

Analyse der Schnittstelle zwischen Sozialhilfe/Sozialdienst und dem Gesundheitswesen

Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG)

Michèle Gerber

Anna Suppa

Christian Rüefli

Bern, 17. Juni 2020

Zusammenfassung

Hintergrund und Fragestellungen

Die Sozialhilfe hat den Auftrag, die berufliche und soziale Integration ihrer Klientinnen und Klienten zu gewährleisten. Eine gute Gesundheit ist eine zentrale Voraussetzung dafür. Sozialdienste können mit gezieltem Gesundheitsmanagement auf eine bessere gesundheitliche Versorgung und Situation von Sozialhilfebeziehenden hinwirken. Eine gut funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit von Sozialdiensten mit Akteuren des Gesundheitswesens kann dies unterstützen. Von solcher Zusammenarbeit profitieren jedoch nicht nur die unterstützten Personen, sondern auch die Sozialdienste, die so gesundheitsbezogene Herausforderungen bei der Fallarbeit besser bewältigen können. Um ein besseres Verständnis der interinstitutionellen Zusammenarbeit zwischen der Sozialhilfe und Akteuren des Gesundheitswesens zu gewinnen, hat die Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit des Bundesamts für Gesundheit (BAG) das Büro Vatter, Politikforschung & -beratung mit einer Studie beauftragt. Die Studie analysiert Zusammenarbeitsmodelle zwischen Sozialhilfestellen und dem Gesundheitswesen und dokumentiert interessante Anschauungsbeispiele. Folgende Fragestellungen wurden betrachtet:

- Mit welchen Herausforderungen sind Sozialdienste in Bezug auf die Gesundheit ihrer Klientele konfrontiert?
- Wie ist die Zusammenarbeit zwischen Sozialhilfe und Gesundheitswesen ausgestaltet? Gibt es institutionalisierte Formen von Zusammenarbeit? Wie lassen sich diese charakterisieren? Mit welchen Akteuren des Gesundheitswesens besteht eine Zusammenarbeit? Was für eine Rolle übernehmen Sozialdienste bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ihrer Klientinnen und Klienten? Welche Herausforderungen stellen sich in Bezug auf den Datenaustausch zwischen Sozialdiensten und Akteuren des Gesundheitswesens? Wie wird damit umgegangen?
- Wie werden die verschiedenen Zusammenarbeitsmodelle finanziert? Gibt es Lücken in der Gesundheitsversorgung von Sozialhilfebeziehenden aufgrund von ungedeckter Kosten? Gibt es ungedeckte Kooperationskosten auf Organisationsebene?
- Wie gut funktioniert bzw. wie wirkungsvoll ist die Zusammenarbeit? Wo fehlt eine Zusammenarbeit? Gibt es kritische Punkte/Ereignisse, bei denen die Zusammenarbeit verbessert/formalisiert/institutionalisiert werden müsste? Wie wird die Zusammenarbeit von Mitarbeitenden der Sozialhilfestellen eingeschätzt? Welches sind aus der Sicht von Sozialdiensten förderliche und hinderliche Faktoren in der Zusammenarbeit mit Stellen aus dem Gesundheitswesen?

Vorgehen

Die Studie beruht auf einer zweistufigen Befragung von ausgewählten Sozialdiensten aus der ganzen Schweiz. In einer schriftlichen online-Befragung wurden zunächst allgemeine Informationen zur Zusammenarbeit zwischen Sozialhilfe und Gesundheitswesen erfasst sowie konkrete Kooperationen ermittelt, charakterisiert und beurteilt. Im Anschluss daran erfolgten darauf aufbauende leitfadengestützte Telefoninterviews mit Ansprechpersonen der untersuchten Sozialdienste. Diese dienten dazu, die schriftlich erhobenen Informationen qualitativ zu vertiefen, Informationen zu den Themen Datenschutz und Finanzierung zu erheben und allgemeine Einschätzungen zur Zusammenarbeit zwischen Sozialdiensten und Akteuren des Gesundheitswesens zu erfassen. Für die Studie wurden 20 Sozialdienste kontaktiert. Davon beteiligten sich 19 an der Onlinebefragung, und mit 18 Sozialdiensten konnten Telefoninterviews geführt werden.

Ergebnisse

Herausforderungen von Sozialdiensten in Zusammenhang mit Gesundheitsfragen

Als drängendste gesundheitliche Probleme, von denen Sozialhilfebeziehende betroffen sind, nannten die meisten befragten Sozialdienste psychische Erkrankungen. Etwas weniger oft genannt wurden, Gesundheitsbeschwerden, die keinen Sozialversicherungsanspruch bedingen, aber die soziale und berufliche Integration erschweren, und Suchterkrankungen. Die grössten Herausforderungen im Zusammenhang mit den gesundheitlichen Problemen von Klientinnen und Klienten liegen für Sozialdienste in der Umsetzung von Integrationsmassnahmen, in der Beratung und Begleitung der betroffenen Klientel und in der Zusammenarbeit mit Akteuren des Gesundheitswesens.

Anlässe für Zusammenarbeit

Sozialdienste suchen die Zusammenarbeit mit Akteuren des Gesundheitswesens vor allem zur Beschaffung von gesundheitsbezogenen Informationen, die sie für die Fallarbeit benötigen, oder zur Abklärung der Arbeitsfähigkeit und von möglichen Integrationsmassnahmen. Auch eine mögliche Selbst- oder Fremdgefährdung von Klientinnen oder Klienten kann eine Kontaktaufnahme auslösen.

Zusammenarbeit mit Akteuren des Gesundheitswesens

Knapp die Hälfte der untersuchten Sozialdienste hat spezifische Vorgehensweisen für die Zusammenarbeit mit einzelnen Akteuren aus dem Gesundheitsbereich oder für die Versorgung bestimmter Personengruppen – meist Personen mit einer Sucht- oder einer psychischen Erkrankung – entwickelt. Es handelt sich dabei vor allem um Sozialdienste in grösseren Gemeinden mit einer höheren Sozialhilfequote.

Am häufigsten arbeiten die untersuchten Sozialdienste mit Psychiatriekliniken zusammen. Weitere wichtige Kooperationspartner sind Zahnarzt- und Arztpraxen, Einrichtungen der Suchttherapie, Psychotherapeutinnen und –therapeuten sowie diverse Beratungsstellen und Akutspitäler.

Nach den drei wichtigsten konkreten Kooperationspartnern gefragt, nennen die Sozialdienste Ärztinnen/Ärzte und stationäre Einrichtungen (v.a. aus dem Psychatriebereich). Zu diesen jeweils wichtigsten Kooperationen wurden verschiedene Merkmale erhoben. Die intensivste Form von Zusammenarbeit zwischen zwei Institutionen – gemeinsame Absprache über das Vorgehen im Unterstützungsprozess – kommt dabei am häufigsten vor. Bei jeweils zwei Dritteln der erfassten Kooperationen erfolgt die Zusammenarbeit aber nur fallbezogen und nicht fallübergreifend, sowie ad hoc und nicht institutionalisiert. Formelle Abmachungen oder Vereinbarungen über die Zusammenarbeit finden sich bei einem Viertel der beschriebenen Kooperationen. Solche Zusammenarbeitsvereinbarungen bestehen vor allem mit grösseren Institutionen (Klinken, ambulante Einrichtungen, Beratungsstellen etc.), weniger mit Einzelpersonen wie z.B. Hausärztinnen oder Hausärzten, und tendenziell mit Akteuren, mit denen eher häufig eine Zusammenarbeit besteht.

Mehrere Anschauungsbeispiele illustrieren, dass die Zusammenarbeit zwischen Sozialdiensten und Akteuren des Gesundheitswesens unterschiedliche Formen annehmen kann:

- Einzelne Sozialdienste halten Fallbesprechungen mit Fachpersonen anderer Institutionen ab, um von ihnen fachliche Einschätzungen einzuholen. Beraterinnen und Berater aus IV-Stellen können z.B. die Erfolgsaussichten einer IV-Anmeldung beurteilen, oder der Sozialdienst einer Psychiatrieklinik kann Unterstützung und Beratung bei herausfordernden Situationen leisten und Lösungswege aufzeigen.
- Diverse Sozialdienste haben Zusammenarbeitsvereinbarungen mit Akteuren des Gesundheitswesens abgeschlossen, die u.a. die Konditionen (Kosten, Aufenthaltsdauer) der Therapieaufenthalte von Klientinnen und Klienten regeln, Zuständigkeiten und Abläufe festhalten, aber auch regelmässige Standortsitzungen vorsehen können.
- Die Abteilung der Sozialen Dienste einer Stadt bietet gemeinsam mit einer kantonalen Psychiatrieinstitution integrierte Suchthilfe unter einem institutionellen Dach an. Diese ist Teil eines interdisziplinären, auf eine ganzheitliche Beratung der Klientinnen und Klienten ausgerichteten Netzwerks verschiedener Stellen und Angebote.
- Ein Sozialdienst hat Gesundheitsfachpersonen angestellt, die für die Koordination mit Stellen des Gesundheitswesens zuständig sind.
- Einzelne Sozialdienste halten regelmässig Austauschtreffen mit dem Sozialdienst eines psychiatrischen Zentrums ab, damit die beiden Institutionen ein Verständnis für die jeweils andere Perspektive entwickeln können bzw. um Zuständigkeiten zu klären und klare Abläufe zu definieren. Ein anderer Sozialdienst lädt Mitarbeitende von anderen Institutionen an Teamsitzungen ein oder engagiert Fachpersonen für Referate an gemeinsamen Weiterbildungsveranstaltungen.

Datenschutz- und Finanzierungsfragen

Datenschutz- und Finanzierungsfragen können die Zusammenarbeit zwischen Sozialdiensten und Akteuren des Gesundheitswesens behindern. In den meisten Kooperationen erfolgt ein Datenaustausch in beide Richtungen. Um dabei die Vertraulichkeit zu gewährleisten, holt die Mehrheit (14) der 18 befragten Sozialdienste standardmässig bei den betroffenen Sozialhilfebeziehenden eine Schweigepflichtentbindung ein. Vier Sozialdienste lösen dies über eine mündliche Zustimmung und Unterzeichnung einer Aktennotiz. Auf der Ebene der kooperierenden Stellen können unter Umständen technische oder administrative Hürden den Datenaustausch erschweren, z.B. technische Anforderungen an die Datenübermittlung oder die Notwendigkeit, Schweigepflichtentbindungen oder Vollmachten mehrmals einholen zu müssen.

Die fallbezogenen Gesundheitskosten werden bei 36 der 56 wichtigsten Kooperationen mit Akteuren aus dem Gesundheitswesen mindestens teilweise durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gedeckt. Sozialdienste übernehmen die Kosten der Grundversicherung (Prämie, Selbstbehalt und Franchise) sowie gewisse nicht durch die Grundversicherung gedeckte Kosten. In sechs Kooperationen, in denen nicht versicherungspflichtige Leistungen entstehen, übernehmen die Sozialdienste die anfallenden Kosten. In weiteren sechs werden die Kosten aufgeteilt bzw. gemeinsam getragen, in fünf Kooperationen finanziert eine andere Stelle die Leistungen. Kosten für Leistungen, die aus Sicht des Sozialdienstes angezeigt sind, aber weder von der Krankenversicherung noch von einer Sozialversicherung übernommen werden, fallen in eher wenigen Fällen an. In den meisten davon gelingt es den Sozialdiensten, eine Finanzierungslösung zu finden. Oft tragen sie diese Kosten selbst, z.B. über Situationsbedingte Leistungen. Zwölf Sozialdienste stellen für gewisse Ausgaben Anträge bei Stiftungen und Fonds. In der Zusammenarbeit mit Stellen aus dem Gesundheitswesen entstehen den wenigsten der befragten Sozialdienste ungedeckte Kooperationskosten auf Organisationsebene.

Beurteilung der Zusammenarbeit mit Akteuren des Gesundheitswesens

Den Hauptnutzen einer Zusammenarbeit sehen die befragten Sozialdienste in einer effizienteren Fallbearbeitung durch besseren Informationsaustausch. Tendenziell beurteilen die Sozialdienste Kooperationen, die auf formellen Vereinbarungen oder auf sozialdienstinternen Weisungen beruhen, etwas besser als solche, die ad hoc erfolgen. In der Regel bewährt sich die Zusammenarbeit zwischen Sozialdiensten und Akteuren aus dem Gesundheitswesen allerdings unabhängig von der Kooperationsform besonders dann, wenn ein regelmässiger Austausch und persönliche Kontakte gepflegt werden und eine kooperationsorientierte Grundhaltung besteht.

Aus der Sicht der betrachteten Sozialdienste könnte eine engere Zusammenarbeit mit Ärztinnen/Ärzten, Psychiaterinnen/Psychiatern, mit stationären Einrichtungen oder Sozialversicherungen helfen, verschiedene Herausforderungen bei der Betreuung von Personen mit

gesundheitlichen Problemen zu meistern. Wünschenswert wären aus ihrer Sicht beispielsweise eine bessere Koordination mit stationären Einrichtungen bei Ein- und Austritten von Klientinnen und Klienten, klarere Zuständigkeitsregelungen oder präzisere Arztzeugnisse, die den Sozialdiensten mehr Handlungsspielraum bei der Definition von Integrationsmassnahmen geben.

Förderliche und hinderliche Faktoren

Aus den Befragungsergebnissen lassen sich Faktoren ableiten, welche die Zusammenarbeit zwischen Sozialdiensten und Stellen aus dem Gesundheitswesen begünstigen oder hemmen. Die wichtigsten förderlichen Faktoren sind bestehende Beziehungen, Vertrautheit und gemeinsame Bezugssysteme zwischen Organisationen und Personen: Gemeinsame Sitzungen oder andere Austauschgefässe sowie persönliche Bekanntschaften helfen, die jeweils andere Profession zu verstehen, ein gemeinsames Verständnis für Sachfragen und von Situationen und eine gemeinsame Sprache zu entwickeln. Ein zweiter förderlicher Faktor ist Offenheit zu Dialog und Zusammenarbeit. Förderliche Umfeldfaktoren sind örtliche Nähe, ein kantonalisiertes Sozialwesen, politischer Wille zur Zusammenarbeit auf Stufe Departements- bzw. Amtsleitungen, Finanzierungslösungen und Zeit. Auch Institutionalisierungsschritte (Klärung von Rollen, Bezeichnung von Ansprechpersonen, schriftliche Vereinbarungen) oder ein institutionalisierter Rahmen als Grundlage können eine Zusammenarbeit fördern. Als häufigste hinderliche Faktoren lassen sich verschiedene Aspekte einer fehlenden Zusammenarbeitskultur identifizieren, z.B. Beharren auf fachspezifischer Perspektive, das Fehlen von Kooperationsbereitschaft oder Lösungsorientierung, fehlende gemeinsame Strategien und Ziele, unterschiedliche Perspektiven sowie fehlendes Verständnis für die Anliegen des Kooperationspartners. Andere hinderliche Faktoren sind Finanzierungshürden, Zeitmangel, Fluktuation oder schlechte Erreichbarkeit von Ansprechpersonen in Gesundheitseinrichtungen und Datenschutzhürden. Die Anschauungsbeispiele für verschiedene Zusammenarbeitsformen zeigen, dass sich solche hinderliche Faktoren überwinden lassen und sich die Kooperation zwischen Sozialdiensten und Stellen des Gesundheitswesens auf unterschiedliche Art und Weise erleichtern und fördern lässt.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungen	X
Tabellen.....	X
Abkürzungen	X
1 Einleitung: Auftrag, Fragestellungen und Vorgehen.....	1
1.1 Hintergrund.....	1
1.2 Ziel und Fragestellungen der Studie	2
1.3 Empirisches Vorgehen.....	3
1.4 Fallauswahl	4
2 Ergebnisse	7
2.1 Gesundheitsfragen als Thema für Sozialdienste	7
2.1.1 Herausforderungen in der Beratung und Betreuung von Klientinnen und Klienten mit gesundheitlichen Problemen	7
2.1.2 Sozialdienstinternes Fachwissen zu Gesundheitsfragen.....	8
2.2 Zusammenarbeit mit Akteuren des Gesundheitswesens.....	8
2.2.1 Die Rolle von Sozialdiensten in der Zusammenarbeit mit Akteuren aus dem Gesundheitswesen und gegenüber Klientinnen und Klienten	8
2.2.2 Anlässe und Zeitpunkt der Kontaktaufnahme mit Akteuren aus dem Gesundheitswesen.....	10
2.2.3 Bedeutung der Zusammenarbeit für Integrationsziele	11
2.2.4 Vorgehensweisen und Konzepte der Zusammenarbeit	12
2.2.5 Kooperationspartner aus dem Gesundheitswesen.....	13
2.2.6 Ausgestaltung der Zusammenarbeit.....	15
2.3 Anschauungsbeispiele für die Zusammenarbeit zwischen Sozialdienst und Akteuren des Gesundheitswesens.....	18
2.3.1 Fallbesprechungen mit Partnerorganisationen	19
2.3.2 Zusammenarbeitsvereinbarungen mit Akteuren des Gesundheitswesens.....	19
2.3.3 Integrierte Versorgung unter einem institutionellen Dach	20
2.3.4 Koordination durch sozialdienstinternes Gesundheitsfachpersonal.....	20
2.3.5 Regelmässige fallunabhängige Austauschtreffen	20

2.4	Datenschutz- und Finanzierungsfragen	21
2.4.1	Datenaustausch und Datenschutz	21
2.4.2	Finanzierung der Zusammenarbeitsmodelle	22
2.4.3	Ungedekte Kosten in der Gesundheitsversorgung	22
2.4.4	Ungedekte Kooperationskosten auf Organisationsebene	24
2.5	Beurteilung der Zusammenarbeit.....	24
2.5.1	Überprüfung der Wirksamkeit	24
2.5.2	Beurteilung der konkreten Kooperationen	24
2.6	Ausblick und Optimierungsmöglichkeiten	26
2.6.1	Verbesserungsbedarf, Lücken und Versuche engerer Zusammenarbeit.....	26
2.6.4	Förderliche und hinderliche Faktoren der Zusammenarbeit.....	28
3	Kurzfasit.....	30
	Dokumente und Literatur	32
	Anhang 1: Erhebungsinstrumente	33
	Anhang 2: Vergleich der Fallauswahl mit der Grundgesamtheit	40

Abbildungen

Abbildung 2-1: Akteure des Gesundheitswesens, mit denen Sozialdienste zusammenarbeiten	14
Abbildung 2-2: Häufigkeit des Einbezugs von Kooperationspartnern	18
Abbildung 2-3: Zusammenhang zwischen Grundlagen der Zusammenarbeit und der Beurteilung	25

Tabellen

Tabelle 1-1: Rücklauf.....	4
Tabelle 1-2: Fallauswahl (nach Grössenklassen der Gemeinde)	5
Tabelle 2-1: Herausforderungen in Zusammenhang mit gesundheitlichen Problemen	7
Tabelle 2-2: Anlässe für Zusammenarbeit mit Akteuren des Gesundheitswesens	10
Tabelle 2-3: Zeitpunkt der Aufnahme einer Zusammenarbeit mit Akteuren des Gesundheitswesens.....	10
Tabelle 2-4: Bedeutung der Zusammenarbeit für Integrationsziele	11
Tabelle 2-5: Spezifische Vorgehensweisen für die Zusammenarbeit	12
Tabelle 2-6: Wichtigste Kooperationspartner für Sozialdienste.....	15
Tabelle 2-7: Ausgestaltung der Zusammenarbeit mit den drei wichtigsten Kooperationspartnern aus dem Gesundheitswesen	16
Tabelle 2-8: Lösung für die Finanzierung ungedeckter Kosten - Häufigkeit.....	23
Tabelle 2-9: Beurteilung der Form der Zusammenarbeit.....	25
Tabelle 2-10: Akteure, mit denen die Zusammenarbeit sehr gut funktioniert.....	26
Tabelle 2-11: Verbesserungsbedarf für eine bessere Zusammenarbeit.....	27
Tabelle A-1: Vergleich der Fallauswahl mit Gesamtheit aller Schweizer Gemeinden	40

Abkürzungen

BAG	Bundesamt für Gesundheit
IV	Invalidenversicherung
IIZ	Interinstitutionelle Zusammenarbeit
KESB	Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
SKOS	Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe

1 Einleitung: Auftrag, Fragestellungen und Vorgehen

1.1 Hintergrund

Zahlreiche Studien belegen die Zusammenhänge zwischen Armut, Arbeitslosigkeit und Gesundheit (vgl. Lätsch et al. 2011: 5-10). So stellten beispielsweise Wolffers und Reich (2018: 93) fest, dass Sozialhilfe beziehende Personen sowohl ambulant als auch stationär häufiger medizinische Leistungen beanspruchen als Personen ohne Sozialhilfebezug. Eine Stichproben-Untersuchung von Langzeitfällen (Personen, die zwischen 12 und 60 Monate lang Sozialhilfe beziehen) der Städteinitiative Sozialpolitik (Salzgeber 2015) zeigte, dass knapp 63 Prozent aller Langzeitfälle eine belegte gesundheitliche Beeinträchtigung aufwiesen,¹ viele davon mehrfache. Nur 10 Prozent dieser Personen waren erwerbstätig, ebenfalls knapp 10 Prozent erhielten eine – nicht existenzsichernde – IV-Rente.

Die Sozialhilfe hat den Auftrag, die berufliche und soziale Integration der Sozialhilfebeziehenden zu gewährleisten (SKOS 2016: A.1). Um eine erfolgreiche Eingliederung in den Arbeitsmarkt zu erreichen, ist eine gute Gesundheit eine zentrale Voraussetzung. Sozialdienste können mit gezieltem Gesundheitsmanagement darauf hinwirken, indem sie Gesundheitsfragen umfassend mit den unterstützten Personen und den Medizinalpersonen erörtern und im Dialog mit allen Beteiligten eine individuell gute und zugleich möglichst kostengünstige und idealerweise präventiv ausgerichtete Gesundheitsversorgung sicherstellen (Wolffers 2012: 167). Gerade bei Personen mit multiplen Problemlagen stehen Sozialdienste in der Fallarbeit allerdings vor grossen Herausforderungen (Kieffer/Marta Gamez 2018: 3; Wenger 2018: 20). Zudem fehlen ihnen für ein gesundheitsorientiertes Fallmanagement oftmals die nötigen Instrumente und Ressourcen (Wenger 2018: 21), weshalb sie auf Kooperationen mit Fachstellen im Gesundheitswesen angewiesen sind (Hauri/Zürcher 2015: 8). Sozialdienste kooperieren aus diesem Grund beispielsweise oft mit psychiatrischen Diensten (Hauri 2015: 281). In der Praxis stösst die Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Sozial- und Gesundheitswesen oft an Grenzen, beispielsweise aufgrund unterschiedlicher Zuständigkeiten und Mechanismen zur Finanzierung von Leistungen der beiden Systeme, weil die Koordination zwischen den beiden Systemen Aufwand mit sich bringt, für den die Ressourcen fehlen oder der nicht vergütet wird, oder weil unterschiedliche fachliche Hintergründe, Konzepte, Orientierungen und Arbeitsweisen einer effizienten Zusammenarbeit im Weg stehen.

¹ 62 Prozent davon wiesen psychische Erkrankungen auf (19 Prozent eine Suchtproblematik, 11 Prozent eine Depression, 32 eine andere psychische Beeinträchtigung), 34 Prozent eine physische Beeinträchtigung, und 4 Prozent litten an den Folgen eines Unfalls (Salzgeber 2015: 50).

Es ist davon auszugehen, dass eine gut funktionierende interprofessionelle und interinstitutionelle Zusammenarbeit von Sozialdiensten mit Akteuren des Gesundheitswesens die gesundheitliche Versorgung und Situation von Sozialhilfebeziehenden verbessern kann. Während für den Bereich der koordinierten bzw. interprofessionellen Versorgung innerhalb des Gesundheitswesens diverse Überblicksstudien und Verzeichnisse guter Praxis vorliegen (z.B. BAG 2017; Schusselé Filliettaz et al. 2017; Spiess/Ruflin 2018), ist über die Zusammenarbeit zwischen Sozialdiensten und Akteuren des Gesundheitswesens noch wenig Wissen vorhanden. Kieffer und Marta Gamez (2018) erstellten einen ersten deskriptiven Überblick über verschiedene Projekte und Praxisansätze mit den Hauptzielsetzungen „Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung“, „Umgang mit komplexen gesundheitlichen Problemen in der Fallarbeit“ und „Gesundheitsförderung“, wobei die Mehrzahl der identifizierten Projekte und Ansätze das letztgenannte Ziel verfolgen und in Deutschland umgesetzt werden. Hauri und Zürcher (2015) untersuchten anhand einer quantitativen Befragung und qualitativen Fallstudien die Zusammenarbeit von Sozialdiensten im deutschsprachigen Teil des Kantons Bern mit ihren wichtigsten Partnerinstitutionen und ermittelten dabei auch förderliche und hinderliche Faktoren der Zusammenarbeit. Sie stellten fest, dass solche Kooperationen vor allem mit Stellen aus den Bereichen der Arbeitsintegration, der Invalidenversicherung und der Berufsbildung bestehen. Akteure des Gesundheitswesens sind weniger häufig Kooperationspartner. Unter diesen arbeiten Sozialdienste hauptsächlich mit Einrichtungen der Psychiatrie und des Suchtbereichs zusammen (Hauri/Zürcher 2015: 33).

Um vor diesem Hintergrund ein besseres Verständnis der interinstitutionellen Zusammenarbeit zwischen der Sozialhilfe und Akteuren des Gesundheitswesens zu gewinnen, hat die Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit des Bundesamts für Gesundheit (BAG) das Büro Vatter, Politikforschung & -beratung mit einer Studie beauftragt.

1.2 Ziel und Fragestellungen der Studie

Die Studie soll exemplarisch Zusammenarbeitsmodelle zwischen Sozialhilfestellen und dem Gesundheitswesen analysieren und Anschauungsbeispiele dokumentieren. Auf dieser Basis soll eine erste Einschätzung von gut funktionierenden Zusammenarbeitsmodellen erfolgen.

Folgende Fragestellungen sind von besonderem Interesse:

- Mit welchen Herausforderungen sind Sozialdienste in Bezug auf die Gesundheit ihrer Klientele konfrontiert?
- Wie ist die Zusammenarbeit zwischen Sozialhilfe und Gesundheitswesen ausgestaltet?
 - Gibt es institutionalisierte Formen von Zusammenarbeit? Wie lassen sich diese charakterisieren?
 - Mit welchen Akteuren des Gesundheitswesens besteht eine Zusammenarbeit?

- Was für eine Rolle (z.B. Unterstützung, Vermittlung, Koordination) übernehmen Sozialdienste bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ihrer Klientinnen und Klienten?
- Welche Herausforderungen stellen sich in Bezug auf den Datenaustausch zwischen Sozialdiensten und Akteuren des Gesundheitswesens? Wie wird damit umgegangen?
- Wie werden die verschiedenen Zusammenarbeitsmodelle finanziert?
 - Gibt es Lücken in der Gesundheitsversorgung von Sozialhilfebeziehenden aufgrund von ungedeckter Kosten?
 - Gibt es ungedeckte Kooperationskosten auf Organisationsebene?
- Wie gut funktioniert bzw. wie wirkungsvoll ist die Zusammenarbeit?
 - Wo fehlt eine Zusammenarbeit? Gibt es kritische Punkte/Ereignisse, bei denen die Zusammenarbeit verbessert/formalisiert/institutionalisiert werden müsste?
 - Wie wird die Zusammenarbeit von Mitarbeitenden der Sozialhilfestellen eingeschätzt?
 - Welches sind aus der Sicht von Sozialdiensten förderliche und hinderliche Faktoren in der Zusammenarbeit mit Stellen aus dem Gesundheitswesen?

1.3 Empirisches Vorgehen

Die Studie beruht auf einer Befragung von 20 ausgewählten Sozialdiensten aus der ganzen Schweiz (zur Auswahl vgl. Abschnitt 1.4.). Die Studie hat einen stark explorativen Charakter. Sie ist deshalb qualitativ und hauptsächlich deskriptiv ausgerichtet. Grundlage für die Informationserhebung bildete ein systematisches Erhebungs- und Analyseraster, das die Fragestellungen übernahm und gestützt auf themenbezogene Literatur² (vgl. Einleitung), im Forschungsteam vorhandenes Praxiswissen und die Ergebnisse der Sondierungsphase einer parallel dazu laufenden Studie zum Thema³ weiterentwickelte. Das Raster diente dazu, die Informationen zu den einzelnen Sozialdiensten in einer einheitlichen Struktur zu erfassen und ermöglichte eine effiziente und systematische Auswertung. Ein Entwurf des Erhebungs- und Analyserasters wurde der Auftraggeberin im BAG sowie einer Begleitgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe (SKOS), der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), des Bundesamts für Sozialversicherungen (BSV) und des Sozialamts der Stadt Bern zur Stellungnahme und Validierung

² Einzelne Fragen und Antwortkategorien des hier verwendeten Fragebogens lehnen sich teilweise stark an die Befragung von Hauri und Zürcher (2015) an.

³ Parallel zu den Arbeiten an der vorliegenden Studie befasste sich das Büro Vatter im Rahmen des Förderprogramms Interprofessionalität des BAG auch mit den Erfolgsbedingungen der Etablierung von interprofessioneller Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Sozialdienst und Gesundheitswesen.

unterbreitet. Diese Personen begutachteten auch die auf dem Raster beruhenden Erhebungsinstrumente.

Die Informationserhebung bei den Sozialdiensten gestaltete sich zweistufig:

- In einem ersten Schritt erfolgte eine schriftliche Befragung mittels eines Online-Fragebogens. Diese diente der möglichst standardisierten Erfassung beschreibender Informationen (vgl. Fragebogen in Anhang 1). Konkret wurden allgemeine Informationen zur Zusammenarbeit zwischen Sozialhilfe und Gesundheitswesen erfasst sowie konkrete Kooperationen ermittelt, charakterisiert und beurteilt.
- Als zweiter Schritt erfolgten auf der schriftlichen Erhebung aufbauende leitfadengestützte Telefoninterviews mit Ansprechpersonen der untersuchten Sozialdienste⁴ (vgl. Gesprächsleitfaden in Anhang 1). Die Gespräche dienten zum einen dazu, die schriftlich erhobenen Informationen qualitativ zu vertiefen und allfällige Unklarheiten oder Rückfragen dazu zu klären, zum anderen aber auch dazu, Informationen zu den Themen Datenschutz und Finanzierung zu erheben und allgemeine Einschätzungen zur Zusammenarbeit zwischen Sozialdiensten und Akteuren des Gesundheitswesens zu erfassen.

Die schriftliche Befragung und die Gespräche wurden jeweils in der Sprache der Teilnehmenden (Deutsch, Französisch, Italienisch) durchgeführt. Der Rücklauf der Erhebung war hoch (Tabelle 1-1); 19 der angeschriebenen Sozialdienste beteiligten sich an der Onlinebefragung⁵, und mit 18 Sozialdiensten konnten Telefoninterviews geführt werden.

Tabelle 1-1: Rücklauf

Typ	Anzahl eingeladen	Anzahl Teilnehmende	Anteil Teilnehmende
Online-Befragung	20	19	95%
Telefonische Interviews	20	18	90%

1.4 Fallauswahl

Da bisher noch kaum Überblickswissen über die Formen und Verbreitung verschiedener Zusammenarbeitsmodelle zwischen Sozialdiensten und Akteuren des Gesundheitswesens vorliegt, kann die Grundgesamtheit zu wenig gut umschrieben werden, um daraus eine Stichprobe zu ziehen, die eine gewisse Repräsentativität der vorgefundenen Zusammenarbeitsmodelle gewährleistet. Aus diesem Grund wurde die Auswahl der untersuchten Sozialdienste in Absprache mit der Begleitgruppe so getroffen, dass eine gewisse Varianz in Be-

⁴ Bei den meisten Gesprächspartnerinnen und -partnern handelt es sich um die Leitungspersonen der befragten Sozialdienste.

⁵ Der Sozialdienst einer angefragten Gemeinde sah sich aufgrund eines kürzlich erfolgten Leitungswechsels ausserstande, an der Befragung teilzunehmen.

zug auf die Sprachregion, die Einwohnerzahl der Gemeinde, die Sozialhilfequote und die Zuständigkeit für die Sozialhilfe (kommunal, regional oder kantonal) und damit bezüglich der institutionellen und finanziellen Rahmenbedingungen gegeben ist. Tabelle 1-2 listet die befragten Sozialdienste und die verschiedenen Eigenschaften der betreffenden Gemeinden auf.

Tabelle 1-2: Fallauswahl (nach Grössenklassen der Gemeinde)

Gemeinde	Kanton	Sprache	Finanzierungszuständigkeit (Aufteilung ³)	Einwohner (Gemeinde)	Sozialhilfequote in %	Zuständigkeitsperimeter
Basel	BS	D	Gemeinde	> 100'000	6.6	Gemeinde
Bern	BE	D	geteilt (K/G je 50%)	> 100'000	5	Gemeinde
Genf ¹	GE	F	Kanton	> 100'000	6.9	Kanton
Winterthur	ZH	D	geteilt (G: 80%)	> 100'000	5.6	Gemeinde
Biel	BE	D/F	geteilt (K/G je 50%)	50'000-99'999	11.5	Gemeinde
Lugano	TI	I	geteilt (K: 75%)	50'000-99'999	3.3	Gemeinde
St. Gallen	SG	D	Gemeinde	50'000-99'999	4.6	Gemeinde
Frauenfeld	TG	D	geteilt (G: 95%)	20'000-49'999	2.9	Gemeinde
Schaffhausen	SH	D	geteilt (G: 75%)	20'000-49'999	3.5	Gemeinde
Zug	ZG	D	Gemeinde	20'000-49'999	1.7	Gemeinde
Vevey	VD	F	geteilt (K/G je 50%)	15'000-19'999	9.3	Region
Glarus ¹	GL	D	Kanton	10'000-14'999	2.3	Kanton
Horw	LU	D	Gemeinde	10'000-14'999	2.9	Gemeinde
Le Locle	NE	F	geteilt (G: 60%)	10'000-14'999	10.7	Region
Liestal	BL	D	geteilt (G: 90%)	10'000-14'999	6.4	Gemeinde
Ascona	TI	D	geteilt (K: 75%)	< 10'000	1.8	Gemeinde
Gossau	ZH	D	geteilt (G: 80%)	< 10'000	1.8	Gemeinde
Kilchberg	ZH	D	geteilt (G: 80%)	< 10'000	1.0	Gemeinde
Tavannes	BE	F	geteilt (K/G je 50%)	< 10'000	11.5	Region
XXX ²	SZ	D	Gemeinde	< 10'000	2.7	Gemeinde

Hinweise: ¹ Da in Genf und Glarus der Kanton für die Ausrichtung der Sozialhilfe zuständig ist, wurde anstelle des städtischen der kantonale Sozialdienst befragt. ² Da sich der Sozialdienst dieser Gemeinde nicht an der Befragung beteiligte, wird die entsprechende Gemeinde nicht genannt. ³ K: Kanton; G: Gemeinde

Quellen: Finanzierungszuständigkeit: SKOS-Factsheet 8.2014 „Innerkantonaler Lastenausgleich in der Sozialhilfe“; Einwohnerzahl und Sozialhilfequote: Bundesamt für Statistik, Regionalporträts 2019: Gemeinden – Kennzahlen (<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/regionalstatistik/regionale-portraits-kennzahlen/gemeinden.assetdetail.7786544.html>); Zuständigkeitsperimeter: Frage 2 Onlinefragebogen.

Ein tabellarischer Vergleich dieser Stichprobe mit der Grundgesamtheit aller Gemeinden in der Schweiz findet sich in Anhang 2. Dieser führt zu folgenden Feststellungen:

- Bezüglich der Sprachregionen entspricht die Verteilung ungefähr den Anteilen der Hauptsprachen der ständigen Wohnbevölkerung der Schweiz.
- Bezüglich der Finanzierungszuständigkeit sind Sozialdienste aus Kantonen mit rein kommunaler Zuständigkeit etwas unterrepräsentiert, solche aus Kantonen mit hälftig geteilter Zuständigkeit zwischen Kanton und Gemeinden überrepräsentiert.
- In der Auswahl sind grössere Gemeinden und solche mit überdurchschnittlicher Sozialhilfequote überrepräsentiert – gestützt auf die Annahme, dass in diesen Gemeinden ein grösserer Handlungsdruck zur Gestaltung der Schnittstelle zwischen Sozial- und Gesundheitswesen besteht und grössere Sozialdienste eher die Kapazitäten haben, diese Schnittstelle überhaupt zu gestalten. Es wurde zudem bewusst auf eine ungefähr ausgewogene Verteilung von Gemeinden aller Grössenklassen geachtet.

2 Ergebnisse

2.1 Gesundheitsfragen als Thema für Sozialdienste

2.1.1 Herausforderungen in der Beratung und Betreuung von Klientinnen und Klienten mit gesundheitlichen Problemen

Gesundheitliche Probleme können eine erfolgreiche Eingliederung in den Arbeitsmarkt erschweren und Sozialdienste bei der Umsetzung ihres gesetzlichen Auftrags vor diverse Herausforderungen stellen. Laut 13 der interviewten Sozialdienste sind Sozialhilfebeziehende besonders häufig von psychischen Erkrankungen betroffen, darunter vor allem von Depressionen oder Persönlichkeitsstörungen. Einzelne Sozialdienste verzeichnen einen Anstieg von psychischen Gesundheitsproblemen bei jungen Klientinnen und Klienten. Acht Sozialdienste nannten Gesundheitsbeschwerden, die keinen Sozialversicherungsanspruch bedingen, aber die soziale und berufliche Integration erschweren, als bedeutendes Problem. Weitere typische gesundheitliche Probleme, die Sozialdienste aufgrund ihrer Häufigkeit als drängend bewerten, sind Suchterkrankungen (6 Nennungen) sowie verschiedene physische Erkrankungen (4 Nennungen).

Sozialdienste äusserten drei zentrale Herausforderungen in Zusammenhang mit gesundheitlichen Problemen von Klientinnen und Klienten (Tabelle 2-1).

Tabelle 2-1: Herausforderungen in Zusammenhang mit gesundheitlichen Problemen

Wo stossen Sie bezüglich gesundheitlicher Probleme von Klientinnen und Klienten in Ihrer Arbeit an Grenzen?	Anzahl Nennungen
Integrationschwierigkeiten aufgrund des Gesundheitszustandes	11
Schwierigkeit im Umgang mit kranken Klientinnen und Klienten	8
Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Akteuren aus dem Gesundheitswesen	6

Frage 1 Gesprächsleitfaden, Antworten von 17 Sozialdiensten (Mehrfachnennungen möglich).

Die Sozialdienste stossen bei Personen mit gesundheitlichen Problemlagen vor allem bei der Umsetzung des Integrationsauftrags an ihre Grenzen. Dabei schildern viele Interviewpartnerinnen und -partner, wie sie insbesondere bei Klientinnen und Klienten, die „zu krank für den Arbeitsmarkt, aber zu gesund für die Invalidenversicherung (IV)“ sind, kaum berufliche oder soziale Integrationsmöglichkeiten in die Wege leiten können. Divergierende Beurteilungen des Gesundheitszustandes solcher Personen durch IV und Hausärztinnen oder -ärzte schränkt in der Folge den Handlungsspielraum von Sozialdiensten massgeblich ein.

Eine weitere oft genannte Herausforderung ist der Umgang mit kranken Personen. Dabei stossen die Sozialdienste insbesondere an ihre Grenzen, wenn Klientinnen und Klienten

mit Gesundheitsproblemen keine ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen wollen. Da die medizinische Versorgung auf freiwilliger Basis gründet, können Sozialdienste einzig bei vorliegender Selbst- oder Fremdgefährdung im Rahmen einer Gefährdungsmeldung eine ärztliche Abklärung einleiten. Drei Sozialdienste ergänzen, dass fehlendes Fachwissen von Sozialarbeitenden den Umgang mit Erkrankten erschweren kann.

Hindernisse in der Zusammenarbeit mit Akteuren aus dem Gesundheitswesen sind die am dritthäufigsten genannte Herausforderung. Diese äussert sich vor allem in Schwierigkeiten beim Informationsaustausch aufgrund von Datenschutzregelungen, in widersprüchlichen Aussagen verschiedener medizinischer Fachleute oder in mangelnder Kooperation einzelner Ärztinnen oder Ärzte.

2.1.2 Sozialdienstinternes Fachwissen zu Gesundheitsfragen

13 der betrachteten Sozialdienste schätzen, dass ihre Mitarbeitenden vereinzelt über Fachwissen im Umgang mit schwierigen Gesundheitssituationen ihrer Klientinnen und Klienten verfügen. Während gewisse Sozialarbeitende ein gesundheitliches Grundwissen im Rahmen von Weiterbildungen akquiriert haben, verfügen andere über entsprechende berufliche Qualifikationen, die sie in vorherigen Ausbildungen und Arbeitserfahrungen gesammelt haben. Dabei liegt Fachwissen insbesondere in den Bereichen der (psychiatrischen) Pflege und der Gesprächsführung mit Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen vor. In einzelnen kleineren Gemeinden, in denen die Sozialdienste meist nur wenige Angestellte beschäftigen, wird darauf geachtet, dass Weiterbildungen und Fachinputs zum Thema Gesundheit angeboten werden. Vier Sozialdienste geben an, bei Ihnen sei überhaupt kein Fachwissen in Gesundheitsfragen vorhanden. Bei diesen Sozialdiensten ist gesundheitsrelevantes Know-how bei der Anstellung nicht ausschlaggebend. Ein Sozialdienst gibt an, spezifische Gesundheitsfachpersonen zu beschäftigen, die unter anderem eine Triagefunktion übernehmen. Alle Sozialdienste kontaktieren bei gesundheitsrelevanten Fragestellungen Fachpersonen des Gesundheitswesens. Vernetzung mit den Akteuren aus dem Gesundheitswesen findet entweder über institutionalisierte Zusammenarbeitsformen, Weiterbildungen oder im Kontakt mit themenspezifischen Fachstellen, z.B. zu Altersfragen, statt.

2.2 Zusammenarbeit mit Akteuren des Gesundheitswesens

2.2.1 Die Rolle von Sozialdiensten in der Zusammenarbeit mit Akteuren aus dem Gesundheitswesen und gegenüber Klientinnen und Klienten

Gemäss der Onlinebefragung bieten 17 der 19 Sozialdienste den Sozialhilfebeziehenden Unterstützung bei der Inanspruchnahme von medizinischen bzw. therapeutischen Leistungen des Gesundheitswesens an. Zwei Sozialdienste tun dies nicht. Grund dafür könnte sein, dass die wirtschaftliche Sozialhilfe bei diesen Sozialdiensten vom kantonalen Sozialamt organisiert wird und die Unterstützung für gesundheitliche Anliegen ebenfalls in den

Aufgabenbereich der kantonalen Verwaltung fällt. Bei der von den 17 Sozialdiensten geleisteten Unterstützung lassen sich drei Formen unterscheiden:

- Triage und Vermittlung (10 Nennungen): Bei der Prüfung der Anspruchsberechtigung und in der Fallarbeit vernetzen die Sozialarbeitenden die Klientinnen und Klienten mit Akteuren aus dem Gesundheitswesen.
- In der Beratung und Begleitung (7 Nennungen) nimmt das Thema Gesundheit im Hinblick auf die soziale oder berufliche Integration eine zentrale Rolle ein. Die Klientinnen und Klienten werden über allfällige Therapiemöglichkeiten informiert und zu Behandlungsplänen motiviert. Teilweise übernehmen die Sozialarbeitenden auch die Terminvereinbarung mit den Akteuren aus dem Gesundheitsbereich und begleiten die Klientinnen und Klienten zu den Terminen. Weiter wird im Rahmen der Beratung auch die Finanzierung von Therapiekosten geprüft und beantragt.
- Kooperation (7 Nennungen) umfasst die interinstitutionelle Zusammenarbeit mit Ärztinnen/Ärzten, weiteren Akteuren des Gesundheitswesens sowie Sozialversicherungsstellen (z.B. IV-Stelle⁶). Dabei nehmen die Sozialdienste vorwiegend eine koordinierende Rolle ein.

Während fünf der interviewten Sozialdienste die Fallhoheit behalten und das Case Management übernehmen, geben 11 Sozialdienste an, dass sie ihre Fallhoheit und damit auch das Case Management je nach Fallverlauf zeitweise an Institutionen aus dem Gesundheitsbereich abgeben. Dies ist insbesondere der Fall, wenn Klientinnen und Klienten einen längeren stationären Aufenthalt wahrnehmen müssen. In diesen Fällen ist der Sozialdienst häufig für die Finanzierung des Aufenthalts und für administrative Aufgaben zuständig und nimmt dabei meist eine vernetzende Rolle ein. In der Zusammenarbeit mit spezifischen Gesundheitsinstitutionen oder im Rahmen der interinstitutionellen Zusammenarbeit (IIZ) übernimmt je nach Themenschwerpunkt diejenige Institution das Case Management, die stärker in der Fallarbeit involviert ist.

⁶ IV-Stellen sind keine Akteure des Gesundheitswesens, sind aber in Zusammenhang mit der Beurteilung von Rentenansprüchen auch mit gesundheitlichen Fragen konfrontiert und stehen dabei auch in Kontakt mit medizinischen Leistungserbringern.

2.2.2 Anlässe und Zeitpunkt der Kontaktaufnahme mit Akteuren aus dem Gesundheitswesen

Tabelle 2-2 fasst die Situationen zusammen, in denen die betrachteten Sozialdienste die Zusammenarbeit mit Akteuren des Gesundheitswesens suchen.

Tabelle 2-2: Anlässe für Zusammenarbeit mit Akteuren des Gesundheitswesens

In was für Situationen sucht ihr Sozialdienst die Zusammenarbeit mit Akteuren des Gesundheitswesens? Wann ist eine solche Zusammenarbeit besonders relevant?	Anzahl Nennungen
Informationstransfer zum Thema Gesundheit in der Fallarbeit	11
Abklärung der Arbeitsfähigkeit / Integrationsmassnahmen	8
(Selbst-)Gefährdung von Klientinnen und Klienten	5

Frage 3 Gesprächsleitfaden, Antworten von 18 Sozialdiensten (Mehrfachnennungen möglich).

Die Sozialdienste kontaktieren Akteure aus dem Gesundheitswesen insbesondere zum Austausch von gesundheitsbezogenen Informationen, die sie für die Fallarbeit benötigen. Besonders relevant wird die Kontaktaufnahme, wenn die Sozialarbeitenden bspw. im Umgang mit psychisch kranken Personen an ihre Grenzen stossen. In solchen Fällen suchen die Sozialdienste zur Unterstützung und zur Einleitung gesundheitlicher Massnahmen die Zusammenarbeit mit entsprechenden Institutionen oder Medizinalpersonen. Ebenfalls drängend ist eine Kontaktaufnahme, wenn innerhalb von bestimmten Fristen Gesundheitsangaben gesammelt und allfällige Kostengutsprachen geprüft werden müssen. Acht Sozialdienste geben an, die Zusammenarbeit mit Akteuren aus dem Gesundheitswesen im Rahmen der Abklärung der Arbeitsfähigkeit und entsprechender Integrationsmassnahmen zu suchen. Dabei stehen die medizinische Abschätzung des Arbeitspotenzials und die Stabilisierung der Gesundheit im Fokus des Austausches. Fünf Sozialdienste suchen die Zusammenarbeit mit Akteuren aus dem Gesundheitswesen, wenn sie eine Selbst- oder Fremdgefährdung von Klientinnen oder Klienten wahrnehmen. Dies ist bspw. der Fall, wenn jemand Verwahrlosungstendenzen aufweist oder wenn relevante Fragen zum Kindes- und Erwachsenenschutz geklärt werden müssen.

Tabelle 2-3: Zeitpunkt der Aufnahme einer Zusammenarbeit mit Akteuren des Gesundheitswesens

Zu welchem Zeitpunkt im Rahmen der Ausrichtung der Sozialhilfe (z.B. Intake-Phase, Mandatsphase etc.) wird die Zusammenarbeit mit Akteuren des Gesundheitswesens normalerweise initiiert?	Anzahl Nennungen	Anteil
Fallabhängig	16	89%
<i>davon tendenziell Mandatsphase</i>	<i>10</i>	<i>56%</i>
Intakephase	2	11%

Frage 4 Gesprächsleitfaden, Antworten von 18 Sozialdiensten.

Die überwiegende Mehrheit (16) der 18 interviewten Sozialdienste gab an, dass der Zeitpunkt der Aufnahme einer Zusammenarbeit mit Akteuren aus dem Gesundheitswesen fallabhängig sei (Tabelle 2-3). In mehr als der Hälfte erfolge die Kontaktaufnahme tendenziell während der Mandatsphase, d.h. in der Beratungszeit nach Abschluss der Intakephase, bei 33 Prozent variiert der Zeitpunkt zwischen allen Phasen der Fallarbeit. Einzig bei zwei der betrachteten Sozialdienste erfolgt der Kontakt standardmässig während der Intakephase. In kleinen Sozialdiensten übernimmt das Sekretariat die Intakephase und sammelt alle für die finanzielle Bedarfsabklärung relevanten Informationen schriftlich. In grösseren Sozialdiensten übernimmt das Intaketeam die Anspruchsabklärung und leitet bei Bedarf bereits gesundheitliche Massnahmen ein, wobei auch hier die finanzielle Grundsicherung im Vordergrund steht. Die Kontaktaufnahme mit den Akteuren aus dem Gesundheitswesen hängt somit vom jeweiligen Gesundheitszustand der Klientin bzw. des Klienten ab, erfolgt jedoch tendenziell erst nachdem die zuständige Sozialarbeiterin oder der zuständige Sozialarbeiter eine Vertrauensbasis mit der Klientin oder dem Klienten aufgebaut hat und unterschiedliche Integrationsmassnahmen und -ziele geprüft wurden. Eine weitere Erklärung dafür, dass die meisten Sozialdienste die Zusammenarbeit mit den Akteuren aus dem Gesundheitswesen während der Mandatsphase initiieren ist, dass sich wiederholende oder kumulierende gesundheitliche Schwierigkeiten erst nach einer gewissen Zeit feststellen lassen.

2.2.3 Bedeutung der Zusammenarbeit für Integrationsziele

Praktisch alle befragten Sozialdienste erachten die Zusammenarbeit mit den Akteuren aus dem Gesundheitsbereich sowohl für die berufliche als auch für die soziale Integration als wichtig oder eher wichtig (Tabelle 2-4). 12 Sozialdienste stufen sie für beide Ziele als wichtig ein. Sechs Sozialdienste äussern sich differenziert: Drei geben an, dass die Zusammenarbeit für die soziale Integration wichtig und für die berufliche Integration eher wichtig ist, während weitere drei Sozialdienste die Zusammenarbeit für die soziale Integration als eher wichtig und für die berufliche Integration als wichtig einstufen.

Tabelle 2-4: Bedeutung der Zusammenarbeit für Integrationsziele

Wie wichtig ist Ihrer Ansicht nach die Zusammenarbeit mit Akteuren aus dem Gesundheitsbereich für...	wichtig	eher wichtig	teils-teils	eher unwichtig	unwichtig
...eine erfolgreiche soziale Integration von Sozialhilfebeziehenden?	15	3	1	0	0
...eine erfolgreiche berufliche Integration von Sozialhilfebeziehenden?	15	3	1	0	0

Frage 3 Online-Fragebogen, Antworten von 19 Sozialdiensten.

2.2.4 Vorgehensweisen und Konzepte der Zusammenarbeit

Wie Tabelle 2-5 zeigt, hat fast die Hälfte der befragten Sozialdienste spezifische Vorgehensweisen für die Zusammenarbeit mit Akteuren aus dem Gesundheitsbereich entwickelt, wobei dies insbesondere auf Sozialdienste in grösseren Gemeinden zutrifft.⁷ Ein Sozialdienst aus einer grösseren Gemeinde hat im Interview erwähnt, dass er sich in der Rolle sieht, als Vorreiter für Innovation voranzugehen, weil er über den Vorteil einer gewissen Grösse verfügt. Es lässt sich vermuten, dass in vielen Sozialdiensten die zeitlichen und personellen Ressourcen fehlen, um neben der Fallarbeit konzeptionelle Arbeit, z.B. zur Entwicklung von Vorgehensweisen im Thema Gesundheit, zu pflegen.⁸

Tabelle 2-5: Spezifische Vorgehensweisen für die Zusammenarbeit

Hat Ihr Sozialdienst für die Zusammenarbeit mit Akteuren aus dem Gesundheitsbereich spezifische Vorgehensweisen definiert?	Anzahl Nennungen	Anteil
Ja	9	47%
<i>davon Vorgehensweisen für die Versorgung von einzelnen spezifischen Gruppen von sozialhilfebeziehenden Personen</i>	5	26%
<i>davon Vorgehensweisen für die Zusammenarbeit mit einzelnen spezifischen Akteuren des Gesundheitswesens</i>	8	42%
Nein	10	53%

Fragen 4, 5 und 6 Online-Fragebogen, Antworten von 19 Sozialdiensten.

Es fällt auch auf, dass vor allem Gemeinden mit einer höheren Sozialhilfequote spezifische Vorgehensweisen angeben.⁹ Eine mögliche Erklärung dafür könnte sein, dass vor allem Sozialdienste mit einem gewissen Problemdruck zu solchen Lösungen neigen. Da jedoch die Sozialhilfequote mit der Gemeindegrösse korreliert – sie ist in grösseren Gemeinden tendenziell höher¹⁰ – lässt sich aus dieser Feststellung keine Kausalaussage ableiten. Zudem können die festgestellten Unterschiede auch rein zufällig sein, da sich die Erhebung auf eine kleine Fallauswahl beschränkt.

⁷ Von den sechs befragten Sozialdiensten in Gemeinden mit 50'000 und mehr Einwohnern haben bis auf eine Ausnahme alle angegeben, solche Vorgehensweisen entwickelt zu haben. Von den sieben befragten Sozialdiensten in Gemeinden mit weniger als 15'000 Einwohnern haben in der Befragung sechs angegeben, dass sie über keine solchen Vorgehensweisen verfügen.

⁸ Knappe zeitliche und personelle Ressourcen sind auch gemäss Hauri und Zürcher (2015: 62, 66, 69) wichtige Faktoren, die den Aufbau und die Pflege einer Zusammenarbeit erschweren können.

⁹ In den Gemeinden mit spezifischen Vorgehensweisen beträgt die durchschnittliche Sozialhilfequote 6 Prozent, in Gemeinden ohne solche Vorgehensweisen 4.5 Prozent.

¹⁰ <https://www.avenir-suisse.ch/sozialhilfe/>; 17.3.2020

Fünf Sozialdienste haben Vorgehensweisen für spezifische Gruppen von Sozialhilfebeziehenden definiert. Bei drei Sozialdiensten beziehen sich diese Vorgehensweisen auf Personen mit Suchterkrankungen und psychischen Erkrankungen. Die anderen beiden Sozialdienste beziehen diese Vorgehensweisen nicht auf spezifische Krankheitsformen, sondern auf den Unterstützungsbedarf oder auf die Komplexität bzw. Klarheit der gesundheitlichen Situation der Sozialhilfebeziehenden.

Die genannten spezifischen Vorgehensweisen beziehen sich auf die Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Akteuren des Gesundheitswesens. In Übereinstimmung mit den von gesundheitlichen Problemen besonders betroffenen Gruppen von Sozialhilfebeziehenden und den drängenden Problemen der Sozialdienste werden hier vor allem Stellen aus dem Sucht- und Psychiatriebereich genannt. Ebenfalls häufig gibt es spezifische Vorgehensweisen im Rahmen der IIZ, insbesondere mit der IV. Nicht nur die beteiligten Akteure, sondern auch die Inhalte und Ziele dieser Vorgehensweisen unterscheiden sich stark. Manche Akteure tauschen sich lediglich regelmässig aus, andere haben konkrete Zusammenarbeitsvereinbarungen abgeschlossen, welche bspw. Abläufe und konkrete Leistungen definieren. Bei einigen befinden sich diese Kooperationen in einem Aufbau (Pilotprojekt), an anderen Orten bestehen langjährige Erfahrungen. Zudem gibt es Sozialdienste, deren Vorgehensweisen lediglich sozialdienstintern gelten (z.B. wann die Vertrauensärztin oder der Vertrauensarzt beigezogen wird).

Von den 18 befragten Sozialdiensten sind elf¹¹ auch für die Betreuung von Asylsuchenden, vorläufig Aufgenommenen und Flüchtlingen zuständig. Vier davon gaben an, spezifische Vorgehensweisen für die gesundheitliche Versorgung dieser Personen definiert zu haben. Diese legen in drei Fällen fest, mit welchen Leistungserbringern der Sozialdienst für die medizinische Versorgung oder Erstabklärungen der Personen des Asylbereichs zusammenarbeitet oder bei welchen Krankenkassen er sie versichert. Im vierten Fall sind es dieselben Vorgehensweisen, wie sie der betreffende Sozialdienst für Sozialhilfebeziehende Personen mit gesundheitlichen Schwierigkeiten allgemein definiert hat.

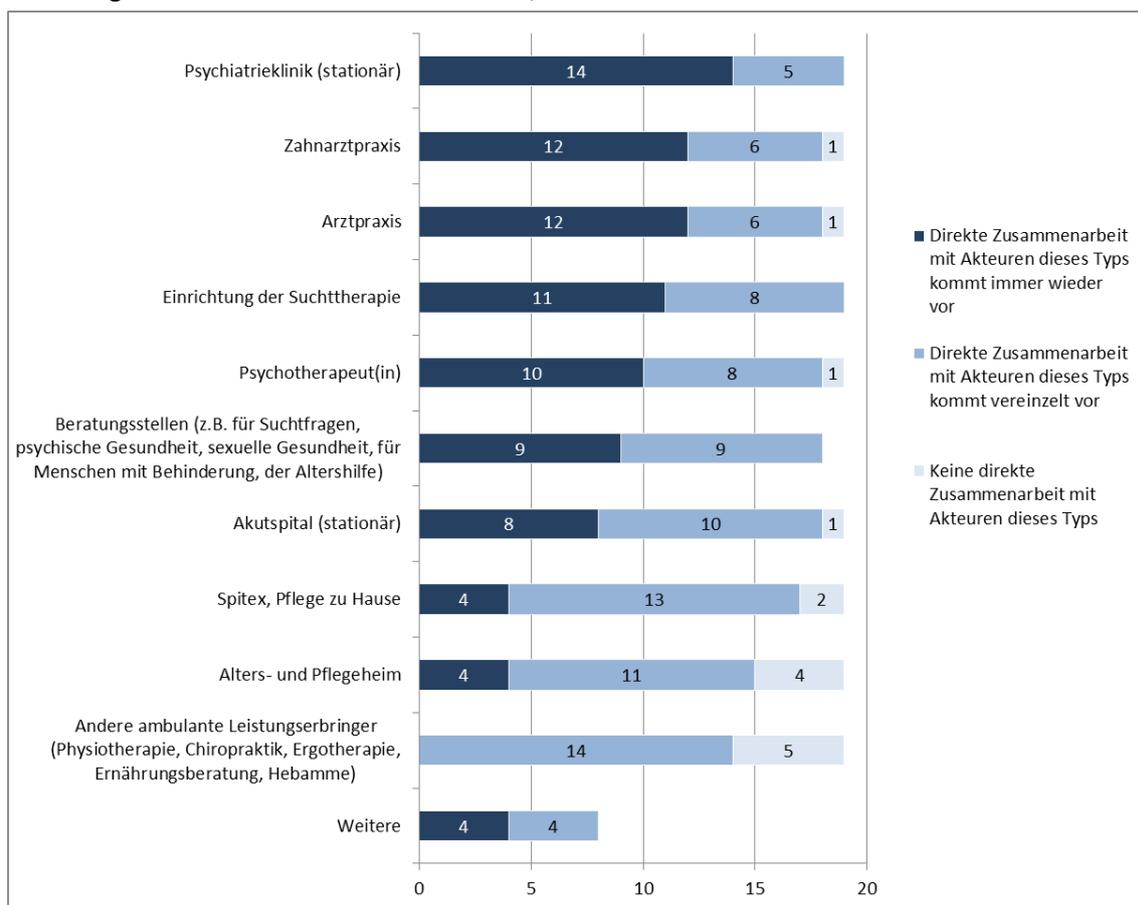
2.2.5 Kooperationspartner aus dem Gesundheitswesen

Abbildung 2-1 zeigt, mit welcher Art von Akteuren des Gesundheitswesens die befragten Sozialdienste in welcher Intensität direkt zusammenarbeiten. Dabei zeigen sich graduelle Unterschiede. Die häufigsten Kooperationspartner sind Psychiatrieklinken, gefolgt von Zahnarzt- und Arztpraxen, Einrichtungen der Suchttherapie, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, diversen Beratungsstellen und Akutspitalern. Direkte Zusammenarbeit mit der Spitex und Alters- und Pflegeheimen ist seltener.

¹¹ In einem Fall (in dieser Zahl nicht mehr enthalten) hat die Zuständigkeit für die Betreuung von Asylsuchenden, vorläufig Aufgenommenen und Flüchtlingen ab dem 1. Januar 2020 vom Sozialdienst zum Kanton gewechselt.

Als weitere Akteure aus dem Gesundheitswesen, mit denen eine Zusammenarbeit immer wieder vorkommt, werden eine kantonale Koordinationsstelle im Pflegebereich, Krankenkversicherer, eine Sozialversicherungsfachstelle und der Spitalsozialdienst genannt. Vereinzelte Zusammenarbeit erfolgt weiter mit einem Vertrauensarzt, einem Vertrauenspsychiater, einem Vertrauenszahnarzt¹² und der Psychiatriespitex.

Abbildung 2-1: Akteure des Gesundheitswesens, mit denen Sozialdienste zusammenarbeiten



Frage 12 Online-Fragebogen, Antworten von 19 Sozialdiensten.

In der Online-Befragung haben die Sozialdienste ihre drei wichtigsten konkreten Kooperationspartner in Bezug auf die Gesundheitsversorgung von Klientinnen und Klienten angegeben. Tabelle 2-6 stellt diese nach verschiedenen Typen geordnet dar.

¹² Vertrauensärztinnen und –ärzte sind in der Regel zuhause bzw. im Auftrag der Sozialdienste gutachterlich tätig. Einige befragte Sozialdienste nahmen sie auch als Akteure des Gesundheitswesens wahr und gaben sie entsprechend als wichtige Kooperationspartner an.

Tabelle 2-6: Wichtigste Kooperationspartner für Sozialdienste

Welche Leistungserbringer des Gesundheitswesens sind für Ihren Sozialdienst die drei wichtigsten Kooperationspartner in Bezug auf die Gesundheitsversorgung von Klientinnen und Klienten?	Anzahl Nennungen
Ärztinnen/Ärzte	13
Stationäre Einrichtungen <i>Psychiatrie/Psychologie (8), Sucht (1), Spital (1), Nicht zuordbar (1)</i>	11
Ambulante/stationäre Einrichtungen <i>Psychiatrie/Psychologie (6), Sucht (1)</i>	7
Ambulante Einrichtungen <i>Sucht (4), Psychiatrie/Psychologie (2), Poliklinik (1)</i>	6
Fachstellen <i>Sucht (3), Gesundheit (1), Familienhilfe (1), Sozialversicherung (1)</i>	6
Zahnärztinnen/Zahnärzte	5
Spitex	4
Vertrauensärztinnen/Vertrauensärzte	3
Krankenversicherung	2
Psychologinnen/Psychologen	1

Frage 13 Online-Fragebogen, Antworten von 19 Sozialdiensten. Bis auf eine Stelle, die bloss zwei Kooperationspartner angegeben hat, haben alle Sozialdienste drei Kooperationspartner genannt (56 Kooperationspartner). Zwei Kooperationspartner wurden zwei Kategorien zugeteilt (58 Nennungen). Gewisse Angaben bezogen sich auf mehrere Stellen oder waren nicht eindeutig zuzuordnen.

2.2.6 Ausgestaltung der Zusammenarbeit

Die Ausgestaltung der Zusammenarbeit mit Stellen aus dem Gesundheitswesen kann sich entlang verschiedener Dimensionen unterscheiden. Im Folgenden werden die von den Sozialdiensten angegebenen 56 wichtigsten Kooperationen (gemäss Tabelle 2-6) mit Akteuren aus dem Gesundheitswesen etwas vertieft betrachtet. Tabelle 2-7 schlüsselt sie nach Form, Inhalt, Grundlage und Regelung der Fallhoheit (vgl. hierzu auch Abschnitt 2.2.1) auf.

Tabelle 2-7: Ausgestaltung der Zusammenarbeit mit den drei wichtigsten Kooperationspartnern aus dem Gesundheitswesen

Form der Zusammenarbeit	Anzahl	Anteil
Weiterverweisung von Klientinnen und Klienten an Akteur bzw. Institution ohne direkten fallbezogenen Informationsaustausch	9	16%
Fallbezogener Informationsaustausch mit Akteur/Institution ohne Absprache über das Vorgehen im Unterstützungsprozess	20	36%
Gemeinsame Absprache über das Vorgehen im Unterstützungsprozess und fallbezogener Informationsaustausch	24	44%
Gemeinsame Fallbearbeitung innerhalb derselben Institution	2	4%
Inhalt der Zusammenarbeit		
Nur fallbezogene Zusammenarbeit	37	66%
Nur fallübergreifende Zusammenarbeit auf Organisationsebene	1	2%
Sowohl fallbezogene als auch fallunabhängige Zusammenarbeit	18	32%
Grundlage der Zusammenarbeit		
Formelle Abmachung/Vereinbarung zwischen beiden Organisationen	13	25%
Sozialdienstinterne Weisungen	4	8%
Keine Grundlage, individuelles Vorgehen von Fall zu Fall (ad hoc)	35	67%
Fallhoheit		
Fallhoheit meistens beim Sozialdienst	25	45%
Fallhoheit meistens bei Akteur des Gesundheitswesens	8	15%
Fallhoheit unterschiedlich	22	40%

Fragen 16-19 Online-Fragebogen, Antworten von 19 Sozialdiensten. Hinweis: Die Anzahl Nennungen bezieht sich auf die angegebenen Kooperationen mit Akteuren aus dem Gesundheitswesen, nicht auf die Anzahl antwortender Sozialdienste. Wegen teilweise fehlenden Angaben unterscheidet sich das Total der Anzahl Nennungen je nach Kategorie.

Bezüglich der Form der Zusammenarbeit fällt auf, dass die stärkste Form der Zusammenarbeit zwischen zwei Institutionen – gemeinsame Absprache über das Vorgehen im Unterstützungsprozess – unter den berichteten Kooperationen am häufigsten vorkommt.¹³ Aus Tabelle 2-7 geht hingegen auch deutlich hervor, dass zwei Drittel der erfassten Kooperationen nur fallbezogen erfolgen, nicht auch fallübergreifend, und ebenfalls zwei Drittel ad hoc stattfinden und nicht im Rahmen einer Weisung oder einer Zusammenarbeitsvereinbarung institutionalisiert sind.¹⁴ Sowohl fallbezogene als auch fallunabhängige Zusammenarbeit mit demselben Kooperationspartner findet sich unter den befragten Sozialdiensten prozentual häufiger in französisch- und italienischsprachigen Gemeinden (bei 59 Prozent der Kooperationen dieser Gemeinden) als in der Deutschschweiz (bei 20 Prozent der Ko-

¹³ Dies erklärt sich wohl damit, dass in der Erhebung die drei wichtigsten Kooperationen erfasst wurden und diese vermutlich auch enger ausfallen und intensiver gepflegt werden als weniger wichtige Kooperationen.

¹⁴ Die Studie von Hauri/Zürcher (2015: 67) zu Kooperationen von Sozialdiensten mit verschiedenen anderen Institutionen zeigte ein vergleichbares Ergebnis.

operationen dieser Gemeinden). Abschnitt 2.3 stellt Anschauungsbeispiele für unterschiedliche Zusammenarbeitsformen vor.

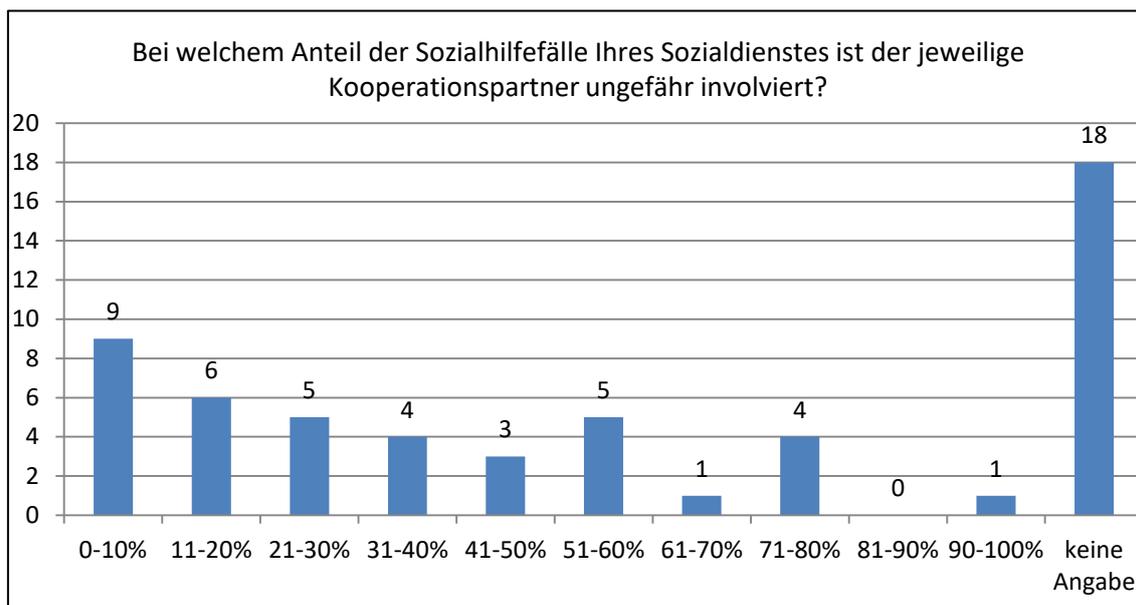
Als Grundlage der Zusammenarbeit haben die befragten Sozialdienste bei 13 der 56 wichtigsten Kooperationen eine formelle Abmachung oder Vereinbarung über die Zusammenarbeit abgeschlossen (vgl. hierzu Abschnitt 2.3.2), wobei dies am häufigsten bei Sozialdiensten in Gemeinden mit mehr als 100'000 Einwohnern vorkommt (7 dieser 13 Kooperationen) und häufiger in der Deutschschweiz als in der Westschweiz (11 dieser 13 Kooperationen). Als Partner solcher Vereinbarungen nannten die betreffenden Sozialdienste (in Klammer: Anzahl Nennungen) Einrichtung der Suchthilfe (3), psychiatrische Einrichtungen (2), Zahnarztpraxen oder –kliniken (2), Vertrauensärzte (2), die Spitex (1), Hausärztinnen/Hausärzte (1), Kliniken (1) und spezialisierte Ärztinnen/Ärzte (1). Acht dieser Kooperationen im Rahmen von Vereinbarungen beinhalten gemeinsame Absprachen über das Vorgehen im Unterstützungsprozess, vier fallbezogenen Informationsaustausch und eine Vereinbarung umfasst lediglich die Weitervermittlung von Klientinnen oder Klienten an die Partnerinstitution. Solche Abmachungen und Vereinbarungen enthalten u.a.

- gemeinsame Konzeptionen über Angebote und Ziele (inkl. organisatorische, rechtliche und finanzielle Aspekte)
- Abmachungen über Leistungen, die erbracht werden
- Klärungen über Rolle und Verhältnis der Kooperationspartner

Der Grad der Verbindlichkeit und Formalität solcher Abmachungen und Vereinbarungen ist sehr unterschiedlich (z.B. schriftlich oder mündlich, interne Weisung oder Zusammenarbeitsvertrag).

Fast alle der genannten Kooperationen (95 Prozent) sind auf das Ziel ausgerichtet, den Gesundheitszustand der Sozialhilfebeziehenden zu verbessern. Dies scheint naheliegend, da ein guter Gesundheitszustand eine Grundvoraussetzung für die Integration darstellt. 75 Prozent der Kooperationen verfolgen auch das Ziel der sozialen Integration der Sozialhilfebeziehenden. Etwas weniger wichtig ist im Vergleich dazu das Ziel der beruflichen Integration. Lediglich knapp die Hälfte dieser Kooperationen ist (auch) auf dieses Ziel ausgerichtet. Dabei handelt es sich vor allem um Kooperationen mit Ärztinnen und Ärzten. In der Zusammenarbeit mit Zahnärztinnen und Zahnärzten oder mit der Spitex ist das Ziel der beruflichen Integration weniger bedeutend.

Abbildung 2-2: Häufigkeit des Einbezugs von Kooperationspartnern



Frage 15 Online-Befragung, Antworten von 19 Sozialdiensten. Hinweis: Die Anzahl Nennungen bezieht sich auf die angegebenen Kooperationen mit Akteuren aus dem Gesundheitswesen, nicht auf die Anzahl antwortender Sozialdienste.

Abbildung 2-2 zeigt, bei welchen Anteilen der Sozialhilfefälle der befragten Sozialdienste die drei wichtigsten Kooperationspartner ungefähr involviert sind. Bei 18 der 56 Kooperationspartner (rund 33 Prozent) konnten die Sozialdienste hierzu keine Angabe machen, was die Interpretation der Daten erschwert.¹⁵ Die Abbildung lässt immerhin darauf schliessen, dass die Zusammenarbeit mit Akteuren des Gesundheitswesens nicht nur wichtig ist, wenn diese bei einem eher grossen Anteil ihrer Klientinnen und Klienten zum Tragen kommt, sondern auch bei eher wenigen Fällen. Bei differenzierter Analyse der vorliegenden Antworten zeigt sich, dass ambulante und stationäre Einrichtungen (z.B. in den Bereichen Psychiatrie oder Sucht) und Fachstellen häufiger bei eher tiefen Anteilen der Sozialhilfefälle involviert sind.

2.3 Anschauungsbeispiele für die Zusammenarbeit zwischen Sozialdienst und Akteuren des Gesundheitswesens

Die folgenden Anschauungsbeispiele illustrieren verschiedene Formen der Zusammenarbeit zwischen Sozialdiensten und Akteuren des Gesundheitswesens. Sie stützen sich auf Interviewaussagen und teilweise ergänzende schriftliche Unterlagen.

¹⁵ Bei den meisten Auskunftspersonen handelt es sich um die Leiterinnen oder Leiter der betrachteten Sozialdienste, die wenig in die konkrete Fallarbeit involviert sind. Zu den Kooperationen werden auch keine Statistiken geführt.

2.3.1 Fallbesprechungen mit Partnerorganisationen

Anschauungsbeispiel 1: Fallcoaching mit Sozialdienst einer Psychiatrieklinik

Ein Sozialdienst hat gemeinsam mit dem Sozialdienst eines universitären psychiatrischen Dienstes ein Pilotprojekt lanciert. Dieses ermöglicht es den Sozialarbeitenden der Gemeinde, bei schwierigen Fällen ein Fallcoaching in Anspruch zu nehmen und vom gesundheitlichen Fachwissen der Kooperationspartner zu profitieren. Bei der Anmeldung wird die Fallsituation kurz beschrieben und eine konkrete Frage formuliert, die im Coaching behandelt werden soll. In einem telefonischen Coaching (Dauer ca. 50 Minuten) werden u.a. gemeinsam Lösungswege für den vorliegenden Fall entwickelt, konkrete Ziele und weitere Schritte besprochen. Hilfreich dabei ist, dass auf beiden Seiten Sozialarbeitende sitzen, die denselben professionellen Hintergrund aufweisen und eine gemeinsame Sprache sprechen.

Anschauungsbeispiel 2: Pilotprojekt mit der IV

In einem Sozialdienst besteht ein Pilotprojekt, in dem ein Teamleiter der IV Stelle einmal pro Woche für eine Sprechstunde in den Sozialdienst kommt, was den Sozialarbeitern eine Vorbesprechung von Fällen ermöglicht. Sozialarbeitende können in einem solchen Gespräch z.B. eine Einschätzung einholen, ob es sich lohnt, einen Fall bei der IV anzumelden, was insbesondere bei psychischen Auffälligkeiten mit unklarer Ursache oft schwierig zu beurteilen ist. Das Ziel dieses Projektes ist es, dass lediglich Personen bei der IV angemeldet werden, bei denen eine Aussicht auf IV-Leistungen besteht.

2.3.2 Zusammenarbeitsvereinbarungen mit Akteuren des Gesundheitswesens

Anschauungsbeispiel 3: Zusammenarbeitsvereinbarung mit Suchthilfeinstitution

Ein Sozialdienst verfügt über einen Zusammenarbeitsvertrag mit einer Suchthilfeinstitution, die sich um die Platzierung von Personen und Angebote im Suchtbereich kümmert. Der Vertrag regelt u.a. die Konditionen (Kosten, Aufenthaltsdauer) der Therapieaufenthalte von Klientinnen und Klienten, sieht aber auch regelmässige Standortsitzungen vor.

Verschiedene weitere Sozialdienste haben mit unterschiedlichen Partnerinstitutionen solche Vereinbarungen abgeschlossen.

Anschauungsbeispiel 4: Zusammenarbeitsvereinbarungen auf überkommunaler Ebene

Eine Untergruppe der Konferenz der kommunalen Sozialdienste eines Kantons hat mit verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens (Suchthilfeeinrichtungen, ambulante Psychiatrie) Vereinbarungen abgeschlossen, die alle Sozialdienste im Kanton einschliessen. Die Vereinbarungen definieren eine gemeinsame Konzeption für Angebote, die Ziele der Kooperation, das Verhältnis und die Rollen der Partner. Sie regeln organisatorische, rechtliche, finanzielle Aspekte, z.B. wer sich zu welchem Zeitpunkt melden kann, die Auftragserteilung, die Kostengutsprache, die Zuständigkeiten für Case Management, Leistungen und Sachhilfe oder den Informationstransfer bei Fallabschluss. Sie sehen auch Standortgespräche zwischen den Kooperationspartnern vor.

2.3.3 Integrierte Versorgung unter einem institutionellen Dach

Anschauungsbeispiel 5: Integrierte Suchthilfe Winterthur

Die **Integrierte Suchthilfe Winterthur (ISW)**¹⁶ ist ein Kooperationsangebot der Stadt Winterthur (Abteilung Prävention und Suchthilfe der Sozialen Dienste) und der vom Kanton Zürich betriebenen Integrierten Psychiatrie Winterthur (IPW). Sie wird von einer Co-Leitung mit Vertretungen beider Trägerinstitutionen geführt. Ihr Angebot umfasst u.a. die Beratung und Behandlung von Menschen mit Problemen im Zusammenhang mit Substanzkonsum oder Verhaltensabhängigkeiten und ist Teil eines interdisziplinären, auf eine ganzheitliche Beratung der Klientinnen und Klienten ausgerichteten Netzwerks verschiedener Stellen und Angebote. Sozialhilfebeziehende Personen mit einer Abhängigkeitsproblematik werden von der Sozialberatung an die ISW verwiesen, welche die weiteren Massnahmen koordiniert. Die städtische Fach- und Beratungsstelle erbringt psychosoziale Leistungen wie Frühintervention und Beratung (durch die Gemeinde finanziert), das psychiatrische Ambulatorium der IPW medizinische Behandlungsleistungen (durch die Krankenversicherung finanziert).

2.3.4 Koordination durch sozialdienstinternes Gesundheitsfachpersonal

Anschauungsbeispiel 6: Gesundheitsfachpersonen im Sozialdienst

In einem Sozialdienst sind zwei Gesundheitsfachpersonen (insgesamt 100% Stellenprozente) angestellt, welche sich der Koordination und Vernetzung zwischen den Sozialarbeitenden in der Sozialhilfe und Akteuren aus dem Gesundheitswesen annehmen.

2.3.5 Regelmässige fallunabhängige Austauschtreffen

Anschauungsbeispiel 7: Austauschtreffen zur Entwicklung eines gegenseitigen Verständnisses

Zwei städtische Sozialdienste halten regelmässig (1x bzw. 2-3x pro Jahr) Austauschtreffen mit dem Sozialdienst eines psychiatrischen Zentrums ab, damit die beiden Institutionen ein Verständnis für die jeweils andere Perspektive entwickeln können bzw. um Zuständigkeiten zu klären und klare Abläufe zu definieren.

Anschauungsbeispiel 8: Gemeinsame Teamsitzungen und Weiterbildungen

Ein Sozialdienst geht proaktiv auf andere Institutionen zu und lädt diese an Teamsitzungen ein oder engagiert Fachpersonen für Referate an gemeinsamen Weiterbildungsveranstaltungen, z.B. zum Thema Sucht.

¹⁶ Da das hier beschriebene Modell klar als dasjenige der ISW identifizierbar ist und Informationen dazu öffentlich zugänglich sind, wurde auf eine Anonymisierung des Anschauungsbeispiels verzichtet.

2.4 Datenschutz- und Finanzierungsfragen

2.4.1 Datenaustausch und Datenschutz

Sozialdienste und ihre wichtigsten Kooperationspartner aus dem Gesundheitswesen tauschen meist gegenseitig Daten aus. Dies ist in 42 (76 Prozent) der genannten Kooperationen der Fall. Ein einseitiger Datenaustausch ist hingegen vergleichsweise selten. In 10 (18 Prozent) der Kooperationen fliessen nur Daten vom Akteur des Gesundheitswesens an den Sozialdienst, die umgekehrte Konstellation – Daten fliessen nur vom Sozialdienst an den Akteur des Gesundheitswesens – findet sich nur in 3 (5 Prozent) der Kooperationen.

Beim Datenaustausch geht es zumeist um fallrelevante Informationen (z.B. Arztzeugnisse, Behandlungsberichte, Prognosen), die der Sozialdienst benötigt, um seinen Auftrag zu erfüllen. So können Arztberichte dabei helfen, die Integrationsfähigkeit der Sozialhilfebeziehenden abzuschätzen oder eine allfällige Anmeldung bei der IV zu erwägen. Zudem kann es auch zu einer gemeinsamen Behandlungsplanung kommen (z.B. über Austritt nach einem stationären Aufenthalt). Neben den für die Fallbearbeitung relevanten Informationen tauschen Sozialdienste und Akteure aus dem Gesundheitswesen auch administrative Daten aus (z.B. Kostenvoranschläge, Rechnungen, Vollmachten).

Beim Austausch von Daten mit Akteuren aus dem Gesundheitswesen stellt sich die Frage des Umgangs mit vertraulichen Daten.. Hierzu holen 14 der befragten Sozialdienste (78 Prozent) standardmässig eine Schweigepflichtentbindung bei den Sozialhilfebeziehenden ein. Vier Sozialdienste holen sich eine mündliche Zustimmung der Sozialhilfebeziehenden und lassen eine entsprechende Aktennotiz teilweise auch noch durch die Sozialhilfebeziehenden unterschreiben. Einige Sozialdienste wiesen darauf hin, dass die behördlichen Informatiksysteme bezüglich technischer Datenschutzvorkehrungen bei der Datenübermittlung lückenhaft und optimierungsbedürftig seien. Teilweise seien in der Verwaltung Prozesse in Gang, um dies zu ändern.

Wie der Datenaustausch mit den Kooperationspartnern aus dem Gesundheitswesen erfolgt, kann je nach Akteur variieren. Jeweils acht Sozialdienste gaben an, dass sie mit allen Akteuren die gleiche bzw. eine unterschiedliche Vorgehensweise haben. Ein Sozialdienst hat angegeben, dass die Vorgehensweise aufgrund der Situation abweichen kann. So kann es z.B. in einem akuten Fall vorkommen, dass Informationen ohne eine Schweigepflichtentbindung ausgetauscht werden.

Im Zusammenhang mit dem Datenaustausch sind die befragten Sozialdienste mit gewissen Schwierigkeiten konfrontiert. Im Kontakt mit Klientinnen und Klienten kommt es gemäss Aussage von sieben Sozialdiensten teilweise vor, dass Sozialhilfebeziehende das Unterzeichnen der Schweigepflichtentbindung verweigern. Dies kann z.B. bei Personen vorkommen, die eine mögliche psychische Erkrankung haben, aber keine Krankheitseinsicht zeigen. Hier handelt es sich jedoch eher um Ausnahmen. Wiederum sieben Sozialdienste berichten davon, dass der Datenaustausch je nach Kooperationspartner aus dem Gesund-

heitswesen erschwert sein kann. So werden z.B. höhere technische Anforderungen an die Datenübermittlung gestellt, oder es müssen wiederholt Schweigepflichtentbindungen und Vollmachten abgegeben werden, während bei anderen Akteuren eine einmalige Schweigepflichtentbindung ausreicht. Ein Sozialdienst hat die Herausforderung genannt, dass Institutionen oder Personen manchmal Fragen stellen, die der Sozialdienst aufgrund des Datenschutzes nicht beantworten darf (z.B. Sozialkommission, die Auskunft über Krankheit eines Klienten oder einer Klientin möchte). Zwei Sozialdienste gaben an, keine Schwierigkeiten beim Datenaustausch zu haben.

2.4.2 Finanzierung der Zusammenarbeitsmodelle

Bei 36 der 56 wichtigsten Kooperationen werden die gesundheitsbezogenen Kosten mindestens teilweise durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) gedeckt. Der Sozialdienst übernimmt die Prämie der Grundversicherung, den Selbstbehalt und die Franchise sowie gewisse Kosten, die nicht durch die Grundversicherung gedeckt sind (vgl. Abschnitt 2.4.3). In sechs der wichtigsten Kooperationen mit Akteuren aus dem Gesundheitswesen übernimmt der Sozialdienst die anfallenden Kosten.¹⁷ Mit Blick auf die involvierten Kooperationspartner (drei Vertrauensärztinnen und –ärzte¹⁸, zwei Zahnarztpraxen und eine Fachstelle) ist davon auszugehen, dass es sich hier um Kosten für nicht OKP-pflichtige Leistungen handelt. In ebenfalls sechs Kooperationen findet sich eine gemischte Finanzierung, bei der die Kosten entweder klar aufgeteilt werden oder jede Institution die bei ihr anfallenden Kosten trägt. In fünf Kooperationen übernimmt eine andere Stelle als der Sozialdienst die Leistungen (z.B. der Kanton oder der Partner aus dem Gesundheitswesen).

2.4.3 Ungedeckte Kosten in der Gesundheitsversorgung

Bei der Gesundheitsversorgung von Klientinnen und Klienten stellt sich die Frage, wie Sozialdienste mit Kosten für Leistungen umgehen, die aus Sicht des Sozialdienstes angezeigt sind, aber weder von der Krankenversicherung noch von einer Sozialversicherung übernommen werden. Dabei handelt es sich typischerweise um Kosten für:

- Nicht kassenpflichtige Medikamente
- Diverse Sachleistungen (z.B. Schuheinlagen, Matratzen, Brillen etc.)
- Leistungen, die über die durch die OKP gedeckten Mengen hinausgehen (z.B. für Physiotherapie)

¹⁷ Bei gewissen Leistungen (z.B. Zahnbehandlungen) erfolgt dies nur auf Basis einer Kostengutsprache. Die konkrete Praxis unterscheidet sich je nach Sozialdienst.

¹⁸ Vertrauensärztinnen und –ärzte erbringen in der Regel keine medizinisch-therapeutischen Leistungen zulasten der OKP. Sie sind zuhause bzw. im Auftrag der Sozialdienste gutachterlich tätig und werden folglich von diesen entschädigt.

- Therapeuten, die nicht über die OKP abrechnen können (z.B. im Bereich Alternativmedizin)
- Haushaltshilfe
- Transporte

Die Sozialdienste wurden gebeten zu schätzen, bei welchem Anteil ihrer Klientinnen und Klienten eine solche Kostendeckungslücke im Laufe der letzten zwölf Monate vorgekommen ist. Fünf Sozialdienste schätzen, dass dies bei fünf Prozent oder weniger der Fall war, zehn nennen Anteile zwischen sechs und zehn Prozent, und drei Sozialdienste nennen Anteile von zwanzig bis dreissig Prozent. Ein Sozialdienst hat seine Angabe differenziert nach kleinen Ausgaben (z.B. nicht kassenpflichtige Medikamente), welche bei ca. dreissig Prozent der Sozialhilfebeziehenden entstehen und grösseren Ausgaben, welche bei fünf bis zehn Prozent der Klientinnen und Klienten entstehen. Ein Sozialdienst konnte keine Schätzung machen.

In den meisten derartigen Fällen gelingt es den Sozialdiensten, eine Finanzierungslösung zu finden (vgl. Tabelle 2-8). In der Regel sieht diese so aus, dass der Sozialdienst diese Kosten selbst trägt (z.B. über Situationsbedingte Leistungen (SIL)). Es gibt jedoch auch viele Sozialdienste (12), welche für gewisse Ausgaben Anträge bei Stiftungen und Fonds stellen. Einige Sozialdienste haben darauf verwiesen, dass sie dies vor allem dann tun, wenn es sich um grössere, einmalige Kosten handelt (z.B. ein Hörgerät oder ein spezielles Bett bei Rückenproblemen).

Tabelle 2-8: Lösung für die Finanzierung ungedeckter Kosten - Häufigkeit

In welchem Anteil der Fälle, bei denen eine Leistung des Gesundheitswesens aus Sicht des Sozialdienstes angezeigt war, diese aber weder von der Krankenversicherung oder einer Sozialversicherung finanziert wurde, gelingt es, eine Finanzierungslösung zu finden?	Anzahl Nennungen	Anteil
weniger als 25%	2	11%
26-50%	1	6%
51-75%	3	17%
76-100%	11	61%
weiss nicht	1	6%

Frage 18 Gesprächsleitfaden, Antworten von 18 Sozialdiensten.

Sechs der befragten Sozialdienste sehen keinen Handlungsbedarf bezüglich ungedeckter Gesundheitskosten. Gesundheitsleistungen, die ärztlich verschrieben und somit für die Sozialhilfebeziehenden notwendig sind, übernimmt der Sozialdienst, auch wenn sie nicht über die OKP oder eine Sozialversicherung gedeckt sind. Dieser Mechanismus funktioniert und es brauche somit keine neuen Finanzierungslösungen. Die restlichen Sozialdienste würden sich jedoch in gewissen Bereichen neue Finanzierungslösungen wünschen: Drei nannten gesundheitliche Hilfsmittel wie z.B. Hörgeräte. Solche Hilfsmittel können sehr

teuer sein, und andere Kostenträger finanzieren diese teilweise nur unzureichend. Sieben Sozialdienste verweisen auf verschiedene Therapieleistungen (z.B. Psychotherapie, Suchttherapie etc.). Insgesamt handelt es sich aber bei den genannten Beispielen nur um kleine Teilbereiche, und aufgrund der Antworten aus der Befragung ist nicht davon auszugehen, dass in der Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung von Sozialhilfebeziehenden schwerwiegende Lücken bestehen.

2.4.4 Ungedeckte Kooperationskosten auf Organisationsebene

In der Zusammenarbeit mit Stellen aus dem Gesundheitswesen entstehen den meisten befragten Sozialdiensten keine ungedeckten Kooperationskosten auf der Organisationsebene, da diese Kosten in die reguläre Fallarbeit integriert sind. Auf Kosten ausserhalb der Fallarbeit verweisen zwei Sozialdienste. Diese stehen in Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der eigenen Arbeit, z.B. über Pilotprojekte mit Stellen aus dem Gesundheitswesen. Weiter geben drei Sozialdienste an, dass ihnen durch den Beizug von externen Stellen (Dolmetschdienste, Rechtsberatung, Vertrauensarzt) ungedeckte Kosten entstehen.

2.5 Beurteilung der Zusammenarbeit

2.5.1 Überprüfung der Wirksamkeit

Nur drei der online befragten Sozialdienste geben an, die Wirksamkeit der Zusammenarbeit ihres Sozialdienstes mit Stellen aus dem Gesundheitswesen in irgendeiner Form zu überprüfen. Einer dieser Sozialdienste tut dies jeweils nach Abschluss von Kooperationsprojekten mittels Audits durch eine externe Firma. Bei den anderen beiden Sozialdiensten erfolgt die Überprüfung der Zusammenarbeit nicht formalisiert, sondern mittels eines Austauschs der gesammelten subjektiven Beobachtungen der Mitarbeitenden aus der Fall- und Netzwerkarbeit auf Mitarbeiter- und Leitungsebene.

2.5.2 Beurteilung der konkreten Kooperationen

Die überwiegende Mehrheit der in der Onlinebefragung berichteten Kooperationen mit den drei wichtigsten Partnern seitens des Gesundheitswesens bewährt sich aus Sicht der antwortenden Sozialdienste (je 44 Prozent „ja“ bzw. „eher ja“). Lediglich 13 Prozent der Kooperationen bewähren sich gemäss der Einschätzung der Sozialdienste eher nicht (Tabelle 2-9).

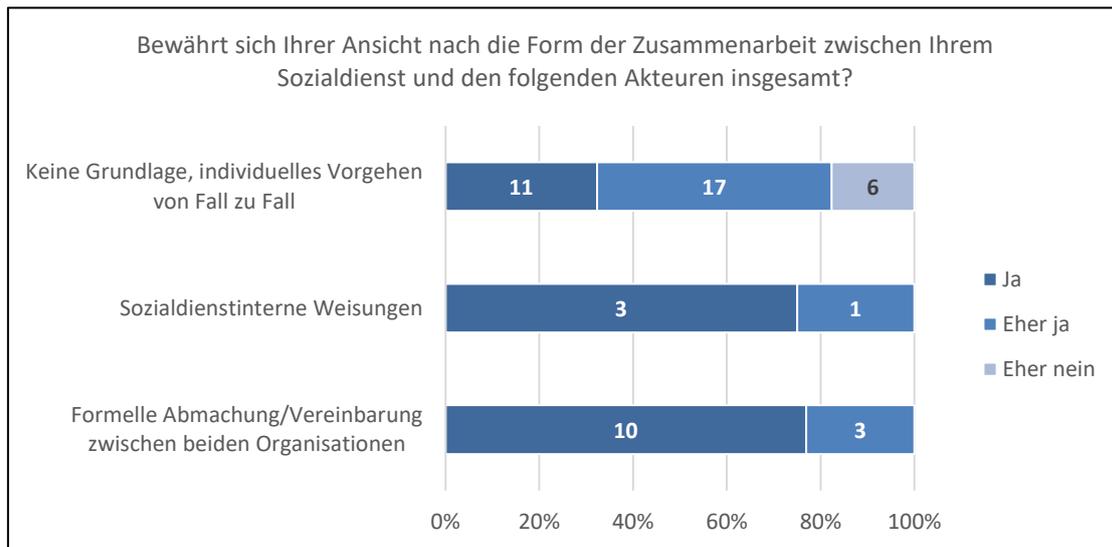
Tabelle 2-9: Beurteilung der Form der Zusammenarbeit

Bewährt sich Ihrer Ansicht nach die Form der Zusammenarbeit zwischen Ihrem Sozialdienst und den folgenden Akteuren insgesamt?	Anzahl Nennungen	Anteil
Ja	24	44%
Eher ja	24	44%
Eher nein	7	13%
Nein	0	0%

Frage 21 Online-Fragebogen, Antworten von 19 Sozialdiensten. Hinweis: Die Anzahl Nennungen bezieht sich auf die angegebenen Kooperationen mit Akteuren aus dem Gesundheitswesen, nicht auf die Anzahl antwortender Sozialdienste.

In Abbildung 2-3 sind die Antworten zur Beurteilung der Zusammenarbeit nach deren Form – soweit diese Information dazu vorliegt – aufgeschlüsselt. Es zeigt sich, dass die Beurteilung von Kooperationen, die auf formellen Vereinbarungen oder auf sozialdienstinternen Weisungen beruhen, tendenziell etwas besser ausfällt als bei Kooperationen, die ad hoc, von Fall zu Fall erfolgen. Die wenigen negativen Bewertungen betreffen ausschliesslich solche ad hoc-Kooperationen.

Abbildung 2-3: Zusammenhang zwischen Grundlagen der Zusammenarbeit und der Beurteilung



Fragen 18 und 21 Online-Fragebogen, Antworten von 19 Sozialdiensten (Mehrfachnennungen möglich). Hinweis: Die Anzahl Nennungen bezieht sich auf die angegebenen Kooperationen mit Akteuren aus dem Gesundheitswesen, nicht auf die Anzahl antwortender Sozialdienste.

In der Einschätzung der antwortenden Sozialdienste funktioniert die Zusammenarbeit vor allem mit stationären Einrichtungen, mit Ärztinnen/Ärzten, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und Psychologinnen/Psychologen sowie mit Spitex-Einrichtungen sehr gut (vgl. Tabelle 2-10). Es handelt sich dabei auch um die Typen von Leistungserbringern des Gesundheitswesens, mit denen Sozialdiensten am häufigsten zusammenarbeiten.

Tabelle 2-10: Akteure, mit denen die Zusammenarbeit sehr gut funktioniert

Gibt es Akteure/Institutionen aus dem Gesundheitswesen, mit denen die Zusammenarbeit aus Ihrer Sicht sehr gut funktioniert? Welche? Wieso – was funktioniert besonders gut?	Anzahl Nennungen
Stationäre Einrichtungen	10
Ärztinnen/Ärzte; Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten; Psychologinnen/Psychologen	9
Spitex	7
Fachstellen	4
Vertrauenszahnärztinnen/Vertrauensärzte	4

Frage 9 Gesprächsleitfaden, Antworten von 18 Sozialdiensten (Mehrfachnennungen möglich).

Hauptgründe für eine gute Beurteilung der Zusammenarbeit sind regelmässiger Austausch und persönlicher Kontakt (13 Nennungen). Drei Sozialdienste konkretisieren, dass räumliche Nähe zwischen den kooperierenden Institutionen den regelmässigen Austausch begünstigt. Als weitere Gründe für eine gut funktionierende Zusammenarbeit werden Ziel- und Zusammenarbeitsvereinbarungen (5 Nennungen) sowie seitens der Akteure des Gesundheitswesens eine Betriebskultur, welche die Bereitschaft zur interinstitutionellen Kooperation fördert, genannt (3 Nennungen).

Den Nutzen der Zusammenarbeit sehen die interviewten Sozialdienste insbesondere in einer effizienteren Fallbearbeitung dank gesichertem Informationstransfer, (14 Nennungen), in einem dem Gesundheitszustand der Klientel angepassten Integrationsprozess (6 Nennungen) und in der Förderung des Wohls der Klientel (4 Nennungen).

2.6 Ausblick und Optimierungsmöglichkeiten

2.6.1 Verbesserungsbedarf, Lücken und Versuche engerer Zusammenarbeit

Verbesserungspotenzial in der Zusammenarbeit besteht laut den interviewten Sozialdiensten vorwiegend im Hinblick auf einen formalisierten Austausch und eine engere Kooperation mit den Akteuren aus dem Gesundheitswesen (8 Nennungen). Fünf Sozialdienste sprechen sich für die Förderung einer Kooperationskultur bei den Akteuren des Gesundheitswesens aus und damit einhergehend für die Sensibilisierung für den Auftrag und die Aufgabenbereiche der Sozialdienste. Optimierungsbedarf sehen drei Sozialdienste im Hinblick auf Arztzeugnisse und Datenschutzregelungen: Detailliertere Angaben in den Arztzeugnissen würden es den Sozialdiensten erlauben, die Aufgaben, welche die Klientinnen und Klienten trotz Krankschreibung noch ausführen können, zu identifizieren und damit den Integrationsprozess unterstützen.

Auf die Frage, mit welchen Akteuren des Gesundheitswesens eine Zusammenarbeit fehlt, geben neun Sozialdienste an, sie wünschten sich eine engere Zusammenarbeit mit Ärztin-

nen/Ärzten und Psychiaterinnen/Psychiatern – darunter auch fünf, die die bestehende Zusammenarbeit mit spezifischen solchen Medizinalpersonen bereits als sehr gut bewerten. Dies zeigt, dass die Kooperation sehr personenabhängig ist. Für vier Sozialdienste fehlt eine Zusammenarbeit mit stationären Einrichtungen, für zwei Sozialdienste eine mit der IV. Zwei weitere Sozialdienste sehen Handlungsbedarf in der Erweiterung von psychosozialen Angeboten wie bspw. der Psychiatriespitex.

Tabelle 2-11 fasst zusammen, in welcher Hinsicht die antwortenden Sozialdienste Potenzial für eine engere oder formal stärker institutionalisierte Zusammenarbeit mit Akteuren des Gesundheitswesens sehen.

Tabelle 2-11: Verbesserungsbedarf für eine bessere Zusammenarbeit

In was für Situationen oder bei was für Ereignissen wäre eine engere oder formal stärker institutionalisierte Zusammenarbeit mit Akteuren des Gesundheitswesens wichtig?	Anzahl Nennungen
Verbesserte Koordination/Austausch Akteuren aus dem Gesundheitswesen, insbesondere mit Ärztinnen und Ärzten	9
Bessere Koordination bei Ein- und Austritten in stationären Einrichtungen	3
Förderung der Zusammenarbeitskultur / Anerkennung der Interprofessionalität	3
Erweiterung der Interventionskette durch niederschwelliges, der KESB vorgelagertes Unterstützungsangebot	1

Frage 21 Gesprächsleitfaden, Antworten von 16 Sozialdiensten (Mehrfachnennungen möglich).

Für die meisten Sozialdienste (9) besteht insbesondere bei der Koordination und beim Austausch mit Akteuren aus dem Gesundheitsbereich (v.a. mit Ärztinnen/Ärzten) Optimierungsbedarf. Konkret sollten Ärztinnen/Ärzte besser erreichbar sein, das Angebot an interdisziplinären Fallbesprechungen erweitert und die Vermittlung von Patientinnen und Patienten an die Sozialdienste verbessert werden. Für drei Sozialdienste sollten hingegen die Koordination und der Informationsfluss mit stationären Einrichtungen bei Ein- und Austritten von Klientinnen und Klienten optimiert werden. Drei Sozialdienste sehen Handlungsbedarf bezüglich einer Förderung der Zusammenarbeit und Anerkennung der Interprofessionalität. Letztere sei teilweise aufgrund unterschiedlicher gesetzlicher Rahmenbedingungen oder mangelnder Kenntnis über den Aufgabenbereich der Sozialdienste nicht immer gewährleistet. Ein Sozialdienst vermisst ein niederschwelliges Angebot einer Gesundheitseinrichtung die vor einem allfälligen Einschreiten der Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) mit Klientinnen oder Klienten arbeiten und gegebenenfalls auf eine Therapie oder einen Klinikaufenthalt hinwirken kann.

Sieben der befragten Sozialdienste haben bereits Versuche einer engeren Zusammenarbeit mit Stellen aus dem Gesundheitswesen unternommen. Dabei stand insbesondere die Förderung des Austausches mit Ärztinnen und Ärzten oder psychiatrischen Einrichtungen im Fokus. Dank einem regelmässigen Austausch können so Zuständigkeits- und Rollenfragen geklärt und die Zusammenarbeitskultur gefördert werden. Umgekehrt geben sieben Sozialdienste an, dass Ärzte bzw. Ärztinnen und psychiatrische Einrichtungen ihnen eine engere

Zusammenarbeit vorgeschlagen hätten. So haben bspw. verschiedene universitäre psychiatrische Kliniken Austauschgefässe wie runde Tische initiiert. Weitere Akteure aus dem Gesundheitsbereich, die Sozialdiensten eine engere Kooperation vorschlugen, waren Fachstellen oder Zahnärzte und -ärztinnen. Die Resultate dieser Zusammenarbeitsversuche spiegeln sich in einzelnen Pilotprojekten, die von Strategiepapieren zum Thema Gesundheit für den Sozialdienst bis hin zu Zusammenarbeitsmodellen mit Ärztinnen und Ärzten, die bspw. Gutachten für die Sozialdienste erstellen, reichen und der Förderung der Kooperationskultur dienen.

2.6.4 Förderliche und hinderliche Faktoren der Zusammenarbeit

Aus den Interviewaussagen lässt sich eine Reihe von Faktoren ableiten, die aus der Sicht der Gesprächspartnerinnen und -partner die Zusammenarbeit von Sozialdiensten mit Akteuren des Gesundheitswesens förderlich oder hinderlich beeinflussen.¹⁹ Die genannten förderlichen Faktoren sind in Tabelle 2-12 thematisch gruppiert zusammengestellt.

Tabelle 2-12: Förderliche Faktoren

Was sind Ihrer Ansicht nach förderliche (und hinderliche) Faktoren in der Zusammenarbeit mit Stellen aus dem Gesundheitswesen?	Anzahl Nennungen
Bestehende Beziehung, Vertrautheit und gemeinsame Bezugssysteme zwischen Organisationen und Personen	12
Offenheit von Organisationen und Personen zu Dialog und Zusammenarbeit	7
Umfeldfaktoren	7
Institutionalisierung der Zusammenarbeit	5

Frage 21 Gesprächsleitfaden, Antworten von 18 Sozialdiensten (Mehrfachnennungen möglich).

Eine erste Gruppe von Faktoren umfasst Aspekte von **bestehenden Beziehungen, Vertrautheit und gemeinsamen Bezugssystemen zwischen Organisationen und Personen** (12 Nennungen). Darunter fallen Faktoren wie institutionalisierter Austausch in Form von regelmässigen gemeinsamen Sitzungen oder informellem Austausch, persönliche Bekanntschaften, ein gemeinsames Verständnis für Sachfragen und für die andere Profession, eine gemeinsame Sprache, die gemeinsame Definition von Situationen oder gute Erfahrungen mit Zusammenarbeit, welche weitere Kooperationen begünstigen. Eine zweite Gruppe von Faktoren bezieht sich auf die **Offenheit der einzelnen Organisationen und Personen zu Dialog und Zusammenarbeit** (7 Nennungen). Eine dritte Gruppe betrifft diverse **Umfeldfaktoren** (7 Nennungen), die Zusammenarbeit begünstigen können. Diese umfasst Kleinräumigkeit bzw. geographische Nähe, ein kantonalisiertes Sozialwesen, politischen

¹⁹ Hauri/Zürcher (2015 60-66) ermittelten in ihrer Studie zur Kooperation zwischen Sozialdiensten und anderen Institutionen der sozialen Grundversorgung ähnliche Faktoren.

Willen zur Zusammenarbeit auf Stufe Departements- bzw. Amtsleitungen, Finanzierungslösungen und Zeit. Eine vierte Gruppe versammelt verschiedene Aspekte der **Institutionalisierung der Zusammenarbeit** (5 Nennungen). Hierunter fallen die Klärung von Rollen, klar bezeichnete Ansprechpersonen, schriftliche Vereinbarungen (wo sinnvoll) und ein institutionalisierter Rahmen (z.B. IIZ-Setting) bzw. eine Grundlage, welche die Zusammenarbeit vorsieht oder begünstigt.

Tabelle 2-13: Hinderliche Faktoren

Was sind Ihrer Ansicht nach (förderliche und) hinderliche Faktoren in der Zusammenarbeit mit Stellen aus dem Gesundheitswesen?	Anzahl Nennungen
Fehlende Zusammenarbeitskultur	13
Finanzierungshürden	7
Fehlende Zeit für Zusammenarbeit	5
Fluktuation oder schlechte Erreichbarkeit von Ansprechpersonen	4
Datenschutzhürden	3
Institutionelle Grenzen auf politisch-strategischer Ebene	1

Frage 21 Gesprächsleitfaden, Antworten von 18 Sozialdiensten (Mehrfachnennungen möglich).

Tabelle 2-13 fasst die genannten hinderlichen Faktoren zusammen. Am häufigsten (13 Nennungen) wurden Aspekte einer **fehlenden Zusammenarbeitskultur** (Personen und Organisationen) angesprochen. Darunter fallen z.B. Beharren auf fachspezifischer Perspektive, das Fehlen von Kooperationsbereitschaft oder Lösungsorientierung („Verstecken hinter Arztgeheimnis und Datenschutz“, „Formalismus“), fehlende gemeinsame Strategien und Ziele, unterschiedliche Perspektiven sowie fehlendes Verständnis für die Anliegen des Kooperationspartners mangels Kenntnis von dessen Auftrag und Ziele. **Finanzierungshürden** nannten sieben Sozialdienste als hinderlich, so z.B. die mangelnde finanzielle Entschädigung von Ärztinnen und Ärzten für Netzwerkarbeit, mangelnde Flexibilität für fall-spezifische Lösungen aufgrund von Tarifsystemen (Fallpauschalen, TARMED) oder ökonomische Vorgaben des Kantons. Fünf Sozialdienste identifizierten **Zeitmangel** als hinderlichen Faktor. Vier Sozialdienste erachteten **Fluktuation oder schlechte Erreichbarkeit von Ansprechpersonen** in Gesundheitseinrichtungen als hinderlich für die Zusammenarbeit. Ärztinnen oder Ärzte seien oft schwer erreichbar. Wenn kein direkter Austausch möglich sei, erschwere das die Zusammenarbeit. Drei Sozialdienste erwähnten **Datenschutz-hürden**, und ein Sozialdienst verwies auf **institutionelle Grenzen**. Im Kanton seien unterschiedliche Departemente für die Sozialhilfe und das Gesundheitswesen zuständig, und der Austausch zwischen den jeweiligen Verantwortlichen sei mangelhaft.

3 Kurzfazit

Die vorliegende Studie hat unterschiedliche Modelle der Zusammenarbeit zwischen Sozialhilfestellen und Akteuren aus dem Gesundheitswesen ermittelt, die darauf ausgerichtet sind, den Gesundheitszustand von Sozialhilfebeziehenden zu verbessern. Psychische Erkrankungen und Gesundheitsbeschwerden, die keinen Sozialversicherungsanspruch begründen, die soziale und berufliche Integration jedoch erschweren, sind für die befragten Sozialdienste die grössten Herausforderungen in der Beratung von Klientinnen und Klienten mit gesundheitlichen Problemen. Dementsprechend arbeiten sie am häufigsten mit Psychiatriekliniken zusammen. Weitere wichtige Kooperationspartner sind Zahnarzt- und Arztpraxen, Einrichtungen der Suchttherapie, Psychotherapeutinnen oder -therapeuten sowie diverse Beratungsstellen und Akutspitäler. Insbesondere Sozialdienste in Gemeinden mit einer höheren Sozialhilfequote haben spezifische Vorgehensweisen für die Zusammenarbeit mit Akteuren aus dem Gesundheitsbereich entwickelt. Je nach Kooperationspartner unterscheiden sich die Ziele und Inhalte der definierten Vorgehensweisen stark voneinander. Bei den meisten der erfassten Kooperationen erfolgt die Zusammenarbeit allerdings fallbezogen und nicht fallübergreifend sowie ad hoc, nicht institutionalisiert. Zusammenarbeitsvereinbarungen bestehen vor allem mit grösseren Institutionen (Klinken, ambulante Einrichtungen, Beratungsstellen etc.), weniger mit Einzelpersonen wie z.B. Hausärztinnen oder Hausärzten, und tendenziell mit Akteuren, mit denen eher häufig eine Zusammenarbeit besteht.

Wie diverse Anschauungsbeispiele illustrieren, kann die Zusammenarbeit zwischen Sozialdiensten und Akteuren des Gesundheitswesens unterschiedliche Formen annehmen. Es lassen sich beispielsweise gemeinsame Fallbesprechungen, formelle Zusammenarbeitsvereinbarungen, integrierte Versorgung unter einem institutionellen Dach oder fallunabhängige Austauschtreffen unterscheiden. Es findet sich auch ein Sozialdienst, der Gesundheitsfachpersonen angestellt hat, die für die Koordination mit Stellen des Gesundheitswesens zuständig sind.

Den Hauptnutzen einer Zusammenarbeit sehen die befragten Sozialdienste in einer effizienteren Fallbearbeitung durch besseren Informationsaustausch. Tendenziell beurteilen die Sozialdienste Kooperationen, die auf formellen Vereinbarungen oder auf sozialdienstinternen Weisungen beruhen, etwas besser als solche, die ad hoc erfolgen. Die Zusammenarbeit zwischen Sozialdiensten und Akteuren aus dem Gesundheitswesen bewährt sich in der Regel besonders dann, wenn ein regelmässiger Austausch und persönliche Kontakte gepflegt werden und wenn eine kooperationsorientierte Grundhaltung besteht. Interesse für den Auftrag und Aufgabenbereich der jeweils anderen Institution und ausreichende zeitliche Ressourcen sind für die Zusammenarbeit von zentraler Bedeutung. Auch ein institutioneller Rahmen kann die Zusammenarbeit begünstigen.

Aus der Sicht der betrachteten Sozialdienste könnte eine engere Zusammenarbeit mit Ärztinnen/Ärzten, Psychiaterinnen/Psychiatern, mit stationären Einrichtungen oder Sozialversicherungen helfen, verschiedene Herausforderungen bei der Betreuung von Personen mit gesundheitlichen Problemen zu meistern. Wünschenswert wären beispielsweise eine bessere Koordination mit stationären Einrichtungen bei Ein- und Austritten von Klientinnen und Klienten, klarere Zuständigkeitsregelungen oder differenziertere Arztzeugnisse, die den Sozialdiensten bei der Definition von Integrationsmassnahmen mehr Handlungsspielraum geben. Mehr und bessere interprofessionelle und interinstitutionelle Zusammenarbeit erachten viele der betrachteten Sozialdienste deshalb als erstrebenswert.

Aus den Befragungsergebnissen lassen sich Faktoren ableiten, welche die Zusammenarbeit zwischen Sozialdiensten und Stellen aus dem Gesundheitswesen begünstigen oder hemmen. Die wichtigsten förderlichen Faktoren sind bestehende Beziehungen, Vertrautheit und gemeinsame Bezugssysteme zwischen Organisationen und Personen: Gemeinsame Sitzungen oder andere Austauschgefässe sowie persönliche Bekanntschaften helfen, die jeweils andere Profession zu verstehen, ein gemeinsames Verständnis für Sachfragen und von Situationen und eine gemeinsame Sprache zu entwickeln. Ein zweiter förderlicher Faktor ist Offenheit zu Dialog und Zusammenarbeit. Förderliche Umfeldfaktoren sind örtliche Nähe, ein kantonalisiertes Sozialwesen, politischer Wille zur Zusammenarbeit auf Stufe Departements- bzw. Amtsleitungen, Finanzierungslösungen und Zeit. Auch Institutionalisierungsschritte (Klärung von Rollen, Bezeichnung von Ansprechpersonen, schriftliche Vereinbarungen) oder ein institutionalisierter Rahmen als Grundlage können eine Zusammenarbeit fördern. Als häufigste hinderliche Faktoren lassen sich verschiedene Aspekte einer fehlenden Zusammenarbeitskultur identifizieren, z.B. Beharren auf fachspezifischer Perspektive, das Fehlen von Kooperationsbereitschaft oder Lösungsorientierung, fehlende gemeinsame Strategien und Ziele, unterschiedliche Perspektiven sowie fehlendes Verständnis für die Anliegen des Kooperationspartners. Andere hinderliche Faktoren sind Finanzierungshürden, Zeitmangel, Fluktuation oder schlechte Erreichbarkeit von Ansprechpersonen in Gesundheitseinrichtungen und Datenschutzhürden. Die Anschauungsbeispiele für verschiedene Zusammenarbeitsformen zeigen, dass sich solche hinderliche Faktoren überwinden lassen und sich die Kooperation zwischen Sozialdiensten und Stellen des Gesundheitswesens auf unterschiedliche Art und Weise erleichtern und fördern lässt.

Dokumente und Literatur

- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2017). Interprofessionalität im Gesundheitswesen. Beispiele aus der Berufspraxis. Bern: BAG.
- Hauri, Roland (2015). Wie soziale Dienste in der Sozialhilfe zusammenarbeiten. Eine soziale Netzwerkanalyse interinstitutioneller Kooperationsstrukturen. in Wüthrich, Bernadette; Amstutz, Jeremias und Fritze, Agnès (Hrsg.). Soziale Versorgung zukunftsfähig gestalten. Wiesbaden: Springer; 279-288.
- Hauri, Roland und Zürcher, Pascale (2015). Kooperationsformen im Bereich der sozialen Grundversorgung. Bern: Berner Fachhochschule, Soziale Arbeit.
- Kieffer, David und Marta Gamez, Facia (2018). Sozialhilfe und Gesundheit: Übersicht über Projekte und Praxis. Bern: Sozialamt Stadt Bern und Bundesamt für Gesundheit.
- Lätsch, David; Pfiffner, Roger und Wild-Näf, Martin (2011). Die Gesundheit sozialhilfebeziehender Erwerbsloser in der Stadt Bern. Schlussbericht zuhanden des Auftraggebers. Bern: Berner Fachhochschule, Fachbereich Soziale Arbeit.
- Salzgeber, Renate (2015). Kennzahlenvergleich zur Sozialhilfe in Schweizer Städten. Berichtsjahr 2014, 13 Städte im Vergleich. Bern: Berner Fachhochschule, Fachbereich Soziale Arbeit.
- Schusselé Fillietaz, Séverine et al. (2017). Soins intégrés en Suisse. Résultats de la 1re enquête (2015–2016). (Obsan Dossier 57). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- SKOS - Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe (2017). Richtlinien für die Ausgestaltung und Bemessung der Sozialhilfe. Bern: SKOS.
- Spiess, Manuela und Ruffin, Regula (2018). Koordinierte Versorgung an der Schnittstelle (Akut-)Psychiatrie – Akutsomatik. Modelle guter Praxis. Bern: socialdesign ag, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).
- Wenger, Susanne (2018). Zu krank für den Arbeitsmarkt, zu gesund für die IV. ZESO Zeitschrift für Sozialhilfe 2/18; 20-21.
- Wolffers, Felix (2012). Hohe Gesundheitskosten als Herausforderung für die Sozialhilfe. Soziale Sicherheit CHSS 3.2012; 164-167.
- Wolffers, Felix und Reich, Oliver (2015). Welche Ursachen haben hohe Gesundheitskosten in der Sozialhilfe? Soziale Sicherheit CHSS 2.2015; 89-93.

Anhang 1: Erhebungsinstrumente

Online-Fragebogen an die befragten Sozialdienste

Allgemeine Informationen zur Zusammenarbeit zwischen Sozialhilfe und Gesundheitswesen

- 1) Bitte geben Sie an, in welcher Gemeinde Sie tätig sind.
- 2) Ist ihr Sozialdienst nur für diese eine Gemeinde zuständig oder für mehrere Gemeinden, z.B. in einem Zweckverband, einer Sozialregion etc.?
Nur für diese Gemeinde / Für mehrere Gemeinden
- 3) Wie wichtig ist Ihrer Ansicht nach die Zusammenarbeit mit Akteuren aus dem Gesundheitsbereich für...
...eine erfolgreiche soziale Integration von Sozialhilfebeziehenden?
...eine erfolgreiche berufliche Integration von Sozialhilfebeziehenden?
wichtig / eher wichtig / teils-teils / eher unwichtig / unwichtig
- 4) Hat Ihr Sozialdienst für die Zusammenarbeit mit Akteuren aus dem Gesundheitsbereich spezifische Vorgehensweisen definiert (z.B. Konzepte, welche diese Schnittstelle thematisieren, oder institutionalisierte Kooperationen mit spezifischen Akteuren)?
ja / nein / weiss nicht
- 5) [Wenn Frage 4 „Ja“] Beziehen sich diese Vorgehensweisen auf die Versorgung von einzelnen spezifischen Gruppen von sozialhilfebeziehenden Personen (z.B. Personen mit multiplen gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder Personen mit psychischen Problemen)? Falls ja, bitte beschreiben Sie diese Gruppen.
ja, folgende Gruppen: ... / nein / weiss nicht
- 6) [Wenn Frage 4 „Ja“] Beziehen sich diese Vorgehensweisen auf die Zusammenarbeit mit einzelnen spezifischen Akteuren des Gesundheitswesens? Falls ja, auf welche Akteure?
ja, folgende Akteure: ... / nein / weiss nicht
- 7) Betreut Ihr Sozialdienst auch Asylsuchende, vorläufig Aufgenommene und Flüchtlinge?
ja / nein / weiss nicht
- 8) [Wenn Frage 7 „Ja“] Hat Ihr Sozialdienst für die gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden, vorläufig Aufgenommenen und Flüchtlingen spezifische Vorgehensweisen definiert (z.B. Konzepte oder institutionalisierte Zusammenarbeit mit spezifischen Akteuren des Gesundheitswesens)?

ja / nein / weiss nicht

9) [Wenn Frage 8 „Ja“] Beziehen sich diese Vorgehensweisen auf einzelne spezifische Akteure des Gesundheitswesens? Falls ja, auf welche?

Ja, auf... / nein / weiss nicht

10) Kommt es vor, dass Ihr Sozialdienst Sozialhilfebeziehende dabei unterstützt, medizinische/therapeutische Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch zu nehmen oder Zugang dazu zu erhalten?

ja / nein / weiss nicht

11) [Wenn Frage 10 „Ja“] Bitte beschreiben Sie kurz, was Ihr Sozialdienst konkret unternimmt, um Sozialhilfebeziehende dabei zu unterstützen, medizinische/therapeutische Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch zu nehmen oder Zugang dazu zu erhalten.

Zusammenarbeit mit Akteuren des Gesundheitswesens

12) Arbeitet Ihr Sozialdienst regelmässig mit bestimmten Akteuren des Gesundheitswesens direkt zusammen (z.B. Konsultation für fallbezogene Abklärungen, Austausch zu Gesundheitsfragen, gemeinsame Fallbearbeitung)? Bitte geben Sie an, mit welchen Typen der aufgeführten Akteure dies der Fall ist.

	Direkte Zusammenarbeit mit Akteuren dieses Typs kommt immer wieder vor	Direkte Zusammenarbeit mit Akteuren dieses Typs kommt vereinzelt vor	Keine direkte Zusammenarbeit mit Akteuren dieses Typs	weiss nicht
Arztpraxis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zahnarztpraxis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Akutspital (stationär)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychiatrieklinik (stationär)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einrichtung der Suchttherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spitex, Pflege zu Hause	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alters- und Pflegeheim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychotherapeut/in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere ambulante Leistungserbringer (Physiotherapie, Chiropraktik, Ergotherapie, Ernährungsberatung, Hebamme)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratungsstellen (z.B. für Suchtfragen, psychische Gesundheit, sexuelle Gesundheit, für Men-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Direkte Zusammenarbeit mit Akteuren dieses Typs kommt immer wieder vor	Direkte Zusammenarbeit mit Akteuren dieses Typs kommt vereinzelt vor	Keine direkte Zusammenarbeit mit Akteuren dieses Typs	weiss nicht
schen mit Behinderung, der Altershilfe)				
Weitere, nämlich: [Textfeld]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Weitere, nämlich: [Textfeld]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Weitere, nämlich: [Textfeld]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Weitere, nämlich: [Textfeld]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

13) Welche Leistungserbringer des Gesundheitswesens sind für Ihren Sozialdienst die drei wichtigsten Kooperationspartner in Bezug auf die Gesundheitsversorgung von Klientinnen und Klienten?

Bitte geben Sie jeweils die konkreten Institutionen an. Wir werden diese Angaben nur in anonymisierter Form für unseren Bericht verwenden.

14) [Für die drei wichtigsten Kooperationspartner – Frage 13:] Auf welche der nachfolgenden Ziele ist diese Kooperation jeweils ausgerichtet?

(Mehrfachnennungen möglich)

- soziale Integration von Sozialhilfebeziehenden
- berufliche Integration von Sozialhilfebeziehenden
- Verbesserung des Gesundheitszustandes von Sozialhilfebeziehenden

15) [Für die drei wichtigsten Kooperationspartner – Frage 13:] Bei welchem Anteil der Sozialhilfefälle Ihres Sozialdienstes ist der jeweilige Kooperationspartner ungefähr involviert?

bei 0-10% / bei 11-20% (...) bei 91-100% / weiss nicht

16) [Für die drei wichtigsten Kooperationspartner – Frage 13:] In welcher Form arbeitet Ihr Sozialdienst hauptsächlich mit diesen Akteuren zusammen?

Hinweis: Falls mehrere Antwortmöglichkeiten zutreffen, wählen Sie bitte diejenige aus, die am häufigsten vorkommt.

- Weiterverweisung von Klientinnen und Klienten an Akteur bzw. Institution ohne direkten fallbezogenen Informationsaustausch
- Fallbezogener Informationsaustausch mit Akteur/Institution ohne Absprache über das Vorgehen im Unterstützungsprozess
- Gemeinsame Absprache über das Vorgehen im Unterstützungsprozess und fallbezogener Informationsaustausch mit Akteur/Institution
- Gemeinsame Fallbearbeitung innerhalb derselben Institution

- 17) [Für die drei wichtigsten Kooperationspartner – Frage 13:] Was beinhaltet die Zusammenarbeit mit diesen Akteuren? Nur die Versorgung von Klientinnen und Klienten, nur fallübergreifende Zusammenarbeit auf Organisationsebene, oder beides?
- nur fallbezogene Zusammenarbeit
 - nur fallübergreifende Zusammenarbeit auf Organisationsebene
 - sowohl fallbezogene als auch fallunabhängige Zusammenarbeit
- 18) [Für die drei wichtigsten Kooperationspartner – Frage 13:] Auf was für einer Grundlage beruht die Zusammenarbeit Ihres Sozialdiensts mit diesen Akteuren?
- formelle Abmachung/ Vereinbarung zwischen beiden Organisationen
 - sozialdienstinterne Weisungen
 - keine Grundlage, individuelles Vorgehen von Fall zu Fall (ad hoc)
- 19) [Für die drei wichtigsten Kooperationspartner – Frage 13:] Wer hat bei einer Zusammenarbeit zwischen dem Sozialdienst und der jeweiligen anderen Institution des Gesundheitswesens in der Regel die Fallhoheit inne?
- Fallhoheit meistens beim Sozialdienst
 - Fallhoheit meistens bei Akteur des Gesundheitswesens
 - Fallhoheit unterschiedlich
- 20) [Für die drei wichtigsten Kooperationspartner – Frage 13:] In welche Richtung erfolgt ein allfälliger Datenaustausch mit diesen Akteuren jeweils in der Regel? Sofern ein Datenaustausch stattfindet, beschreiben Sie bitte im Textfeld stichwortartig, welche Art von Daten Sie austauschen.
- nur vom Sozialdienst an Akteur des Gesundheitswesens
 - nur von Akteur des Gesundheitswesens an den Sozialdienst
 - es findet kein Datenaustausch statt
 - Art der Daten (Textfeld)

Beurteilung der Zusammenarbeit

- 21) Für die drei wichtigsten Kooperationspartner – Frage 13:] Bewährt sich Ihrer Ansicht nach die Form der Zusammenarbeit zwischen Ihrem Sozialdienst und den folgenden Akteuren insgesamt?
- ja / eher ja / eher nein / nein
- 22) Wird die Wirksamkeit der Zusammenarbeit Ihres Sozialdienstes mit Stellen aus dem Gesundheitswesen (z.B. bezogen auf die Gesundheit der Sozialhilfebeziehenden, die Integration in den Arbeitsmarkt oder die soziale/gesellschaftliche Teilhabe) in irgendeiner Form überprüft?
- ja / nein / weiss nicht

- 23) [Wenn Frage 22 „Ja“] Bitte beschreiben Sie kurz stichwortartig in welcher Form und anhand welcher Indikatoren die Wirksamkeit der Zusammenarbeit Ihres Sozialdienstes mit Stellen aus dem Gesundheitswesen (z.B. bezogen auf die Gesundheit der Sozialhilfebeziehenden, die Integration in den Arbeitsmarkt oder die soziale/gesellschaftliche Teilhabe) überprüft wird.

Gesprächsleitfaden

Einführung

Vor dem Interview wurde ein Abgleich mit dem ausgefüllten Fragebogen (FB) vorgenommen, um zu eruieren, welche vertiefenden Folgefragen angezeigt waren.

Gesundheitsfragen als Thema für Sozialdienste

- 1) Gibt es bestimmte gesundheitliche Probleme, von denen viele Sozialhilfebeziehende betroffen sind und die damit drängend sind für Ihren Sozialdienst? Wo stossen Sie diesbezüglich in Ihrer Arbeit an Grenzen?
- 2) Wie schätzen sie das Fachwissen ihres Sozialdienstes in Gesundheitsfragen ein? Ist Fachwissen im Hinblick auf den Umgang mit schwierigen gesundheitlichen Situationen von Klientinnen und Klienten bei Ihnen intern vorhanden (z.B. Gesundheitsfachpersonen, Mitarbeitende mit entsprechendem Hintergrund)? Holen Sie sich bei Bedarf externe Unterstützung?

Zusammenarbeit mit Akteuren des Gesundheitswesens

- 3) In was für Situationen sucht ihr Sozialdienst die Zusammenarbeit mit Akteuren des Gesundheitswesens? Wann ist eine solche Zusammenarbeit besonders relevant?
- 4) Zu welchem Zeitpunkt im Rahmen der Ausrichtung der Sozialhilfe (z.B. Intake-Phase, Mandatsphase etc.) wird die Zusammenarbeit mit Akteuren des Gesundheitswesens normalerweise initiiert?
- 5) Welche Rolle übernimmt Ihr Sozialdienst in der Zusammenarbeit mit Institutionen aus dem Gesundheitswesen? (z.B. Koordinierende Rolle, Case Management, Delegation der Fallhoheit im Gesundheitsbereich ...)
- 6) [Wenn Frage 4 (FB) „Ja“:] Sie haben im Fragebogen angegeben, dass Sie für die Zusammenarbeit mit Akteuren aus dem Gesundheitsbereich spezifische Vorgehensweisen definiert haben. Können Sie mir diese etwas näher beschreiben? (Was ist das Ziel dieser Vorgehensweisen? Was beinhalten sie konkret?)

- 7) [Wenn Frage 8 (FB) „Ja“:] Sie haben im Fragebogen angegeben, dass Sie über spezielle Konzepte oder Angebote für die Zusammenarbeit zwischen Sozialhilfe und Akteuren aus dem Gesundheitsbereich bei Asylsuchenden, vorläufig Aufgenommenen und Flüchtlingen verfügen. Bitte beschreiben Sie, was diese Konzepte und Angebote beinhalten.
- 8) [Wenn Frage 18 (FB) „Formelle Abmachung/Vereinbarung zwischen beiden Organisationen“ angekreuzt (allenfalls für mehrere Stellen abfragen):] Sie haben im Fragebogen angegeben, dass Sie mit [Organisation einsetzen] eine Vereinbarung über die Zusammenarbeit haben. Welche Bereiche sind in dieser Vereinbarung geregelt? Das können z.B. sein:
- Leistungen (z.B. Angebote);
 - organisatorische, rechtliche, finanzielle Aspekte (z.B. personelle Ressourcen, Angebotszeiten und -orte, Honorare, Versicherungen);
 - gemeinsame Konzeption für Angebote/Ziele;
 - Rolle und Verhältnis der Kooperationspartner;
 - sonstiges

Beurteilung der Zusammenarbeit

- 9) Gibt es Akteure/Institutionen aus dem Gesundheitswesen, mit denen die Zusammenarbeit aus Ihrer Sicht sehr gut funktioniert? Welche? Wieso – was funktioniert besonders gut?
- 10) Worin besteht ihrer Ansicht nach der Nutzen der oben genannten Zusammenarbeit?
- 11) Wie könnte die Zusammenarbeit Ihrer Meinung nach verbessert werden?
- 12) [Wenn Frage 22 (FB) „Ja“:] Sie haben im Fragebogen angegeben, dass die Wirksamkeit der Zusammenarbeit Ihres Sozialdienstes mit Stellen aus dem Gesundheitswesen überprüft wird. Was waren die Ergebnisse? Sind dazu allenfalls Berichte verfügbar?

Thema Datenschutz/Datenaustausch

- 13) Wie wird bei einem Datenaustausch die Vertraulichkeit gewährleistet (z.B. Entbindung der Schweigepflicht; technische Vorkehrungen bei der Datenübermittlung)? Läuft es mit allen Akteuren, mit denen zusammengearbeitet wird gleich, oder gibt es Unterschiede? Welche Herausforderungen stellen sich dabei (kam es überhaupt zu Herausforderungen) und wie wird mit diesen Herausforderungen umgegangen?

Finanzierung

- 14) Wie werden die verschiedenen identifizierten Zusammenarbeitsmodelle [Bezugnahme auf Antworten in Frage 13 (Fragebogen)] finanziert? Wer trägt welche Kosten?

- 15) Entstehen bei der Zusammenarbeit mit Akteuren aus dem Gesundheitswesen für Ihren Sozialdienst Kosten auf Organisationsebene, die nicht gedeckt sind (z.B. Aufwand für Koordinationsarbeit)?
Wenn ja, was für Kosten entstehen dabei? In welcher Grössenordnung? Wie wird damit umgegangen?
- 16) Bei welchem Anteil Ihrer Klientinnen und Klienten (grobe Schätzung) ist es im Laufe der letzten 12 Monate vorgekommen, dass eine Leistung des Gesundheitswesens (Zahnbehandlungen ausgenommen) aus Sicht des Sozialdienstes angezeigt war, die weder von der Krankenversicherung oder einer Sozialversicherung finanziert wurde?
- 17) Was sind typische solche Gesundheitsleistungen (ohne Berücksichtigung von Zahnbehandlungen)?
- 18) In welchem Anteil dieser Fälle (aus Frage 16) gelingt es, eine Finanzierungslösung zu finden?
nie / weniger als 25% / 25-50% / 51-75% / 76-100%
- 19) Wie sehen solche Lösungen aus (z.B. Finanzierung über SIL, gemeinnützige Organisationen, anderes)?
- 20) Bei was für Gesundheitsleistungen, deren Kosten weder vom Sozialdienst (z.B. über SIL) noch von anderen Finanzierungsträgern übernommen werden, würden Sie eine Finanzierungslösung als notwendig erachten?

Abschlussfragen

- 21) In welchen Bereichen/mit welchen Akteuren des Gesundheitswesens fehlt Ihres Erachtens eine Zusammenarbeit? In was für Situationen oder bei was für Ereignissen wäre eine engere oder formal stärker institutionalisierte Zusammenarbeit mit Akteuren des Gesundheitswesens wichtig?
- 22) Gab/gibt es von Seite Ihres Sozialdienstes Versuche einer engeren Zusammenarbeit mit Stellen aus dem Gesundheitswesen? Welche, was war das Resultat?
- 23) Gab es Stellen aus dem Gesundheitswesen, die eine engere Zusammenarbeit vorgeschlagen haben (ein konkretes Angebot initiiert haben)? Welche, was war das Resultat?
- 24) Was sind Ihrer Ansicht nach förderliche und hinderliche Faktoren in der Zusammenarbeit mit Stellen aus dem Gesundheitswesen?

Anhang 2: Vergleich der Fallauswahl mit der Grundgesamtheit

Tabelle A-0-1 vergleicht die Fallauswahl der untersuchten Sozialdienste (bzw. ihrer Standortgemeinden, vgl. Tabelle 1-2) mit der Grundgesamtheit aller Gemeinden der Schweiz anhand der relevanten Auswahlkriterien (Sprachregion, Finanzierungszuständigkeit für die Sozialhilfe, Einwohnerzahl und Sozialhilfequote).

Tabelle A-0-1: Vergleich der Fallauswahl mit Gesamtheit aller Schweizer Gemeinden

	Fallauswahl		Ganze Schweiz	
Sprache (Hauptsprache ständige Wohnbevölkerung)	Anzahl	Anteil	Anteil¹	
Deutsch	14 (inkl. Biel)	70%	63%	
Französisch	4	20%	23%	
Italienisch	2	10%	8%	
Finanzierungszuständigkeit	Anzahl	Anteil	Anteil (Anzahl Kantone)²	
nur Gemeinde	5	25%	38% (10)	
geteilt, v.a. Gemeinde	7	35%	31% (8)	
geteilt, hälftig	4	20%	8% (2)	
geteilt, v.a. Kanton	2	10%	12% (3)	
nur Kanton	2	10%	12% (3)	
Einwohner	Anzahl	Anteil	Anteil³	Anteil aller Sozialhilfebeziehenden⁴
< 10'000	5	25%	93%	34.3%
10'000-14'999	4	20%	3.2%	19%
15'000-19'999	1	5%	1.7%	
20'000-49'999	3	15%	1.6%	17%
50'000-99'999	3	15%	0.2%	5.3%
> 100'000	4	20%	0.3%	24.4%
Sozialhilfequote	Anzahl	Anteil	Anteil³	
unterdurchschnittlich (<3.3%)	8	40%	63%	
erhöht (3.3-5.9%)	5	25%	13%	
stark erhöht (> 6%)	7	35%	3%	

Quellen: ¹ Bundesamt für Statistik, Ständige Wohnbevölkerung nach Hauptsprachen; ² SKOS-Factsheet 8.2014 „Innerkantonaler Lastenausgleich in der Sozialhilfe“; ³ Bundesamt für Statistik, Regionalporträts 2019: Gemeinden – Kennzahlen (für 21% der Gemeinden wird die Sozialhilfequote mit X ausgewiesen; <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/regionalstatistik/regionale-portraets-kennzahlen/gemeinden.assetdetail.7786544.html>); ⁴ Bundesamt für Statistik, Sozialhilfebeziehende und Sozialhilfequote nach Gemeindegrösse (<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/soziale-sicherheit/sozialhilfe/sozialhilfebeziehende/wirtschaftliche-sozialhilfe.assetdetail.11407216.html>)