und sozialen Problemen im REAS-Projekt. *Case Management* 19(4):199–204.
- Tanahashi, T. (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization* 56(2): 295.
- Weber, D. (2020). *Grundlagenbericht. Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz. Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen*. Bern: GFCH, BAG, GDK.
- Zumbrunn, A., Hess, N., Solèr, M., Hüttemann, M., Süsstrunk, S., und Sommerfeld, P. (2022). Messung der subjektiven Lebensqualität von Klient:innen klinischer Sozialer Arbeit im Interventionsverlauf. *Schweizerische Zeitschrift für Soziale Arbeit / Revue suisse de travail social* (30).