

Soziale Arbeit in der Arztpraxis: Copy & Paste?



*René Rüegg
Dunja Vetter
Michael Deppeler*

Soziale Arbeit in der Arztpraxis befindet sich in der Schweiz noch in den Anfängen. Aber auch international gibt es noch keine pfannenfertigen Rezepte oder eine etablierte «gute Praxis». Vielmehr muss sich ihre Ausgestaltung geschmeidig und sorgsam an die gegebenen Kontextbedingungen anpassen. Diese sind nicht nur die Eigenheiten der Arztpraxen, sondern auch die Möglichkeiten der kooperierenden Sozialarbeitenden. Wenn diese **Passung** gelingt, kann die Sozialberatung ihre maximale Wirkung entfalten.

Rüegg, René/Vetter, Dunja/Deppeler, Michael (2023): Soziale Arbeit in der Arztpraxis: Copy&Paste. In: Zeitschrift Soziale Innovation 2023. S.47–57.

Historische Entwicklung

Soziale Arbeit in der medizinischen Grundversorgung, die üblicherweise in Arztpraxen oder Gesundheitszentren stattfindet, hat noch keine lange Tradition. Die hausärztliche Praxis selbst hat sich erst im letzten Jahrhundert verbreitet. Im Verlauf der 1970er Jahre und letztendlich mit der Alma-Ata-Konferenz von 1978 wurde die einfach zugängliche Krankenversorgung (*primary health care*) als wichtige Stütze der staatlichen Versorgungsstrukturen anerkannt. Sie umfasst die am Wohnort oder Arbeitsplatz stationierten Eintrittsstellen in die nationale Gesundheitsversorgung mit einem starken Fokus auf Prävention, Gesundheitsförderung und «unterstützende Überweisungssysteme» zugunsten einer «Verbesserung der umfassenden Gesundheitsversorgung für alle» (WHO 1978).

Es ist schwierig, die erste Sozialarbeiterin oder den ersten Sozialarbeiter der ambulanten Gesundheitsversorgung zu ermitteln. Wahrscheinlich waren die *Health Maintenance Organizations* in den USA – also Organisationen zur Aufrechterhaltung der Gesundheit (HMOs) – unter den Ersten, die Sozialarbeitende angestellt haben. Im Gegensatz zu sogenannten *Fee-for-Service-Modellen* (FFS) müssen die Versicherten von HMO-Modellen nicht für jede Leistung einzeln bezahlen, sondern können mit einem festen Jahresbetrag Leistungen des gesamten Netzwerkes beanspruchen. Weil die HMO-Netzwerke nicht mit der Behandlung von Krankheit, sondern mit der Erhaltung von Gesundheit gewinnbringend sind, waren Sozialarbeitende auch ökonomisch wertvoll (Rock/Cooper 2000).

Heute finden sich auch ausserhalb der USA verschiedene Berichte von *primary care social work*. In Irland beispielsweise arbeiten rund 80 Sozialarbeiterinnen in multidisziplinären Grundversorgerteams (Ní Raghallaigh et al. 2013). In Ontario, der bevölkerungsreichsten Provinz Kanadas, hat mit 84,2 Prozent die grosse Mehrheit der über 250 Gesundheitszentren eine integrierte Sozialberatung (Tadic et al. 2020). Die über hundert *maisons médicales* in Belgien sind medizinische Zentren, die zusammen mit Sozialarbeitenden auch die sozialen und umweltbezogenen Aspekte der Gesundheit bearbeiten¹.

Weitere Angebote von *primary care social work* finden sich beispielsweise auch in Deutschland, Neuseeland oder England.

Fehlende Standards

Trotz der heute weiten Verbreitung und einem Konsens über den Nutzen und die positiven Wirkungen von Sozialarbeitenden in Arztpraxen (McGregor et al. 2018; Fraser et al. 2018; WHO/UNICEF 2018; Ní Raghallaigh et al. 2013), fehlen internationale Standards und Erfolgsfaktoren, wie die noch junge Kooperationsform gelingen kann. Einigkeit besteht höchstens in Bezug auf die Hürden und Schwierigkeiten. Dies sind unter anderem Rollenunklarheiten in der Fallführung, fehlendes Wissen über die sozialarbeiterischen Kompetenzen, unklare Überweisungskriterien oder fehlende Supervision und Fachaustausch unter den Sozialarbeitenden (Ní Raghallaigh et al. 2013; Ashcroft et al. 2018; Rüegg et al. 2022).

Neben den prozeduralen und kommunikativen Herausforderungen werden **unterschiedlichste Kooperationsmodelle** praktiziert. Bereits Salvatore (1988 in: Rock/Cooper 2000) unterscheidet zwischen dem Überweisungs- und dem Kooperationsmodell. Diese widerspiegeln die unterschiedlichen Intensitäten der gemeinsamen (oder eben getrennten) Arbeit an und mit den Patientinnen und Patienten. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) betont, dass bei komplexen, psychologisch-sozialen Problemlagen eine ko-kreative interprofessionelle Zusammenarbeit (auch interprofessionelle Kollaboration genannt) notwendig ist (SAMW 2020).

Umsetzung in der Schweiz

Die Berner Fachhochschule (BFH) hat zwischen 2020 und 2022 vier unterschiedliche Pilotprojekte von Sozialer Arbeit in der medizinischen und psychiatrischen Grundversorgung untersucht. In zwei Arztpraxen wurden wegen des hohen Bedarfs und aus Initiative der Ärzteschaft Sozialberatende angestellt. Zwei weitere Angebote wurden von Sozialarbeitenden angestossen. Diese wurden von je einem Verein und einer karitativen

Organisation lanciert, mit einem Beratungsangebot exklusiv für Patientinnen und Patienten von kooperierenden Arztpraxen. Diese externen Beratungsangebote werden bis heute entweder in der Praxis selbst oder in einem nahe liegenden Büro angeboten.

Alle Projekte sind mit oft unentgeltlichem Aufwand und mit viel Überzeugung für eine ganzheitliche und patientenzentrierte Gesundheitsversorgung entwickelt, finanziert und umgesetzt worden. Die BFH hat die Projekte wissenschaftlich begleitet, miteinander vernetzt und teilweise im Fundraising unterstützt. Mit einer kleinen Ausnahme wurde **keine Vereinheitlichung** der Umsetzungspraxis angestrebt. Vielmehr haben sich die Projekte selbst organisiert und die Prozesse, Methoden, Kooperations- und Kommunikationsformen selbst definiert. Die Ausnahme war ein einheitliches Überweisungsschreiben, das zwecks statistischer Auswertungen Patientenangaben, Überweisungsgründe und medizinische Diagnosen enthielt (Rüegg et al. 2022).

Kritische Umsetzungsmerkmale

Die Beobachtung und Begleitung der vier Pilotangebote durch die BFH hat gezeigt, wie gross die Variation in der Umsetzung vor Ort sein kann. Je nach lokalen Gegebenheiten, persönlichen Aspekten und institutionellen Merkmalen wurden **unterschiedliche Kooperationsmodelle** und Zusammenarbeitsformen gewählt. Diese vielfältigen Formen, wie die Innovation «Soziale Arbeit in der Arztpraxis» umgesetzt werden kann, sind in der Tabelle 1 idealtypisch dargestellt. Sie sind aus der Literatur und den Forschungsergebnissen der BFH zusammengestellt und haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit (Rüegg et al. 2022; Andrews et al. 2013; Feryn et al. 2022; BCASW o.J.)

Die idealtypischen Ausprägungen der Tabelle 1 zeigen, dass «Soziale Arbeit in der Arztpraxis» viele unterschiedliche Gesichter annehmen kann und auch muss. So ist die Versorgungslandschaft der Schweiz stark geprägt von Einzel- und Kleinstpraxen. Diese Umweltbedingung hat eine Anbieterin dazu bewogen, das rasch umsetzbare Modell der «externen Sozialberatung

Dimension	Merkmal	Ausprägung
Organisation	Modell	<ul style="list-style-type: none"> • Praxiseigene Sozialberatung • Ambulante Sozialberatung vor Ort • Externe Sozialberatung ausserhalb der Praxis
	Finanzierung	<ul style="list-style-type: none"> • Stiftung • Praxisertrag • Gemeinde • Tarmed 02.04 • Gemeinwirtschaftliche Leistungen der Kantone (noch nicht umgesetzt)
	Akteneinsicht	<ul style="list-style-type: none"> • Zugriff in die Krankengeschichte (KG) • Zugriff und Schreibrecht in die KG • Kein Zugriff in die KG
Personen	Motiv der Ärzteschaft	<ul style="list-style-type: none"> • Entlastung der Ärzteschaft • Verbesserung der Patientenversorgung • Reputation der Praxis
	Motiv der Sozialarbeitenden	<ul style="list-style-type: none"> • Schnelle Umsetzung niederschwelliger Hilfe • Schliessung einer Versorgungslücke • Umsetzung einer sozialen Innovation • Schaffung von attraktiven Arbeitsbedingungen

Tabelle 1: Idealtypische Merkmale und Ausprägungen von «Sozialer Arbeit in der Arztpraxis»

ausserhalb der Praxis» zu wählen². Arztpraxen brauchen dafür keine zusätzliche Infrastruktur. Mit einem einfachen Überweisungsformular können sie die Patientinnen und Patienten an die Sozialberatung überweisen. Andere Modelle wurden von der Caritas beider Basel und von Salutomed in Zollikofen umgesetzt. Einblicke in diese Praxismodelle werden in den folgenden beiden Kapiteln gegeben.

Praxisbeispiel 1: Ambulante Sozialberatung vor Ort

Seit 2021 betreibt Caritas beider Basel ein Pilotprojekt, in dem Sozialarbeitende direkt in Arztpraxen Beratungen durchführen. Damit knüpft das eigenständige, kleine und regionale Hilfswerk an seiner karitativen Tradition an: die Armutsbekämpfung und Etablierung besserer Gesellschaftsstrukturen in den Kantonen beider Basel. Seit Beginn wird das Angebot von Stiftungen (u. a. Christoph Merian Stiftung) und seit 2023 zusätzlich von der Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) sowie dem Swisslos-Fonds Basel-Stadt finanziert.

Per Anfang 2023 sind insgesamt acht Praxen aus Basel-Stadt und Basel-Landschaft an dem Projekt beteiligt. Wie die medizinischen Konsultationen werden auch die Sozialberatungen von den medizinischen Praxisassistenzen vereinbart und **in den Besprechungszimmern** vor Ort durchgeführt. Die für die Patientinnen und Patienten bekannten Abläufe erhöhen das Vertrauen und vermeiden, dass sie sich als «Sozialfall» exponiert fühlen. Die Dokumentation erfolgt in den bestehenden Krankengeschichten. Dies ist deshalb wichtig, weil Zusammenhänge zwischen körperlichen, psychologischen und sozialen Umständen rasch erkannt werden, Redundanzen vermieden werden können und die interprofessionelle Zusammenarbeit gefördert werden kann.

Inspiziert durch internationale Vorbilder ist die Caritas beider Basel überzeugt, dass sich die Soziale Arbeit auch in der schweizerischen ambulanten Grundversorgung verbreiten muss. Durch frühzeitiges Intervenieren kann sie präventiv wirken und gesundheitlich-soziale Abwärtsspiralen unterbrechen. In der Praxis

erweist sie sich als logisches Pendant zur bereits etablierten Sozialberatung in der stationären Versorgung.

Die Umsetzung der weitgehend unbekanntem sozialen Innovation gestaltet sich nicht immer ganz einfach. Das Praxispersonal beispielsweise ist es häufig noch **nicht gewohnt**, mit Sozialarbeitenden zusammenzuarbeiten. Insbesondere die Ärztinnen und Ärzte müssen zunächst ein Sensorium für soziale Gesundheitsrisiken entwickeln. Grundsätzlich gilt: Wird nicht nachgefragt, kann auch nicht überwiesen werden. Bei unklaren Patientenanliegen oder Schlüsselbegriffen wie beispielsweise diffuse Sorgen, Zahlungsunfähigkeit oder wiederholten Krankschreibungen müssen sie sich die Zeit nehmen, um nachzufragen. Auch regelmässige Standardfragen der sozialen Situation sind hilfreich, um den Bedarf einer niederschweligen Sozialberatung abzuklären. Letztlich bietet die Teilnahme an Fallbesprechungen gute Gelegenheiten, den Beratungsbedarf der Patientinnen und Patienten abzuklären.

Praxisbeispiel 2: Integrierte Sozialberatung

Die interdisziplinäre Grundversorgerpraxis Salutomed ist von der Vision getrieben, wie in Situationen von Krankheit und Krise von einem defizitorientierten Denken hin zu einem lösungs- und ressourcenorientierten Handeln gekommen werden kann. Diese Vision war insbesondere dem Chefarzt des C. L. Loryhauses im Inselspital, Prof. Rolf Adler, zu verdanken. Er hat dem Gründer von Salutomed, Dr. med. Deppeler, das **bio-psychosoziale Modell von Gesundheit** mit auf den Weg gegeben. Die interprofessionelle Zusammenarbeit im Loryhaus u. a. mit Sozialarbeitenden und die Bedeutung der sozialen Determinanten von Gesundheit haben ihn in seiner Assistenzzeit massgeblich geprägt.

Nach der Übernahme der Hausarztpraxis fühlte sich Herr Deppeler als Einzelkämpfer und ziemlich einsam. Bald hat er die Praxis zu einer Doppel- und später zu einer Gruppenpraxis erweitert. Er stellte eine Psychologin ein, damit die Patientinnen und Patienten in psychischen Krisen besser unterstützt werden konnten. Später beteiligte sich Salutomed an einer

Physiotherapie-Praxis, um Menschen mit chronischen Schmerzen besser versorgen zu können. Nach zehn Jahren Hausarztstätigkeit wurden Herrn Deppeler verschiedene Aspekte klarer: Im psychosozialen Modell fehlt die vierte Dimension, die «Sinnebene» oder auch die spirituelle Dimension. Erst durch den partizipativen Ansatz und einen Dialog auf Augenhöhe können die Patientinnen und Patienten als Spezialist:innen ihrer Krankheit und ihres Lebens ganzheitlich wahrgenommen werden. Die Profis andererseits sind die Spezialist:innen für die unterschiedlichen Krankheiten.

Weiter musste Herr Deppeler wiederholt erleben, dass die Sozialberatung in den Gemeinden verschiedenen Mandaten unterliegt. Eines dieser Mandate ist die Budgetmitverantwortung, die den Interessen der Patientinnen und Patienten oft untergeordnet werden musste. In dieser Zeit wurde er von einem Sozialarbeiter aus dem Loryhaus gefragt, ob er sich eine Zusammenarbeit mit einer unabhängigen Sozialberatung vorstellen könnte.

Ermutigt durch die Erfahrungen der gelebten Interprofessionalität und Partizipation wagte sich Salutomed an den Aufbau einer **praxisinternen, integrierten Sozialberatung** und stellte einen Sozialarbeiter mit 60 Stellenprozenten an. Die Stelle wurde einerseits querfinanziert und andererseits im Rahmen der delegierten Psychotherapie in psychosozialen Krisen der psychologischen Versorgung verrechnet.

Die Rückmeldungen haben Herrn Deppeler überwältigt. Sowohl die Patienten und Patientinnen wie auch die Profis waren vom zusätzlichen Angebot begeistert – nicht zuletzt, weil alle täglich voneinander lernen konnten. Es gab gemeinsame Gespräche und kleine Helfer:innenkonferenzen, die rasch umgesetzt werden konnten. Sofort ergaben sich ein gemeinsames Problemverständnis sowie Lösungsschritte mit Rollenklärungen und individuellen Zielvereinbarungen, was letztlich zu zufriedenstellenden Ergebnissen für alle Beteiligten führte.

Rückblickend kann festgehalten werden, dass die Sozialberatung die Arbeit nicht nur erleichtert, sondern auch sinnvoll und erfüllend macht. Gerade in komplexen Fällen sind selten allgemeingültige «pfannenfertige» Lösungen parat. Dafür muss adaptiv auf die individuellen und situativen Merkmale der Patientinnen

und Patienten eingegangen werden. Der eingeschlagene Weg von Salutomed war für Herrn Deppeler einerseits eine Burnout-Prophylaxe und andererseits ein Erkenntnisgewinn. Wenn es um die Re-Integration von vulnerablen Menschen geht, sei es privat, beruflich oder gesundheitlich, müssen neue Finanzierungsmodelle für sektorübergreifende Netzwerke und Kooperationen geschaffen werden. Damit könnte der Weg hin zu echter Gesundheitskompetenz führen.

Resümee

Die Analyse verschiedener Umsetzungsformen Sozialer Arbeit in Arztpraxen zeigt, dass die soziale Innovation bis heute **noch kein Copy-Paste-Modell** ist. Eine *good practice* oder *best practice* am Standort A kann am Standort B durchaus eine *bad practice* sein. Werden die Umweltbedingungen, die Kooperationsbereitschaft und die persönlichen Hintergründe und Motive zu wenig berücksichtigt, droht die Innovation zu scheitern. Die in der Schweiz beobachteten Pilotprojekte zeigen, dass die Innovationen mit viel Geduld, Engagement, Fingerspitzengefühl und Partizipation entwickelt und sanft eingeführt wurden. Gemeinsame Ziele mussten formuliert, Erwartungen ausbalanciert und Vertrauen aufgebaut werden. *Best practice* gab und gibt es bis heute so wenig wie ein Kochrezept zum Nachbacken.

Rückblickend waren die Pilotprojekte deshalb erfolgreich, weil sie sich **flexibel und kreativ an die Kontextbedingungen angepasst** haben. Nicht einmal ihre Bezeichnung war einheitlich. So wollte «Soziale Arbeit in der Arztpraxis» nicht richtig zur Beratung *ausserhalb* der Praxis passen. Auch erschien der Terminus «Soziale Arbeit» vielen Praxispartner:innen als ein zu stark disziplinär gefärbter Begriff. Er wurde kurzum mit «Sozialberatung» ersetzt. Letztendlich teilten die Pilotpraxen womöglich nur einen Aspekt: die Vision, nach den Massstäben der Erklärung von Alma-Ata eine patient:innenzentrierte, gesundheitsfördernde und zugängliche Grundversorgung zu gewährleisten.

→

René Rüegg, Dr. in Gesundheitswissenschaften, wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Berner Fachhochschule BFH, gesundheitsbezogene Soziale Arbeit, Qualität & Organisation. rene.rueegg@bfh.ch

Dunja Vetter, M.A. Soziale Innovation, Projektleiterin «Sozialberatung direkt in der Arztpraxis» von Caritas beider Basel und Lehrbeauftragte an der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW.
dvetter@caritas-beider-basel.ch

Michael Deppeler, Dr. med. in Allgemeiner Innerer Medizin, Weiterbildung in Psychosomatischer und Psychosozialer Medizin SAPP, ärztliche Leitung von Salutomed und Präsident des Verwaltungsrates.
m.deppeler@salutomed.ch

1 <https://www.maisonmedicale.org/>
2 <http://sbgg.ch/>

Literatur

- Andrews, C. M./Darnell, J. S./McBride, T. D./Gehlert, S. (2013): Social work and implementation of the Affordable Care Act. In: *Health & Social Work* 38 (2). S. 67–71. DOI: 10.1093/hsw/hlt002.
- Ashcroft, R./McMillan, C./Ambrose-Miller, W./McKee, R./Brown, J. (2018): The Emerging Role of Social Work in Primary Health Care: A Survey of Social Workers in Ontario Family Health Teams. In: *Health & Social Work* 43 (2). S. 109–117. DOI: 10.1093/hsw/hly003.
- BCASW (o. J.): The Role of the Social Worker in Primary Care. BC Association of Social Workers. Vancouver. Onlinepublikation: <https://bcasw.org/BCSocial/Assets/Documents/PDFs/Committees/The%20Role%20of%20the%20Social%20Worker%20in%20Primary%20Care.pdf> (Zugriff 30.03.2023).
- Feryn, N./Corte, J./Roose, R. (2022): The bridging role of social work: the quest towards installing a structural approach within primary health care. In: *European J. of Social Work*. S. 1–13. DOI: 10.1080/13691457.2022.2077319.
- Fraser, M. W./Lombardi, B. M./Wu, S./Saxe Zerden, L./Richman, E. L./Fraher, E. P. (2018): Integrated Primary Care and Social Work: A Systematic Review. In: *JSSWR* 9 (2). S. 175–215. DOI: 10.1086/697567.
- McGregor, J./Mercer, S. W./Harris, F. M. (2018): Health benefits of primary care social work for adults with complex health and social needs: a systematic review. In: *Health & social care in the community* 26 (1). S. 1–13. DOI: 10.1111/hsc.12337.
- Ní Raghallaigh, M./Allen, M./Cunniffe, R./Quin, S. (2013): Experiences of social workers in primary care in Ireland. In: *Social work in health care* 52 (10). S. 930–946. DOI: 10.1080/00981389.2013.834030.
- Rock, B. D./Cooper, M. (2000): Social work in primary care: a demonstration student unit utilizing practice research. In: *Social work in health care* 31 (1). S. 1–17. DOI: 10.1300/J010v31n01_01.
- Rüegg, R./Eiler, K./Schüpbach, F./Gehrlach, C. (2022): Soziale Arbeit in der Arztpraxis. Grundlagen und Umsetzung. Berner Fachhochschule. Bern: BFH.
- SAMW (2020): Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung: erfolgskritische Dimensionen und Fördermassnahmen. Differenzierung, Praxis und Implementierung. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Bern: SAMW (Swiss Academies Communications 15 (2)).
- Tadic, V./Ashcroft, R./Brown, J./Dahrouge, S. (2020): The Role of Social Workers in Interprofessional Primary Healthcare Teams. In: *Healthcare policy = Politiques de santé* 16 (1). S. 27–42. DOI: 10.12927/hcpol.2020.26292.
- WHO (1978): Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6.–12. September 1978. Alma-Ata: WHO.
- WHO & UNICEF (2018): A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: WHO.