

Bestandsaufnahme Spitalsozialarbeit in der Schweiz

Im Auftrag
des Schweizerischen Fachverbands Sozialdienst in Spitälern SFSS
Dr. Martin Hošek

Melania Rudin, Kilian Künzi

Bern, 4.3.2013

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Zusammenfassung	II
1 Ausgangslage und Fragestellung	1
2 Bestandsaufnahme anhand der empirischen Erhebung	2
2.1 Methodisches Vorgehen und Datengrundlage	2
2.2 Kennzahlen	2
2.3 Arbeitsbedingungen	8
2.4 Erbrachte Leistungen, Kompetenzen und Arbeitsinstrumente	12
2.5 Weiterbildung	18
2.6 Herausforderungen	21
2.7 Spitäler ohne Sozialdienst	22
3 Auswertung der Krankenhausstatistik des BFS	23
3.1 Nach rechtlich-wirtschaftlichem Status	24
3.2 Nach Kanton	25
3.3 Nach Spitaltyp	26
4 Fazit	27
5 Literatur	28
Anhang	29

Zusammenfassung

Ausgangslage und Fragestellung

Das Berufsfeld der Sozialarbeit in Spitälern entwickelt sich rasch. Das Ziel der vorliegenden Bestandsaufnahme besteht darin, eine Übersicht über das Feld der Sozialarbeit in Spitälern zu generieren – sowohl über die Verbreitung und die Arbeitsbedingungen als auch über die vorhandenen Arbeitsinstrumente und Kompetenzen und über die Herausforderungen bei der Aufgabenerfüllung. Die vorliegende Bestandsaufnahme «Spitalsozialarbeit in der Schweiz» wurde im Auftrag des Schweizerischen Fachverbands Sozialarbeit in Spitälern (SFSS) vom Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) erarbeitet.

Methodisches Vorgehen

Für die Bestandsaufnahme wurde einerseits eine Onlinebefragung in den Spitälern der Schweiz durchgeführt und detaillierte Informationen aus den Sozialdiensten zusammengetragen. Dabei handelte es sich um eine Vollerhebung. Der Rücklauf betrug 68 Prozent. Als Datengrundlage standen Antworten aus 185 Spitälern zur Verfügung. Zudem wurden anhand einer Auswertung der Krankenhausstatistik des Bundesamts für Statistik (BFS) Indikatoren zur Verbreitung der Spitalsozialarbeit nach Kanton und Spitaltyp analysiert und mit den Daten der eigenen Erhebung verglichen.

Ergebnisse

■ **Kennzahlen:** Die Daten der Onlinebefragung in den Spitälern liefern Kennzahlen über die Spitalsozialdienste: 80 Prozent aller Mitarbeiter/innen der Spitalsozialdienste (ohne Sekretariat) verfügen über einen Tertiärabschluss in der Fachrichtung «Soziale Arbeit». Weitere 10 Prozent des Personals weisen einen anderen Tertiärabschluss aus. Nur ein kleiner Teil der Mitarbeiter/innen verfügt über andere Ausbildungsabschlüsse - beispielsweise im Bereich Pflege oder im kaufmännischen Bereich. Der Median für die Anzahl Vollzeitstellen pro Sozialdienst liegt bei 1.8. Der durchschnittliche Beschäftigungsgrad der Mitarbeiter/innen der Sozialdienste beträgt 64 Prozent. Der Sozialdienst ist in 41 Prozent der befragten Spitäler der Verwaltungseinheit «Pflege» angegliedert. Etwas seltener kommt die Angliederung an die «Medizin» (27%) oder an die «Verwaltung» (11%) vor. Der grösste Teil der befragten Organisationen ist mit der organisatorischen Einbettung zufrieden. Es wurden für jede Art von organisatorischer Angliederung eine Vielzahl von Vor- und Nachteilen genannt.

■ Verbreitung von Spitalsozialarbeit:

Sowohl die Daten der eigenen Erhebung als auch die der Krankenhausstatistik zeigen, dass Spitalsozialarbeit in öffentlichen Spitälern stärker

verbreitet ist als in privaten. Ausserdem gibt es in Spitälern für allgemeine Pflege häufiger einen Sozialdienst als in Spezialkliniken. Die Verbreitung von Spitalsozialarbeit nach Kanton bzw. nach Sprachregion hängt stark von der Zusammensetzung der Spitäler nach rechtlich-wirtschaftlichem Status ab. Betrachtet man die öffentlichen Spitäler, so ist Spitalsozialarbeit in den französischsprachigen Kantonen etwas weniger stark verbreitet als in der deutsch- und italienischsprachigen Schweiz. Aus der Krankenhausstatistik des BFS geht hervor, dass in 175 von 300 Spitälern – also in 58 Prozent der Spitäler – Mitarbeiter/innen für «Soziale Dienste» zugunsten der Patient/innen angestellt sind. Hierbei handelt es sich nicht nur um Personal von Spitalsozialdiensten im engeren Sinn, sondern auch um weitere Berufsgruppen (z.B. Seelsorger/innen, Erzieher/innen), welche vom BFS unter dieser Kategorie subsummiert werden. Der Anteil von Spitälern mit Sozialdienst im engeren Sinn liegt etwas tiefer bei rund 50 Prozent.

■ **Arbeitsbedingungen:** In den Spitälern, die sich an der Befragung beteiligt haben, wurden im Jahr 2011 pro Vollzeitstelle im Durchschnitt 463 Patient/innen beraten. Der durchschnittliche Beratungsaufwand pro Patient/in liegt bei 124 Minuten. Aus der Bestandsaufnahme geht hervor, dass die subjektiv empfundene Arbeitslast abhängig vom Beratungsaufwand ist. In Spitalsozialdiensten mit mehr als 444 beratenen Patient/innen pro Vollzeitstelle ist ein grösserer Anteil der Befragten der Meinung, eine angemessene Betreuung sei selten möglich. Zudem äussern sich die Befragten aus Spitälern mit vergleichsweise hohem durchschnittlichen Beratungsaufwand pro Patient/in häufiger dahingehend, dass eine angemessene Betreuung nur manchmal oder selten möglich sei. In der grossen Mehrheit der befragten Spitäler (78%) kann sich der Spitalsozialdienst selbständig in den Behandlungsprozess einschalten (statt ausschliesslich auf Anfragen der Ärzteschaft oder der Pflege zu reagieren). Dies kommt in Spitälern mit Zentrumsversorgung und in psychiatrischen Kliniken etwas häufiger vor als in den anderen Spitaltypen. In 75 Prozent der Spitäler ist der Sozialdienst ins Patientendossier-System integriert.

■ **Gesetzliche Verankerung:** Nur in wenigen Kantonen ist Spitalsozialarbeit gesetzlich verankert. Gemäss den Antworten der Befragten besteht jedoch mindestens in den Kantonen Bern, Fribourg, Graubünden, Nidwalden, St. Gallen, Thurgau und Tessin eine gesetzliche Grundlage für Spitalsozialarbeit. Diese Angaben wurden im Rahmen der Bestandsaufnahme nicht überprüft.

■ **Leistungen und methodische Kompetenzen:** Die Bestandsaufnahme zeigt, dass in den

meisten Spitalsozialdiensten ein breites Spektrum von Leistungen abgedeckt wird. Sowohl Nachsorgeorganisation als auch psychosoziale Beratung von Patient/innen und des Patient/innensystems sowie sozialrechtliche Beratung werden in mehr als drei Viertel der Spitalsozialdienste bei mindestens einem Teil der Patient/innen geleistet. Behördliche Massnahmen werden hingegen etwas seltener eingeleitet. Die Spitalsozialdienste greifen bei der Beratung der Patient/innen auf vielfältige methodische Kompetenzen zurück. Kenntnisse zu lösungsorientierter Beratung sind in 71 Prozent der Sozialdienste vorhanden, solche zu klientenzentrierter Gesprächsführung in 67 Prozent. Auch Kompetenzen zu Motivierender Gesprächsführung (62%), Case Management (55%) und Krisenintervention (45%) sind weit verbreitet.

■Arbeitsinstrumente und arbeitsunterstützende Massnahmen: Für die Diagnosestellung oder Befunderhebung werden in 42 Prozent der befragten Sozialdienste standardisierte Instrumente verwendet. Dabei handelt es sich oft um selbst erarbeitete Checklisten, Raster oder Fragebogen. Auch die Informatiksysteme dienen als Unterstützung für ein standardisiertes Vorgehen bei der Diagnosestellung und Befunderhebung. In drei Vierteln der Spitalsozialdienste nimmt das Personal regelmässig an Teamsitzungen teil. Arbeitsunterstützende Massnahmen in Form von Interventionen werden in 37 Prozent der Sozialdienste regelmässig besucht, in 22 Prozent der Sozialdienste finden regelmässig Supervisionen statt. In Sozialdiensten mit nur einer/einem Mitarbeiter/in finden diese arbeitsunterstützenden Massnahmen – verständlicherweise – seltener statt. Die Bestandsaufnahme zeigt jedoch, dass in fast allen Spitalsozialdiensten Formen von Arbeitsunterstützenden Massnahmen regelmässig besucht werden. Auch interdisziplinäre Behandlungsgespräche, Teamvisiten und Fallbesprechungen werden in vielen Spitälern durchgeführt. Zwei Drittel der befragten Personen finden das Angebot an arbeitsunterstützenden Massnahmen ausreichend, rund ein Viertel der Befragten ist der Meinung, das Angebot sollte grösser sein.

■Statistische Erfassung der Leistungen: Aus der Bestandsaufnahme wird ersichtlich, dass die Anzahl Beratungen in rund drei Vierteln der Sozialdienste statistisch erfasst wird. Auch die Beratungszeit pro Patient/in und die Austrittsangaben werden in mehr als der Hälfte der Spitalsozialdienste erhoben. Bei der statistischen Erfassung der Beratungszeit wird jedoch lediglich in 30 Sozialdiensten zwischen direkter und indirekter Fallarbeit unterschieden. CHOP-Codes nach swiss-DRG werden in 31, ambulante Leistungen nach Tarmed in rund 20 Spitalsozial-

diensten erfasst. 17 Befragte geben an, dass in Ihrem Spitalsozialdienste bereits Ergebnismessungen oder Evaluationen durchgeführt wurden.

■Weiterbildung: In vielen Spitalsozialdiensten werden Anträge für Weiterbildungen individuell besprochen und es wird von Fall zu Fall entschieden, wie viele Arbeitstage und welche Geldbeträge pro Jahr für Weiterbildung zur Verfügung stehen. In den Spitalsozialdiensten, wo die Bedingungen vertraglich geregelt sind, stehen am häufigsten 1 bis 2 Arbeitstage und 500 bis 1'000 CHF pro Jahr für Weiterbildungen zur Verfügung. Die befragten Personen wünschen sich am häufigsten zusätzliche Weiterbildungsmöglichkeiten im rechtlichen Bereich (Sozialrecht, Arbeitsrecht, Sozialversicherungsrecht, Gesetzesänderungen), im Kinds- und Erwachsenenschutzrecht und zum Thema interdisziplinäre Zusammenarbeit. Von vielen Befragten wurde aber auch angemerkt, dass bereits ein breites Angebot an Weiterbildungsangeboten existiere.

■Herausforderungen: Im Rahmen der Befragung wurden die Leitungspersonen gebeten, die grössten Herausforderungen bei der Aufgabenerfüllung zu nennen. Für viele Befragte besteht die grösste Herausforderung darin, unter hohem Zeitdruck (aufgrund der geringen Aufenthaltsdauer der Patient/innen) arbeiten zu müssen und unter Finanzdruck und mangelnden Ressourcen zu leiden. Auch in der Austrittsplanung sowie in der interdisziplinären Zusammenarbeit sehen viele Befragte eine grosse Herausforderung. Die genannten Herausforderungen sind vielfältig. Auch die Komplexität der Fälle, die konträren Erwartungen der Anspruchsgruppen, die Akzeptanz und Positionierung des Fachbereichs oder auf dem aktuellsten Wissensstand zu sein wurden mehrfach als grosse Herausforderung genannt.

■Spitäler ohne Sozialdienst: Der Grund, dass es in gewissen Spitälern keinen Sozialdienst gibt, liegt bei 60 Prozent der befragten Institutionen darin, dass das Spital zu klein ist. Teilweise wird auch mit lokalen/regionalen Sozialdiensten zusammengearbeitet. Zudem handelt es sich in einigen Fällen um Kliniken, die Wahleingriffe durchführen und wo kein Bedarf nach Leistungen des Spitalsozialdienstes besteht. Die Leistungen, die üblicherweise ein Sozialdienst erbringt, werden in diesen Institutionen häufig vom Pflegepersonal, aber auch vom Administrationspersonal, von der Ärzteschaft, dem therapeutischen Personal oder von Patientencoaches übernommen. In zwei Drittel der befragten Spitäler ohne Sozialdienst ist es in der näheren Zukunft nicht geplant, einen solchen einzurichten, in rund 10 Spitälern wird die Frage aktuell diskutiert.

1 Ausgangslage und Fragestellung

Spitalsozialarbeit richtet ihren Fokus auf die Förderung von Selbstständigkeit und Integration sowie auf die materielle Grundsicherheit von Patientinnen und Patienten. Spitalsozialarbeit leistet somit einen Beitrag, um das Risiko für individuelle und soziale Problemlagen nach einem Spitalaufenthalt zu verringern. Bislang existieren kaum Übersichtsstudien zum Feld der Spitalsozialarbeit für die gesamte Schweiz¹.

Vor diesem Hintergrund hat der Schweizerische Fachverband Sozialarbeit in Spitälern (SFSS) das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) damit beauftragt, eine Bestandsaufnahme Spitalsozialarbeit in der Schweiz zu erarbeiten, welche Informationen zur Verbreitung und zur Ausgestaltung der Spitalsozialarbeit in der gesamten Schweiz generiert und darstellt.

Die Bestandsaufnahme respektive der vorliegende Bericht gliedert sich in zwei Teile:

- Der Kern der Bestandsanalyse besteht aus einer **Datenerhebung in den Schweizer Spitälern**. Die Auswertungen der erhobenen Daten finden sich in Kapitel 2.
- In einem weiteren Schritt wurden Auswertungen der **Krankenhausstatistik des Bundesamts für Statistik** (BFS) vorgenommen und mit den Kennzahlen der eigenen Erhebung verglichen. Die Krankenhausstatistik liefert grobe Indikatoren zur Verbreitung von «Sozialen Diensten» nach Kanton und Spitaltyp, wobei die Vergleichbarkeit mit den Daten der eigenen Erhebung eingeschränkt ist, weil das BFS auch andere Berufsgruppen unter der Kategorie «Soziale Dienste» erfasst (Kapitel 3).

Die Bestandsaufnahme beinhaltet Indikatoren zur Verbreitung der Spitalsozialarbeit sowie Angaben zu Arbeitsbedingungen, zu verwendeten Arbeitsinstrumenten sowie zu den Herausforderungen der Mitarbeitenden von Spitalsozialdiensten bei der Aufgabenerfüllung. Zudem werden Informationen aus den Spitälern ohne Sozialdienst zusammengetragen.²

¹ Die im Jahr 2008 von Hüttemann et al. durchgeführte Erhebung in Spitalsozialdiensten beschränkte sich auf die Deutschschweiz; eine Diplomarbeit an der Berner Fachhochschule für Soziale Arbeit aus dem Jahr 2005 (Aldous-Hausammann, Brügger) bezieht sich auf die Spitalsozialdienste im Kanton Bern. Eine Diplomarbeit an der Hochschule für Soziale Arbeit in Luzern aus dem Jahr 2005 (Binkert) bezieht sich auf die Schweizer Kliniken für Psychomotorik.

² An dieser Stelle danken wir den Spitaldirektionen, welche Ihre Einwilligung zur Teilnahme an der Befragung gegeben haben und uns die Kontaktangaben der Zielpersonen für die Befragung mitgeteilt haben. Besonders zu danken ist den Personen, welche an der Onlinebefragung teilgenommen haben. Ihre breite Beteiligung, die hohe Antwortqualität und die vielen ergänzenden Anmerkungen haben eine umfassende Bestandsaufnahme ermöglicht.

2 Bestandsaufnahme anhand der empirischen Erhebung

Für die Bestandsaufnahme wurde im September/Oktober 2012 eine Onlinebefragung bei den Leitungspersonen der Spitalsozialdienste durchgeführt. Im Abschnitt 2.1 wird das methodische Vorgehen skizziert. Abschnitt 2.2 beschreibt die erhobenen Kennzahlen. Die folgenden Abschnitte widmen sich den Arbeitsbedingungen (2.3) sowie den Leistungen und Arbeitsinstrumenten (2.4) in den Spitalsozialdiensten. Abschnitt 2.5 beinhaltet das Thema Weiterbildung und in Abschnitt 2.6 werden die grössten Herausforderungen bei der Aufgabenerfüllung thematisiert. Die Erhebungseinheit der Befragung bildeten die Spitäler. Auch in Spitälern ohne Sozialdienst wurden Angaben erhoben. Die Auswertung dieser Ergebnisse finden sich in Abschnitt 2.7.

2.1 Methodisches Vorgehen und Datengrundlage

Für die Bestandsaufnahme wurden in einem ersten Schritt die Spitaldirektionen kontaktiert und gebeten, uns die Kontaktangaben der Leitungspersonen der Spitalsozialdienste bekanntzugeben. Auch Angaben aus Spitälern ohne Sozialdienst sind für die Bestandsaufnahme von Interesse. In diesen Spitälern richtete sich die Befragung in der Regel an Leitungspersonen des Personaldiensts. Insgesamt konnten die Kontaktangaben von 271 Zielpersonen erfasst werden.

Von den 271 kontaktierten Personen haben 185 Personen den Fragebogen ausgefüllt. Dies entspricht einem Rücklauf von 68 Prozent, welche als relativ hoch eingestuft werden kann (Diekmann 2011, 516). Von den eingegangenen Antworten beziehen sich 144 Fragebogen auf Spitäler mit Sozialdienst, zudem haben 41 Personen aus Spitälern ohne Sozialdienst an der Erhebung teilgenommen. Die Erhebung wurde in drei Sprachen durchgeführt. Der Rücklauf war in der deutschsprachigen Schweiz mit 71 Prozent etwas höher als in der französischsprachigen (62%) und italienischsprachigen (55%).³

2.2 Kennzahlen

Die im Rahmen der Bestandsaufnahme erhobenen Kennzahlen liefern detailliertere Angaben bezüglich des Beschäftigungsgrads der Mitarbeitenden und der Ausbildungsabschlüsse des Personals der Spitalsozialdienste. Zudem zeigen die Kennzahlen auf, in welchen Spitalarten Spitalsozialarbeit stärker verbreitet ist.

Grösse der Spitalsozialdienste

In **Tabelle 1** sind die Kennzahlen zur Grösse der Sozialdienste zusammengetragen. In den 144 Spitalsozialdiensten, welche sich an der Befragung beteiligt haben, arbeiten im Durchschnitt 4.5 Mitarbeiter/innen (ohne Sekretariat). Der Median⁴ liegt etwas tiefer – bei 3 Mitarbeitenden – was darauf hinweist, dass es viele relativ kleine Spitalsozialdienste gibt. Der Median für die Stellenprozentage pro Spitalsozialdienst beträgt 180 Stellenprozent.

Im Durchschnitt beträgt der Anstellungsgrad der Mitarbeiter/innen der Spitalsozialdienste 64 Stellenprozent. Das Minimum liegt bei 10 Stellenprozent, welche für den Spitalsozialdienst zur Verfügung stehen.

³ Werden die 144 erhaltenen Fragebogen aus Spitälern mit Sozialdienst mit den 175 Spitälern in Beziehung gesetzt, die gemäss Krankenhausstatistik über Mitarbeiter/innen in der Funktion «Sozialdienst» verfügen (vgl. Abschnitt 3), so kann daraus abgeleitet werden, dass die Bestandsaufnahme auf Antworten aus über 80 Prozent der in der Schweiz existierenden Spitalsozialdiensten basiert. Allerdings konnte für die Bestandsaufnahme nicht die gleiche Adressbasis verwendet werden wie für die Krankenhausstatistik (die Adressbasis der Krankenhausstatistik ist nicht öffentlich zugänglich), und in der Krankenhausstatistik wird eine breitere Definition für «Soziale Dienste» verwendet. Deshalb lässt sich der Anteil von Spitalsozialdiensten, welche sich an der Befragung beteiligt haben nicht exakt berechnen.

⁴ Der Median (auch Zentralwert) ist robuster gegenüber Ausreissern und stellt die Zahl dar, welche an der mittleren Stelle steht, wenn man die Werte nach Grösse sortiert.

Tabelle 1: Anzahl Mitarbeiterinnen pro Sozialdienst und Stellenprozente (n=144)

	Durchschnitt	Median	Minimum	Maximum
Anzahl Mitarbeiter/innen pro Sozialdienst, ohne Sekretariat	4.5	3	1	29
Stelleprozente pro Sozialdienst, ohne Sekretariat	308%	180%	10%	2220%
Stellenprozente pro Sozialdienst, mit Sekretariat	330%	180%	10%	2300%
Stellenprozente pro Mitarbeiter/in, ohne Sekretariat	64%	67%	10%	100%

Quelle: Erhebung SFSS/BASS, Berechnungen BASS

Die Befragung hat zudem aufgezeigt, dass 69 Prozent der Sozialdienste über kein eigenes Sekretariat verfügen. Bei 18 Prozent der Sozialdienste ist ein eigenes Sekretariat vorhanden. Hierbei handelt es sich mehrheitlich um grosse Spitalsozialdienste mit mehreren Mitarbeiter/innen. 13 Prozent der Sozialdienste geben an, dass Sie Leistungen des Sekretariats des Spitals oder der Ärzteschaft in Anspruch nehmen dürfen.

Ausbildung des Personals in Spitalsozialdiensten

Vier Fünftel aller Mitarbeitenden der Spitalsozialdienste (ohne Sekretariat) verfügen über einen Ausbildungsabschluss einer Fachhochschule, Universität oder höheren Fachschule mit der Fachrichtung «Soziale Arbeit» (vgl. **Tabelle 2**). Weitere zehn Prozent weisen einen Tertiärabschluss in einer anderen Fachrichtung aus. Nur ein kleiner Teil des Personals in Spitalsozialdiensten verfügt über andere Ausbildungsabschlüsse – beispielsweise in der Pflege oder im kaufmännischen Bereich. Zudem befinden sich einige Mitarbeiter/innen in Ausbildung

Tabelle 2: Ausbildung der Mitarbeiter/innen der Spitalsozialdienste (ohne Sekretariat)

	Anzahl Personen	Anteil an der Gesamtheit der Mitarbeiter/innen
Diplom Fachhochschule , Universität oder höhere Fachschule		
Fachrichtung Soziale Arbeit	547	81%
Andere Fachrichtung	69	10%
Andere Ausbildung		
Pflege	21	3%
Kaufmännische Ausbildung	7	1%
In Ausbildung / Praktikant/in	6	1%
Andere Ausbildung	26	4%
Total	676	100%

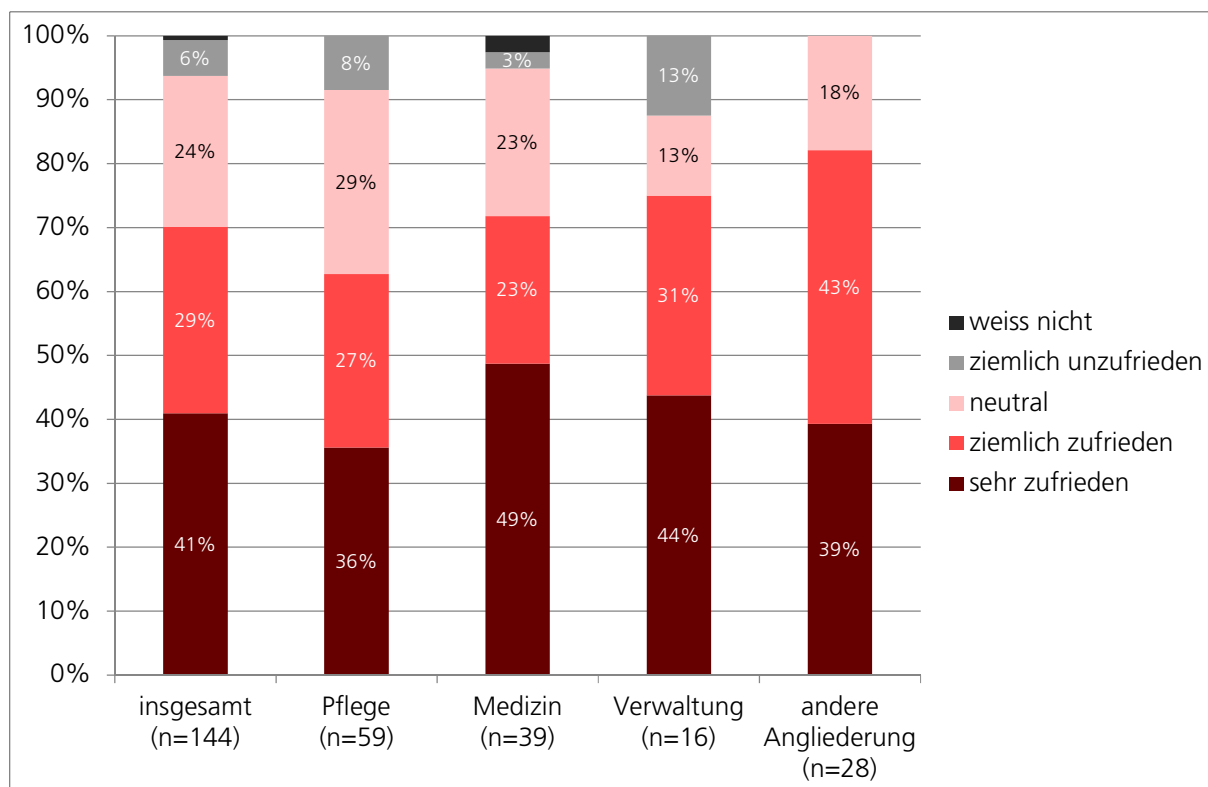
Quelle: Erhebung SFSS/BASS, Berechnungen BASS

Organisatorische Einbindung der Spitalsozialdienste

In der Mehrheit der Spitäler ist der Sozialdienst der Verwaltungseinheit «Pflege» angegliedert (59 Spitäler, 41%). Die Angliederung an die «Medizin» kommt in 39 der befragten Spitäler vor (27%) und an die Einheit «Verwaltung» sind 16 Spitalsozialdienste angegliedert (11%). Weitere Organisationsformen sind die direkte Unterstellung bei der Direktion oder die Angliederung beim Personaldienst. In zwei der befragten Spitäler ist die Leitungsperson des Spitalsozialdiensts auch in der Geschäftsleitung vertreten.

Abbildung 1 zeigt, dass nur wenige befragte Personen (6%) unzufrieden mit der organisatorischen Angliederung sind. 41 Prozent der antwortenden Personen sind sehr zufrieden mit der organisatorischen Einbettung, 29 Prozent sind ziemlich zufrieden. Der grösste Anteil an Mitarbeitenden des Sozialdiensts, die «sehr zufriedenen» mit der organisatorischen Angliederung ist dort anzutreffen, wo der Spitalsozialdienst der Medizin zugeordnet ist. Insgesamt zeigt sich, dass die Zufriedenheit über die organisatorische Einbindung bei den Sozialdiensten, welche der Pflege angegliedert sind, im Vergleich etwas geringer ausfällt.⁵ Die Befragten wurden auch gebeten, Vor- und Nachteile der organisatorischen Einbindung anzugeben. **Tabelle 3** fasst die genannten Vor- und Nachteile zusammen. Es wird deutlich, dass für jede Organisationsform konkrete Vor- und Nachteile genannt werden.

Abbildung 1: Zufriedenheit mit der organisatorischen Angliederung des Spitalsozialdiensts



Quelle: Erhebung SFSS/BASS, Berechnungen BASS

⁵ Aufgrund der geringen Fallzahlen sind diese Unterschiede jedoch statistisch nicht signifikant.

Tabelle 3: Genannte Vorteile und Nachteile der Angliederung des Spitalsozialdiensts

Art der Angliederung	Vorteile	Nachteile
Pflege	<ul style="list-style-type: none"> ■ guter Austausch mit der Pflege als wichtigstem Ansprechpartner, der nahe an den PatientInnen ist / gute Vernetzung (16 Nennungen) ■ Aufträge kommen von Pflegestation und Ärzten ■ Identifikation des Pflegepersonals mit ganzheitlicher Betrachtung des Heilungsprozesses ■ guter Informationsfluss Pflege - Angehörige – Sozialberatung (11 Nennungen) ■ klare Struktur ■ interdisziplinäre Zusammenarbeit (3 Nennungen) ■ gute Anerkennung des Sozialdiensts (3 Nennungen) ■ genügender Handlungsspielraum (3 Nennungen) ■ die vorgesetzte Stelle kennt die Schwierigkeiten (4 Nennungen) ■ Rückhalt bei der Interessenvertretung des Sozialdiensts 	<ul style="list-style-type: none"> ■ andere fachliche Ausrichtung / wenig fachliche Anknüpfungspunkte / andere Sichtweise (5 Nennungen) ■ ungenügender Austausch mit Ärzteschaft ■ ungenügende Anerkennung des Sozialdiensts (2 Nennungen) ■ Vorgesetzte Person kennt Berufsfeld zu wenig (3 Nennungen) ■ Bei Stellenkürzungen in der Pflege werden auch solche im SD vorgenommen ■ wenig Unabhängigkeit ■ keine Identifikation mit Pflege ■ Konkurrenzsituation in Bezug auf die Weiterentwicklung psychosozialer Interventionen (2 Nennungen) ■ Abgrenzung ist schlecht möglich ■ schlechter Zugang zu Patientendaten
Medizin	<ul style="list-style-type: none"> ■ interdisziplinäre Zusammenarbeit (10 Nennungen) ■ Anerkennung als Profession, welche für die Rehabilitativen Aufgaben wichtig ist (4 Nennungen) ■ weniger Hierarchiestufen durch, schnellere Abwicklung von Anträgen (3 Nennungen) ■ Die Anbindung ist sehr sinnvoll für ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit ■ grosser Handlungsspielraum/ selbständiges Arbeiten (2 Nennungen) ■ Schnelle Wege, wenn es um Einschätzung des Reha Verlaufs geht (3 Nennungen) ■ guter Informationsfluss / gute Zusammenarbeit mit Ärzteschaft (5 Nennungen) ■ näher bei der Medizin als bei der Pflege (3 Nennungen) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ grosses Team ■ Zeitknappheit des Chefarztes ■ wenig Verständnis der Medizin gegenüber Arbeit d. Sozialdiensts (4 Nennungen) ■ Fachfremdes Gebiet hat Entscheidungs- und Weisungskompetenz (2 Nennungen) ■ Wenig Einflussnahme (2 Nennungen) ■ Gefahr dass medizinische Interessen vor die sozialen Bedürfnisse gestellt werden. ■ Evtl. geringere Identität als Berufsgruppe
Verwaltung	<ul style="list-style-type: none"> ■ guter Informationsfluss (3 Nennungen) ■ Autonomie (6 Nennungen) ■ hohe Akzeptanz (3 Nennungen) ■ wenig zeitintensive Rapporte von branchenfremden Einheiten 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Spezifisches Fachwissen der vorgesetzten Stelle fehlt (3 Nennungen) ■ Wenig Kontakt zu Ärzten ■ Informationsfluss nicht standardisiert ■ zum Teil isoliert

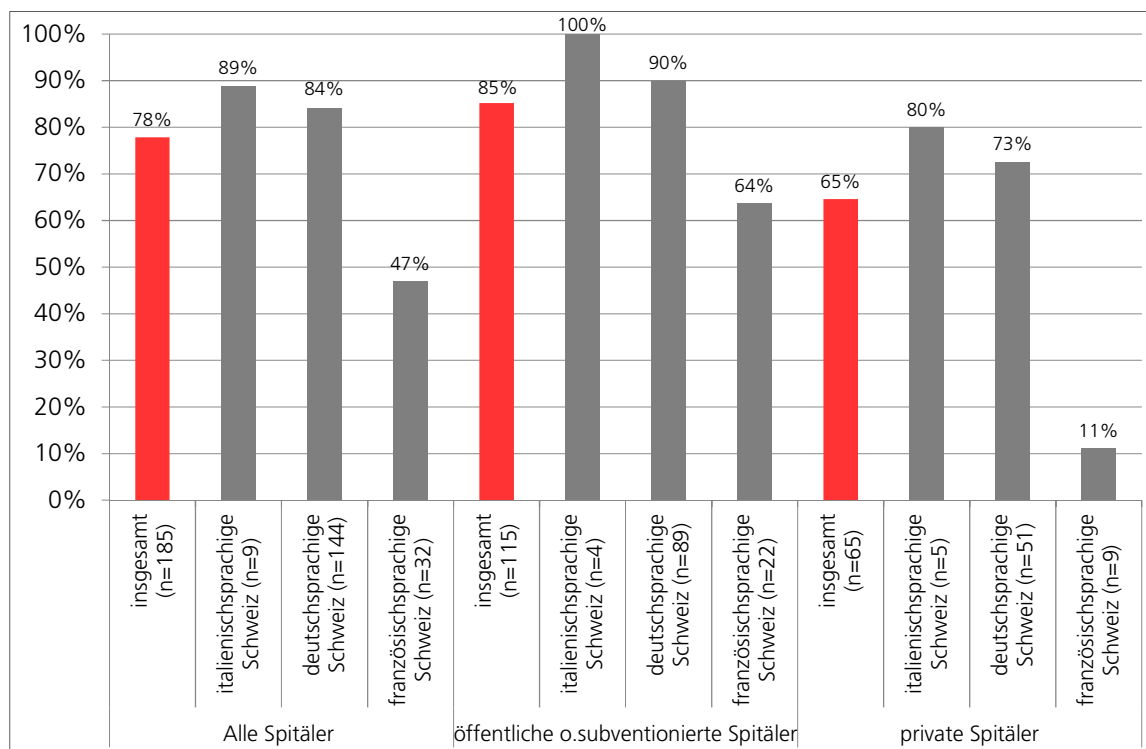
Quelle: Erhebung SFSS/BASS

Verbreitung von Spitalsozialdiensten nach rechtlich-wirtschaftlichem Status, Sprachregion und Spitaltyp

Von den 185 Spitälern, die sich an der Befragung beteiligt haben, verfügen 144 über einen Sozialdienst. Dies entspricht einer Quote von 78 Prozent. Aus **Abbildung 2** ist ersichtlich, dass der Anteil an Spitälern mit Sozialdienst in öffentlichen Spitälern (85%) deutlich höher ist als in privaten Spitälern (65%).⁶

Festgehalten werden kann, dass die Verbreitung von Spitalsozialarbeit stark mit dem rechtlich-wirtschaftlichen Status des Spitals zusammenhängt. In öffentlichen / subventionierten Spitälern ist die Leistung deutlich stärker verbreitet als in privaten Spitälern. Ein Grund hierfür könnte der allgemeine Versorgungsauftrag dieser Spitalkategorie sein, wodurch Patient/innen mit sozialen Problemen und einem entsprechend hohen Beratungsbedarf eher in öffentlichen/subventionierten Spitälern behandelt werden als in privaten. In der Abbildung zeigt sich auch, dass Spitalsozialdienste in der deutsch- und italienischsprachigen Schweiz stärker verbreitet sind als in der französischsprachigen Schweiz.

Abbildung 2: Anteil Spitaler mit Sozialdienst nach Sprachregion und rechtlich-wirtschaftlichem Status, basierend auf den Daten der Onlineerhebung



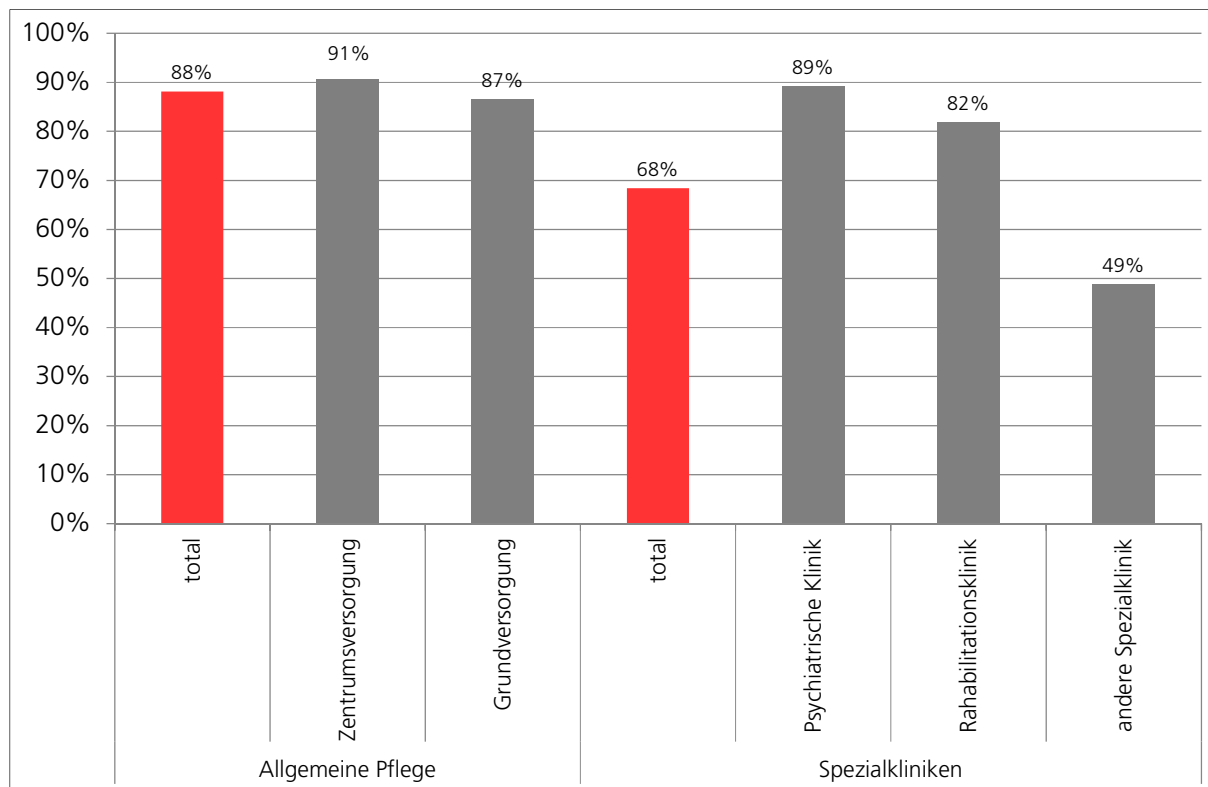
Quelle: Erhebung SFSS/BASS, Berechnungen BASS

Betrachtet man die Unterschiede nach Spitaltyp (vgl. **Abbildung 3**), so zeigt sich in den Daten der Bestandsaufnahme, dass Spitaler für allgemeine Pflege öfter einen Sozialdienst ausweisen als Spezialkliniken. Besonders hoch sind die Anteile an Spitälern mit Sozialdienst in Spitälern für allgemeine Pflege mit Zentrumsversorgung (Universitäts- und andere grosse Spitaler), sowie in psychiatrischen Kliniken. Zentrumsspitaler befinden sich in urbanen Umgebungen, in denen generell der Anteil an Personen, die auf soziale Unterstützung angewiesen sind, höher ist (vgl. z.B. Dubach et al. 2011, 5). Zudem werden in Zentrumsspitalern tendenziell komplexere gesundheitliche Probleme behandelt, was oft auch grössere soziale und familiäre Probleme nach sich zieht. Die vergleichsweise breite Verbreitung der Sozialdienste in psychiatrischen Kliniken dürfte zumindest teilweise mit dem Behandlungsfokus auf psychosoziale gesundheitliche

⁶ Der Unterschied ist statistisch signifikant.

Fragestellungen zu erklären sein, zu deren Lösung die Spitalsozialarbeit einen entscheidenden Beitrag leisten kann.

Abbildung 3: Anteil Spitäler mit Sozialdienst nach Art des Spitals, basierend auf den Daten der Onlineerhebung



Quelle: Erhebung SFSS/BASS, Berechnungen BASS

Die Erhebungsdaten bieten aufschlussreiche Informationen zur Verbreitung von Spitalsozialarbeit nach Art der Spitäler. Bezüglich der Verbreitung von Spitalsozialarbeit insgesamt ist allerdings ein methodischer Hinweis nötig: Während der Erhebung hat sich gezeigt, dass das Interesse, sich an der Befragung zu beteiligen bei Leitungspersonen eines Spitalsozialdiensts höher war als bei Personen aus Spitalern ohne Sozialdienst. Aus diesem Grund ist anzunehmen, dass Spitäler mit Sozialdienst in den Daten der Erhebung übervertreten sind und der reale Anteil an Spitalern mit Sozialdienst in der Schweiz unter 78 Prozent liegt. Die Krankenhausstatistik des BFS, welche auf einer Vollerhebung basiert, liefert weitere grobe Indikatoren zur Verbreitung von Spitalsozialarbeit. Diese Indikatoren werden in Kapitel 3 diskutiert.

2.3 Arbeitsbedingungen

Die Bestandsaufnahme thematisiert in Zusammenhang mit den Arbeitsbedingungen in den Spitalsozialdiensten die Fallzahlen der beratenen Patient/innen sowie den Beratungsaufwand pro Patient/in, und es wurden Angaben zur «subjektiv empfundenen Arbeitslast» erhoben. Aufgezeigt wird, in wie vielen der befragten Spitälern sich die Mitarbeitenden des Sozialdienst selbständig in den Behandlungsprozess einschalten können und wie oft der Sozialdienst ins Patientendossier-System des Spitals integriert ist. Zu den Arbeitsbedingungen gehören auch die Löhne, die in diesem Abschnitt ebenfalls thematisiert werden. Zudem wird auf die gesetzliche Verankerung von Spitalsozialarbeit eingegangen.

Anzahl Beratungen und durchschnittlicher Beratungsaufwand

Nicht von allen Spitalsozialdiensten konnten Angaben zur Anzahl Beratungen erhoben werden. Die Zahlen in **Tabelle 4** und **Tabelle 5** beziehen sich auf die 104 Spitäler, für welche Angaben vorhanden sind. In 57 der antwortenden Spitäler beriet der Sozialdienst ausschliesslich stationäre Patienten, in 47 Spitälern wurden sowohl stationäre wie auch ambulante Patient/innen beraten. Insgesamt wurden im Jahr 2011 in den antwortenden Sozialdiensten 99'205 stationäre und 10'710 ambulante Patient/innen beraten. Im Total ergeben sich 109'915 beratene Patient/innen. Die Anzahl beratener Patient/innen pro Spitalsozialdienst variiert stark. Das Minimum liegt bei 33 Patient/innen, das Maximum bei 15'000 Patient/innen.

Pro Vollzeitstelle wurden im Jahr 2011 durchschnittlich 463 Patient/innen beraten. Der Median liegt bei 444 Patientinnen. Der durchschnittliche Beratungsaufwand pro Patient/in liegt bei 124 Minuten. Allerdings konnte lediglich in 50 Spitalsozialdiensten eine Angabe zum Beratungsaufwand pro Patient/in gemacht werden. In den Daten zeigt sich, dass die durchschnittliche Beratungszeit pro Patient/in in den Spitälern mit hoher Anzahl an Beratungen vergleichsweise tief ist.

Tabelle 4: Anzahl beratene Patient/innen Total, Jahr 2011

	Total alle antwortenden Sozialdienste	pro Sozialdienst Minimum	pro Sozialdienst Maximum	Anz. Beob. (n)
Anzahl beratene Patientinnen				
stationär	99'205	25	10'000	
ambulant	10'710	0	5'000	
total	109'915	33	15'000	104

Quelle: Erhebung SFSS/BASS, Berechnungen BASS

Tabelle 5: Anzahl beratene Patientinnen pro Vollzeitstelle und durchschnittlicher Beratungsaufwand

	Mittelwert	Median	Minimum	Maximum	Anz. Beob. (n)
Anzahl beratene Patientinnen pro Vollzeitstelle					
total	463	444	14	1259	104
Durchschnittlicher Beratungsaufwand pro Patient/in in Minuten	124	100	30	480	50

Quelle: Erhebung SFSS/BASS, Berechnungen BASS

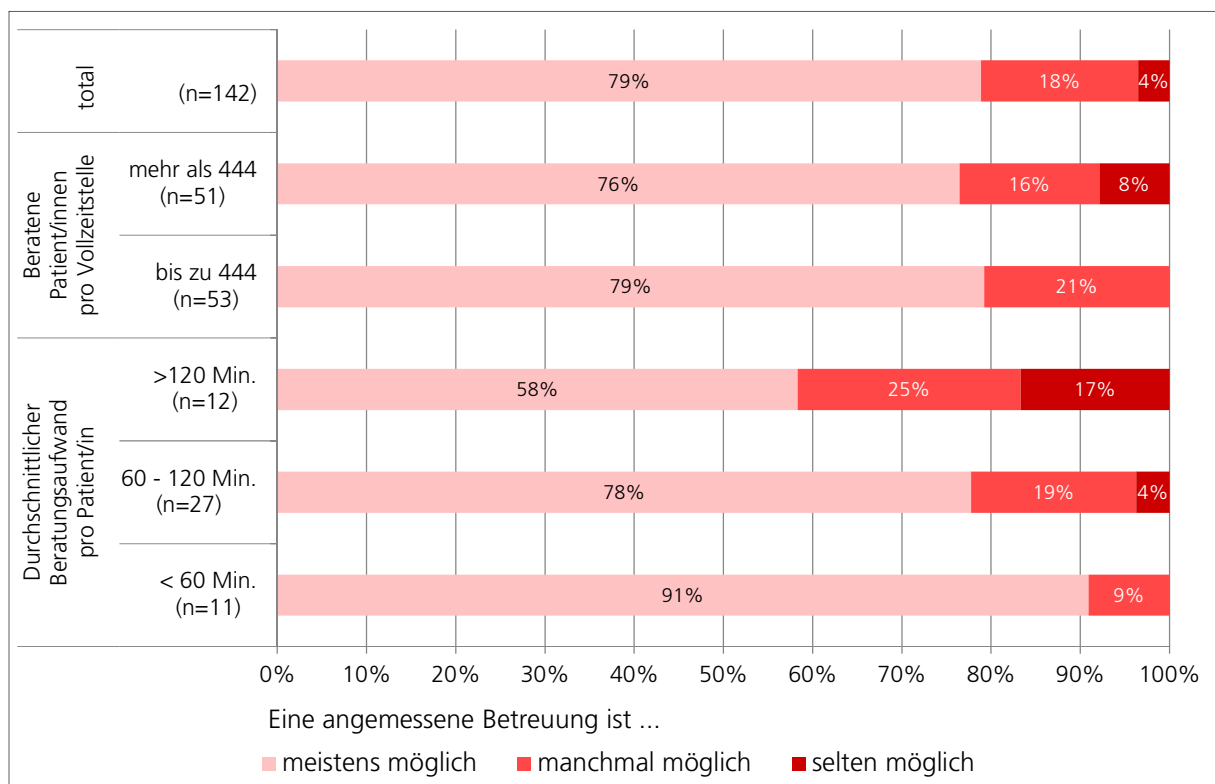
In öffentlichen Spitälern ist die Anzahl beratener Patient/innen pro Vollzeitstelle tendenziell etwas höher (Median 450) als in privaten Spitälern (Median 373). Nach Spitaltyp (Allgemeine Pflege vs. Spezialkliniken) lassen sich hingegen keine deutlichen Unterschiede erkennen. Die Betrachtung des Beratungsaufwands nach Spitaltyp zeigt, dass die durchschnittlich aufgewendete Beratungszeit pro Patient/in in Spitälern für allgemeine Pflege mit Zentrumsversorgung (153 Minuten) etwas höher ist als in solchen mit Grundversorgung (96 Minuten). Hingegen gibt es hier keinen Unterschied zwischen privaten und öffentlichen Spitälern.

Abbildung 4 zeigt die Verteilung der Antworten auf die Frage «Inwiefern erlauben die vorhandenen Stellenprozent im Spitalsozialdienst Ihrer Meinung nach eine angemessene Betreuung der Patient/innen?». 79 Prozent der Antwortenden geben an, eine angemessene Betreuung sei meistens möglich, 18 Prozent sagen, dies sei manchmal möglich und 4 Prozent sind der Meinung, eine angemessene Betreuung sei selten möglich.

Die Antworten auf diese Frage können als Indikator für die subjektiv empfundene Arbeitslast betrachtet werden. Aus Abbildung 4 ist ersichtlich, dass die «subjektiv empfundene Arbeitslast» mit der «objektiven Arbeitslast» - gemessen anhand der Anzahl beratener Patient/innen pro Vollzeitstelle und am Beratungsaufwand pro Patient/in – zusammenhängt. In Spitälern mit mehr als 444 (=Median) beratenen Patientinnen pro Vollzeitstelle ist ein grösserer Anteil der Befragten (8%) der Ansicht, eine angemessene Betreuung der Patient/innen sei selten möglich. Insbesondere in Spitälern mit vergleichsweise hohem durchschnittlichem Beratungsaufwand pro Patient/in (mehr als 120 Minuten) ist ein grösserer Anteil der Befragten der Meinung, eine angemessene Betreuung der Patient/innen sei nur manchmal (25%) oder selten (17%) möglich.⁷ Zwischen den Befragten in öffentlichen und privaten Spitälern unterscheidet sich die «subjektiv empfundene Arbeitslast» hingegen kaum.

Ergänzend wurde von einigen Befragten angemerkt, dass die Arbeitsbelastung von der Bettenbelegung abhängt und dadurch schwankt (z.T. saisonal). Zudem wurde angemerkt, dass eine angemessene Betreuung möglich sei, wenn alle vorgesehenen Stellenprozent besetzt sind, dass die Betreuungssituation jedoch schwierig sei, wenn es zu Vakanzen im Sozialdienst komme.

Abbildung 4: Antworten auf die Frage «Inwiefern erlauben die vorhandenen Stellenprozent im Spitalsozialdienst Ihrer Meinung nach eine angemessene Betreuung der Patient/innen?»



Quelle: Erhebung SFSS/BASS, Berechnungen BASS

⁷ Dieser Unterschied ist auf dem 10%-Niveau signifikant.

Die anderen Unterschiede sind aufgrund der geringen Fallzahl nicht signifikant.

In 78 Prozent der befragten Spitäler mit Sozialdienst hat dieser die Möglichkeit, sich **selbständig in den Behandlungsprozess einzuschalten**. In rund einem Fünftel der Spitäler hingegen reagiert der Spitalsozialdienst ausschliesslich auf Anfrage der Ärzteschaft und/oder des Pflegepersonals und schaltet sich dann in den Behandlungsprozess ein. Aus den Daten ist ersichtlich, dass der Sozialdienst sich in Spitälern der allgemeinen Pflege mit Zentrumsversorgung (90%) und in psychiatrischen Kliniken (88%) öfter selbständig in den Behandlungsprozess einschaltet als in den anderen Spitaltypen. Zwischen privaten und öffentlichen Spitälern gibt es diesbezüglich keine grossen Unterschiede (73% versus 79%).

In 75 Prozent der befragten Spitäler mit Sozialdienst ist dieser **ins Patientendossier-System des Spitals integriert**. In öffentlichen Spitälern (79%) kommt dies etwas häufiger vor als in privaten (50%). Zudem ist der Sozialdienst in Spitälern für allgemeine Pflege mit Zentrumsversorgung häufiger ins Patientendossier-System integriert als in solchen mit Grundversorgung. Am weitesten verbreitet ist das System Phoenix (25 Nennungen), gefolgt von KIS (16), polypoint (6), Kisim (5), WiCare (5) und Oplae (3).

Lohndaten

Der Verband H+ erhebt in regelmässigen Abständen von zwei Jahren die Löhne des Spitalpersonals in der Schweiz nach einzelnen Funktionen. Die Auswertungen dieser Erhebung können bei H+ bezogen werden⁸, sie sind jedoch nicht öffentlich zugänglich. Aus den Lohntabellen von H+ ist ersichtlich, dass im 2011 der Mittelwert des Brutto-Jahreslohns (inkl. 13. Monatslohn) für die Funktion Sozialarbeit 1 zwischen 90'000 und 95'000 CHF liegt. Die Funktionen Sozialarbeit 1 bezieht sich auf ausgebildete Sozialarbeiter/innen (FH) mit bis zu zwei Jahren Berufserfahrung und ausführender Tätigkeit.

Die Funktion Sozialarbeit 2 bezieht sich auf ausgebildete Sozialarbeiter/innen (FH) mit mehr als zwei Jahren Berufserfahrung und beinhaltet Leitungsfunktionen. Für Angestellte in der Funktion Sozialarbeit 2 liegt der Mittelwert des entsprechenden Brutto-Jahreslohns zwischen 100'000 und 105'000 CHF.

⁸ <http://www.hplus.ch>

Gesetzliche Verankerung von Spitalsozialarbeit

Die Bestandsaufnahme zeigt, dass die Leitungspersonen von Spitalsozialdiensten nicht immer darüber informiert sind, ob Spitalsozialarbeit in ihrem Kanton gesetzlich verankert ist. 55 Prozent der Befragten beantworten die Frage mit «weiss nicht». In den Kantonen Bern, Fribourg, Graubünden, Nidwalden, St. Gallen, Solothurn, Schwyz, Tessin, Thurgau und im Wallis besteht gemäss Antworten der Befragten eine gesetzliche Verankerung von Spitalsozialarbeit (vgl. **Tabelle 6**). Die entsprechenden Angaben konnten im Rahmen dieser Bestandsaufnahme nicht überprüft werden. Für eine detailgetreue Ermittlung der gesetzlichen Verankerung von Spitalsozialarbeit in den Schweizer Kantonen wäre eine eigenständige Recherche notwendig. Gemäss den Angaben der Befragten ist hingegen in den Kantonen Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt, Genf, Glarus, Luzern, Schaffhausen, Thurgau, Waadt, Zug und Zürich Spitalsozialarbeit nicht gesetzlich verankert. Von einer befragten Person (Kt AG) wurde angemerkt, dass eine gesetzliche Verankerung von Spitalsozialarbeit wichtig wäre, auch im Zusammenhang damit, dass es «schliesslich» CHOP-Codes dafür gibt.

Tabelle 6: Name der Gesetze oder Verordnungen, in welchen Spitalsozialarbeit gesetzlich verankert ist; Antworten der Befragten

Kanton	genannter Name des Gesetzes / der Verordnung, in welcher Spitalsozialarbeit gesetzlich verankert ist
Bern	Spitalversorgungsgesetz (SpVG)
Fribourg	Loi du 5 octobre 2006 sur l'organisation des soins en santé mentale (LSM). Disponible sous: http://bdlf.fr.ch/frontend/versions/2004?locale=fr
Graubünden	Kant. Krankenpflegegesetz, Kant. Gesundheitsgesetz, Kant. Sozialhilfe- und Unterstützungsgesetz (im weiteren Sinn)
Nidwalden	Spitalgesetz regierungsrätlicher Leistungsauftrag
St. Gallen	Spitalgesetzverordnung / Kantonale Verordnung
Thurgau	Gesundheitsgesetz
Tessin	Contratto Collettivo di Lavoro , Legge sulla promozione della salute del Canton Ticino

Anmerkung: Für die Kantone Wallis, Solothurn und Schwyz gaben die Befragten an, dass Spitalsozialarbeit gesetzlich verankert sei, konnten jedoch den Namen des Gesetzes oder der Verordnung nicht nennen.

Quelle: Erhebung SFSS/BASS

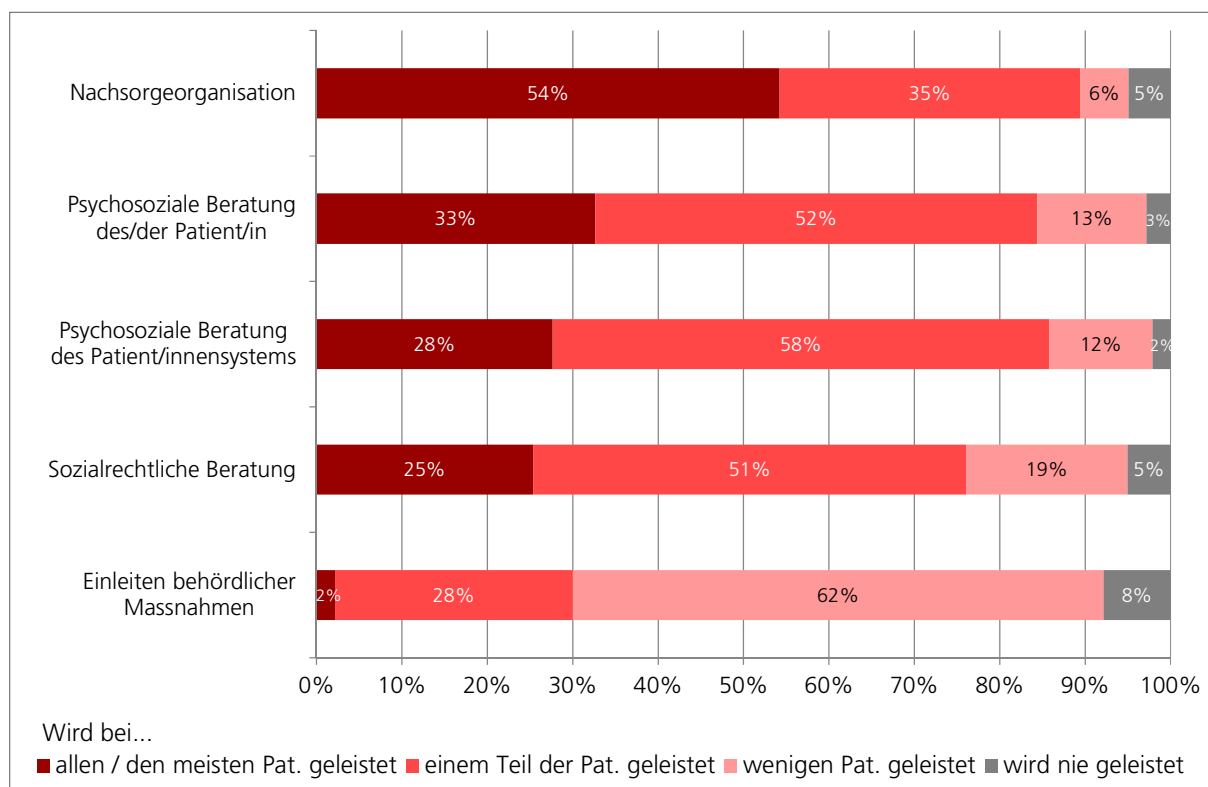
2.4 Erbrachte Leistungen, Kompetenzen und Arbeitsinstrumente

Im folgenden Abschnitt wird thematisiert, welche Leistungen von den Spitalsozialdiensten erbracht werden, welche methodischen Kompetenzen zur Anwendung kommen und welche Arbeitsinstrumente verwendet werden. Dabei wird auf Instrumente zur Befunderhebung und Diagnosestellung eingegangen wie auch auf arbeitsunterstützende Massnahmen. Zudem wird aufgezeigt, welche Kennzahlen statistisch erhoben werden und ob in einzelnen Spitälern bereits Ergebnismessungen, Evaluationen oder Wirkungsanalysen durchgeführt wurden.

Leistungen der Spitalsozialdienste

Wie aus **Abbildung 5** ersichtlich ist, decken die Spitalsozialdienste in der Regel ein weites Spektrum von Leistungen ab. Die Einteilung der in Abbildung 5 dargestellten Leistungen wurde anhand des CHOP-Codes 94.8 (psychosoziale Interventionen) von Swiss-DRG vorgenommen. Nachsorgeorganisation wird in mehr als der Hälfte der Sozialdienste bei allen oder den meisten Patient/innen geleistet. Sowohl Nachsorgeorganisation als auch psychosoziale Beratung der/des Patienten/in und des Patient/innensystems werden in mehr als 80 Prozent der Sozialdienste mindestens bei einem Teil der Patienten/innen geleistet. Auch die Sozialrechtliche Beratung wird in rund drei Vierteln der Sozialdienste mindestens bei einem Teil der Patient/innen geleistet. Die Einleitung von behördlichen Massnahmen ist weniger verbreitet. In der Mehrheit der Spitalsozialdienste werden nur bei wenigen Patienten/innen behördliche Massnahmen eingeleitet.⁹

Abbildung 5: Erbrachte Leistungen



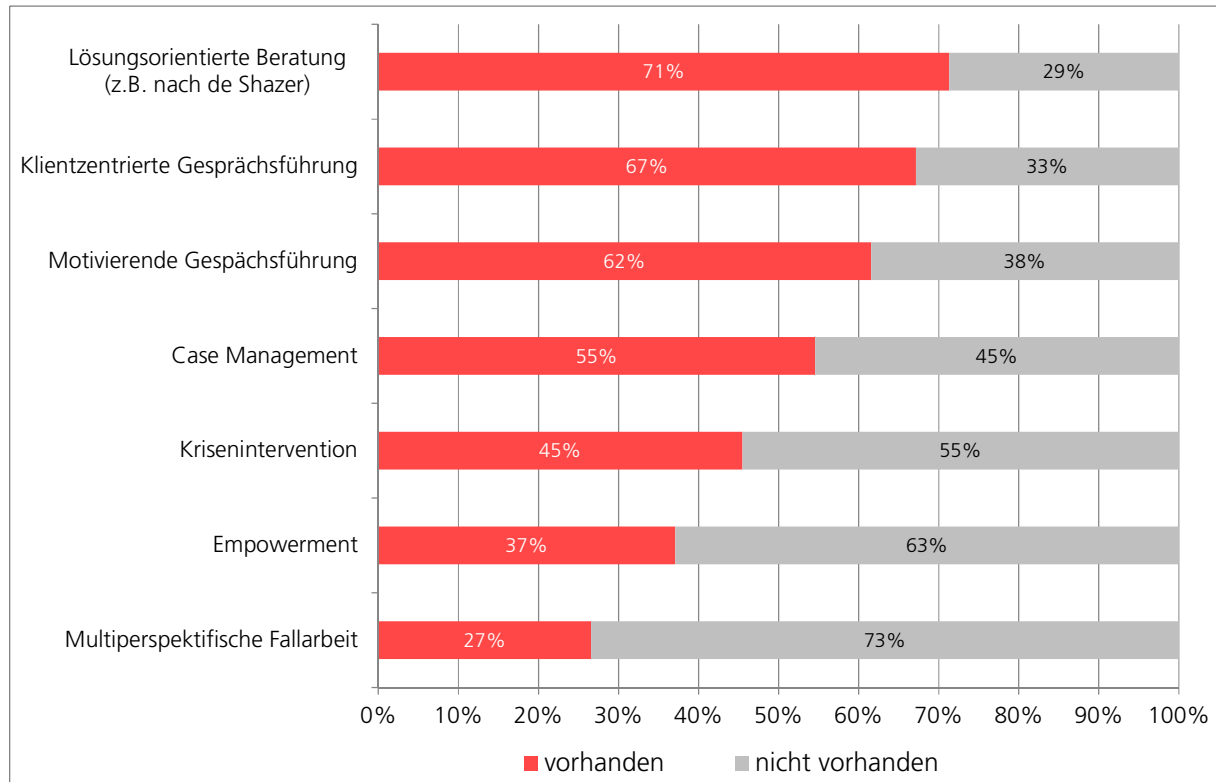
Quelle: Erhebung SFSS/BASS, Berechnungen BASS

⁹ Nachsorgeorganisation wird signifikant häufiger bei allen/ den meisten Patienten geleistet als die anderen Leistungen. Das Einleiten Behördlicher Massnahmen wird signifikant seltener bei allen/ den meisten oder einem Teil der Patienten geleistet. Die Antworten für die Leistungen Psychosoziale Beratung des/der Patient/in, Psychosoziale Beratung des Patient/innensystems und Sozialrechtliche Beratung unterscheiden sich nicht signifikant.

Methodische Kompetenzen

Die Bestandsaufnahme zeigt, dass in den Spitalsozialdiensten vielfache methodische Kompetenzen vorhanden sind und bei der Beratung der Patienten/innen angewendet werden. Gefragt wurde nach Kompetenzen, welche im Rahmen von Aus- und Weiterbildungen erlern wurden. Aus **Abbildung 6** ist ersichtlich, dass insbesondere Kompetenzen in Lösungsorientierter Beratung (71%), Klient zentrierter Gesprächsführung (67%) und motivierender Gesprächsführung (62%) in sehr vielen Spitalsozialdiensten vorhanden sind. Aber auch die Methoden wie Case Management (55%) oder Krisenintervention (45%) sind verbreitet.

Abbildung 6: Methodische Kompetenzen, welche bei der Beratung der Patient/innen verwendet werden



Quelle: Erhebung SFSS/BASS, Berechnungen BASS

Bestandsaufnahme anhand der empirischen Erhebung

Von den Antwortenden wurden zusätzlich zu den erhobenen Kategorien eine Vielzahl weiterer vorhandener Kompetenzen bzw. Ausbildungsabschlüsse angemerkt.¹⁰

In 60 befragten Spitalsozialdiensten (42%) wird ein **standardisiertes Instrument zur Befunderhebung oder Diagnosestellung** verwendet. Die Namen der im Rahmen der Bestandsaufnahme genannten Instrumente sind in **Tabelle 7** zusammengefasst. Es ist ersichtlich, dass in vielen Sozialdiensten selbst erarbeitete Fragebogen, Raster, Checklisten oder Abklärungsbögen verwendet werden. Es zeigt sich ebenfalls, dass die Informatiksysteme bei der Befunderhebung oder Diagnosestellung ein unterstützendes Instrument sind.

Tabelle 7: Standardisierte Instrumente zur Befunderhebung oder Diagnosestellung, welche in der Befragung angegeben wurden

<ul style="list-style-type: none"> ■ Assessment (3 Nennungen) ■ Abklärungsgespräch / Erstgespräch ■ Case Management Regelkreis ■ Handbuch /Managementsystem ■ Sozialanamnese (3 Nennungen) ■ Sozialanamnese in der Akutgeriatrie (Extrablatt) ■ Dossierführung und Reharapport ■ Medizinisches und therapeutisches Dossier des/der Patienten/in ■ Screening / Kurzassessment ■ Anamnese, Sozialscreening ■ Arbeits- und Sozialanamnese, AVEM, DIAMO, Mini ICF-App, Eco-Map, Koordinaten psychosozialer Behandlung, div. berufsspezifische Tools für Menschen mit Epilepsie 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sozialabklärungsbogen ■ Sozialstatus (eigene Kreation) 2 Nennungen) ■ selbst konzipiertes Raster / Formular ■ Selbsterarbeiteter Fragebogen ■ Prozessabläufe ■ Pat Anamnese , Eintrittsgespräch, Checkliste ■ Stammbblatt oder Assessment ■ Auftragsklärung ■ Brioché 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Phoenix (5 Nennungen) ■ Saris (3 Nennungen) ■ KIS (3 Nennungen) / INES /PROBABO ■ Kisim (3 Nennungen) ■ Access (2 Nennungen) ■ S-First ■ GECO (Informatiksystem) ■ Soarian (Informatik-Patientendossiersystem) ■ Patientendossiersystem (Informatik) (3Nennungen) ■ Domi ■ HoNOS
---	---	--

Quelle: Erhebung SFSS/BASS

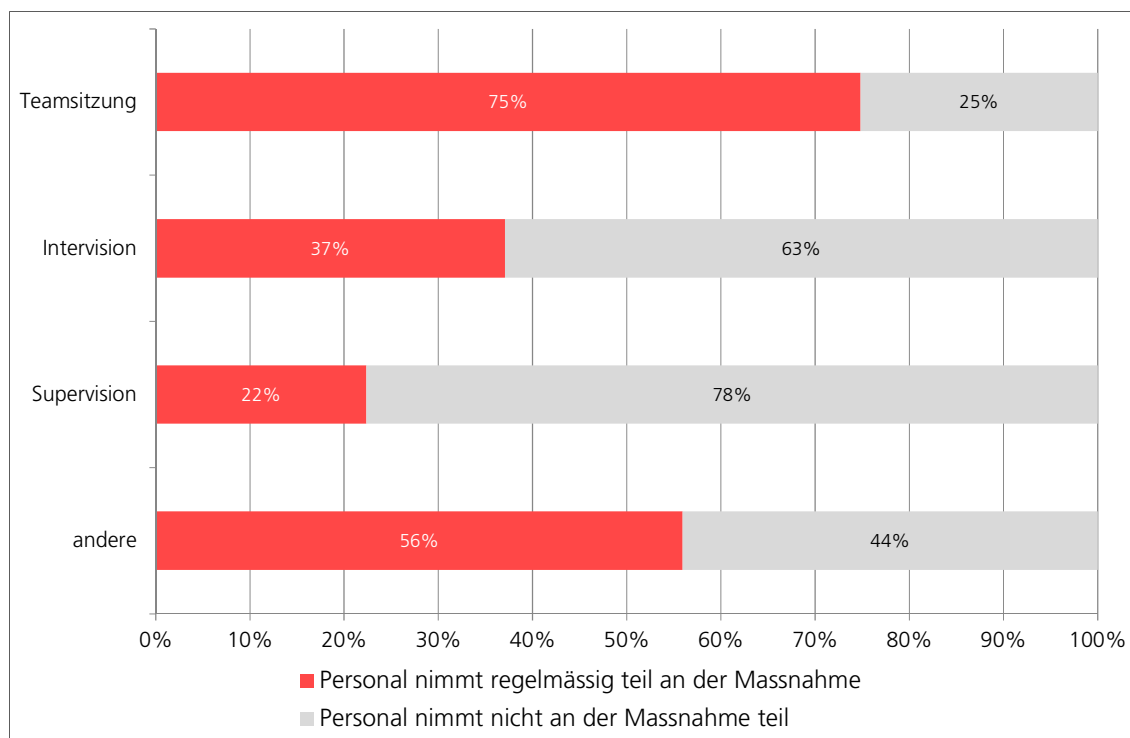
Arbeitsunterstützende Massnahmen

In der Bestandsaufnahme wurde erhoben, an welchen arbeitsunterstützenden Massnahmen das Personal der Spitalsozialdienste regelmässig teilnimmt. Teamsitzungen werden in drei Viertel der befragten Spitalsozialdienste regelmässig gehalten (vgl. **Abbildung 7**). Bei den Sozialdiensten, in welchen keine Teamsitzung stattfindet handelt es sich grösstenteils um solche mit nur einem/einer Mitarbeiter/in. In 37 Prozent der Sozialdienste nehmen die Mitarbeitenden an einer Intervention teil, in 22 Prozent der Sozialdienste wird eine Supervision regelmässig durchgeführt. Auch hier zeigt sich in den Daten, dass Interventionen und Supervisionen vor allem in grösseren Spitalsozialdiensten durchgeführt werden. Mehr als die Hälfte der befragten Personen nennen weitere arbeitsunterstützende Massnahmen, an welchen das Personal des Sozialdiensts teilnimmt. Die Namen dieser arbeitsunterstützenden Massnahmen sind in Tabelle 8 dargestellt. Insbesondere interdisziplinäre Behandlungsgespräche und Rapporte werden in vielen Spitalsozialdiensten

¹⁰ Weitere genannte Kompetenzen: Lebensweltorientierte, emotionsfokussierende Beratung, Job Coaching, Rechtsberatung, ZRM, systemischer Ansatz (2 Nennungen), Systemische Familienberatung, systemische Kurzzeitintervention, Pflegerische Grundausbildung, systemische Sozialarbeit, Begleitung Schwerkranker und Sterbender, Mediation in der Sozialberatung, CAS ethische Entscheidungsfindung in Organisationen, Weiterbildung IPTS Institut Psychotrauma Schweiz, Umgang mit traumatisierten Menschen und Mitglied des Care-Teams, Weiterbildung Umgang mit Aggression und Gewalt im Pflegealltag, Verwaltungsrecht für Mitarbeitende im Sozialdienst, CAS Soziale Sicherheit Hochschule Luzern, Familienzentrierte Gesprächsführung, psychosoziale Beratung, Fachausbildung SVR, Gruppenangebote, Sozialpädagogische Gruppenarbeit, entretiens centrés sur des objectifs, nous mobilisons également les techniques de la TCC et de la TCD, les stratégies de relaxation, la thérapie de famille. Les principes d'action essentiels restent de travailler en partenariat avec le patient-e et sa famille, de mobiliser ses ressources et celles de son entourage (subsidiarité) et de favoriser l'auto-détermination du patient dans l'élaboration de son projet de vie, valutazione socio-economica, valutazione problematica. Accompagnamento.

regelmässig durchgeführt. Zudem hat ein Teil der Befragten auch Weiterbildungen als arbeitsunterstützende Massnahmen angegeben. Fasst man die Antworten zusammen, so zeigt sich, dass lediglich in 4 Spitalsozialdiensten keine Teilnahme an arbeitsunterstützenden Massnahmen stattfindet.¹¹ In 37 Prozent der Sozialdienste wird die Teilnahme an einer, in 35 Prozent der Sozialdienste die Teilnahme an zwei Massnahmen angegeben und in rund 24 Prozent der Sozialdienste nimmt das Personal an drei oder vier der arbeitsunterstützenden Massnahmen regelmässig teil.

Abbildung 7: Arbeitsunterstützende Massnahmen; Anteil der Spitalsozialdienste, in welchen das Personal an den arbeitsunterstützenden Massnahmen teilnimmt



Quelle: Erhebung SFSS/BASS, Berechnungen BASS

Tabelle 8: «Andere» arbeitsunterstützende Massnahmen

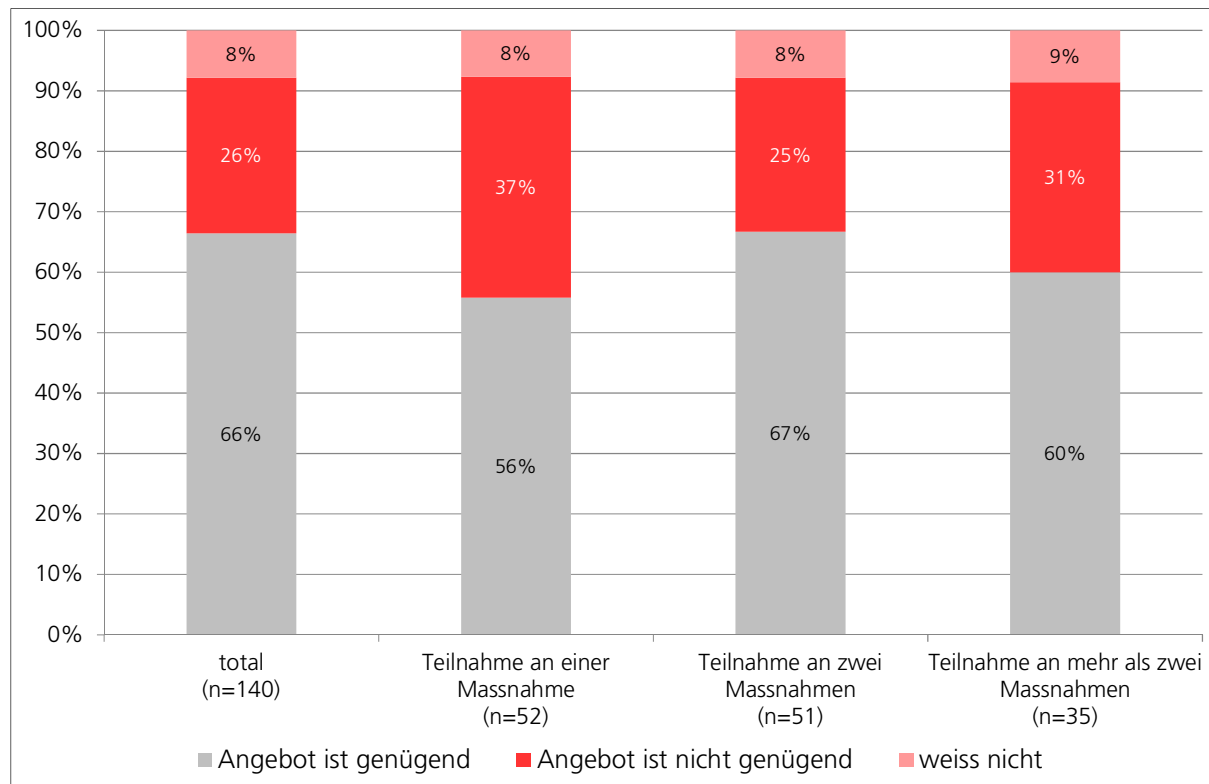
Interdisziplinäre Behandlungsgespräche / interdisziplinäre Rapporte (26 Nennungen)
Ärztterrapport, Arztvisite, Teamvisite, Morgenrapport (21 Nennungen)
Fallbesprechungen (5 Nennungen)
Fachaustausch- Infoaustausch (3 Nennungen)
Arbeitsbesprechung mit der direkten Vorgesetzten (2 Nennungen)
Regelmässiger Austausch Pflege/Ärzte (3 Nennungen)
Austausch mit zuständigem EinzeltherapeutIn und zuständiger Bezugsperson aus der Pflege
Behandlungsplanungssitzung (wöchentlicher interdisziplinärer Rapport)
Gruppensitzungen /Rundgespräch / Unregelmässige. Teamsitzungen und Fallbesprechungen mit Ärzten
Jährliche Retraite ganztags
Sitzungen mit dem kantonalen Sozialdienst
Monatsgespräch mit PDL / Regelmässige Gespräche mit der Spitalleitung / Monatlicher Rapport mit dem Direktor
Regelmässige Mitarbeiterkonferenz
Wöchentliches Gespräch mit Vorgesetzten nach Bedarf
Zielvereinbarungen/ Personalinformationen

Quelle: Erhebung SFSS/BASS,

¹¹ Es handelt sich um Sozialdienste mit 2 und 4 Mitarbeitenden. Die Befragten haben keine weiteren Angaben bezüglich arbeitsunterstützenden Massnahmen gemacht.

Zwei Drittel der befragten Personen sind der Meinung, das Angebot an arbeitsunterstützenden Massnahmen für die Mitarbeitenden sei ausreichend (vgl. **Abbildung 8**). Rund ein Viertel der Befragten findet, dass es ein grösseres Angebot geben sollte. Es zeigt sich, dass vor allem Personen aus Sozialdiensten, in denen nur eine der arbeitsunterstützenden Massnahmen regelmässig stattfindet, der Meinung sind, das Angebot an Arbeitsunterstützenden Massnahmen sei nicht ausreichend.

Abbildung 8: Beurteilung des Umfangs von arbeitsunterstützenden Massnahmen



Quelle: Erhebung SFSS/BASS, Berechnungen BASS

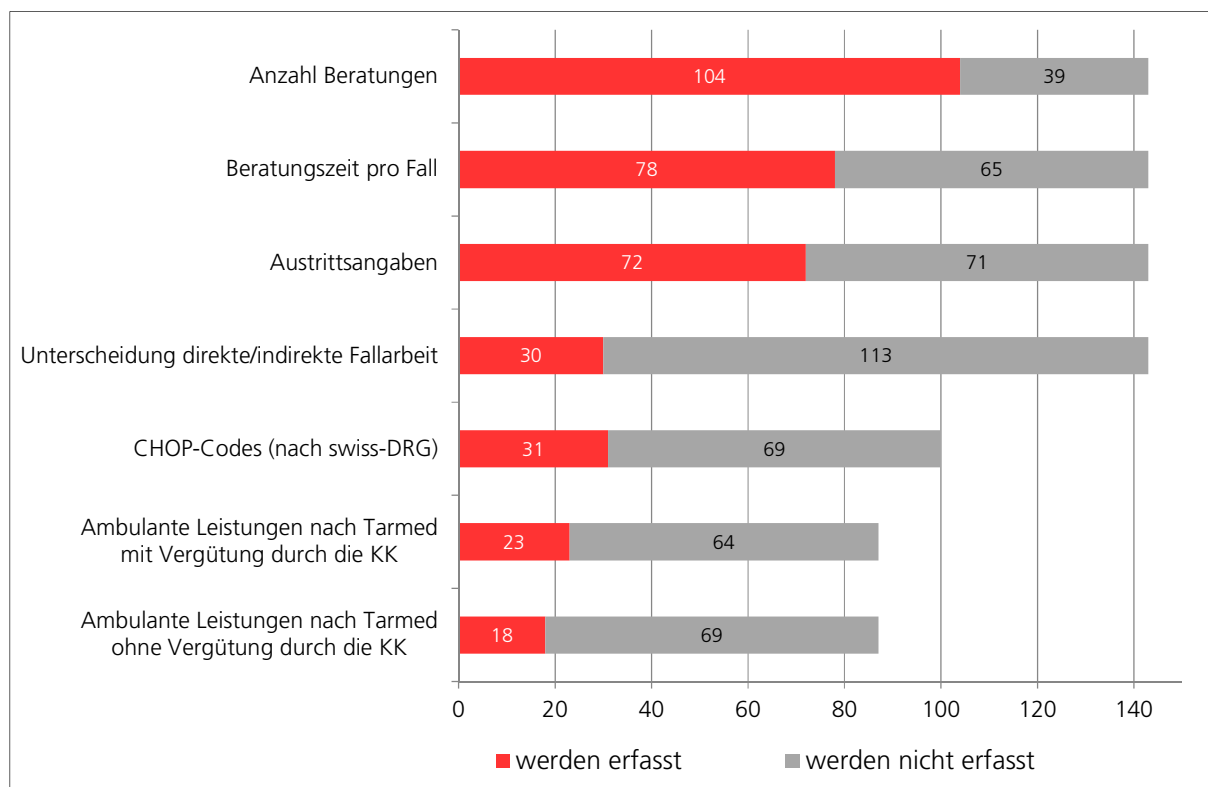
Statistische Kennzahlen

Abbildung 9 zeigt auf, welche Kennzahlen in den Spitalsozialdiensten erfasst werden. Die Anzahl Beratungen werden in 104 von 143 Spitalsozialdiensten erfasst (rund 73 %). Auch die Beratungszeit pro Fall und Austrittsangaben werden in mehr als der Hälfte der Spitalsozialdienste erhoben. Hingegen wird lediglich in 30 der befragten Spitalsozialdienste bei der statistischen Erfassung zwischen direkter und indirekter Fallarbeit unterschieden. CHOP-Codes nach swiss-DRG betreffen nur Akutspitäler.¹² Sie werden in 31 der befragten Spitalsozialdienste erhoben. Ambulante Leistungen nach Tarmed mit Vergütung durch die Krankenkasse werden in 23 Sozialdiensten, solche ohne Vergütung durch die Krankenkasse in 18 Sozialdiensten erfasst.¹³

¹² 25 psychiatrische Kliniken und 18 Rehabilitationskliniken sind deshalb in der Grafik im Balken für die CHOP-Codes nicht enthalten.

¹³ Wobei Spitalsozialdienste, welche ausschliesslich stationäre Patient/innen beraten nicht von der Erfassung ambulanter Leistungen betroffen sind. Diese 56 Spitalsozialdienste sind in den beiden untersten Balken der Grafik nicht enthalten.

Abbildung 9: Statistische Erfassung von Kennzahlen; Anzahl Spitäler bzw. Kliniken



Anmerkungen: CHOP-Codes nach swiss-DRG betrifft nur Akutspitäler; Ambulante Leistungen nach Tarmed betrifft die Spitalsozialdienste nicht, in welchen ausschliesslich stationäre Patient/innen beraten werden
 Quelle: Erhebung SFSS/BASS, Berechnungen BASS

Ergebnismessungen, Evaluationen und Wirkungsanalysen

In 17 der 144 befragten Spitalsozialdienste wurden bereits Ergebnismessungen, Evaluationen oder Wirkungsanalysen durchgeführt. Die Projekte wurden von den Befragten folgendermassen benannt bzw. beschrieben:

- Telefonische Nachfrage 1 Jahr nach Austritt. Erfassen des Zeitraumes zwischen Anmeldung, Vorstellungsgespräch und der statistischen Aufnahme.
- Permanente Austrittsanalyse (Erfassung u.a. geplante und effektive Zeiten, Erfassung zeitlicher Ausreisser, Wartezeiten bei externer Institution, interne Verlegungsursachen)
- Qualitätsaudit (audit qualità, 2 Nennungen)
- Kundenzufriedenheit
- Im Zusammenhang mit einer Vorabklärung zum Case Management wurde eine Untersuchung der Tätigkeiten des Sozialdiensts vorgenommen. Vor allem wollte man wissen, ob es einen Sozialdienst braucht oder ob ein solcher auch vollständig durch ein Case Management ersetzt werden kann
- Projekt, wo die Sozialberatung durch Pflegefachpersonal mit CM-Ausbildung abgelöst wurde. Befragung im Behandlungsteam, Beschleunigung im Austrittsmanagement, Verweildauer.
- Stichproben-Erhebung nach feststehendem zeitlichem Rhythmus
- Messung Austrittsplanung
- Erhebungen zur Ausarbeitung des Jahresberichtes
- LEP, Wig-Agent
- Effizienzanalyse
- Qualitätsanalyse

2.5 Weiterbildung

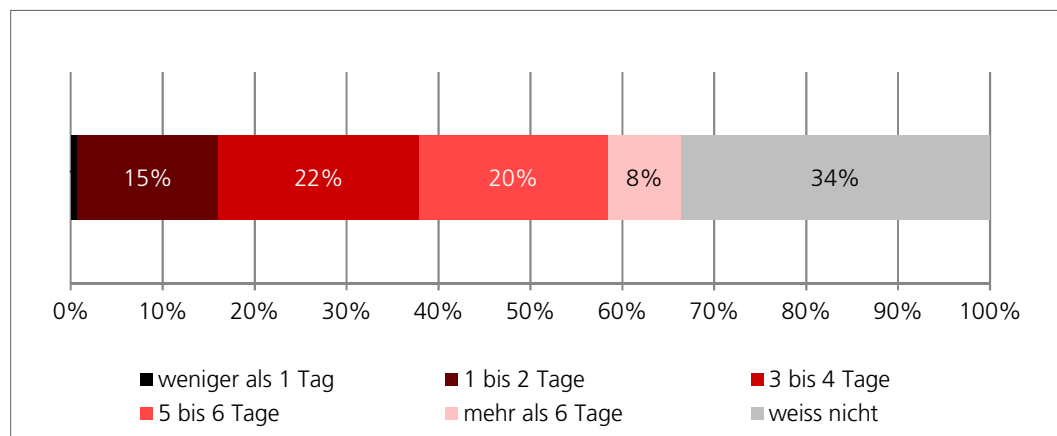
In der Bestandsaufnahme wurde erhoben, wie viele Tage pro Jahr den Mitarbeitenden der Spitalsozialdienste für Weiterbildungen zur Verfügung stehen, die sie als Arbeitszeit verrechnen dürfen und welcher Betrag pro Mitarbeiter/in jährlich für Weiterbildungen verwendet werden kann (z.B. Kurskosten und Tagungsgebühren). Erfasst wurde zudem, welchen Zeitanteil der Weiterbildung die Mitarbeitenden der Spitalsozialdienste als Arbeitszeit verrechnen konnten, wie viele Weiterbildungstage im Jahr 2011 absolviert wurden und in welchen Bereichen sich die Befragten zusätzliche Weiterbildungsmöglichkeiten wünschen.

In den meisten Spitalsozialdiensten stehen dem Personal pro Jahr 1 bis 2 Arbeitstage für Weiterbildungen zur Verfügung (22% der Befragten, vgl. **Abbildung 10**). Ebenfalls verbreitet sind 3 bis 4 Tage für Weiterbildung (20%). Ein beachtlicher Teil der Befragten (34%) kann nicht angeben, wie viele Tage dem Personal des Sozialdiensts jährlich für Weiterbildung zur Verfügung stehen. Häufig wurde hierzu angemerkt, dass der Besuch von Weiterbildungen einzelnen besprochen und beantragt wird und nicht vertraglich geregelt ist.

In 35 Prozent der befragten Sozialdienste konnten die Mitarbeitenden in den letzten 12 Monaten 91 bis 100 Prozent der Zeit, welche sie für Weiterbildung investiert haben, als Arbeitszeit verrechnen (vgl. **Abbildung 11**). In 21 Prozent der Spitäler konnten zwischen 51 und 90 Prozent der Weiterbildung als Arbeitszeit verbucht werden. In 29 Prozent der Spitäler konnte maximal die Hälfte als Arbeitszeit verrechnet werden.

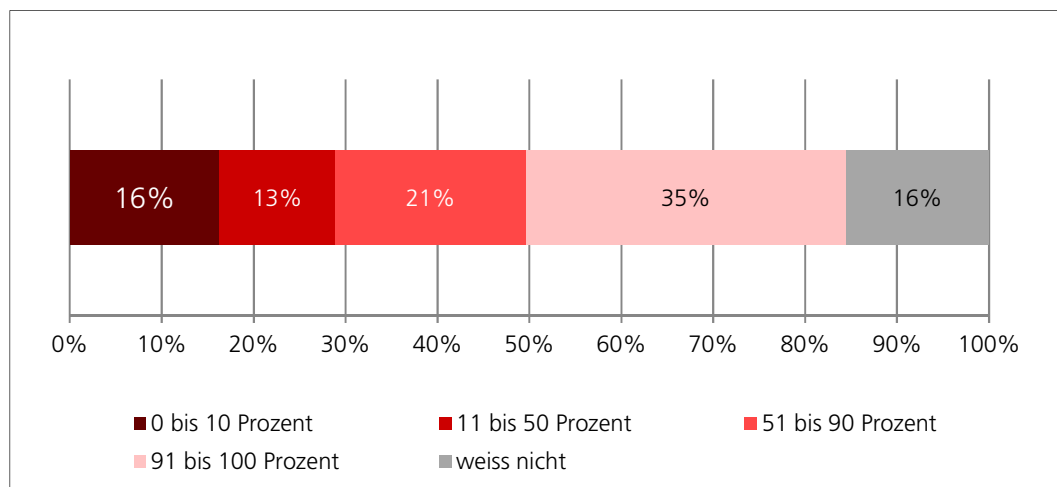
Ein grosser Teil der Befragten kann nicht angeben, welcher Geldbetrag pro Mitarbeiter/in jährlich für Weiterbildung zur Verfügung steht. 44 Prozent beantworten die Frage mit «weiss nicht» (vgl. **Abbildung 12**). Dies dürfte gemäss den ergänzenden Angaben im Fragebogen insbesondere daran liegen, dass der Besuch von Weiterbildungen und dessen Finanzierung oft individuell besprochen und ausgehandelt werden. In den Spitalsozialdiensten wo der Betrag festgelegt ist, liegt er am häufigsten zwischen 501 und 1'000 Franken pro Jahr.

Abbildung 10: Anzahl Tage, welche einem/einer Sozialdienstmitarbeiter/in pro Jahr für Weiterbildung zur Verfügung stehen



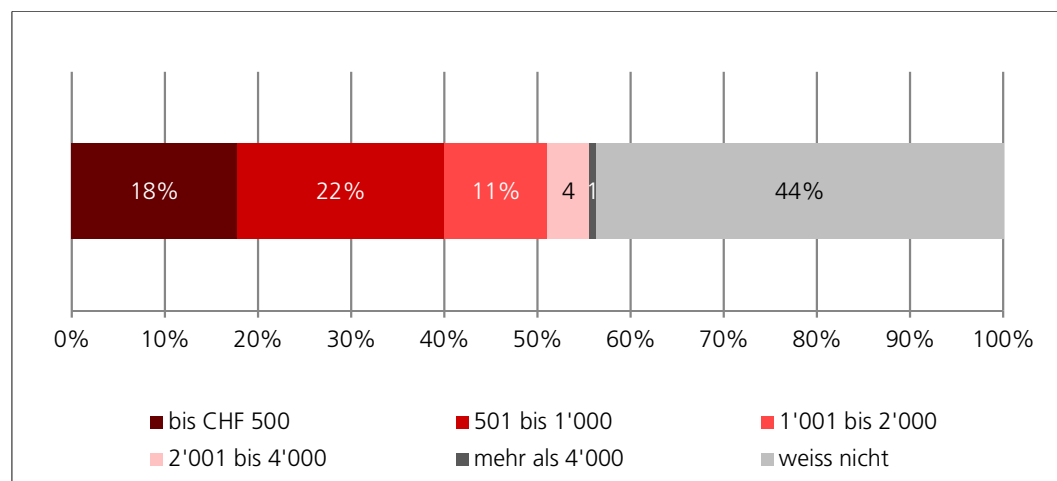
Quelle: Erhebung SFSS/BASS, Berechnungen BASS, n=137

Abbildung 11: Zeitanteil der Weiterbildung, welchen die Mitarbeiter/innen in den letzten 12 Monaten als Arbeitszeit verrechnen konnten.



Quelle: Erhebung SFSS/BASS, Berechnungen BASS, n=135

Abbildung 12: Jährlicher Betrag pro Mitarbeiter/in der Spitalsozialdienste für Weiterbildung, in CHF



Quelle: Erhebung SFSS/BASS, Berechnungen BASS, n=135

Im Durchschnitt haben die Mitarbeitenden der Spitalsozialdienste im Jahr 2010 während 2.9 Tagen eine Weiterbildung besucht. Der Median liegt bei zwei Tagen. In neun Spitalsozialdiensten wurden im Jahr 2010 keine Weiterbildungen besucht, das Maximum liegt bei 20 jährlichen Weiterbildungstagen pro Mitarbeiter/in.¹⁴

Es konnten bezüglich der Anzahl Weiterbildungstage, des Geldbetrags, welcher für Weiterbildung zur Verfügung steht oder des Zeitanteils der Weiterbildung, welche als Arbeitszeit verrechnet werden kann keine Unterschiede nach Sprachregion, nach Grösse des Spitalsozialdienstes oder nach Spitaltyp festgestellt werden.

Tabelle 9 enthält die leicht zusammengefassten Angaben darüber, in welchen Bereichen sich die Befragten zusätzliche Weiterbildungsmöglichkeiten wünschten. Besonders oft werden zusätzliche Weiterbildungsmöglichkeiten im Kinds- und Erwachsenenschutzrecht sowie im Sozialversicherungsrecht gewünscht. Aber auch in den Bereichen Demenz / Geriatrie oder im Bereich der interdisziplinären Zusam-

¹⁴ Betrifft Sozialdienste mit 1 Angestellten.

Bestandsaufnahme anhand der empirischen Erhebung

menarbeit wird ein Bedarf an Weiterbildungsmöglichkeiten geäussert. Viele Befragte haben hingegen auch betont, dass bereits ein breites Angebot an Weiterbildungsmöglichkeiten bestehe und dass sie keinen Bedarf an weiteren Angeboten sehen (15 Nennungen).

Tabelle 9: Antworten auf die Frage «In welchen Bereichen wünschen Sie sich zusätzliche Weiterbildungsmöglichkeiten», leicht geordnet

Sozialrecht / Sozialversicherung/ Sozialversicherungsrecht (17 Nennungen) / Recht (6 Nennungen) Arbeitsrecht	Klinische Sozialarbeit, Soziotherapie, Soziale Diagnostik
Kinds- und Erwachsenenschutzrecht (10 Nennungen)	Kostendruck
Case Management (3 Nennungen)	Krisenmanagement
Gesetzesänderungen und Folgen davon(6 Nennungen) / Änderungen von Sozialversicherungen und seine Folgen.....	modulare Weiterbildungen/Ausbildungen für Quereinsteiger (ohne Ausbildung als Sozialarbeiter/in)
Handlungsinstrumente für SozialarbeiterInnen / Interventionsplanung	Psychiatrie / interdisziplinäre Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich Psychiatrie / psychiatriespezifische Aus- und Weiterbildung
Interdisziplinäre Zusammenarbeit (2 Nennungen)	med. Terminologie
Supervisionen (2 Nennungen)	Mediation
Auffrischen der Kenntnisse der Pathologie und der Pflege	Methoden in der Spitalsozialarbeit
Berufsberatung / Berufliche Eingliederung (2 Nennungen) / Taggeldversicherung	Migration
CHOP Codes inhaltliche Differenzierungen	Mutter-Kind
dans une formation modulaire à construire de travailleur social en milieu médicalisé	Professionalisierung der SA, Positionierungsdebatte in der Spitalsozialarbeit / Positionierung Sozialdienste
Demenz / Umgang mit Demenz und Behörden / Umgang mit demenzkranken Menschen	Patient sans titre de séjour
Entwicklung des Schweizerischen Gesundheitssystems im Allgemeinen	praticien formateur
Familietherapie	Palliative Care
Formation de perfectionnement. Niveau CAS et ou DAS.	Projektmanagement/Teamentwicklung
Geriatric / Gerontologie /Gerontopsychiatrie	Mas in Ethik
Häusliche Gewalt	psychosoziale Beratung
Instrumente zur Verbesserung des spitalinternen Kommunikationssystems und Vernetzung der interdisziplinären Handlungen am Patienten	Umgang mit Behörden, Finanzierung, Gemeinden, Kanton, Hilfe Leistungen.
interne Weiterbildungen zu sozialarbeiterischen Themen	Tools und Interventionen in der Spitalsozialarbeit
IT / EDV	Umgang in der letzten Lebensphase (Palliation)
IV Verfahren	Sachhilfe, Sozialversicherungsthemen

Quelle: Erhebung SFSS/BASS

2.6 Herausforderungen

Am Ende der Bestandsaufnahme wurde den Leitungspersonen der Spitalsozialdienste die Frage gestellt: «Wenn Sie an die grössten Herausforderungen bei der Aufgabenerfüllung denken: Welche drei Punkte würden Sie nennen?» **Tabelle 10** enthält eine Übersicht der geordneten Angaben zum «wichtigsten Punkt». Als «wichtigster Punkt» wird von vielen Befragten die Herausforderung angegeben, unter hohem Zeitdruck (teilweise bedingt durch die kurze Aufenthaltsdauer der Patient/innen) arbeiten zu müssen und unter mangelnden Ressourcen und Zeitdruck zu leiden. Ebenfalls viele Befragte sehen die grösste Herausforderung darin, geeignete Anschlusslösungen nach dem Spitalaufenthalt für die Patient/innen zu finden. Zudem erachten viele Leiter/innen der Spitalsozialdienste die Schnittstellenarbeit und die interdisziplinäre Zusammenarbeit als grosse Herausforderungen. Weitere Punkte, die genannt wurden, sind die konträren Erwartungen der Anspruchsgruppen, die Akzeptanz und Positionierung des Fachbereichs, die Komplexität der Fälle, die Bedürfnisse der Patient/innen rasch zu erkennen, auf dem aktuellsten Wissensstand (z.B. hinsichtlich Sozialversicherungsrecht) zu sein und die Arbeitsbelastung und Betroffenheit, welche mit der Arbeit im Spitalsozialdienst einhergehen.

Auch die Angaben beim «zweiten und dritten Punkt» sind grösstenteils diesen Kategorien zuzuordnen. Es zeigt sich jedoch auch, dass die genannten Herausforderungen sehr vielfältig sind und beispielsweise Verhandlungen mit den Krankenkassen, die Personalrekrutierung, die hohe Fluktuation beim Pflegepersonal oder die Situation, dass Patient/innen in drei verschiedenen Spitälern vom gleichen Sozialdienst betreut werden müssen, für einzelne Befragte zu den grossen Herausforderungen gehören. Im Anhang B befinden sich die Tabellen mit den vollständigen Antworten auf die Frage nach den grössten Herausforderungen.

Tabelle 10: Herausforderungen bei der Aufgabenerfüllung, «wichtigsten Punkt», geordnete Angaben

Genannte Herausforderungen «wichtigster Punkt»	Anzahl Nennungen
Zeitdruck (bedingt durch kurze Aufenthaltsdauer), Finanzdruck, Mangelnde Ressourcen	47
Austrittsplanung / geeignete Anschlusslösung finden.	19
Interdisziplinäre Zusammenarbeit / Schnittstellenarbeit	15
Konträre Erwartungen der diversen Anspruchsgruppen	9
Akzeptanz / Positionierung des Fachbereichs	6
Komplexität der Fälle	6
Bedürfnisse rasch erkennen/Triage	4
Auf aktuellem Wissensstand sein / Weiterentwicklung der sozialen Arbeit	3
Arbeitsbelastung / Betroffenheit / hohe Flexibilität und Belastbarkeit	3
Zeitmanagement / Stressbewältigung	2
Miteinbezug von Familien- und weiteren Angehörigen, Unklare Haltung bei der IV, Unvorhersehbarkeit, Verspätetes Einschreiten, Demografische Entwicklung, Gefährdungsmeldung Kindsschutz, Arbeit mit schwer depressiven Menschen	je ¹

Quelle: Erhebung SFSS/BASS

2.7 Spitäler ohne Sozialdienst

Die Befragten in den Spitälern ohne Sozialdienst wurden nach dem Grund gefragt, weshalb in ihrem Spital (bislang) kein Sozialdienst existiert. 25 der 41 Personen (60%) geben an, das Spital sei zu klein. Ein weiterer Grund besteht darin, dass es sich teilweise um Spezialkliniken handelt, die Wahleingriffe durchföhren und die (gesunden) Patient/innen keinen Unterstötzungsbedarf haben. Zudem geben sieben Spitäler an, dass sie mit lokalen/regionalen Sozialdiensten zusammenarbeiten.

Die Aufgaben, die üblicherweise von einem Sozialdienst geleistet werden (z.B. Austrittsplanung, Sozialversicherungsberatung, psychosoziale Beratung), werden gemäss den Angaben der Befragten in diesen Spitälern oft vom Pflegepersonal geleistet (78% vgl. **Tabelle 11**). Aber auch das Administrationspersonal oder die rztenschaft übernehmen oft die typischen Aufgaben eines Sozialdiensts. Zudem wird die Arbeit von Psycholog/innen, Therapeut/innen, Patientencoaches und Case Manager/innen geleistet oder es wird mit regionalen/lokalen Sozialdiensten oder mit krankheitsbezogenen Beratungsstellen zusammengearbeitet.

In zwei Drittel der Spitäler ohne Sozialdienst ist es in der näheren Zukunft nicht geplant, einen solchen einzurichten. Zehn der Befragten geben an, dass die Frage aktuell diskutiert wird oder dass eine engere Zusammenarbeit mit anderen Stellen geplant ist.

Tabelle 11: Antworten auf die Frage «Wer übernimmt die Aufgaben, die üblicherweise von einem Spitalsozialdienst geleistet werden», Anzahl Nennungen und prozentualer Anteil

	Anzahl Nennungen	Prozentualer Anteil an den teilnehmenden 41 Spitälern ohne Sozialdienst
Pflegepersonal	32	78%
Ärzte / Ärztinnen	21	51%
Administrationspersonal	15	37%
Psycholog/innen des Spitals	6	15%
Therapeutisches Personal (z.B. Ergotherapeut/innen)	3	7%
Patientencoaches	2	5%
Case Manager	1	2%
Spitalpersonal in Zusammenarbeit mit Gemeindesozialdiensten und /oder krankheitsbezogenen Beratungsstellen	7	17%

Quelle: Erhebung SFSS/BASS

3 Auswertung der Krankenhausstatistik des BFS

Jährlich veröffentlicht das Bundesamt für Statistik (BFS) die Krankenhausstatistik, eine administrative Statistik, welche die Infrastruktur und die Aktivitäten der Schweizer Spitäler beschreibt. In der Erhebung des Jahres 2010 wurden in der Krankenhausstatistik erstmals Angaben nach Funktion der Beschäftigten erhoben. «Sozialdienste» ist eine der acht erhobenen Funktionen.¹⁵ Bei der Krankenhausstatistik handelt es sich um eine Vollerhebung mit einem Rücklauf von 99 Prozent. Auswertungen der Krankenhausstatistik liefern somit eine umfassende Darstellung von groben Indikatoren für die gesamte Schweiz. Eine Schwierigkeit für den Vergleich der Krankenhausstatistik mit den Daten der eigenen Erhebung besteht darin, dass in der Krankenhausstatistik die Funktion «Sozialdienste» anders definiert wird. Unter dieser Funktion erfasst das BFS nebst dem Personal der Spitalsozialdienste auch andere Berufsgruppen wie beispielsweise Lehrpersonen, Seelsorger/innen, Pfarrer/innen und Personen, die für die Unterhaltung von Patient/innen angestellt sind. Die Verbreitung von Sozialer Arbeit in Spitälern kann anhand der Krankenhausstatistik daran gemessen werden, in welchem Anteil der Spitäler Personal in der Funktion «Sozialdienste» angestellt ist. Eine weitere Aufschlüsselung der Berufsgruppen ist hingegen nicht möglich.

Die Krankenhausstatistik zählt 300 Betriebe.¹⁶ Die Verbreitung der Spitalsozialarbeit lässt sich anhand der Differenzierungsmerkmale rechtlich-wirtschaftlicher Status (privat oder öffentlich), Kanton und Krankentyp darstellen. Grundsätzlich wird zwischen den Hauptkategorien «Krankenhäuser für allgemeine Pflege» und «Spezialkliniken» unterschieden. Die «Krankenhäuser für allgemeine Pflege» werden nach «Zentrumsversorgung» und «Grundversorgung» unterteilt, die «Spezialkliniken» nach «Psychiatrische Kliniken», «Rehabilitationskliniken» und «Andere Spezialkliniken». **Tabelle 12** zeigt die Anzahl Spitäler nach Typ und rechtlich-wirtschaftlichem Status.¹⁷

Tabelle 12: Anzahl Betriebe nach Krankentyp und rechtlich-wirtschaftlichem Status (2011)

	Krankenhäuser für allgemeine Pflege	Spezialkliniken (inkl. Geburtshäuser)	total	
privat	37	110	147	(49%)
öffentlich oder subventioniert	83	70	153	(51%)
total	120	180	300	(100%)
	(40%)	(60%)	(100%)	

Quelle: BFS, Krankenhausstatistik 2011; Darstellung BASS

Bei 40 Prozent der Krankenhäuser in der Schweiz handelt es sich um solche für allgemeine Pflege, 60 Prozent sind Spezialkliniken. Private Krankenhäuser machen 48 Prozent der Betriebe aus. Hierbei handelt es sich vorwiegend um Spezialkliniken. Öffentliche / subventionierte Krankenhäuser machen 52 Prozent der Gesamtheit aus. Zu bedenken gilt, dass die Anzahl Betriebe nicht das Ausmass der Leistungen repräsentiert. Krankenhäuser für allgemeine Pflege sind im Durchschnitt deutlich grösser als Spezialkliniken.

¹⁵ Folgende Funktionen werden erhoben: Ärzteschaft, Pflegepersonal, Medizinisch-technisches Personal, Medizinisch-therapeutisches Personal, Sozialdienste, Hausdienst, Technisches Personal, Administration.

¹⁶ Anzumerken ist, dass ein Betrieb mehrere Standorte aufweisen kann; so zählt beispielsweise der Kanton Zürich 48 Betriebe und 90 Standorte. Die Erhebungseinheit der Krankenhausstatistik bilden die Betriebe. Im Folgenden verwenden wir den Begriff Spital als Synonym zum Begriff Krankenhaus.

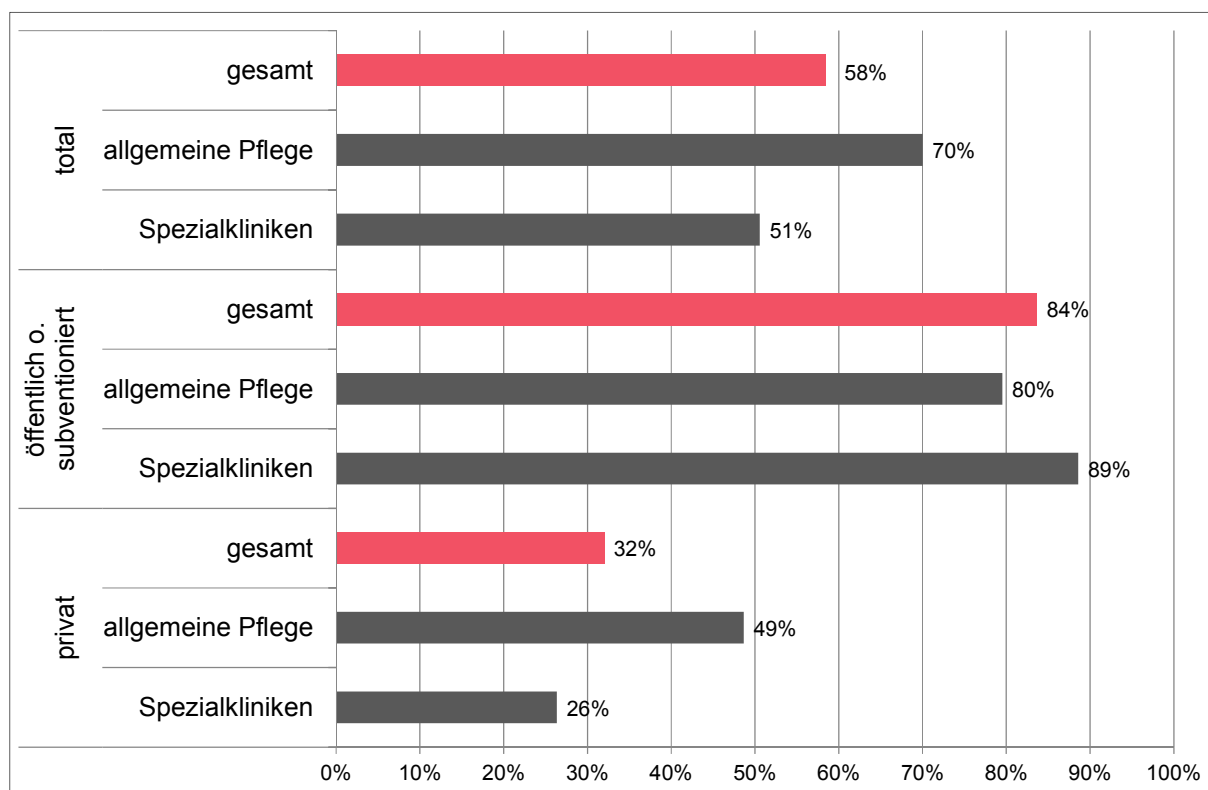
¹⁷ Als private Betriebe gelten nach der Definition des BFS Spitäler, die sich als privatrechtlich bezeichnen und weder über eine Betriebsbeitragsgarantie noch über eine garantierte Defizitdeckung durch die öffentliche Hand verfügen.

3.1 Nach rechtlich-wirtschaftlichem Status

Insgesamt sind gemäss Krankenhausstatistik in 175 von 300 Spitälern – also in 58 Prozent – Personen in der Funktion «Sozialdienste» angestellt (vgl. **Abbildung 13**). Hierbei handelt es sich, wie oben erwähnt, um Personal, welches gemäss Definition des BFS zu den «Sozialen Diensten» gezählt wird. Spitäler, die beispielsweise Pfarrer/innen oder Seelsorger/innen angestellt haben, aber keinen Sozialdienst im engeren Sinn betreiben, zählen somit in diesen Auswertungen auch als Spitäler mit Personal in der Funktion «Sozialdienste». Der Anteil an Spitälern mit Sozialdienst im engeren Sinn liegt deshalb etwas tiefer. Basierend auf einer Umfrage bei Spitälern, lässt sich approximativ ein Anteil von rund 50 Prozent über alle Spitalkategorien berechnen.¹⁸

Von Interesse ist jedoch nicht nur die Verbreitung von Spitalsozialdiensten insgesamt, sondern sind auch die Unterschiede nach Art des Spitals. Wie aus **Abbildung 13** ersichtlich ist, sind «Soziale Dienste» in öffentlichen Spitälern (84%) deutlich weiter verbreitet als in privaten (32%). Zudem ist in Spitälern für allgemeine Pflege (70%) öfter Personal für «Soziale Dienste» angestellt als in Spezialkliniken (51%). Diese beiden Ergebnisse stimmen mit den Befunden der eigenen Erhebung überein.

Abbildung 13: Anteil Betriebe mit Beschäftigten in der Funktion «Sozialdienste» nach rechtlich-wirtschaftlichen Status und Krankenhaustyp (2011, Angaben in Prozent)



Quelle: BFS, Krankenhausstatistik 2011; Berechnung und Darstellung BASS

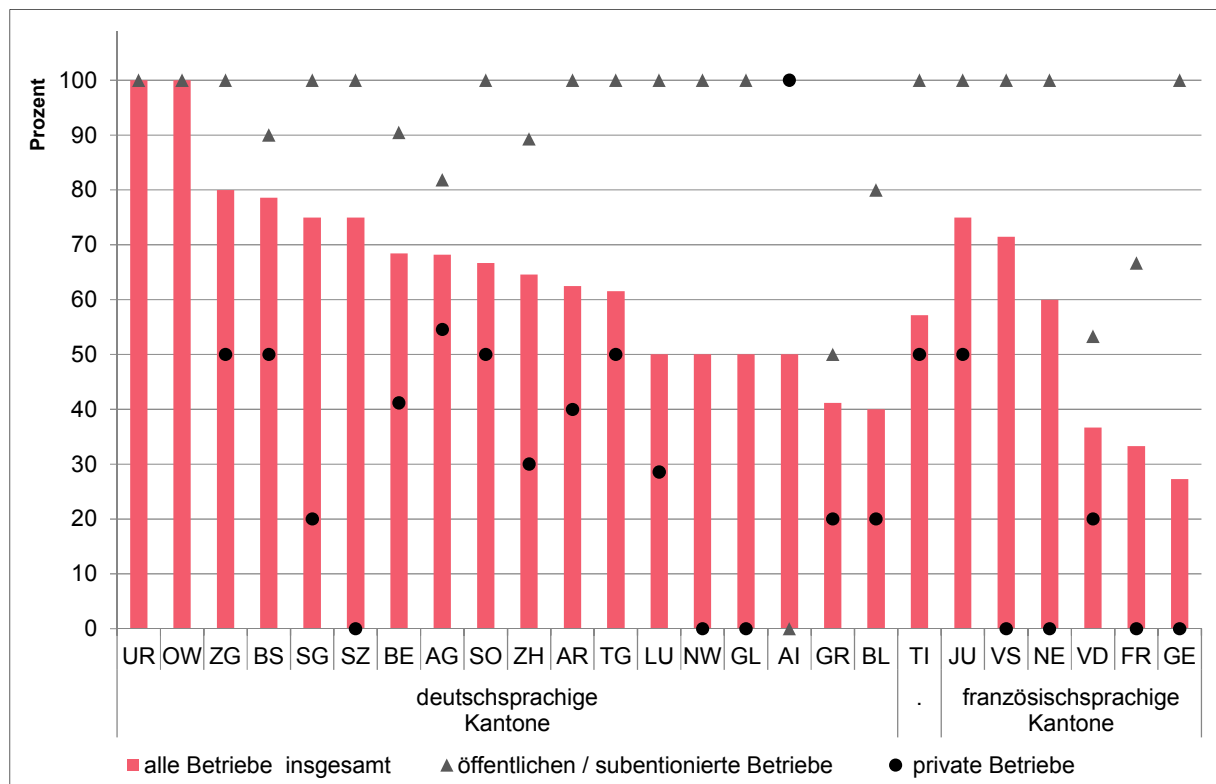
¹⁸ Um zu eruieren, welcher Anteil der Spitäler ohne Sozialdienst Personal angestellt hat, welches in der Krankenhausstatistik unter «Soziale Dienste» erfasst wird (Seelsorger/innen, Pfarrer/innen, Lehrpersonen etc.), wurde eine Umfrage bei Spitälern ohne Sozialdienst durchgeführt. In 4 von 26 Spitälern ohne Sozialdienst (15%), sind Seelsorger/innen, Pfarrer/innen oder Personal zur Unterhaltung der Patient/innen angestellt. Subtrahiert man von den 175 Spitälern 15 Prozent der Spitäler, so ergibt sich ein Anteil von Spitälern mit Sozialdiensten von 49 Prozent ((175-27)/300).

3.2 Nach Kanton

In **Abbildung 14** ist der Anteil an Betrieben mit Beschäftigten in der Funktion «Sozialdienste» nach Kanton sowohl für die Spitäler insgesamt als auch für öffentliche und private Spitäler einzeln dargestellt.

Die dunkelgrauen Dreiecke stellen den Anteil an öffentlichen / subventionierten Krankenhäusern mit Beschäftigten in der Funktion «Sozialdienste» dar. In der Mehrheit der Kantone (16) gibt es in sämtlichen öffentlichen / subventionierten Krankenhäusern Personal für «Soziale Dienste». Nicht flächendeckend ist dieses in öffentlichen / subventionierten Spitälern in den deutschsprachigen Kantonen Basel-Stadt, Bern, Aargau, Zürich, Appenzell-Innerrhoden, Graubünden, und Basel-Landschaft verbreitet.¹⁹ In den (mehrheitlich) französischsprachigen Kantonen Waadt und Freiburg verfügen ebenfalls nicht alle öffentlichen / subventionierten Krankenhäuser über Personal für « Soziale Dienste ».²⁰ Der Anteil an privaten Betrieben mit Beschäftigten in der Funktion «Sozialdienste» ist durch die schwarzen Punkte dargestellt. Die Anteile schwanken stärker als bei den öffentlichen Betrieben. In Uri und Obwalden gibt es keine privaten Krankenhäuser. Ausserdem deklariert in acht Kantonen keines der privaten Krankenhäuser Personal für «Soziale Dienste».

Abbildung 14: Anteil Betriebe mit Beschäftigten in der Funktion «Sozialdienste» nach Kanton und rechtlich-wirtschaftlichen Status des Krankenhauses (2011, Angaben in Prozent)



Anmerkung: Der Kanton Schaffhausen wird in der Abbildung nicht ausgewiesen, weil das Personal des Spitalsozialdiensts des Kantonsspitals Schaffhausen in der Krankenhausstatistik einer anderen Funktion zugeordnet wurde.
Quelle: BFS, Krankenhausstatistik 2011; Berechnung und Darstellung BASS

¹⁹ In Schaffhausen gibt es ein privates und ein öffentliches Krankenhaus. Gemäss Krankenhausstatistik ist in beiden Krankenhäusern kein Personal in der Funktion «Soziale Dienste» angestellt. Durch den Kontakt mit den Spitälern ist bekannt, dass es im öffentlichen Spital des Kantons Schaffhausen einen Spitalsozialdienst gibt. In der Krankenhausstatistik wurde das Personal dieses Spitalsozialdiensts offenbar einer anderen Funktion zugeordnet.

²⁰ Das BFS subsumiert unter den französischsprachigen Kantonen die Kantone Wallis, Neuenburg, Jura, Waadt, Freiburg und Genf. Gemäss der Publikation «Sprachenlandschaft in der Schweiz» des Bundesamts für Statistik basierend auf der Volkszählung des Jahres 2000 gelten die Kantone Wallis und Freiburg als mehrheitlich französischsprachige Kantone.

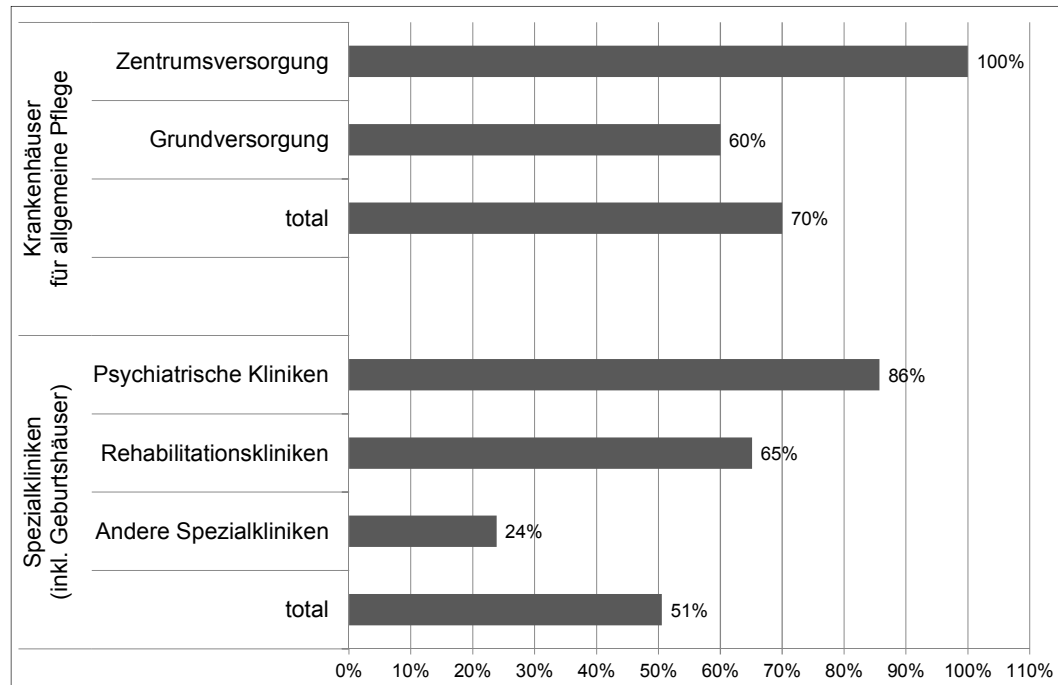
Insgesamt ist die Verbreitung des Personals für «Soziale Dienste» nach Kanton stark von der Zusammensetzung der Betriebe nach rechtlich-wirtschaftlichem Status geprägt. Von den deutschsprachigen Kantonen fällt der Kanton Graubünden auf, weil die Verbreitung von «Sozialen Diensten» in öffentlichen / subventionierten Betrieben gering ist (50%, 6 von 12 Betrieben). In den französischsprachigen Kantonen Waadt und Freiburg ist die Verbreitung in öffentlichen / subventionierten Krankenhäusern ebenfalls auffallend gering, was aber im Fall von Freiburg auch mit der geringen Anzahl Spitäler zu tun hat.²¹

Betrachtet man die öffentlichen / subventionierten Krankenhäuser und fasst die Resultate nach Sprachzugehörigkeit der Kantone zusammen, so zeigt sich, dass «Soziale Dienste» in den Spitälern der französischsprachigen Kantonen etwas weniger verbreitet sind – was vor allem am geringen Anteil im Kanton Waadt liegt (8 von 15 Betrieben). Auch dieses Resultat stimmt mit den Ergebnissen der eigenen Erhebung überein.

3.3 Nach Spitaltyp

Die Typologisierung der Krankenhäuser lässt sich noch weiter verfeinern. Krankenhäuser für allgemeine Pflege werden aufgeteilt in solche mit Zentrumsversorgung (Universitäts- und andere grosse Spitäler) und solche mit Grundversorgung. Unter dem Begriff Spezialkliniken werden psychiatrischen Kliniken, Rehabilitationskliniken und anderen Spezialkliniken subsumiert. Am grössten sind die Anteile an Spitälern mit Beschäftigten in der Funktion «Sozialdienste» in Spitälern für allgemeine Pflege mit Zentrumsversorgung und in psychiatrischen Kliniken. Auch dieses Resultat stimmt in der Tendenz mit den Erkenntnissen aus der eigenen Erhebung überein.

Abbildung 15: Anteil Betriebe mit Beschäftigten in der Funktion «Sozialdienste» nach Krankenhaustyp (2011, Angaben in Prozent)



Quelle: BFS, Krankenhausstatistik 2011; Berechnung und Darstellung BASS

²¹ Anhang A bietet eine Übersicht über die Anzahl Krankenhäuser nach rechtlich-wirtschaftlichem Status, Kanton und Verbreitung der Sozialdienste.

4 Fazit

Die Bestandsaufnahme «Spitalsozialarbeit in der Schweiz» bietet eine kompakte Übersicht zu den Kennzahlen, Arbeitsbedingungen, Leistungen und Arbeitsinstrumenten der Spitalsozialdienste. Dank der breiten Beteiligung an der Befragung kann angenommen werden, dass die Situation in den Spitalsozialdiensten der Schweiz anhand der ausgewerteten Daten gut repräsentiert ist. Die Analysen zeigen allerdings auch auf, dass die Bedingungen in den Spitalsozialdiensten sehr verschiedenartig sind. Je nach Grösse und angebotenen Leistungen der Spitäler ergeben sich unterschiedliche Ansprüche an die Sozialdienste. Zudem existieren bei der interdisziplinären Zusammenarbeit – welche ein Kernelement der Spitalsozialarbeit bildet – unterschiedliche Modelle. Der Vorteil der Bestandsaufnahme besteht darin, dass durch die flächendeckende Befragung die Verschiedenartigkeit der Sozialdienste aufgezeigt wird und dass Kennzahlen generiert werden konnten. Auf dieser Grundlage könnten mit Hilfe vertiefter Analysen mit einzelnen Sozialdiensten besonders gute Bedingungen für Soziale Arbeit in Spitälern (Good Practice) untersucht und ermittelt werden.

Es zeigte sich, dass anhand der Krankenhausstatistik des Bundesamts für Statistik lediglich eine approximative Aussage über die Verbreitung von Spitalsozialarbeit möglich ist, weil auch andere Berufsgruppen unter der Kategorie «Soziale Dienste» erfasst werden. Um detaillierte Aussagen über die Verbreitung von Spitalsozialdiensten im Zeitverlauf machen zu können, wäre es sehr wünschenswert, wenn in Zukunft die Berufsgruppen, die unter «Soziale Dienste» subsummiert werden in der Krankenhausstatistik differenzierter ausgewiesen würden.

Aus der Bestandsaufnahme geht ebenfalls hervor, dass das Feld der Spitalsozialarbeit sich rasch entwickelt – die Einführung von SwissDRG, neue Modelle von Patientencoaching, Gesetzesänderungen oder die demografische Entwicklung sind Beispiele für die vielen Veränderungen, von welchen die Soziale Arbeit in Spitälern betroffen ist. Die Befragung zeigt auf, dass die Mitarbeitenden der Spitalsozialdienste bei der Aufgabenerfüllung mit einem breiten Spektrum von Herausforderungen konfrontiert sind. Dies wird aller Voraussicht nach auch in Zukunft so bleiben, was auch den Fachverband vor Herausforderungen stellt.

5 Literatur

Aldous-Hausammann Andrea und Julia Brügger (2005): Spitalsozialarbeit im Fokus. Die Spitalsozialarbeit am Beispiel der Situation im Kanton Bern, Diplomarbeit an der Berner Fachhochschule Soziale Arbeit

BFS Bundesamt für Statistik (2010): Krankenhausstatistik 2010. Neuchâtel.

Blinkert Thomas (2005): Sozialarbeit in den Schweizer Kliniken für Psychomotorik, Diplomarbeit an der Hochschule für Soziale Arbeit Luzern

Diekmann Andreas (2011): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. 5. Auflage. Reinbek bei Hamburg: rowohlt

Dubach Philipp, Lucien Gardiol, Jürg Guggisberg und Heidi Stutz (2011): Ursachen der kantonalen Ausgabenunterschiede in der Sozialhilfe, Studie im Auftrag des Bundesamts für Statistik.

Hüttemann Matthias, Cornelia Rösch, Holger Schmid und Monika Allenspach (2012): Soziale Arbeit im Krankenhaus – Sozialarbeiterische Kompetenz in einem multiprofessionell und institutionell geprägten Kontext, in: Silke Brigitta Gahleitner und Gernot Hahn (Hrsg): Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten, Klinische Sozialarbeit. Bonn: Psychiatrieverlag. S. 202-215

H+: Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen (2011): Lohndatenerhebung 2011, Funktion Sozialarbeit 1, Funktion Sozialarbeit 2, Bern

Anhang

Anhang A

Tabelle 13: Anzahl Krankenhäuser nach rechtlich-wirtschaftlichem Status, Kanton und Verbreitung der Sozialdienste (2011)

	Anzahl Betriebe Privat		Anzahl Betriebe öffentlich oder subventioniert		Anzahl Betriebe Total	
	insgesamt	mit Beschäftigten in der Funktion Sozialdienst	insgesamt	mit Beschäftigten in der Funktion Sozialdienst	insgesamt	mit Beschäftigten in der Funktion Sozialdienst
ZH	20	6	28	25	48	31
BE	17	7	21	19	38	26
LU	7	2	3	3	10	5
UR	0	0	1	1	1	1
SZ	1	0	3	3	4	3
OW	0	0	1	1	1	1
NW	1	0	1	1	2	1
GL	1	0	1	1	2	1
ZG	2	1	3	3	5	4
FR	3	0	3	2	6	2
SO	2	1	1	1	3	2
BS	4	2	10	9	14	11
BL	10	2	5	4	15	6
SH	1	0	1	0	2	0
AR	5	2	3	3	8	5
AI	1	1	1	0	2	1
SG	5	1	11	11	16	12
GR	5	1	12	6	17	7
AG	11	6	11	9	22	15
TG	10	5	3	3	13	8
TI	12	6	2	2	14	8
VD	15	3	15	8	30	11
VS	2	0	5	5	7	5
NE	2	0	3	3	5	3
GE	8	0	3	3	11	3
JU	2	1	2	2	4	3

Quelle: BFS, Krankenhausstatistik 2011, Darstellung BASS

Anhang B

Tabelle 14: Antworten auf die Frage «Wenn Sie an die grössten Herausforderungen bei der Aufgabenerfüllung denken: Welche drei Punkte würden Sie nennen?»

wichtigster Punkt	zweiter Punkt	dritter Punkt
Patient und Familie gut erfassen und Bedarf erkenne	Triage	fortfahrende Betreuung bekannter Personen bei Spitalwiedereintritt
Ressourcen- und Zeitmanagement	Sinnvolle Lösungsoptionen	schnelles Handeln
Umgang mit den z. T. konträren Erwartungen der div. Anspruchsgruppen	Administrativaufwand in der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und Versicherungen	situativ fachliche Überforderung wegen fehlender Ausbildung in sozialer Arbeit
Immer kürzere Aufenthaltsdauer durch DRG (Arbeit muss schneller erledigt werden)	Kosten: Kürzung der Stellenprozente und Ersatz durch billigere Hilfskräfte	Arbeitsfeld wird immer komplexer, Abgrenzung zu anderen Diensten (Pflege, Medizin) immer schwieriger
Fehlende fachspezifische Informationen der Organisation bei Systemwechseln	keine ambulanten Beratungsmöglichkeiten im Akutspital	schnelle und gute Kooperation Bereiche Sozialer Kontrolle, VB/ KESCH, Amtsstellen, welche die Altersbetreuung organisieren
ständig wachsende Bedürfnisse bei gleichbleibenden Ressourcen	zunehmender Druck aufgrund kürzerer Kostengutsprachen	-
sich auf dem aktuellen Wissensstand hinsichtlich Sozialversicherungsrecht auf dem Laufenden halten	Vorbereitung auf das neue Kinder- und Erwachsenenschutzrecht	Möglichkeiten, ausreichende Einkünfte für Patienten an der Armutsgrenze zu finden
Komplexität der Fälle	Finanzierungslücke bei Platzierungen, wenn noch keine IV-Rente oder Hilfslosenentschädigung gesprochen wurde	Finanzierungsfrage: Keine Verrechnung der SD-Leistungen möglich (läuft in der Tagestaxe mit)
Anschlusslösungen in Pflegeheime	Platzierung von Pflegenotfälle	Austrittsplanung
Unklare Haltung bei der IV	Schuldensanierungen	Hilfe bei Arbeit-Wohnungssuche
Akzeptanz und Autonomie	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	Zeit und Kontinuität
Weiterentwicklung der sozialen Arbeit im Spital	gezielte Weiterbildung für die Mitarbeiterinnen	berufliche Förderung am Arbeitsplatz
Schnittstellen zu Psychiatrie/Psychologie und Pflegeberatung	Klima der Innovationsbereitschaft im Sozialdienst schaffen und erhalten	Etablieren von Praxisforschung
Notstand Pflegebetten (Austrittsplanung)	dauernder Wechsel der Assistenzärzte	DRG
Leistungs- Kosten- Legimitationsdruck	Starke Zunahme der Sozialfälle	Zusammenarbeit mit Behörden
Miteinbezug von Familien- und weiteren Angehörigen	Bessere Koordination des Spitalaustritts	Kurzfristige stationäre Platzierung vor allem von älteren Menschen, die kein Rehapotential mehr haben aber vorübergehend noch nicht mit Spitex nach Hause zurückkehren können.
Knappe personelle Ressourcen	Zeitmangel	Ärztlich dominierte Strukturen
Dass wir im Zeitdruck Soziale Arbeit leisten und nicht rein organisatorisch tätig sind oder anders formuliert; die ganzheitliche soziale Betrachtung der Fälle angehen und weniger lediglich eine Anschlusslösung organisieren	Die Anerkennung unserer Arbeit/Zuständigkeit von den anderen Disziplinen gewinnen	die immer mehr geforderte rasche Entlassung (Swiss-DRG)
Koordination verschiedener Berufsgruppen, insbes. Kaderärzte	Kurze zur Verfügung stehende Zeiträume für Nachsorgeorganisation	Zusammenarbeit mit Case Manager
Leistung abrechenbar und somit evtl. Anpassung der Stellenprozente	Arbeit muss just in time erfüllt sein	-
Zeitdruck	Akzeptanz	-
Konzeptionelle Weiterentwicklung, die auf den Inhalten einer "evidenzbasierten Praxis" beruht	Umsetzung von Forschungen 1. zur Wirksamkeit der psychosozialen Interventionen 2. zur sozialen Realität von chronisch erkrankten Personen und 3. zur Wechselwirkung von sozialen Stressoren und Gesundheit	Ausbau der ambulanten Dienstleistungen, da die Pflagetage und somit die Beratungszeit im stationären Rahmen in den letzten Jahren stark reduziert wurden
Arbeitsbelastung	Komplexität der Fälle	Einteilung der eigenen Ressourcen
Jedem einzelnen Patienten gerecht zu werden mit seinem Wesen, seinen Bedürfnissen, seiner individuellen Haltung.	Auch unter Zeitdruck gute Lösungen zu finden und dementsprechend zu organisieren.	Verständnis/Achtung füreinander zu haben im interdisziplinären Team zum Wohl des Patienten.
Sich in das multiprofessionelle Behandlungssetting einzufügen	eigene Rolle und Identität entwickeln und wahrnehmen	-

wichtigster Punkt	zweiter Punkt	dritter Punkt
grosse Eigenverantwortung bei der Austrittsplanung der Patientinnen	Klinikinterne Veränderungen / Umstrukturierungen sowie häufiger Personalwechsel insgesamt	Oft Einzelkämpfer (positiv wie negativ), viel Selbstständigkeit aber wenig fachspezifische Unterstützung.
Kurze Aufenthaltsdauer der Patienten aufgrund DRG erfordert schnelles Handeln bei der Nachsorgeorganisation, (z.B. Suche nach kaum vorhandenen Ferienbetten, falls Patient noch nicht nachhause gehen kann)	Förderung der frühzeitigen Einschaltung des Sozialdiensts seitens Pflege und Ärzten im Bedarfsfall;	Fehlende interdisziplinäre Koordination der Aufgabenzuteilungen und gegensätzliche Auskünfte, welche die Patienten verwirren.
Zusammenarbeit mit den verschiedensten Bereichen. Internen und Externen	Sich innerhalb kürzester Zeit auf verschiedene Patienten und Problemstellungen einstellen	Multitasking.
interdisziplinäre Zusammenarbeit	zu bewältigendes Arbeitspensum	ausreichend Supervision und andere arbeitsunterstützende Massnahmen
Finanz. Abgeltung d. KVG	Integration d. EDV - Systems ins Pat - EDV - System	-
Gratwanderung zwischen Ansprüchen des Spitals und Ansprüchen der Professionellen der Sozialen Arbeit.	Erhaltung der Fachlichkeit in einem Umfeld, das vor allem kostenorientiert denkt und organisiert.	Kürzere Aufenthaltsdauer, gleiche Dienstleistung und weniger Ressourcen die Sozialberatung zur Verfügung stehen.
Kurzzeitberatung innerhalb Liegedauer DRG & Zeitdruck beim Organisieren von Austrittslösungen (Druck von Kliniken)	gesteigerte Komplexität der Fälle	gestiegene, z. T. unrealistische Erwartungen der Patienten & Angehörigen
gesicherte Finanzierung	qualifiziertes, motiviertes Personal	eindeutige Positionierung in Einklang mit Auftrag/Zielen der Institution
Genügend und adäquate Heimplätze für Patienten finden.	Gute Zusammenarbeit mit den Krankenkassen, d.h. schnelle Erledigung der Kostengutsprachen etc.	Gute und schnelle Zusammenarbeit mit Ärzten, Pflegepersonal, Verwandten um eine möglichst schnelle und kompetente Abwicklung für den Austritt des Patienten zu gewährleisten.
Zeitfaktor, zu bewältigende Menge	professionellen Anspruch erhalten	vernetztes Arbeiten
Hohe Fallbelastung bei kürzeren Klinikaufenthalten. Beschleunigung.	zunehmend komplexe soziale und versicherungsrechtliche Situationen	Kantonsübergreifende Zusammenarbeit
Zunehmend hochaltrige Patienten, alleinstehende Patienten, dadurch sehr komplexe Situationen (Einleiten Vormund-/Beistandschaft, was geschieht mit Wohnung die nicht mehr bewohnt werden kann weil Übertritt ins Pflegeheim? Grosse Herausforderung wenn keine Angehörigen da sind und Patienten demenz sind.	Finanzierungssituationen für Institutionen bei finanziell schwach gestellten Patienten.	Suchen bzw. Finden eines freien Pflegeplatzes als Anschlusslösung oder Übergangspflege.
Immer das Wohl des Patienten/der Patientin im Auge behalten. Gleichzeitig den Austritt speditiv vorwärts planen.	Koordination aller beteiligten Systeme und Institutionen - intern und extern.	Individuelle Lösungen zu finden bei einer eingeschränkten Auswahl an Möglichkeiten (Randgebiet)
hohe Flexibilität und Belastbarkeit	fundiertes Fachwissen auf div. Gebieten	Fähigkeit für interdisziplinäres Zusammenarbeiten haben
Zunehmende Fallzahlen	Aggression Gefahr von PatientInnen ausgehend	Das neue Erwachsenenschutzrecht
Austrittsmanagement	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	Stärkung der Profession Soziale Arbeit im Spital um nicht von den Sparmassnahmen und der Pflege ersetzt zu werden.
Termingerechte Austritte (Fallpauschale)	Finden von Pflegeheimplätzen	Zusammenarbeit mit den Krankenkassen (Kostengutsprachegeheuche)
Überalterung der Bevölkerung	Platzprobleme in Heimen	Druck seitens DRG
Gute Qualität erreichen trotz hohem Kosten- und Zeitdruck.	Erreichen, dass Sozialdienste erhalten bleiben und auch es auch weiterhin SozialarbeiterInnen geben wird und nicht nur Case Management mit Pflegefachleuten.	Angemessene Einstufung und Entlohnung der Sozialarbeitenden in den Spitälern.
Berufliche Eingliederung (1. und 2. Arbeitsmarkt)	Austrittsplanung allgemein	Wirtschaftliche Hilfe
Übereinkunft Spitalinteressen und Patienteninteressen	Umsetzung kantonaler Vorgaben: Zusammenarbeit mit Gemeinden/ Vermittlungsstellen	IT-technische Weiterentwicklung im Zusammenspiel mit externen Institutionen
Für psychisch Kranke angemessene Arbeitsplätze/ Tagesstruktur zu finden	Dem Erwartungsdruck aller involvierten Personen standzuhalten	-
Eine gelungene Austrittsplanung.	Eine gute Zusammenarbeit mit den Behörden, v.a. im Rahmen eines FFE	Die vielfältigen Aufgabenfelder in der Klinik adäquat zu erfüllen.

wichtigster Punkt	zweiter Punkt	dritter Punkt
Zeitdruck (Bettendruck)	Im ambulanten Bereich waren wir erst bis vor kurzem auf Hinweis der Ärzte aktiv geworden. Es gab grosse Unterschiede (kulturell geprägt). Z.T habe uns die Ärzte nie angefragt und andere wiederum waren sensibilisiert auf soziale Problematiken und involvierte uns rasch.	-
Triagefunktion: Innert kürzester Zeit müssen die Patienten die notwendige Hilfe erhalten aber auch die Weiterbetreuung organisiert sein	Abrechnung: Mit zunehmendem Spar- druck wird es schwieriger für die Sozial- beratung ihre nicht DRG-relevanten Dienstleistungen zu rechtfertigen	Im Spitalalltag ist der Erhalt der sozialar- beiterischen Hilfestellung in Gefahr zu einem rein administrativen Austrittsma- nagement degradiert zu werden. (Aufga- benübernahme durch Pflege)
Komplexität der Fälle, jeder Fall ist anders, keine Routine	Zusammenarbeit mit anderen Bereichen (Pflege, Arbeitsintegration, Psychologen etc.)	Zu wenig geeignete Anschlusslösungen in der Region (geschützte Arbeitsplätze, Nischenarbeitsplätze, betreu- te/teilbetreute Wohnformen)
innerhalb kürzester Zeit gute Lösungen für alle Beteiligte zu finden	Kostendruck (DRG)	Wichtigkeit der Dienstleistung in einem öffentlichen Spital herausheben - trotz Kostendruck - Erhalt der Spitalsozialarbeit
Momentan ist es sehr schwierig Langzeit- plätze zu finden Eine geeignete Anschlusslösung finden.	Zusammenarbeit mit den vielen Belegärz- ten im Privatspital	Betreuung der Patienten in drei Kliniken
Dass keine Platz in regionalen Alters- und Pflegeheimen ist.	Aufklärung im Spital über den richtigen Zeitpunkt der Anmeldung im Sozialdienst/ Austrittsplanung.	Das Einhalten der MVD (DRG). Die An- schlusslösungen so koordinieren, dass die Verweildauer nicht zu lange ist.
Spagat zwischen Patientenerwartungen und DRG, resp. ökonomischen Vorgaben	Die Zukunft der Betreuung und Beglei- tung liegt im spitalexternen Bereich	Integration von Palliative Care in das hochspezialisierte Medizin/Pflegedenken mit Einbezug der Lebenswelt von Patien- ten
Generalisten vs. Spezialisten		
Zeitdruck	Umfassende Problemstellungen, Beratung von der Wiege bis zur Bahre	Vernetzung intern und extern
passende Anschlusslösungen zu finden	Finanzierung	Zeit
Zufriedenheit aller Beteiligten bei den bestehenden Ressourcen	gutes Netzwerk	Handlungsspielraum
Ausreichend Personal, vor allem bei Abwesenheiten.	Ich finde es zunehmend schwierig, wenn viele Spitalsozialdienste noch selber Kuren und Rehabilitationen organisieren. Dies schwächt meiner Meinung nach unsere Fachkompetenz.	-
Komplexität der Fälle	Herausforderung, die sich durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit erge- ben.	Flexibilität und Belastbarkeit
DRG	Palliativ Care	Austrittsmanagement
Eingebunden sein in einem multidiszipli- nären Team	Fehlende Institutionen für nachklinische Betreuung (Alters- und Pflegeheime)	a jour-sein betreffend gesetzlichen und versicherungstechnischen Fragen
Interessen von Patient und Institution zu wahren. Optimale und nachhaltige Lö- sungen zu finden unter zunehmendem Druck DRG./Fallpauschalen	hohe, teils unrealistische Erwartungshal- tungen an Sozialdienst durch Angehörige od. Patient.	Zeitmangel/Kurzfristigkeit der Anmeldun- gen
steter und rascher Wechsel bei kurzen Spitalaufenthalten benötigt enorme Flexibilität und Belastbarkeit; dies immer mit dem Blick, dass der Patient dabei im Mittelpunkt zu stehen hat!	Kommunikation mit Ärzteschaft: Diskus- sion über Aufenthaltsdauer und Nachsor- geformen sind "Dauerbrenner"	permanente Vernetzungstätigkeit
Der zunehmende Druck der Wirtschaft- lichkeit und der kürzeren Verweildauer. Weniger Zeit für gute Beratung und Patienten sind oft überfordert mit dem Tempo.	Anspruchshaltungen der Patienten und Angehörigen nimmt zu, Abgrenzung nötig.	Pflege der Beziehungen mit externen Diensten und Institutionen ist zeitauf- wendig aber wichtig. Wissenspflege, resp. Wissenstool systematisch pflegen.
Positionierung als eigenständiger Fachbe- reich	gute Vernetzung intern und extern	Kreativität
Interdisziplinäre Zusammenarbeit --> Kommunikation	Arbeitsbelastung: oft sehr viel Arbeit, zunehmend komplexe Fälle	Austrittsmanagement, immer schneller nach Lösungen suchen, grosse Verände- rung mit Prozessen intern
Definition: Was gehört ins Aufgabenge- biet der Sozialberatung in der Klinik?	Definition: Wer kann welche Aufträge geben?	Dass bei unterschiedlichen Problemlagen entsprechend Zeit eingeplant werden kann für den Patienten.
kurze Aufenthaltszeit	komplexe Fälle	Anspruchshaltung der Patienten

wichtigster Punkt	zweiter Punkt	dritter Punkt
Komplexe Fälle, Mangel an Pflegeplätze, Kurze Spitalaufenthalts Dauer im Spital (möglichst schnell einen Platz finden)	-	-
Mit dem Spannungsfeld umgehen (Patient, Klinik, Ärztliche/pflegerische Ansprüche)	schnellere Anmeldung von Seiten der Ärzte und Pflege	mehr Stellenprozente zu bekommen
Den Anliegen und Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten gerecht werden	Alle Anliegen in einem interdisziplinären Team erfassen, zum Wohl des Pat.	Gesundes Team
Zeit	Information	Zusammenarbeit
Kostendruck (Aufenthaltsdauer) versus Bedürfnisse Patienten	Platzierung von pflegebedürftigen schwerkranken Menschen in ihren Bedürfnissen entsprechenden Institutionen	Aggressionen von Patienten und Angehörigen gegenüber Sozialarbeiter wegen Kosten bei Platzierungen, überforderte Familiensysteme...
Trotz grossem Druck von Swiss DRG pflegen wir immer einen verständnis- und respektvollen Umgang mit den Patienten und Angehörigen. Wir nehmen uns die Zeit die es braucht. Gutes Zeitmanagement.	Ethische Entscheidungsfindungen werden durchgeführt und werden von allen geschätzt.	Unsere neue Palliativabteilung bietet alles um in Ruhe und Würde sterben zu können. Auch die Angehörigen sind gut begleitet.
geeignete Anschlusslösung an den Spitalaufenthalt finden	Gespräche mit dem Patient und dessen Umfeld / Situationsanalyse	Verhandlungen mit den Krankenkassen
Zeitdruck - Fall definitiv abschliessen bis zu Austritt	Koordination aller externen involvierten Stellen	Beurteilung der Sachlage aus der Distanz, Kenntnisse vor Ort fehlen.
Gelingende Vernetzung im interdisziplinären Kontext.	Zeitmanagement im Beratungs-Bereich	-
Kostendruck, DRG, Austritt	Komplexität der Fälle	Mangelnde Möglichkeiten zur Unterbringung älterer Menschen (Heime aber nicht nur).
Zusammenarbeit mit involvierten Stellen	Klare Absprachen und Kompetenzen	Genügend Zeit für die Beratung
Ziel, Fach und themazentrierte Beratung auf Wunsch der Klienten	Dem Patienten adäquate Angebote unterbreiten zu können.	-
Betroffenheit	Div. Eingrenzungen: Zeit, Kompetenz,	Veränderte Familienstruktur
Gute anerkannte Position in der interdisziplinären Zusammenarbeit (nicht hierarchisch sondern gleichwertig)	Gute interne Kommunikation, welche durch DRG noch notwendiger und herausfordernder ist. Und auch unter DRG sollen Menschen im Spital sterben dürfen und nicht durch Sozialdienst "verlegt" werden müssen.	keine Abwertung der Sozialen Arbeit zum "Schwarzen Peter" bei der Austrittsorganisation (Sozialdienst teilt Austrittsdatum mit, bevor Patientin vom ärztlichen Dienst über Abschluss der Spitalbehandlung informiert worden ist).
Dass die Angehörigen sich frühzeitig mit Fragen an Sozialberatung wenden.	-	-
Anschlusslösungen (z.B. Institutionen, Heime) haben lange Wartezeiten (manchmal monatelang), was den internen Druck auf Sozialarbeit erhöht	Kurzfristigkeit der z.T. komplexen Aufgabenstellungen bei Psychatriepatienten (ständige Verkürzung der Aufenthaltsdauer)	Zunehmende Spezialisierung anderer Fachstellen, viel weniger polyvalente Dienste, Angebote
Das kritische Hinterfragen des Auftrages und der interdisziplinäre Prozess, die verschiedenen Involvierten (inklusive Pat. und sein soziales Umfeld) zu einem grösstmöglichen gemeinsamen Konsens zu bringen.	Auch unter Zeitdruck dem Patienten/Umfeld adäquat begegnen können. Verantwortungen definieren und benennen können.	Beharren auf der sozialarbeiterischen Haltung
Interessensvertretung Klienten	Gesetzliche Vorgaben	
professionelle Grundsätze	Verständnis als eigenständige Fachrichtung	
lösungsorientierte Kommunikation	angemessener Platz im Spitalteam erarbeiten	Zeitmanagement
Finanzierung: Im Tarmed, Psychiatrie ist Soziale Arbeit unter "nicht ärztlichem" Personal subsumiert und hat einen nicht kostendeckenden Tarif! Hier wird die Soziale Arbeit an den Rand gedrängt bzw. durch andere Berufsgruppen ersetzt.	Professionalisierung: Weiterer Ausbau von sozialarbeiterischen Standard, wie sie in anderen Berufsgruppen bestehen. Dies ermöglicht Klarheit (auch für andere Berufsgruppen und Finanzierer) für welche Aufgaben die Sozialarbeit zuständig.	Weiterbildungsaufgaben von Seiten des Fachverbands. Ärzte haben beispielsweise ganz klare Vorgaben, wie viel Weiterbildung sie jährlich belegen haben. Dies würde einerseits helfen, betriebsintern das WB-Budget zu erhöhen und andererseits sind die Mitarbeitenden noch stärker aufgefordert, sich um ihre Weiterentwicklung zu kümmern.
Zunehmender Zeitdruck bei verkürzten Aufenthaltsdauern	Sparmassnahmen im Bereich Personal	Personalrekrutierung

wichtigster Punkt	zweiter Punkt	dritter Punkt
Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Entscheidungsfindung inklusive Pat. und Angehörige.	Netzwerkverbindungen kennen, pflegen und nutzen.	-
Organisation der eigenen Arbeit	zeitnahe Dokumentation im Medicare und Administration	Prioritäten erkennen und setzen
In kürzester Zeit "Wunder" vollbringen....	Abgrenzung zu schwerstkranken PatientInnen.	
Abgrenzung zu Drucksituationen seitens z.B. Ärzte.	Schnittstellenprobleme; teilweise sehr schwierige interdisziplinäre Zusammenarbeit.	
Zeitdruck und Kostendruck		
Sparmassnahmen für mehr Stellenprozent und Weiterbildung	Fehlende Angebote an externen Institutionen, die Patienten und Patientinnen aufnehmen können.	Thema Schnittstelle: Sozialdienst steht zwischen Patient/Patientin, Angehörigen, Arzt/Ärztin, Pflege und externen Institutionen
Zeitbalance zwischen DRG-Druck und Beratung/Abklärungen/Anschlusslösung	Work-Life Balance immer sorgfältig prüfen	sozialpsychiatrische Fälle nehmen immer mehr zu
Interprofessionelle Zusammenarbeit	Nachsorgelösungen finden (Pflegeplatzsuche wird immer schwieriger wegen Mangel an Plätzen)	Finanzierung von wichtigen Hilfsmitteln und Behandlungen, die nicht über Sozialversicherungen abgesichert sind
Platzierungsproblematik für schwerkranke Patienten im Kanton Bern	interdisziplinäre Zusammenarbeit	administrativer Mehraufwand in der gleichen Zeit
Zeitmanagement	Arbeit in verschiedenen organisierten und strukturierten Teams mit unterschiedlichen Arbeitsgebieten	Einfrau-Stelle
Hohe Stresstoleranz	Polyvalenz	Sozialkompetenz auf kontinuierlich hohem Niveau
Austrittsplanung	Strukturierung des Alltags	Geregelte Finanzen, Zukunftsplanung
Zeitmanagement für Beratungen und Netzwerkarbeit	Stellung Sozialdienst als Fachbereich und professionelles Entlastungsmanagement	Mehr Klarheit in Zuständigkeiten und Abläufe in Schnittstellen Pflege / Ärzte / Patient und Angehörige
Arbeit mit schwer depressiven Menschen	-	-
Gefährdungsmeldung Kinderschutz	Heimplatzvermittlung für unter 64/65-jährige	-
Bewältigung der Beratungstätigkeit bei steigenden Patientenzahlen und erhöhter Dokumentationspflicht	Interprofessionelle Schnittstellenklärungen	Ausweitung auf ambulante Beratungstätigkeit
Difficulté à faire reconnaître notre travail au sein de l'organisation. Nous sommes peu "rentables" du point de vue de la La MAL et nous manquons d'indicateurs pertinents pour mesurer la "productivité" de notre travail.	Difficulté à produire et maintenir une cohérence dans les projets pluridisciplinaires. Le travail en équipe est compliqué : souvent l'assistant social agit seul dans une équipe soignante et médicale et a peu de disponibilité en temps dans les unités. Du coup, les projets peuvent changer rapidement et l'AS n'est pas forcément informé, ni même consulté.	Nous avons le sentiment que la santé mentale revient à un fonctionnement très médico-centré. D'ailleurs, notre organisation insuffit l'idée d'un changement d'affiliation hiérarchique qui devrait être clarifié d'ici la fin de l'année. Il est par conséquent difficile de maintenir une autonomie de métier dans ce contexte.
Durée des séjours hospitaliers de plus en plus courte ce qui ne permet pas toujours une prise en charge optimale.	Manque de solutions à proposer aux patients (manque de structures adéquates dans le canton, par ex. homes ou lieu de convalescence).	-
manque de temps pour bien discuter avec les familles et les futurs patients et pensionnaires.	manque d'information	le poste de ce service n'est pas assez doté
Dotation insuffisante dans plusieurs secteurs pour répondre à l'ensemble des demandes	augmentation des demandes provenant des secteurs ambulatoires -en raison de la précarisation de la population et de la difficulté à répondre aux demandes des services sociaux extérieurs alors que nous sommes prioritairement au service du stationnaire	Faire comprendre aux personnel médico-soignant et au personnel administratif le rôle du service social et les limites et l'autonomie de son action
le dépistage d'une situation sociale demandant notre intervention et la demande d'intervention concrète	-	-

wichtigster Punkt	zweiter Punkt	dritter Punkt
Dans un contexte où l'AS est en minorité, difficulté de reconnaissance de notre spécificité, dans la mesure où les infirmiers s'improvisent travailleur social. non reconnaissance travail social	L'AS ne répond que sur demande des soins, un procédé qui conduit à diluer voire à mal comprendre les informations d'ordre social qui lui sont transmises. demande tenant compte des besoins de l'hôpital et non pas des besoins des patients	Le manque de temps en raison des temps partiels ne favorise pas l'intégration de l'AS dans une prise en charge puisque celle-ci doit se terminer au plus vite. pas de représentation au niveau hiérarchique
La complexité des situations diagnostics médicaux	Le manque de temps pour trouver des solutions efficaces Abréviations	La durée langage infirmier
Prise en charge en augmentation, avec des durées de séjour qui diminuent alors que les problèmes sociaux sont de plus en plus importants.	Augmentation de la précarité, des patients sans assurance ou sans papiers. De plus en plus de pressions des caisses maladies pour la justification de l'hospitalisation.	Le personnel médical qui change très souvent
manque de moyens spécifiques (structures adaptés, places en EMS,...)	-	pool de remplaçants/es assistante sociale en cas de maladie, vacances
Durée d'hospitalisation des patients est trop limitée pour leur permettre de faire de nouveaux projets en lien avec leur handicap	Complexité des situations personnelles de nos patients	adaptation lente de la société à de nouvelles problématiques
Vocabulaire médico infirmier et incidence de la prise en charge médicale sur les soins	Courte durée d'hospitalisation	Transmission/ coordination des informations pour le projet de sortie
Continuité du suivi du patient au vu de son parcours parfois transversal entre les différents services hospitaliers et ambulatoires. Intégration	Transmission du dossier social du patient à la sortie de l'hôpital avec prise en charge par un autre établissement n'est pas évidente.	Intégration du service social dans le processus thérapeutique peut rencontrer des difficultés.
Difficoltà di far coincidere i tempi/gli obiettivi del corpo medicale con quelli del paziente/famiglia	Aspettative diverse nella presa a carico del paziente	Richiesta di intervento immediato; gestione dello stress e della pressione dei vari attori
Lavoro spesso basato sull'urgenza: a volte risulta difficile pianificare i tempi di lavoro ed è necessario rivedere costantemente le priorità	Turn over dei medici assistenti (contratti a termine della durata di 1-2 anni al massimo)	E' sempre difficile pianificare per tempo le dimissioni e i trasferimenti: per motivi vari (medici, relativi ai pazienti e/o ai familiari, ritardi nel rilascio delle garanzie assicurative, ecc.)
I "tempi " del sociale ,servizi sul territorio ecc ,e soprattutto il "tempo " di elaborazione del paziente stesso e dei familiari ,di decisioni spesso radicali e importanti conseguenti alla sua ospedalizzazione , non sono compatibili con i " tempi " dettati dal periodo di degenza nella struttura ospedaliera .	-	-
imprevedibilità	difficile pianificare	tempi delle "cure" sempre più ridotti, quindi degenze più corte
Segnalazione tardiva	difficoltà raccolta dati/info su pz	presa a carico breve
tempo a disposizione per far fronte alle richieste che é sempre molto poco. Difficoltà ancora più evidente quando si confronta con la tempistica dei servizi esterni all'ospedale di cui necessitiamo per evadere le richieste	trasmissione delle info all'interno dell'ospedale tra le varie figure professionali	bisogna regolarmente far riconoscere il nostro ruolo con i nuovi arrivati
la disponibilità dei posti letto nelle strutture sanitarie di tipo post acuto (no di lungodegenza)	la collaborazione interdisciplinare con i servizi presenti sul territorio	la semplificazione delle procedure concernenti le richieste di garanzia alle Casse malati

Quelle: Erhebung SFSS/BASS