

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/326113169>

In anspruchsvollem Umfeld neu vernetzt – Soziale Arbeit im Gesundheitswesen der Schweiz

Article · July 2018

CITATIONS

0

READS

83

2 authors:



Tom Friedli

Inselspital, Universitätsspital Bern

11 PUBLICATIONS 0 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Simon Süsstrunk

University of Applied Sciences and Arts Northwestern Switzerland

7 PUBLICATIONS 4 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Die Bedeutung lebensweltlicher Kontextfaktoren für die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit von Menschen mit chronischem Schmerz [View project](#)



ALIMEnt: Kontexte, Mechanismen und Wirkungen klinischer Sozialer Arbeit [View project](#)

In anspruchsvollem Umfeld neu vernetzt

Soziale Arbeit im Gesundheitswesen der Schweiz



Tom Friedli



Simon Süsstrunk

In der Schweiz ist Soziale Arbeit im Gesundheitswesen ein sehr dynamisches Arbeitsfeld. Dies ist mit Chancen wie beispielsweise dem Besetzen von Feldern wie Integrierte Versorgung oder Palliative Care, aber auch mit Gefahren wie der Übernahme sozialarbeiterischer Aufgaben durch Pflege oder einer mangelnden gesetzlichen Verankerung verbunden. Mit der Gründung des Schweizerischen Fachverbandes Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (sages), den aktuellen Forschungsbemühungen und mit funktionierenden Kooperationsprojekten zwischen Praxis und Wissenschaft, ist einer Stärkung der Position der Sozialen Arbeit im schweizerischen Gesundheitswesen aber ein guter Boden bereitet.

Die Handlungsfelder der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen in der Schweiz sind sehr vielfältig. Gemäß Waller (2006) lässt sich gesundheitsbezogene Soziale Arbeit einteilen in „Gesundheitsarbeit im Sozialwesen“ und „Sozialarbeit im Gesundheitswesen“. Wir konzentrieren uns im Folgenden auf den Bereich der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Eine thematische Übersicht ist im Rahmen dieses Artikels nicht zu leisten. Es bietet sich deshalb eine Übersicht nach organisationalen Gesichtspunkten an.

So findet Soziale Arbeit einerseits im ambulanten Gesundheitswesen statt. Dort beispielsweise in vielen großen Gesundheitsligen wie den kantonalen Krebs- und Lungenligen, in Organisationen der ambulanten Suchthilfe oder solchen der ambulanten Psychiatrie. Andererseits findet Soziale Arbeit im stationären Gesundheitswesen statt: in somatischen Akutspitälern, psychiatrischen Kliniken, Einrichtungen der Rehabilitation, Pflegeheimen und in der stationären Suchthilfe.

Personal der Sozialen Arbeit im schweizerischen Gesundheitswesen

Zum Personal der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen werden unter Berücksichtigung der Geschichte der Entwicklung „sozialer Berufe“ sowie der zur Verfügung stehenden Datenlage sowohl grundständig ausgebildete Sozialarbeiter*innen gezählt als auch Berufsgruppen, die der Sozialen Arbeit aufgrund der Ausbildung oder des Tätigkeitsbereiches nahestehen. So zählen beispielsweise auch Sozialtherapeut*innen oder Erzieher*innen von geistig behinderten Menschen dazu. Zwangsläufig entsteht dabei ein gewisser Graubereich, der jedoch mit den verfügbaren statistischen Daten für die Schweiz keine genauere Eingrenzung zulässt. Die in der Schweiz bestmögliche Eingrenzung erfolgt unter Einbezug der Berufsnomenklatur „SBN 2000“ (BFS, 2013a) in Kombination mit der vom Bund durchgeführten Strukturhebung und der NOGA 2008 (nomenclature générale des activités économiques) (BFS, 2013b). Entsprechende Berechnungen des Bundesamtes für Statistik für das Jahr 2011 haben ergeben, dass rund 25.000 der

insgesamt etwa 90.000 Berufstätigen in sozialen Berufen im Gesundheitswesen tätig sind (ca. 25%). Im Wissen um eine gewisse Unschärfe in der Definition, zeigen die Ergebnisse gleichwohl die Relevanz der Sozialen Berufe im Gesundheitswesen. Im Vergleich zu den rund 400.000 Beschäftigten (2017) in „klassischen“ Gesundheitsberufen (ohne Soziale Arbeit) (BFS, 2017a), machen sie mit rund 25.000 Personen einen Anteil von 6 Prozent aus.

Gesetzliche und wohlfahrtsstaatliche Rahmenbedingungen

Die Schweiz ist mit rund 8.5 Mio. Einwohner*innen ein kleines Land. Mit 4 Amtssprachen, der föderalistischen Struktur und sehr unterschiedlichen Regionen, ist sie aber politisch und kulturell sehr vielfältig. Wohlfahrts-theoretisch ist das Land schwierig einzuordnen. Bezogen auf die Typologie von Esping Andersen (2009) liegt es irgendwo zwischen den beiden Idealtypen des konservativen und des liberalen Wohlfahrtsstaates, integriert aber zum Beispiel mit der universellen Altersversicherung auch typische Elemente des sozialdemo-



Foto: JackF (1), bravissimos (1), Andrey Popov (1), rea_molko (1); fotila.com, Composing: Clarissa Rosemann

In der föderalistisch strukturierten Schweiz liegt die Ausgestaltung des Gesundheitswesens vor allem bei den Kantonen. Die medizinische Versorgung ist hier zugleich qualitativ hochwertig, engmaschig und flächendeckend, aber auch teuer, intransparent und teilweise doppelspurig.

kratischen Wohlfahrtsstaates. Einen Vergleich erschwerend kommt hinzu, dass zentrale Kennzahlen wie der Median des Monatseinkommens nicht direkt mit EU-Statistiken vergleichbar sind, da in der Schweiz unter anderem die Lebenshaltungskosten deutlich höher sind als im EU-Durchschnitt. Durch die föderalistische Struktur liegen zentrale Kompetenzen wie die Steuerhoheit oder die Ausgestaltung des Gesundheitswesens weitgehend bei den Kantonen. Wenn wir auf das Gesundheitswesen fokussieren, kann festgehalten werden, dass die Versorgung in der Schweiz zwar generell qualitativ hochwertig, engmaschig und flächendeckend ist, aber zugleich teuer, intransparent und teilweise doppelspurig (vgl. BAG, o.J.). Finanziert wird das schweizerische Gesundheitssystem aus einer Vielzahl von Quellen. Rund 35 Prozent der Kosten werden durch die obligatorische Grundversicherung gedeckt, welcher bis auf wenige Ausnahmen alle in der Schweiz wohnhaften und/oder erwerbstätigen Menschen unterliegen, weitere 17 Prozent durch andere Sozial- und Zusatzversiche-

rungen, 18 Prozent durch die Kantone und 28 Prozent durch Selbstzahlungen (u.a. Selbstbehalte) (BFS, 2017b). Das Gesundheitswesen der Schweiz ist stark regressiv finanziert. Das bedeutet, dass die Haushalte mit kleinen und mittleren Einkommen einen überdurchschnittlich hohen Anteil ihres verfügbaren Einkommens für die Gesundheitsversorgung aufbringen müssen (Sax, 2015). Mit der von den Gemeinden ausbezahlten Prämienverbilligung für einkommensschwache Personen, konnte jedoch die hohe finanzielle Belastung dieser Gruppe teilweise reduziert werden (ebd.). Viele Sozialdienste im Gesundheitswesen verfügen daher über interne und externe Fonds, mit denen einkommensschwache von Krankheit oder Unfall betroffene Einzelpersonen oder Familien unterstützt werden können. Die durchschnittliche monatliche Krankenversicherungsprämie für Erwachsene liegt 2018 bei etwa 460 CHF (BAG, 2018). Bevor die Krankenversicherung zahlt, müssen im Rahmen der Franchise und des Selbstbehaltes zwischen 1.000 und 3.000 CHF selber bezahlt werden. Au-

ßerdem sind beispielsweise Kosten für zahnärztliche Behandlungen nicht durch die obligatorische Krankenversicherung gedeckt.

Die kantonalen Kompetenzen in der Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung definieren auch die gesetzlichen Rahmenbedingungen. Die Sozialarbeit im stationären Gesundheitswesen ist nur in wenigen Kantonen gesetzlich explizit verankert (beispielsweise Kanton Bern), Spitalsozialdienste sind jedoch teilweise Voraussetzung für den Abschluss von Leistungsverträgen zwischen Kantonen und Spitälern. Finanziert wird die Sozialarbeit im stationären Gesundheitswesen ähnlich wie in Deutschland über den Basisfallwert der DRG. Sie stellt jedoch keine entgeltrelevante Leistung dar. Weil zudem die Leistungen der Sozialen Arbeit durch die Spitäler nicht flächendeckend codiert werden, ist auch keine ausreichende Datengrundlage vorhanden, um diese Situation zu ändern.

Im ambulanten Bereich ist die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit ge-

setzlich noch weniger verankert. Lediglich die invaliditätsbezogenen sozialarbeiterischen Leistungen der großen Gesundheitsligen (z.B. Krebsliga, Lungenliga, Rheumaliga, Allergiezentrum, diabetesschweiz) sind in einem Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) verankert (BSV, o.J.). Darin ist geregelt, dass Organisationen, die Leistungsverträge mit dem BSV haben, Sozialberatung anbieten müssen. Damit werden die Leistungen teilweise via Leistungsverträge durch den Staat vergütet, zu einem bedeutenden Teil aber auch über Spenden und Legate finanziert.

Professionspolitische Situation

Die Fragmentierung des Gesundheitswesens hat sich bis 2017 auch bei den Fachorganisationen der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit gezeigt. Deren Fach- und Professionsinteressen wurden von mindestens 5 kleinen Organisationen vertreten, die ungenügend miteinander vernetzt waren. Diese ungenügende Vernetzung hat unter anderem dazu geführt, dass die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit bei der Stellungnahme zum Gesundheitsberufegesetz (GesBG) 2013 nicht als Gesundheitsberuf anerkannt wurde. Diese Erfahrung hat den damaligen Schweizerischen Fachverband Sozialdienst in Spitälern (SFSS) dazu veranlasst, die Gründung eines übergreifenden Fachverbandes zu initiieren. In der vorbereitenden Arbeitsgruppe haben Sozialarbeiter*innen aus 11 Organisationen des ambulanten und stationären Gesundheitswesens sowie aus Lehre und Forschung mitgewirkt. Die Gründungsversammlung des Schweizerischen Fachverbandes Soziale Arbeit im Gesundheitswesen *sages* hat am 12. Mai 2017 stattgefunden.

Bis zur Gründung von *sages* war in der Schweiz praktisch nur der statio-

näre Bereich der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit in Fachverbänden organisiert. Mit der Neugründung haben nun auch diejenigen Sozialarbeitenden, die in ambulanten Settings des Gesundheitswesens oder an Hochschulen für Soziale Arbeit tätig sind, die Möglichkeit, sich in institutionalisierter Form fachlich



Die 7 Fachbereiche von *sages* spiegeln die organisationale Struktur und die Breite der Handlungsfelder der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen wider.

auszutauschen und professionspolitisch zu organisieren.

sages vereint momentan etwa 100 Organisationen und auch Professionelle der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit. Die 7 Fachbereiche „Gesundheitsligen“, „Integrierte Versorgung“, „Sucht“, „Psychiatrie“, „Rehabilitation“, „Spital“ und „Forschung und Bildung“ spiegeln die weiter oben skizzierte organisationale Struktur und die Breite der Handlungsfelder der Sozialen Arbeit im

Gesundheitswesens. Der Fachverband *sages* und der Berufsverband (Avenir Social) sind in ständigem Austausch und koordinieren ihre Aktionen im Bereich der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesens.

Fokus integrierte Versorgung

In den Ausführungen zu den Handlungsfeldern sowie in Bezug auf den neu gegründeten Fachverband erweist sich neben den „gewachsenen“ Bereichen gesundheitsbezogener Sozialen Arbeit die Thematik der integrierten Versorgung als besonders aktuell und durch den noch wenig definierten Rahmen interessant für die zukünftige Ausgestaltung. Deshalb soll im Folgenden auf die Entwicklung der integrierten Versorgung in der Schweiz eingegangen werden.

Auch das Schweizer Gesundheitssystem birgt das Risiko, dass Patient*innen nicht genügend oder falsch versorgt werden. Die Gründe liegen u.a. in der hohen Komplexität von Fällen, bei der Zunahme von chronischen Erkrankungen bzw. Mehrfachbelastungen oder in der Fragmentierung der Gesundheitsdienstleistungen. Neben dem (wissenschaftlichen) Diskurs und Konsens der Notwendigkeit neuer, integrierter oder integrierender Versorgungssysteme, zeigt sich in den politischen Entscheidungsprozessen sowie in verschiedenen Umsetzungsversuchen, dass darunter zahlreiche, auch stark divergierende Erwartungen und Forderungen diskutiert werden. Aus Mangel an inhaltlich wirklich überzeugenden Projekten und fehlenden gesetzlichen Rahmenbedingungen besteht momentan noch Spielraum in der Ausgestaltung neuer Versorgungssysteme. Zwar bestehen durchaus einige Projekte und Initiativen, die für die Entwicklung wichtig sind und auch das (politische) Bewusstsein prägen (u.a. Übersichtsar-

beiten von Schusselé Filliettaz et al. 2017 oder Bachmann et al., 2015). Diese decken jedoch nur einen Teil der geforderten Ansprüche an eine integrierte Versorgung ab. Diese Ansprüche können stark verkürzt so beschrieben werden, dass im Zentrum einer integrierten Versorgung die Patient*innen und deren Bedürfnissen stehen, an denen ein „maßgeschneidertes“ Hilfeeinrichtung ausgerichtet werden soll. Weiter sollen sie strukturell verankerte interprofessionelle Zusammenarbeit integrieren, sowie die Koordination der verschiedenen Hilfeleistungen oder eine längerfristige Begleitung der gesundheitlich beeinträchtigten Personen berücksichtigen. Die Soziale Arbeit wäre insofern für eine federführende Rolle in der integrierten Versorgung prädestiniert. In der Schweiz wurde im Jahre 2012 eine Abstimmungsvorlage (Managed Care) abgelehnt, die eine integrierte Versorgung als weiteres Versicherungsmodell einführen wollte. Aktuell werden neben den erwähnten regionalen

Bemühungen auch auf Bundesebene verschiedene Anstrengungen unternommen. Welche inhaltlichen Ziele die geförderten Projekte verfolgen, wird sich zeigen. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die Entwicklungsbedingungen in der Schweiz in diesem Bereich für die Soziale Arbeit recht günstig sind.

Theoretischer Bezugsrahmen

In Bezug auf die theoretische Rahmung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen muss zwischen expliziten Wissensbeständen (Theorien, Ansätze, Methoden, etc.) und implizitem (Erfahrungs-)Wissen unterschieden werden. Um handlungsleitend zu sein, muss der relevante explizite Wissenskorpus in den Kontext der entsprechenden Praxis gesetzt werden. Für die Schweiz musste im Rahmen einer qualitativen Untersuchung (vgl. Süssstrunk, Solèr, Hüttemann, 2016) festgestellt werden, dass sich die Antworten der Professionellen auf die Frage nach den jeweiligen fachli-

chen Grundlagen ihres Handelns eher auf implizites, individuelles Wissen beziehen. Vereinzelt wurde auf Klinische Sozialarbeit als professionelles Konzept verwiesen. Diese wenig spezifischen Benennungen zeigten sich sowohl bezüglich der eingesetzten Methoden als auch in Hinblick auf Diagnosemodelle oder Wissen aus Bezugsdisziplinen. Als gemeinsamer Bezugspunkt gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit wurde häufig das „biopsychosoziale Modell“ erwähnt. Präzise Nennungen expliziter Wissensbestände kamen wenig vor.

Bezüglich der Ausbildungssituation muss festgehalten werden, dass in der Schweiz keine spezifischen Master- oder Nachdiplomstudiengänge in gesundheitsbezogener oder Klinischer Sozialarbeit durchgeführt werden. Im Rahmen der Bachelorausbildung wird an Schweizer Fachhochschulen jedoch eine Vielzahl unterschiedlicher Module angeboten, die thematisch Soziale Arbeit und Gesundheit verknüpfen und entsprechende Wissens-

Handbuch Soziale Diagnostik

Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit



Herausgegeben von Peter Buttner, Silke B. Gahleitner,
Ursula Hochuli Freund und Dieter Röh
2018, 400 Seiten, kart.
34,90 €, für Mitglieder des Deutschen Vereins 28,90 €
ISBN 978-3-7841-3029-3

Das Handbuch eröffnet neue Zugänge für die Ausbildung und Praxis der Sozialen Arbeit:

- theoretische Perspektiven, die diagnostisch genutzt werden können,
- aktuelle diagnostische Konzepte, erläutert anhand von Fallbeispielen,
- zahlreiche Instrumente und Verfahren, die sich für einen arbeitsfeldübergreifenden Einsatz eignen.

Bestellen Sie versandkostenfrei im **Online-Buchshop:**
www.verlag.deutscher-verein.de



Deutscher Verein
für öffentliche
und private Fürsorge e.V.

bestände vermitteln. Neben der Lehre sind zudem Forschungstätigkeiten auf unterschiedlichen Ebenen zu nennen, der aber in unterschiedlicher Intensität und Spezifizierung umgesetzt werden. Zurzeit gibt es in der Schweiz insbesondere erste Bemühungen, die Alltagswirksamkeit der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen nachzuweisen. Dies geschieht momentan primär mit dem Ansatz der „Realist Evaluation“ (Pawson & Tilley, 2004; Salter & Kothari, 2014) respektive der „Realist Impact Evaluation“ (Westhorp, 2014). Neben Forschungsaktivitäten der Hoch-

schulen gibt es seit 2017 auch erstmals eine Forschungsstelle an einem Universitätsspital, an der im Rahmen einer komplexen, interprofessionellen Intervention Wirkungs- bzw. Wirksamkeitsforschung durch einen Sozialarbeitswissenschaftler betrieben wird.

■ *Tom Friedli, MSc in Sozialer Arbeit, ist Co-Präsident des Schweizerischen Fachverbandes Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Klinik für Rheumatologie, Immunologie und Aller-*

*gologie des Inselspitals, Universitätsspital Bern,
© tom.friedli@fv-sages.ch.*

■ *Simon Süsstrunk, M.A. in Sozialer Arbeit, ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut Soziale Arbeit und Gesundheit an der Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW, Olten (CH) und Vorstandsmitglied des Schweizerischen Fachverbandes Soziale Arbeit im Gesundheitswesen,
© simon.suesstrunk@fhnw.ch*

Literatur

Bachmann, N.; Burla, L.; Kohler, D. (2015): **Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015.** Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Online verfügbar: http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/gesundheitsbericht_2015_d.pdf (23.05.2018)

BAG (2018): **Kantonale Durchschnittsprämien 2017/2018 der oblig. Krankenpflegeversicherung (mit Unfall).** Online verfügbar: https://www.priminfo.admin.ch/downloads/zahlen-und-fakten/Durchschnittsprämien_2017_2018_20170928.pdf (23.05.2018)

BAG (o.J.): **Gesundheit2020.** Online verfügbar: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/gesundheits-2020.html> (23.05.2018)

BFS (2013a): **Schweizer Berufsnomenklaturen «SBN2000».** Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BFS. Online verfügbar: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeits-erwerb/nomenklaturen/sbn2000.assetdetail.4082532.html> (23.05.2018)

BFS (2013b): **Nomenklaturen – Allgemeine Systematik der Wirtschaftszweige (NOGA).** Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BFS. Online verfügbar: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/hom>

<e/statistiques/industrie-services/nomenclatures/noga.assetdetail.415641.html> (23.05.2018)

BFS (2017a): **Beschäftigungsstatistik – Beschäftigte nach Wirtschaftsabteilung, Beschäftigungsgrad und Geschlecht. Interaktive Tabellen STAT-TAB.** Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BFS. Online verfügbar: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/industrie-dienstleistungen/unternehmen-beschaeftigte/beschaeftigungsstatistik/beschaeftigte.assetdetail.4582433.html> (23.05.2018)

BFS (2017b): **Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2015: Provisorische Daten.** Online verfügbar: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/medienmitteilungen.assetdetail.2360359.html> (23.05.2018)

BSV (o.J.): **Kreisschreiben über die Beiträge an Organisationen der privaten Behindertenhilfe (KSBOB).** Online verfügbar: <http://www.bsv.admin.ch/vollzug/documents/index/category:37/lang:deu> (23.05.2018)

Esping-Andersen, G. (1990): **The three worlds of welfare capitalism.** Princeton: Princeton University Press.

OECD (2017): **Taxing Wages – Switzerland.** Online verfügbar: <http://www.oecd.org/ctp/tax-policy/taxing-wages-switzer>

land.pdf (23.05.2018)

Pawson, R.; Tilley, N. (2004): **Realist Evaluation.** Online verfügbar: http://www.communitymatters.com.au/RE_chapter.pdf (23.05.2018)

Salter, K. L.; Kothari, A. (2014): **Using realist evaluation to open the black box of knowledge translation: a state-of-the-art review.** *Implement Sci*, 9, 115. doi: 10.1186/s13012-014-0115-y

Sax, Anna. (2015): **Struktur und Aufbau des Gesundheitssystems Schweiz. Aufgabenverteilung, Effizienzpotenziale, Resultate im internationalen Vergleich.** In Kocher, G.; Oggier, W. (Hrsg.). *Gesundheitswesen Schweiz 2010–2012.* Bern: Verlag Hans Huber.

Schusselé Filiettaz, S.; Kohler, D.; Berchtold, P.; Peytremann-Bridevaux, I. (2017): **Soins intégrés en Suisse: Résultats de la 1ère enquête (2015–2016).** Neuchâtel: Obsan.

Süsstrunk, S.; Solèr, M.; Hüttemann, M. (2016): **Auf dem Weg zu Wirkungs-forschung – Eine explorative Studie zur Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen in der Schweiz.** In: FORUM sozialarbeit + gesundheit, 12. Jg. (4), S. 3.

Westhorp, G. (2014): **Realist Impact Evaluation – an Introduction.** London: Overseas Development Institute.