

Förderprogramm Interprofessionalität

Mandat 15

**Erfolgsbedingungen bei der Etablierung
interprofessioneller Zusammenarbeit
an der Schnittstelle zwischen
Gesundheitswesen und Sozialhilfe**

Schlussbericht

Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit

Christian Rüefli

Michèle Gerber

Anna Suppa

Bern, 17. Juli 2020

Zusammenfassung

Gegenstand, Ziele und Fragestellungen der Studie

Aufgrund der in Wissenschaft und Fachwelt anerkannten Wechselwirkungen zwischen der sozialen und der gesundheitlichen Situation von Personen und der Bedeutung der Gesundheit für die berufliche und soziale Integration besteht grosses Potenzial für interprofessionelle Zusammenarbeit bei der Versorgung von Personen, die sowohl Leistungen des Gesundheits- als auch des Sozialwesens beziehen. Sozialdienste sehen sich zunehmend mit – oft multiplen – gesundheitlichen Herausforderungen ihrer Klientinnen und Klienten konfrontiert und suchen deshalb die Kooperation mit Gesundheitseinrichtungen. In der Praxis stösst interprofessionelle Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Sozial- und Gesundheitswesen allerdings oft an Grenzen, beispielsweise aufgrund unterschiedlicher Zuständigkeiten und Mechanismen zur Finanzierung von Leistungsangeboten der beiden Systeme, mangels Ressourcen zum Aufbau und zur Pflege interprofessioneller Zusammenarbeit, aufgrund von rechtlichen und technischen Hindernissen, weil die verschiedenen Stellen zu wenig mit den Angeboten, Unterstützungsmöglichkeiten, Funktions- und Arbeitsweisen des jeweils anderen System vertraut sind, oder weil unterschiedliche fachliche Hintergründe, Konzepte, Orientierungen und Arbeitsweisen einer effizienten Zusammenarbeit im Weg stehen. Trotzdem finden sich diverse Beispiele für funktionierende interprofessionelle Angebote an dieser Schnittstelle.

Die vorliegende Studie untersuchte die Prozesse und Erfolgsfaktoren der Etablierung von interprofessioneller Zusammenarbeit zwischen öffentlichen Sozialdiensten und Akteuren des Gesundheitswesens bei der Betreuung von sozialhilfebeziehenden Personen mit gesundheitlichen Schwierigkeiten. Als Hauptfrage galt es zu untersuchen, wie es Gemeinden und/oder Regionen gelingt, interprofessionelle Angebote zu etablieren und umzusetzen, um Menschen, welche Leistungen im Gesundheitswesen wie auch im Sozialbereich beziehen, in effektiver und effizienter Weise zu versorgen. Die Detailfragen sind im Abschnitt «Ergebnisse» aufgeführt, wo sie auch beantwortet werden.

Vorgehen

Die Studie weist explorativen Charakter auf und war deshalb qualitativ ausgerichtet. Die Beantwortung der Forschungsfragen erfolgte anhand eines Fallstudienvergleichs von zehn Beispielen interprofessioneller Zusammenarbeit aus der ganzen Schweiz. Die Untersuchung umfasste auch gescheiterte Versuche, eine solche Zusammenarbeit zu etablieren bzw. aufrecht zu erhalten. Die untersuchten Fälle identifizierte das Forschungsteam mittels Anfragen an Organisationen, Verbände und Fachpersonen des Sozial- und des Gesundheitswesens, Literatur- und Internetrecherchen. Gestützt auf Sondierungsgespräche mit vier Fachpersonen und auf einschlägige Literatur entwickelte es ein standardisiertes Erhebungs- und Auswertungsraster zu den interessierenden Themenblöcken (Akteure und Akteurkonstellationen, Erfolgsfaktoren, Aspekte der Zusammenarbeit). Empirisch stützen sich die Fallstudien auf Dokumente und Interviews mit Personen, die an der Etablierung und Umsetzung der jeweiligen Zusammenarbeitsmodelle beteiligt waren, sowie mit Personen auf politisch-strategischer Ebene.

Die Erkenntnisse aus den Fallstudien wurden im standardisierten Auswertungsraster festgehalten und entlang der Untersuchungsfragen systematisch vergleichend verdichtet. Zur Ermittlung der

Faktoren, die sich für das Zustandekommen und Funktionieren von interprofessioneller Zusammenarbeit als förderlich oder hinderlich erwiesen, kam ein theorie- und literaturgestütztes Codiergraster zur Anwendung. Aus den gewonnenen Erkenntnissen leitete das Forschungsteam schliesslich Empfehlungen an die Politik auf nationaler, kantonaler und kommunaler Ebene ab.

Ergebnisse

Welche Einflussfaktoren begünstigen oder hemmen das Zustandekommen und die Umsetzung von interprofessioneller Zusammenarbeit? Dabei gilt es insbesondere das (politische) Umfeld zu beachten. Wie können hemmende Faktoren überwunden werden?

Für das *Zustandekommen* interprofessioneller Zusammenarbeit haben sich in den untersuchten Fallbeispielen folgende kontextbezogene, institutionelle, personelle sowie prozessbezogene und politische Faktoren in mehreren Fällen als förderlich erwiesen. Technische/praktische/fachliche Faktoren und Aspekte der Zusammenarbeitsorganisation waren demgegenüber weniger wichtig.

- Organisationsleitbilder, die eine interprofessionelle Zusammenarbeit als kulturelle Praxis ermöglichen und fördern
- Nachfrage nach einem spezifischen Angebot zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von (potenziellen) Klientinnen und Klienten der Sozialhilfe
- Gesundheits- und sozialpolitische Programme, Strategien, Aktionspläne etc., in die sich Vorhaben interprofessioneller Zusammenarbeit strategisch und organisatorisch einbetten können
- Günstige Rahmenbedingungen und vorhandene Möglichkeiten zur Finanzierung eines Zusammenarbeitsprojekts
- Gestaltungs- und Entscheidungsspielraum bzw. die Handlungsautonomie der beteiligten Akteure
- Ressourcen (Personal, Zeit, Geld), um ein Vorhaben zu lancieren und umzusetzen
- Schlüsselpersonen mit hohem Engagement
- Unterstützung von Führungs- und Leitungspersonen, die den Mehrwert der Zusammenarbeit erkennen
- Vorbestehende persönliche Beziehungen zwischen Mitarbeitenden der beteiligten Institutionen
- Empirisch fundierte Situations- oder Bedarfsanalysen zur Legitimation des Handlungsbedarfs (auch gegenüber der Politik)
- Unterstützung politischer Verantwortlicher

Hemmende Faktoren zeigten sich lediglich in einem untersuchten Fall, in dem ein kommunaler Sozialdienst ein psychiatrisches Abklärungsangebot nutzen wollte, die politisch verantwortliche kommunale Behörde jedoch nicht bereit war, die vollen Kosten dafür zu genehmigen. Die Finanzierung der Zusammenarbeit konnte so nicht gesichert werden. In diesem Fall konnte der kommunale Sozialdienst nicht selbst über die Aufnahme einer Zusammenarbeit mit einem Abklärungsdienst entscheiden (fehlende Handlungsautonomie bzw. Finanzkompetenz).

Für die *Umsetzung* einer laufenden Zusammenarbeit sind vor allem Aspekte der Zusammenarbeitsorganisation von Bedeutung. Diese werden weiter unten ausführlicher behandelt. Daneben erwiesen sich folgende Faktoren in mehreren Fällen als relevant:

- Eine förderliche politische Grundhaltung (z.B. im Kanton) gegenüber Sozialhilfe, Kooperation, Interprofessionalität etc.
- Organisationsleitbilder, die vielfältige bzw. interprofessionelle Helfersysteme anerkennen und eine kooperative Arbeitskultur fördern
- Einbettung der Zusammenarbeit in einen übergeordneten politisch-strategischen Rahmen (Gesundheits- und sozialpolitische Programme, Strategien, Aktionspläne etc.)
- Gesetzliche Rahmenbedingungen, die das Kooperationsmodell und dessen Finanzierung in der kantonalen Gesetzgebung verankern
- Ressourcen (Personal, Zeit, Geld)
- Unterstützung von Führungs- und Leitungspersonen, die den Mehrwert der Zusammenarbeit erkennen
- Eingespielte persönliche Beziehungen, die ein gegenseitiges Vertrauen und die Kenntnis der anderen Institution und deren Problemlagen vertiefen
- Personelle Kontinuität
- Unterstützung politischer Verantwortlicher
- Aktive Kommunikation über die Funktionsweise, die Vorteile und den Nutzen der Zusammenarbeit

In einzelnen Fällen zeigten sich gewisse Schwierigkeiten der laufenden Zusammenarbeit:

- Institutionelle Faktoren wie die gesetzlichen Grundlagen und Rahmenbedingungen der Finanzierung erwiesen sich teilweise als erschwerend. So bringen Mischfinanzierungen höheren administrativen Aufwand mit sich und können für die Weiterentwicklung eines Leistungsangebots auch hinderlich sein. Dies ist dann der Fall, wenn Gesundheitseinrichtungen dazu angehalten sind, bei ihrer Tätigkeit Leistungen zu priorisieren, die sie über die Krankenversicherung verrechnen können und Leistungen im Rahmen einer interprofessionellen Zusammenarbeit zurückzustellen.
- In einem Fall führte sinkende Nachfrage nach dem Abklärungsangebot zur Sistierung der Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst.
- Abhängigkeit von Schlüsselpersonen mit hohem Engagement
- Personelle Wechsel haben zur Folge, dass die interprofessionellen Arbeitsweisen jeweils neu vermittelt und Arbeitsbeziehungen neu aufgebaut werden müssen.
- Datenschutzbestimmungen und das Berufsgeheimnis setzen dem interprofessionellen Informationsaustausch gewisse Grenzen. Die entsprechenden Herausforderungen lassen sich aber durch geeignete Vorkehrungen überwinden.

Welche Akteure haben sich mit welchen Motiven für oder gegen interprofessionelle Zusammenarbeit engagiert? Welche Akteurkonstellationen und Koalitionen zeigen sich in der Politikformulierung und in der Politikumsetzung?

In der grossen Mehrheit der untersuchten Zusammenarbeitsmodelle ging das Engagement zur Etablierung von interprofessioneller Zusammenarbeit von Mitarbeitenden oder Leitenden von Sozialdiensten oder Gesundheitseinrichtungen aus, die auf Handlungsdruck reagierten, innovative Lösungen für sich stellende Herausforderungen propagierten und ihre Stellen fachlich weiterentwickeln wollten. Eine hohe intrinsische Motivation dieser Praxisakteure war ein wichtiger Faktor für die Etablierung der Kooperationen. Bis auf eine Ausnahme fanden die Vorhaben – falls nötig – Unterstützung auf höheren Hierarchieebenen bzw. in der kommunalen oder kantonalen Exekutive. Politische Akteure aus Regierungen oder Parlamenten waren in den betrachteten Fällen nicht direkt in die Prozesse involviert. Sie setzten sich selten aktiv für interprofessionelle Zusammenarbeit ein.

In den betrachteten Fällen zeigte sich praktisch kein Widerstand gegen interprofessionelle Zusammenarbeit. Da die Studie vor allem gelungene Beispiele betrachtete, lassen sich keine breit abgestützten Aussagen über die Motive und Haltungen ablehnender Akteure machen. In einem untersuchten Fall kam die vorgesehene Zusammenarbeit zwischen einem kommunalen Sozialdienst und einer psychiatrischen Abklärungsstelle nicht zustande, weil die für diesen Entscheid zuständige Sozialhilfebehörde das Projekt zwar als sinnvoll erachtete, aber aus finanzpolitischen Überlegungen und mangels systematischer Erhebungen zum Nachweis der Erfolgsaussichten nicht bereit war, die Gesamtkosten des Zusammenarbeitsmodells zu genehmigen. In einzelnen untersuchten Fallbeispielen zeigten sich fachliche oder politische Vorbehalte gegenüber der Etablierung und Aufrechterhaltung interprofessioneller Zusammenarbeit. Diese standen der Verwirklichung der Projekte jedoch nicht im Weg.

Koalitionen von Akteuren mit ähnlichen Überzeugungen und Wertvorstellungen finden sich in den untersuchten Fallbeispielen vor allem zwischen Praxisakteuren der verschiedenen Bereiche (Gesundheitseinrichtungen und Sozialdienste) sowie zwischen den Leitungen der an einem Kooperationsprojekt beteiligten Verwaltungsstellen. Diese Akteure teilen jeweils ähnliche Auffassungen in Bezug auf die der Zusammenarbeit zugrundeliegenden Probleme und auf die anzustrebenden Lösungen – gemeinsame, bereichsübergreifende bzw. interprofessionelle Bearbeitung dieser Probleme. Auf politischer Ebene erwiesen sich Koalitionen hingegen als nicht unmittelbar relevant für die Entstehung und Aufrechterhaltung von interprofessioneller Zusammenarbeit. Allianzen politischer Akteure sind vor allem indirekt von Bedeutung, indem sie den politisch-strategischen Rahmen stützen, in den interprofessionelle Zusammenarbeit eingebettet ist.

Wie muss die Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Sozialdienst organisiert sein, damit sie gelingt? Welche Aspekte sind entscheidend? Welche Rolle spielt die Zusammenarbeit über verschiedene staatliche Ebenen?

Aspekte der Zusammenarbeitsorganisation haben sich in den untersuchten Fallbeispielen als besonders relevant für das Gelingen interprofessioneller Zusammenarbeit erwiesen. So schafften formale Vereinbarungen Klarheit über die Regelung, Leistungen, Finanzierung und Modalitäten der Zusammenarbeit und bewährten sich institutionalisierte Strukturen wie interinstitutionell zusammengesetzte Führungsorgane oder regelmässige gemeinsame Sitzungen zur Steuerung, Pflege oder

Koordination der Zusammenarbeit. Ein gemeinsames Leitbild wurde in zwei Fällen als förderlicher Faktor identifiziert. Als besonders bedeutsam erscheinen gemeinsame (interprofessionelle) Anlässe wie Weiterbildungen oder Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch. Sie fördern sowohl die Zusammenbaukultur als auch das bereichsübergreifende Verständnis und erweitern die Fachkompetenz der involvierten Akteure. Es zeigt sich allerdings auch, dass die Pflege interprofessioneller Zusammenarbeit auf dieser Ebene mit Aufwand verbunden ist und gewisse Herausforderungen mit sich bringen kann, weil sie für das Personal teilweise anspruchsvoll ist.

Die Zusammenarbeit über verschiedene staatliche Ebenen hinweg erwies sich in keinem der betrachteten Fälle als Hindernis, sondern vielmehr als Ressource. Ein Kooperationsmodell wird von einer städtischen und einer kantonalen Behörde gemeinsam geführt und finanziert, was die Nutzung von Synergien ermöglicht und für beide Seiten vorteilhafter und kostengünstiger ist, als ein vergleichbares Angebot alleine zu führen. In einem Fall finanziert der Kanton die Strukturkosten eines medizinischen Abklärungsangebots, was dessen kostenlose Nutzung durch kommunale bzw. regionale Sozialdienste ermöglicht, und in einem anderen Fall reduziert der hohe Finanzierungsanteil des Kantons die Abhängigkeit eines regionalen interprofessionellen Angebots von kommunalen Finanzierungsentscheidungen.

Entwicklungsmöglichkeiten: Wie kann es gelingen, bisher zurückhaltende Akteure zu interprofessioneller Zusammenarbeit zu bewegen? Was sollte sich an der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Sozialdienst verändern, damit sich Akteure stärker für eine interprofessionelle Zusammenarbeit einsetzen würden?

In den Fällen, wo die Zusammenarbeit zustande kam, konnten organisationsinterne Vorbehalte einzelner Akteure im persönlichen Austausch und anhand der gemachten Erfahrungen nach Beginn der Kooperation überwunden werden. Skeptische Akteure auf politischer Ebene liessen sich meist durch den empirisch fundierten Nachweis der Wirksamkeit und der finanziellen Vorteile vom Nutzen der interprofessionellen Angebote überzeugen.

Um interprofessionelle Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Sozialdienst zu fördern, scheinen folgende Veränderungen zweckmässig:

- Wichtige Grundlagen sind ein gemeinsames Verständnis für die Herausforderungen der beruflichen und sozialen Integration von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Kenntnis der Rolle und Anliegen der jeweils anderen Berufsgruppe und eine gemeinsame Haltung hinsichtlich der klientenbezogenen Ziele. Der Austausch zwischen Sozialarbeitenden und Medizinal- bzw. Gesundheitsfachpersonen, z.B. über gemeinsame Weiterbildungen und Anlässe kann diese Grundlagen schaffen und sollte deshalb bewusst gefördert und intensiviert werden.
- Es braucht ein Bewusstsein dafür, dass gesundheitliche und soziale Problemlagen zusammenhängen und möglichst gemeinsam und koordiniert bearbeitet werden sollten. Innerhalb von Organisationen des Sozial- und des Gesundheitswesens, aber auch auf politischer Ebene wäre entsprechendes systemisches Denken und Handeln wichtig, um bestehende oder wahrgenommene Grenzen zwischen den verschiedenen Handlungssystemen und -arenen zu überwinden. Es gilt z.B. anzuerkennen, dass die Bearbeitung von Gesundheitsfragen auch Teil des Auftrags von Sozialdiensten sein kann.

- Zur Förderung von interprofessioneller Zusammenarbeit muss deren Finanzierung gesichert sein. Dies betrifft sowohl die Kosten für Leistungen zugunsten von Klientinnen und Klienten (z.B. Abklärungen) als auch die administrativen Kosten der Zusammenarbeit (fallbezogene Sitzungen, fallunabhängiger Austausch). Ein möglicher Ansatz ist die Verknüpfung verschiedener Finanzierungsmechanismen zu Hybridfinanzierungen (gemeinsame Finanzierung durch Kanton und Gemeinde oder durch öffentliche Hand und Krankenversicherung). Sozialdienste sollten gewisse Kosten zur Abklärung oder Verbesserung des Gesundheitszustandes von Klientinnen und Klienten übernehmen können, und die an einer Zusammenarbeit beteiligten Institutionen sollten über gewisse Ressourcen für deren organisationsinterne Pflege verfügen.
- Personen oder Gremien mit Entscheidungsfunktion in Politik und Verwaltung sollten anerkennen, dass interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Sozialdiensten und Akteuren des Gesundheitswesens zwar kurzfristig mit höheren Kosten verbunden sein kann, jedoch die Integrationschancen von Personen mit gesundheitlichen Schwierigkeiten erhöht und so längerfristig Einsparungen bei den Sozialhilfeausgaben ermöglicht und einen sozialen und ökonomischen Nutzen schafft. Auch auf Organisationsebene erweisen sich integrierte interprofessionelle Leistungsangebote auf regionaler Ebene als betriebsökonomisch effizient.
- Amtsleitungen und politisch Verantwortliche sollten sich stärker für Interprofessionalität einsetzen. Die Fallbeispiele zeigen, dass Kooperations- und Unterstützungsbereitschaft auf dieser Ebene ein wichtiger Erfolgsfaktor ist. Um diese zu schaffen und zu erhalten, braucht es kontinuierliche Überzeugungsarbeit durch Sozialdienst- oder Amtsleitungen.

Empfehlungen

Empfehlungen: Was kann die Politik auf nationaler, kantonaler und kommunaler Ebene tun, um die interprofessionelle Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Sozialdienst zu fördern?

Gestützt auf die voranstehenden Ergebnisse halten die folgenden Empfehlungen fest, welche Akteure über welche Mechanismen interprofessionelle Zusammenarbeit fördern können:

Gestaltung förderlicher gesetzlicher Rahmenbedingungen

► **Empfehlung 1:** Parlamente sowie Regierungen und Verwaltungen sollten sich bietende Gelegenheiten von Gesetzgebungsarbeiten im Sozial- oder Gesundheitswesen dazu nutzen, bestehende Systemgrenzen (zwischen dem Sozial- und dem Gesundheitswesen, zwischen verschiedenen Teilbereichen des Gesundheitswesens) abzubauen und günstige Rahmenbedingungen für interprofessionelle Zusammenarbeit zu schaffen.

Strategisch-programmatische Rahmenbedingungen schaffen

► **Empfehlung 2:** Regierungen und Verwaltungen sollten die Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Sozialwesen im Rahmen von gesundheits- und sozialpolitischen Policies (Programme, Strategien, Aktionspläne etc.) aktiv bearbeiten. Sie sollten solche Policies als Katalysatoren und Plattformen zur Stimulierung und Förderung von interprofessioneller Zusammenarbeit nutzen. Wo es thematisch geboten ist, sollten Akteure aus dem Sozial- und dem Gesundheitswesen sowohl in die Ausarbeitung als auch in die Umsetzung von Policies in den beiden Bereichen einbezogen und miteinander in Beziehung gebracht werden.

Konkrete Massnahmen im Rahmen öffentlicher Policies

► **Empfehlung 3:** Staatliche Akteure sollten bei der Umsetzung öffentlicher Policies ihre Handlungsmöglichkeiten und -spielräume nutzen, um mittels konkreter Massnahmen und Aktivitäten interprofessionelle Zusammenarbeit zu stimulieren, zu fördern und einzufordern. Sie können entsprechende Vorgaben und Aufträge erlassen, konkrete Projekte unterstützen oder selbst umsetzen, Wissen und Informationen zur Verfügung stellen oder Strukturen und Plattformen zur Vernetzung und zum Informationsaustausch unter verschiedenen Akteuren schaffen.

Organisationsbezogene Faktoren in Projekten förderlich gestalten

► **Empfehlung 4:** Personen in Leitungsfunktionen in Regierung und Verwaltung sollten ihre Handlungs- und Einflussmöglichkeiten nutzen, um sich innerhalb ihrer Organisation für interprofessionelle Zusammenarbeit einzusetzen und günstige Voraussetzungen für konkrete Vorhaben interprofessioneller Zusammenarbeit zu schaffen. Sie sollten systemisches Denken und Handeln fördern und Gelegenheiten schaffen, damit Praxisakteure aus dem Sozial- und Gesundheitswesen sich gegenseitig kennenlernen, ein gemeinsames Verständnis für die Probleme an der Schnittstelle zwischen den beiden Bereichen und für die Funktions- und Arbeitsweise der jeweils anderen Profession entwickeln können.

► **Empfehlung 5:** Personen mit Einfluss auf die Organisation von konkreten Projekten und Vorhaben interprofessioneller Zusammenarbeit sollten mit gezielten Massnahmen der Organisationsentwicklung (gemeinsame Führungsstrukturen, gemeinsame Weiterbildungen etc.) darauf hinwirken, dass die Zusammenarbeit strukturell und kulturell gefestigt wird. Sie sollten dafür sorgen, dass Strukturen und Abläufe in Zusammenhang mit interprofessioneller Zusammenarbeit innerhalb ihrer Organisation institutionalisiert werden und nicht vom Engagement einzelner Personen abhängig sind.

Persönliches Engagement und Leadership von Leitungspersonen in Politik und Verwaltung

► **Empfehlung 6:** Personen in Leitungsfunktionen in Regierung und Verwaltung sollten ihren Handlungsspielraum nutzen, um sich persönlich für interprofessionelle Zusammenarbeit einzusetzen und entsprechende Vorhaben zu unterstützen. Sie sollten Schlüsselpersonen, die sich für interprofessionelle Zusammenarbeit einsetzen, Möglichkeiten und Spielraum dafür geben.

Sensibilisierungsarbeit und Agenda Setting

► **Empfehlung 7:** Akteure innerhalb und ausserhalb von Politik und Verwaltung sollten mittels Informations- und Sensibilisierungsarbeit auf unterschiedlichen Ebenen darauf hinwirken, dass Entscheidungsverantwortliche in Politik und Verwaltung sowie Akteure in Einrichtungen des Sozial- und des Gesundheitswesens ein besseres Bewusstsein für die systemischen Zusammenhänge zwischen gesundheitlichen und sozialen Problemlagen und für den Nutzen interprofessioneller Zusammenarbeit entwickeln.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungen.....	X
Tabellen.....	X
Abkürzungsverzeichnis	X
1 Gegenstand, Ziele und Fragestellungen der Studie	1
1.1 Interprofessionelle Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Sozial- und Gesundheitswesen	1
1.2 Ziele und Fragestellungen der Studie	3
1.3 Aufbau des Berichts	4
2 Grundlagen	5
2.1 Gegenstand: Interprofessionelle Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Sozial- und Gesundheitswesen	5
2.2 Theoretische Grundlagen.....	6
2.2.1 Interprofessionelle Zusammenarbeit als zu gestaltende institutionelle Policy.....	6
2.2.2 Heuristik zur Erklärung von Politikwandel	7
2.3 Forschungsdesign und Vorgehen.....	9
2.4 Charakterisierung der untersuchten Fallbeispiele	12
2.4.1 Medval	12
2.4.2 Fallcoaching Gesundheit der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (Pilotprojekt).....	13
2.4.3 Psychiatrisch-psychologische Sprechstunden in Zürcher Sozialzentren und für den Sozialdienst Adliswil	14
2.4.4 RESSORT - REseau de Soutien et d'ORientation vers le Travail	15
2.4.5 Sozialmedizinisches Zentrum Oberwallis	16
2.4.6 Integrierte Suchthilfe Winterthur	17
2.4.7 Zusammenarbeit WorkMed - Sozialdienst Reinach (gescheitertes Vorhaben).....	18
2.4.8 Assessmentcenter Kanton Basel-Landschaft	18
2.4.9 Zusammenarbeitsvereinbarungen der Zuger Konferenz für Sozialdienste.....	19
3 Ergebnisse.....	20
3.1 Auslöser für die interprofessionelle Zusammenarbeit.....	21
3.2 Einflussfaktoren auf das Zustandekommen von interprofessioneller Zusammenarbeit	21
3.2.1 Exogene Umfeldbedingungen (Kontext).....	22
3.2.2 Institutionelle Kontextfaktoren der beteiligten Organisationen	23
3.2.3 Personelle Faktoren	24

3.2.4	Prozessbezogene und politische Faktoren.....	25
3.2.5	Technische/praktische/fachliche Faktoren.....	26
3.2.6	Aspekte der Zusammenarbeitsorganisation.....	26
3.2.7	Fazit.....	27
3.3	Einflussfaktoren auf die laufende Zusammenarbeit	29
3.3.1	Exogene Umfeldbedingungen (Kontext).....	29
3.3.2	Institutionelle Kontextfaktoren der beteiligten Organisationen	30
3.3.3	Personelle Faktoren	31
3.3.4	Prozessbezogene und politische Faktoren.....	32
3.3.5	Technische/praktische/fachliche Faktoren.....	33
3.3.6	Aspekte der Zusammenarbeitsorganisation.....	33
3.3.7	Fazit.....	35
3.4	Akteure und Akteurkonstellationen.....	37
3.4.1	Zentrale Akteure und Koalitionen für interprofessionelle Zusammenarbeit.....	38
3.4.2	Kritische Akteure und Überzeugungsstrategien	39
4	Entwicklungsmöglichkeiten und Empfehlungen	40
4.1	Entwicklungsmöglichkeiten	40
4.2	Die Rolle der Politik bei der Förderung von interprofessioneller Zusammenarbeit	42
4.2.1	Grundsätzliche Möglichkeiten der Einflussnahme der Politik auf interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Sozialwesen	42
4.2.2	Die Rolle der Politik in den untersuchten Fallbeispielen	44
4.3	Empfehlungen zur Förderung von interprofessioneller Zusammenarbeit durch die Politik.....	45
4.3.1	Gestaltung förderlicher gesetzlicher Rahmenbedingungen.....	45
4.3.2	Strategisch-programmatische Rahmenbedingungen schaffen	47
4.3.3	Konkrete Massnahmen im Rahmen öffentlicher Policies.....	48
4.3.4	Organisationsbezogene Faktoren förderlich gestalten.....	49
4.3.5	Persönliches Engagement und Leadership von Leitungspersonen in Politik und Verwaltung	51
4.3.6	Sensibilisierungsarbeit und Agenda Setting	52
4.3.7	Übersicht	54
	Dokumente und Literatur	56
	Anhang 1: Codierungsraster zur Ermittlung förderlicher und hinderlicher Einflussfaktoren	59
	Anhang 2: Auswertungsraster zu den betrachteten Fallbeispielen	62

Tabellen

Tabelle 3-1: Für die Entstehung der Zusammenarbeit als relevant identifizierte Faktoren	27
Tabelle 3-2: Für die laufende Zusammenarbeit als relevant identifizierte Faktoren	35
Tabelle 4-1: Anpassungsbedarf an der Schnittstelle zwischen Sozialdienst und Gesundheitswesen.....	40
Tabelle 4-2: Funktionen von politischen Organen und Akteuren und Mechanismen zur Einflussnahme auf interprofessionelle Zusammenarbeit.....	43
Tabelle 4-3: Übersicht über Handlungsmöglichkeiten von Politik und Verwaltung zur Förderung von interprofessioneller Zusammenarbeit.....	54
Tabelle A-1: In den Fallstudien untersuchte mögliche Einflussfaktoren auf das Zustandekommen und Funktionieren interprofessioneller Zusammenarbeit.....	59

Abbildungen

Abbildung 4-1: Einflussrichtungen von Sensibilisierungsarbeit und Agenda Setting im politisch-administrativen System.....	53
---	----

Abkürzungsverzeichnis

ACF	Advocacy Coalition Framework
BAG	Bundesamt für Gesundheit
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
IIZ	Interinstitutionelle Zusammenarbeit
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10)
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
RAV	Regionales Arbeitsvermittlungszentrum
SKOS	Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe

1 Gegenstand, Ziele und Fragestellungen der Studie

1.1 Interprofessionelle Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Sozial- und Gesundheitswesen

Interprofessionalität bedeutet, dass Fachleute aus unterschiedlichen Disziplinen und Professionen koordiniert und eng aufeinander abgestimmt zusammenarbeiten (BAG 2017: 3). Sie zeichnet sich durch verschiedene Merkmale aus (WHO 2010: 7; Oetterli et al. 2017): Verschiedene Berufsgruppen kooperieren auf Augenhöhe, wichtige Entscheide werden gemeinsam gefällt, gegenseitiges Lernen ist wichtig, und der Nutzen der zu versorgenden Personen steht im Zentrum.

Die vorliegende Untersuchung befasst sich mit Interprofessionalität an der Schnittstelle zwischen der Sozialhilfe und dem Gesundheitswesen: Sozialhilfebeziehende Personen sind oft auch mit gesundheitlichen Problemen konfrontiert, welche ihre Arbeitsintegration erschweren oder gar verunmöglichen (Wolffers 2012; Wolffers 2015). Das Sozialamt der Stadt Bern schätzt, dass dies bei mindestens einem Viertel der erwachsenen Sozialhilfebeziehenden in seiner Zuständigkeit der Fall ist (Kieffer/De Berardinis 2020). Häufig haben solche Personen jedoch keinen Anspruch auf eine Invalidenrente. So zeigt beispielsweise eine Stichproben-Untersuchung der Städteinitiative Sozialpolitik (Salzgeber 2015), dass knapp 63 Prozent aller Langzeitfälle (Personen, die zwischen 12 und 60 Monate lang Sozialhilfe beziehen) eine belegte gesundheitliche Beeinträchtigung aufweisen, viele davon mehrfache. 62 Prozent dieser Personen wiesen psychische Erkrankungen auf (19 Prozent eine Suchtproblematik, 11 Prozent eine Depression, 32 Prozent eine andere psychische Beeinträchtigung), 34 Prozent eine physische Beeinträchtigung, und 4 Prozent litten an den Folgen eines Unfalls. Nur 10 Prozent dieser Personen waren erwerbstätig, ebenfalls knapp 10 Prozent erhielten eine – nicht existenzsichernde – IV-Rente. Vor allem vulnerable Personen, bei denen sich gesundheitliche, ökonomische und soziale Risikofaktoren kumulieren, sind mit den komplexen Strukturen des Gesundheitswesens oft überfordert. Ihnen fehlt häufig die Orientierung und Unterstützung, weshalb sich Probleme beim Zugang zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung zeigen können (Bühr/Kaya 2014: 25; Sottas et al. 2014: 41ff.).

Sozialdienste ihrerseits stossen vor allem bei der Unterstützung von Personen mit multiplen Problemlagen (Multimorbidität), mit diffusen oder nicht diagnostizierten Gesundheitsproblemen oder mit fehlender Krankheitseinsicht rasch an Grenzen (Kieffer/Marta Gamez 2018: 3; Kieffer/De Berardinis 2020: 8). Oft fehlen ihnen gesundheitsbezogenes Fachwissen und Instrumente und Angebote für eine zielgerichtete Fallarbeit mit krankheitsbetroffenen Personen (Kieffer/De Berardinis 2020; Gerber et al. 2020). Aus diesem Grund suchen sie vielfach die Zusammenarbeit mit Akteuren des Gesundheitswesens, z.B. mit psychiatrischen Diensten oder Suchthilfeeinrichtungen (Hauri 2015: 281; Gerber et al. 2020). Um gesundheitliche Hürden der beruflichen Integration abzubauen, könnten Sozialdienste die Fallbetreuung um ein gezieltes Gesundheitsmanagement ergänzen und Gesundheitsfragen mit den unterstützten Personen und Medizinalpersonen umfassend erörtern und im Dialog mit allen Beteiligten eine individuell angepasste und möglichst kostengünstige Gesundheitsversorgung sicherstellen (Wolffers 2012: 167).

In der Praxis stösst interprofessionelle Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Sozial- und Gesundheitswesen allerdings auf verschiedenen Ebenen an Grenzen, wie im Rahmen der vorliegenden Studie geführte Gespräche und konsultierte Literatur zeigen (vgl. auch Gerber et al. 2020):

Zum einen handelt es sich um **voneinander weitgehend abgegrenzte Teilsysteme mit jeweils spezifischen, kaum aufeinander abgestimmten gesetzlichen Grundlagen, Zuständigkeitsstrukturen, Finanzierungsmechanismen und Handlungsarenen**. Die Sozialhilfe und ihre Finanzierung liegen in der Zuständigkeit der Kantone, der Vollzug ist jedoch meistens Sache der Gemeinden, wobei die Aufgabenteilung je nach Kanton unterschiedlich organisiert ist. Regelungen auf Bundesebene gibt es keine (Bundesrat 2015). Die Kantone sind ebenfalls zuständig für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung, ihre Steuerungskompetenzen und Finanzierungsverantwortung sind jedoch auf stationäre Einrichtungen beschränkt. Medizinische Leistungserbringer sind häufig private Akteure, deren Finanzierung zu grossen Teilen über die auf Bundesebene geregelte obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) erfolgt (Rüefli et al. 2015). Die organisationalen Rahmenbedingungen in den kantonalen oder kommunalen Verwaltungen können für die Zusammenarbeit zwischen Sozialhilfe und Gesundheitswesen förderlich oder hinderlich sein. Die Abgrenzung zwischen den beiden Teilsystemen kann sich auch im Auftragsverständnis der leistungserbringenden Stellen oder der für sie politisch Verantwortlichen äussern, indem die Sozialhilfe nicht für die Bearbeitung gesundheitlicher Fragen oder Gesundheitseinrichtungen nicht für soziale Probleme als zuständig betrachtet wird.

Auf beiden Seiten fehlen oft die **Ressourcen** zum Aufbau oder zur Pflege interprofessioneller Zusammenarbeit: Sozialdienste stehen oft unter Spardruck und fokussieren deshalb auf die Bewältigung der Fallarbeit, mit dem Ziel der beruflichen und sozialen Integration der Klientinnen und Klienten. Oft fehlt ihnen die Zeit, um sich über die Tätigkeiten des Tagesgeschäfts hinaus (z.B. Zahlungsabwicklungen der OKP, ggf. Unterstützung bei der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung) mit dem Thema Gesundheit zu befassen. Dies gilt insbesondere für Sozialdienste mit wenig Personal, bei grosser Fallbelastung. Da die Budgets der Sozialhilfe politisch unter besonderer Beobachtung stehen, sind Sozialdienste tendenziell auch zurückhaltend mit Investitionen in nicht fallorientierte Massnahmen zur Organisationsentwicklung. Im Gesundheitswesen sehen die bestehenden Tarifsysteme – insbesondere im ambulanten Bereich – keine Vergütung von Koordinationsaufwand vor (Gurtner/Wettstein 2019: 24).

Rechtliche und technische Hindernisse können die interprofessionelle Zusammenarbeit erschweren. So setzen z.B. Datenschutzvorschriften und das Berufsgeheimnis dem fallbezogenen Informationsaustausch zwischen Sozialdiensten und medizinischen Leistungserbringern Grenzen, oder Informationsflüsse gestalten sich wegen unterschiedlichen Fallführungssystemen aufwändig und ineffizient.

Fehlende Vertrautheit mit dem jeweils anderen System (z.B. fehlendes Wissen über Angebote und Unterstützungsmöglichkeiten oder über die Funktionsweise der verschiedenen Systeme der sozialen Sicherung, fehlendes Bewusstsein für die Bedeutung der Gesundheit für die berufliche und soziale Integration oder für die Konsequenzen von medizinischen Beurteilungen auf die Handlungsmöglichkeiten von Sozialdiensten) kann eine weitere Hürde interprofessioneller Zusammenarbeit darstellen.

Schliesslich können auch Aspekte der **professionellen Identität und des Rollenverständnisses** interprofessionelle Zusammenarbeit erschweren. Hier ist z.B. an Verständigungsprobleme aufgrund unterschiedlicher Fachjargons, Sichtweisen und Denkmustern zu denken, an Ansprüche auf die Deutungsmacht von Fallsituationen, an die Anerkennung des Status und der Rolle der jeweils ande-

ren Profession oder an Ängste vor Aufweichung der eigenen professionellen Identität durch die Zusammenarbeit mit anderen Stellen.

Diese verschiedenen Hindernisse lassen sich jedoch überwinden, wie diverse Beispiele (z.B. Kieffer/Marta Gamez 2018; Oetterli et al. 2017; Gerber et al. 2020) zeigen. Um zu untersuchen, wie interprofessionelle Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Sozialdienst gelingen kann, hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) im Rahmen des Förderprogramms «Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017-2020» das Büro Vatter mit einem Forschungsprojekt betraut.¹

1.2 Ziele und Fragestellungen der Studie

Die Studie sollte auf lokaler und/oder regionaler Ebene Faktoren identifizieren, die eine gelungene interprofessionelle Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Sozialdienst gewährleisten. Dabei stand folgende Hauptfrage im Vordergrund:

Wie gelingt es Gemeinden und/oder Regionen, interprofessionelle Angebote zu etablieren und umzusetzen, um Menschen, die Leistungen im Gesundheitswesen wie auch im Sozialbereich beziehen, in effektiver und effizienter Weise zu versorgen?

Folgende Detailfragen waren von besonderem Interesse:

- Welche Einflussfaktoren begünstigen oder hemmen das Zustandekommen und die Umsetzung von interprofessioneller Zusammenarbeit? Dabei gilt es insbesondere das (politische) Umfeld zu beachten. Wie können hemmende Faktoren überwunden werden?
- Welche Akteure haben sich mit welchen Motiven für oder gegen interprofessionelle Zusammenarbeit engagiert? Welche Akteurkonstellationen und Koalitionen zeigen sich in der Politikformulierung und in der Politikumsetzung?
- Wie muss die Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Sozialdienst organisiert sein, damit sie gelingt? Welche Aspekte sind entscheidend? Welche Rolle spielt die Zusammenarbeit über verschiedene staatliche Ebenen?
- Entwicklungsmöglichkeiten: Wie kann es gelingen, bisher zurückhaltende Akteure zu interprofessioneller Zusammenarbeit zu bewegen? Was sollte sich an der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Sozialdienst verändern, damit sich Akteure stärker für eine interprofessionelle Zusammenarbeit einsetzen würden?
- Empfehlungen: Was kann die Politik auf nationaler, kantonaler und kommunaler Ebene tun, um die interprofessionelle Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Sozialdienst zu fördern?

¹ Das vorliegende Forschungsprojekt wurde durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) im Rahmen des Förderprogramms «Interprofessionalität im Gesundheitswesen» finanziert. Es wurde seitens BAG durch folgende Personen begleitet: Nico van der Heiden (Co-Sektionsleiter), Cinzia Zeltner, Sabina Hösli (wissenschaftliche Mitarbeiterinnen) sowie Lara De Simone (wissenschaftliche Projektassistentin).

1.3 Aufbau des Berichts

Das nachfolgende Kapitel 2 stellt den Untersuchungsgegenstand, die theoretischen Grundlagen und das empirische Vorgehen der Studie sowie die untersuchten Fälle bzw. Vorgaben interprofessioneller Zusammenarbeit vor. Kapitel 3 präsentiert die Befunde zu den retrospektiven Untersuchungsfragen anhand der untersuchten Fallbeispiele. In Kapitel 4 finden sich die prospektiv ausgerichteten Folgerungen aus den betrachteten Fällen und Empfehlungen zur Frage, wie die Politik interprofessionelle Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Sozialwesen fördern kann.

Der Anhang enthält eine Übersicht der aus Theorie und Fachliteratur hergeleiteten Einflussfaktoren auf das Zustandekommen und Funktionieren interprofessioneller Zusammenarbeit, die in der Analyse diskutiert werden (Anhang 1) sowie systematisch aufbereitete ausführliche Beschreibungen der untersuchten Fallbeispiele und ihrer Entstehungsprozesse einschliesslich einer Auflistung der für den jeweiligen Fall als relevant identifizierten Faktoren (Anhang 2).

2 Grundlagen

2.1 Gegenstand: Interprofessionelle Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Sozial- und Gesundheitswesen

Die vorliegende Studie sollte die interprofessionelle Zusammenarbeit anhand der Versorgung von Personengruppen, die Leistungen aus dem Gesundheits- und dem Sozialsystem beziehen, betrachten. Um mit Blick auf den angestrebten Fallstudienvergleich (vgl. Abschnitt 2.3) diesbezüglich eine gewisse Homogenität der untersuchten Fälle zu gewährleisten, entschied sich das Forschungsteam in Absprache mit der Auftraggeberin dafür, die Betreuung von sozialhilfebeziehenden Personen mit gesundheitlichen Schwierigkeiten zu untersuchen. Im Fokus steht somit die Etablierung und das Gelingen von interprofessioneller Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeitenden einerseits und Medizinal- bzw. Gesundheitsfachpersonen² andererseits. Gemäss den Recherchen aus der Sondierungsphase (Abschnitt 2.3) lassen sich drei verschiedene Kontexte unterscheiden, in denen Angehörige dieser beiden Berufsgruppen zusammenarbeiten:

- Zusammenarbeit im **Kontext von Massnahmen der beruflichen und sozialen Integration der Sozialhilfe**. Öffentliche Sozialdienste sehen sich zunehmend mit der Herausforderung konfrontiert, dass gesundheitliche Schwierigkeiten die berufliche und soziale Integration von durch sie betreuten Personen erschweren. Einige suchen deshalb die Zusammenarbeit mit Fachpersonen und Einrichtungen des Gesundheitswesens, um besser mit dieser Herausforderung umgehen zu können bzw. die Gesundheitssituation der betroffenen Personen und damit die Voraussetzungen für die berufliche Integration zu verbessern (vgl. Gerber et al. 2020³).
- **Integrierte sozialmedizinische Versorgungsnetze** bieten auf regionaler Ebene medizinische, präventive und soziale Angebote koordiniert an (Beispiele: Gesundes Freiamt, sozialmedizinische Zentren im Kanton Wallis, Gesundheitsnetz Sense, Koordinationszentrum für Gesundheit und Soziales im Bezirk Affoltern am Albis; vgl. auch Schusselé Fillietaz et al. 2017). Solche Netze finden sich gemäss Gesprächsaussagen v.a. in ländlichen Regionen. Interprofessionalität findet sich in solchen Netzen zum einen auf individueller Ebene (Beschäftigung von Sozialarbeitenden in Versorgungseinrichtungen oder Koordinationsstellen), zum anderen auf Organisationsebene (Beteiligung von öffentlichen Sozialdiensten an Netzwerken). Die Klientel solcher integrierten Versorgungsnetze ist breit zusammengesetzt und umfasst Personen mit gleichzeitigem Bedarf an medizinischer bzw. pflegerischer Ver-

² Diese Begrifflichkeit folgt der Systematik der Bundesgesetzgebung über die Medizinalberufe. Diese unterscheidet zwischen universitären Medizinalfachpersonen (Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Chiropraktorinnen und Chiropraktoren [sowie Tierärztinnen und Tierärzte]) im Sinne des Medizinalberufegesetzes (SR 811.11) und Gesundheitsfachpersonen (Pflegefachfrauen und –fachmänner, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Hebammen, Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater, Optometristinnen und Optometristen sowie Osteopathinnen und Osteopathen) gemäss dem Gesundheitsberufegesetz (SR 811.21).

³ Die Studie von Gerber et al. (2020) im Auftrag des BAG untersuchte die Schnittstelle zwischen Sozialdiensten und dem Gesundheitswesen anhand einer systematischen Befragung von 19 Sozialdiensten und zeigt verschiedene Formen der Zusammenarbeit auf.

sorgung und sozialer Unterstützung. Dabei handelt es sich häufig um Personen im Rentenalter. Insbesondere im Bereich der Langzeitpflege ist die Frage nach dem idealen Versorgungssetting (Pflegeheim, Spitex, Unterstützung durch Angehörige) oft auch mit Fragen der Finanzierungsmöglichkeiten (Krankenversicherung, Ergänzungsleistungen, Eigenleistung durch Angehörige etc.) verknüpft (Höpflinger et al. 2011; Knöpfel/Pardini 2019).

- **Medizinische Versorgungseinrichtungen** wie Spitäler, Psychiatriekliniken oder Suchthilfestellen verfügen häufig über betriebsinterne Sozialdienste, die Patientinnen und Patienten bei Bedarf in sozialen, finanziellen oder administrativen Fragen beraten und unterstützen und z.B. auch die Austrittsplanung nach stationären Aufenthalten koordinieren (Giger et al. 2018: 10; Schusselé Filliettaz et al. 2017). Auch eine Arztpraxis in Ittigen (BE) hatte für eine gewisse Zeit einen Sozialarbeiter angestellt, um die medizinische Versorgung mit sozialen Unterstützungsleistungen zu ergänzen (Grieb et al. 2019). Bei der Klientel dieser Form interprofessioneller Zusammenarbeit handelt es sich in erster Linie um Personen mit medizinischem Versorgungsbedarf, die zugleich sozialer Beratung bedürfen.

Der Begriff «interprofessionelle Zusammenarbeit» ist nicht eindeutig definiert und kann unterschiedliche Bedeutungen annehmen (Atzeni et al. 2017). In der vorliegenden Studie wird darunter Zusammenarbeit zwischen öffentlichen (kommunalen, regionalen oder kantonalen) Sozialdiensten⁴ und Akteuren des Gesundheitswesens⁵ verstanden, die folgende Eigenschaften aufweist:

- Sie erfolgt in Zusammenhang mit der Betreuung von sozialhilfebeziehenden Personen mit dem Ziel, deren Gesundheitszustand abzuklären, zu stabilisieren oder zu verbessern.
- Die Zusammenarbeit erfolgt nicht nur auf der Ebene einzelner Fälle, sondern betrifft auch die Organisationsebene.
- Die Zusammenarbeit erfolgt nicht nur ad hoc, sondern ist institutionalisiert, d.h. bewusst gestaltet, längerfristig angelegt und formalisiert.

Dieses Begriffsverständnis war auch leitend bei der Auswahl untersuchten Fallbeispiele.

2.2 Theoretische Grundlagen

2.2.1 Interprofessionelle Zusammenarbeit als zu gestaltende institutionelle Policy

Der Fokus der vorliegenden Studie liegt nicht auf der eigentlichen Zusammenarbeit zwischen Sozialdienst und Gesundheitswesen, sondern auf deren *institutionellen Rahmenbedingungen*, d.h. auf den formellen oder informellen Strukturen, Regeln und Verfahren zur Organisation und Koordination der Zusammenarbeit, welche den gegenseitigen Austausch unter den involvierten Fachpersonen

⁴ In den meisten Kantonen sind die Gemeinden für die Organisation der Sozialdienste zuständig und diesbezüglich frei. Allerdings bestehen vielfach (und zunehmend) regional zentralisierte Sozialdienste, die für mehrere Gemeinden zuständig sind, und es findet sich ein Trend zu professionellen Strukturen (Bundesrat 2015: 11).

⁵ Mit «Akteuren des Gesundheitswesens» sind im vorliegenden Bericht medizinische oder pflegerische Leistungserbringer und Fachpersonen gemeint, die Abklärungen des Gesundheitszustands oder therapeutische Behandlungen vornehmen. Diese sind hauptsächlich in der Akutsomatik, der Psychiatrie oder dem Suchtbereich tätig. Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention, Krankenversicherer oder die Invalidenversicherung sind mit diesem Begriff nicht mitgemeint.

ermöglichen und fördern, die Modalitäten der Zusammenarbeit auf operativer und strategischer sowie rechtlicher Ebene festlegen und gegebenenfalls auch Finanzierungsfragen regeln (vgl. Féraud/Bolliger 2013: 8f.; fmc 2018: 8; GDK/BAG 2012; Oetterli et al. 2017; Atzeni et al. 2017: 54). Angesichts der fragmentierten und oftmals unterschiedlichen Zuständigkeiten für die Sozialhilfe und für Leistungen des Gesundheitswesens sind diese Rahmenbedingungen nicht a priori gegeben, sondern müssen bewusst geschaffen und gestaltet werden. Bewusst gestaltete und institutionalisierte interprofessionelle Zusammenarbeit kann somit als *institutionelle Policy* (Knoepfel et al. 2011: 139f.) aufgefasst werden, die aus einem Entscheidungs- und Koordinationsprozesses zwischen verschiedenen Akteuren resultiert.⁶ Das dauerhaft etablierte Ergebnis eines solchen Prozesses lässt sich entsprechend als Politikwandel interpretieren.

Solche Prozesse müssen nicht zwangsläufig auf politischer Ebene (Regierungen, Parlamente) ablaufen, sondern können auch auf Ebene von Praktikern innerhalb und zwischen Einheiten der öffentlichen Verwaltung und Einrichtungen des Gesundheitswesens stattfinden.

2.2.2 Heuristik zur Erklärung von Politikwandel

In der vorliegenden Studie gilt es zu ermitteln, wie es Gemeinden und/oder Regionen gelingt, vor dem Hintergrund diverser institutioneller Hindernisse und potenzieller Widerstände der betroffenen Berufsgruppen interprofessionelle Angebote an der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Sozialwesen zu etablieren und umzusetzen. Als interessierende Faktoren zur Erklärung eines solchen Politikwandels legen die aufgeworfenen Fragestellungen einen Fokus auf Akteure und Akteurkonstellationen, es sind jedoch auch institutionelle Rahmenbedingungen sowie Kontextfaktoren zu berücksichtigen. Die theoretische Fundierung der Studie orientiert sich deshalb am von Sabatier (1987) eingeführten und seither mehrfach weiterentwickelten (z.B. Sabatier 1998; Sabatier und Weible 2007) *advocacy coalition framework (ACF)*. Dieses bietet eine theoriebasierte Heuristik zur Analyse von Politikwandel und Politiklernen, welche all die erwähnten Elemente verbindet und dabei einen Fokus auf Akteure und Koalitionen unter Akteuren legt.

Analyseobjekt im ACF ist ein so genanntes Policy-Subsystem, d.h. ein Netzwerk spezialisierter Akteure⁷, die mit einem Policy-Problem – hier die Verbesserung der Gesundheit und damit der Integrationschancen von sozialhilfebeziehenden Personen mit gesundheitlichen Problemen – befasst sind (Bandelow 2015: 307).

Dieses Policy-Subsystem ist in einen bestimmten *Kontext* eingebettet und damit durch exogen gegebene Faktoren beeinflusst. Dabei unterscheidet der ACF zwischen relativ stabilen Parametern (z.B. Eigenschaften des politischen Systems) und externen Ereignissen, die kurzfristig veränderlich sind (z.B. Wechsel der politischen Mehrheitsverhältnisse). Kontextfaktoren sind beispielsweise die Staatsebene (Kanton/Gemeinde), der im Subsystem vorherrschende so genannte *policy style*⁸, die

⁶ Vgl. auch die Feststellung von Berthel et al. (2015: 15): «Kooperation ist ein aktiv gefällter, politisch-strategischer Entscheid, der die ebenfalls aktive Zusammenarbeit aller AkteurInnen einfordert.»

⁷ Bei den Akteuren eines Policy-Subsystems handelt es sich im ACF nicht nur um Politikerinnen und Politiker, Verwaltungsangestellte oder Interessengruppen, sondern auch um wissenschaftliche oder andere fachspezifische Expertinnen und Experten, Journalistinnen und Journalisten etc. (Bandelow 2015: 307).

⁸ «[A] policy style is best thought of a set of political and administrative routines and behaviours heavily influenced by the rules and structures of the civil service and political system in which it is located» (Howlett/Tosun 2019).

politischen Rahmenbedingungen (z.B. politische Mehrheiten in Parlament und Regierung, Parteizugehörigkeit von Departementsleitungen), die Settings, in denen interprofessionelle Zusammenarbeit etabliert werden soll, der Problem- und Handlungsdruck oder so genannte *windows of opportunity* – «Gelegenheitsfenster», die sich aus exogenen Kontextentwicklungen ergeben und Handlungsmöglichkeiten eröffnen. Weiter gehören zu diesen Kontextfaktoren die institutionellen Rahmenbedingungen für interprofessionelle Zusammenarbeit. Darunter fallen z.B. die Behördenorganisation (separate oder fragmentierte Zuständigkeit für Gesundheits- und Sozialwesen) der betroffenen öffentlichen Verwaltung, die Handlungsautonomie der involvierten Akteure gegenüber vorgesetzten Stellen bzw. der Politik, die formalen Anforderungen an den Entscheidungsprozess, aber auch die rechtlichen und strategischen Grundlagen für eine Zusammenarbeit, z.B. die gesetzlichen Rahmenbedingungen oder das Vorhandensein eines begünstigenden übergeordneten Strategierahmens. Diese Kontextfaktoren sind zumeist als stabile Parameter zu sehen, können jedoch teilweise auch kurzfristigen Änderungen unterworfen sein (z.B. durch einen Wechsel der Departementsleitung), wodurch sich neue Möglichkeiten für Politikwandel ergeben können.

Institutionalisierte interprofessionelle Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Sozialhilfe und Gesundheitswesen zeichnet sich dadurch aus, dass Akteure aus den beiden Bereichen sich darauf verständigt haben, eine dauerhafte Kooperation auf Organisationsebene, d.h. über den Einzelfall hinaus einzugehen. Das ACF baut auf der Grundannahme auf, dass Akteure sich aufgrund ähnlicher Werte- oder Glaubenssysteme zu **Koalitionen** zusammenschliessen. In einem Policy-Subsystem finden sich somit verschiedene Koalitionen, die versuchen, ihr jeweiliges Glaubenssystem in einer Policy zu verwirklichen und dabei untereinander konkurrieren. Ein Glaubenssystem gemäss ACF gliedert sich in drei Ebenen: Die erste Ebene (*deep core beliefs*) umfasst allgemeine normative Grundüberzeugungen und Wertvorstellungen (z.B. mehr Staat vs. mehr Markt), die nur sehr schwer veränderbar sind. Auf der zweiten Ebene (*policy core beliefs*) finden sich auf das spezifische politische Subsystem bezogene *deep core beliefs* (z.B. «es braucht spezifisch ausgerichtete und staatliche Angebote und Massnahmen, um die Versorgung vulnerabler Gruppen sicherzustellen» vs. «das bestehende Versorgungssystem ist adäquat und steht allen offen»). Die dritte Ebene (*secondary aspects*) umfasst Präferenzen bezüglich Politikinstrumente, Massnahmen und Ausgestaltung eines konkreten Politikprogramms zur Verwirklichung der *deep core beliefs*. Bezogen auf das hier betrachtete Policy-Problem umfassen die *secondary aspects* somit die Vorstellungen der verschiedenen Akteure, wie die interprofessionelle Zusammenarbeit zugunsten der Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden konkret ausgestaltet sein soll. Dazu gehören bspw. die Frage, wie eng und wie stark formalisiert sich die Zusammenarbeit gestalten soll, wer die Fallhoheit hat oder wer nicht gedeckte Kosten trägt.

Ein Politikwandel kann gemäss ACF zwei Ursachen haben: Entweder resultiert er aus einem *major change*, einen Wechsel auf der Ebene der *core beliefs*, der durch Veränderungen ausserhalb des Policy-Subsystems (z.B. Machtverschiebungen) provoziert wird, oder aus einen *minor change*, d.h. durch Lerneffekte, welche Veränderungen auf der Ebene der *secondary aspects* zur Folge haben. Lernen auf dieser Ebene kann dadurch geschehen, dass innerhalb einer Koalition neues Wissen angesammelt wird, sich ihre Zusammensetzung verändert oder indem sogenannte *policy broker* zwischen zwei konkurrierenden Koalitionen vermitteln.

2.3 Forschungsdesign und Vorgehen

Aufgrund des explorativen Charakters der Studie war das Untersuchungsdesign qualitativ ausgerichtet. Die Beantwortung der Forschungsfragen erfolgte anhand eines Fallstudienvergleichs verschiedener Modelle interprofessioneller Zusammenarbeit mittels eines theoriebasierten standardisierten Erhebungs- und Auswertungsrasters. Bei den untersuchten Fällen handelt es sich um öffentliche (kommunale, regionale oder kantonale) Sozialdienste, die bei der Betreuung von sozialhilfebeziehenden Personen in institutionalisierter, d.h. bewusst gestalteter, längerfristig angelegter und formalisierter Form nicht nur auf Ebene einzelner Fälle, sondern auch auf Organisationsebene mit Akteuren des Gesundheitswesens zusammenarbeiten (vgl. Abschnitt 2.1). Diese Fälle werden in Abschnitt 2.4 vorgestellt.

Der Forschungsprozess gliederte sich insgesamt in drei aufeinander aufbauende Phasen:

Sondierungsphase

Die Sondierungsphase hatte zwei Ziele. Zum einen galt es, eine erste Auswahl von Sozialdiensten zu identifizieren, die eine institutionalisierte Zusammenarbeit mit Akteuren des Gesundheitswesens pflegen und anschliessend in explorativ ausgerichteten Pilotfallstudien untersucht werden konnten. Zum anderen wurden theoriegestützte Leitfragen für diese Fallstudien erarbeitet.

Zur Identifikation von möglichen Untersuchungsfällen kam eine Kombination mehrerer Suchstrategien zum Einsatz:

- Ausgewählte Organisationen, Verbände und Fachpersonen des Sozial- und des Gesundheitswesens wurden per E-Mail-Anfrage gebeten, dem Forschungsteam ihnen bekannte Modelle interprofessioneller Zusammenarbeit mitzuteilen. Diese Anfrage führte zu einer Reihe von Hinweisen.⁹
- Desk Research: Das Forschungsteam konsultierte das «Verzeichnis Modelle guter Praxis – Interprofessionalität» des BAG¹⁰ und verschiedene Studien und Berichte mit Fallbeispielen, u.a. aus der integrierten Versorgung (Kieffer/Marta Gamez 2018; Schusselé Fillietaz et al. 2017). Ergänzend führte es eine gezielte Internetrecherche durch, um die Hinweise aus der Mailanfrage zu vertiefen und weitere Beispiele zu ermitteln.
- Das Forschungsteam nahm an einer Sitzung der Kommission «Organisationsentwicklung und Finanzen» der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe SKOS teil und erhielt dort verschiedene Hinweise auf mögliche Fälle.

⁹ Von folgenden Personen gingen Hinweise auf mögliche Fallbeispiele ein: Lisa Aeberhard (Co-Präsidentin Schweizerische Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen sages), Kurt Berger (Leiter Sozialdienst Spiez), Nicolas Galladé (Stadtrat Departement Soziales Winterthur / Präsident Städteinitiative Sozialpolitik), Seraina Grünig (Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK), Ruedi Illes (Leiter Sozialhilfe Basel-Stadt), Markus Kaufmann (Geschäftsführer SKOS), David Kieffer (Sozialamt Stadt Bern), Hannes Lüthi (sages), Anselmo Portale (Leiter Beratungsstelle Pro Infirmis Aargau-Solothurn), Urs Zanon (Forum Managed Care fmc).

¹⁰ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-interprofessionalitaet/projektverzeichnis-modelle-guter-praxis.html>; 15.4.2020.

- Im Rahmen von Fallstudien befragte Personen wurden um Hinweise auf gelungene Anschauungsbeispiele, aber auch auf gescheiterte Versuche interprofessioneller Zusammenarbeit zwischen Sozialhilfe und Gesundheitswesen gebeten.
- Weitere Hinweise ergaben sich aus einer anderen Studie des Forschungsteams zur Schnittstelle zwischen der Sozialhilfe und dem Gesundheitswesen (Gerber et al. 2020).

Telefonische Sondierungsgespräche mit vier Fachpersonen¹¹ dienten dazu, mehr Hintergrund-, Praxis- und Erfahrungswissen über die Herausforderungen und Organisation der interprofessionellen Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Sozial- und Gesundheitswesen sowie Hinweise auf mögliche Hürden, Erfolgsfaktoren, wichtige Akteure und die Bedeutung politischer Ziele, Narrative und Argumente zu gewinnen. Gestützt auf diese Gespräche sowie auf einschlägige Literatur (Atzeni et al. 2017; Birk et al. 2015; Féraud/Bolliger 2013; Hauri/Zürcher 2015; Schmitz et al. 2020; Wider 2011) entwickelte das Forschungsteam ein Erhebungsraster mit den zu den interessierenden Themenblöcken (Akteure und Akteurkonstellationen, Erfolgsfaktoren, Aspekte der Zusammenarbeit) zu erhebenden Informationen. Dieses Raster diente als Orientierungshilfe bei der Umsetzung der explorativen Fallstudien und als Grundlage für Gesprächsleitfäden.

Die Ergebnisse der Sondierungsphase und ein Vorschlag für die Fallauswahl für die explorativen Pilotfallstudien wurden in einem Arbeitspapier aufbereitet und mit den Auftraggebern im BAG diskutiert.

Erhebungsphase mittels Fallstudien

Um dem explorativen Charakter der Studie Rechnung zu tragen, wurde das Fallstudiendesign entlang des Forschungsprozesses fortlaufend anhand der jeweils gewonnenen inhaltlichen Erkenntnisse und methodischen Erfahrungen weiterentwickelt. Zunächst wurden drei Pilotfallstudien zu drei Zusammenarbeitsmodellen (Projekt RESSORT, Sozialmedizinisches Zentrum Oberwallis, Psychiatrisch-psychologische Sprechstunden in Zürcher Sozialzentren) durchgeführt. Diese dienten dazu, mehr Vorwissen über die Hintergründe und den Ablauf von Prozessen zur Etablierung von interprofessioneller Zusammenarbeit zu gewinnen, erste Arbeitshypothesen zu den Untersuchungsfragen zu entwickeln, die vorgesehene Methodik zu testen und die Quellenlage und Machbarkeit des vorgesehenen Konzepts für die Fallstudien abzuschätzen. Dabei ging es auch darum, zu beurteilen, welche Bedeutung Akteurkonstellationen und Glaubenssystemen im Sinne des ACF bei der Etablierung interprofessioneller Zusammenarbeit zukommt und in welcher Tiefe und mit welcher Methodik diese erfasst und analysiert werden können.

Als Informationsquellen für die Fallstudien dienten zunächst via Internet und Anfragen bei den untersuchten Sozialdiensten ermittelte schriftliche Unterlagen zu den untersuchten Modellen (z.B. Strategiedokumente, Zusammenarbeitsvereinbarungen, Fachartikel, Studien- und Evaluationsberichte etc.). Diese lieferten erste Informationen über die Hintergründe, Entstehung und Ausgestal-

¹¹ Gespräche in der Sondierungsphase erfolgten mit Markus Kaufmann (Geschäftsführer SKOS), Nicolas Galladé (Stadtrat Departement Soziales Winterthur und Präsident Städteinitiative Sozialpolitik) und Remo Dörig (Stv. Generalsekretär Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren SODK). Im Verlauf der Projektarbeiten ergab sich ein weiteres ähnlich gelagertes Gespräch mit Daniel Knöpfli (Leiter Soziales und Gesundheit, Stadt Bülach und Co-Präsident Sozialkonferenz des Kantons Zürich).

tung der untersuchten Zusammenarbeitsmodelle. Gestützt auf dieses Vorwissen erfolgten Gruppengespräche mit Personen beider Seiten (Sozialdienst, Gesundheitseinrichtung), die an der Etablierung und Umsetzung der jeweiligen Zusammenarbeitsmodelle beteiligt waren. In diesen Gesprächen wurden die Hintergründe und Prozesse der Etablierung der Zusammenarbeit, förderliche und hinderliche Faktoren, die Bedeutung von Akteuren, Akteurkonstellationen und politischen Faktoren (Ziele, Narrative, Argumente) sowie Anregungen im Hinblick auf Entwicklungsmöglichkeiten und Empfehlungen erfragt. In einem weiteren Schritt wurden Einzelinterviews mit weiteren Personen auf politisch-strategischer Ebene geführt.

Zur systematischen Erfassung und Analyse der bei Entstehung und Umsetzung der interprofessionellen Zusammenarbeit relevanten Akteure, ihrer Bedeutung für diesen Prozess und ihrer Positionen gegenüber dieser Zusammenarbeit war ein schriftlicher Fragebogen vorgesehen. Dieser erwies sich jedoch aus verschiedenen Gründen nicht als praktikabel¹² und wurde in den weiteren Fallstudien nicht mehr eingesetzt.

Das Forschungsteam arbeitete die vorläufigen inhaltlichen Ergebnisse und die Erfahrungen zur Konzeption und Methodik der explorativen Fallstudien in einem Zwischenbericht auf und diskutierte diesen mit den Auftraggebern im BAG.

In einer zweiten Reihe von Fallstudien wurden weitere Modelle der Zusammenarbeit zwischen Sozialdiensten und Stellen des Gesundheitswesens betrachtet, zusätzlich aber auch gescheiterte Versuche, eine solche interprofessionelle Zusammenarbeit zu etablieren. Bei Letzteren waren vor allem die Gründe für das Scheitern von Interesse. Gestützt auf die Erfahrungen der explorativen Fallstudien erfuhren die inhaltliche Ausrichtung sowie das Vorgehen dieser weiteren Fallstudien gewisse Anpassungen. Es zeigte sich, dass Glaubenssysteme und entsprechende Koalitionen von Akteuren beim Zustandekommen der untersuchten Kooperationen von untergeordneter Bedeutung waren. Aus diesem Grund wurde in der zweiten Phase auf eine umfassende systematische Erfassung der an Prozessen zur Etablierung interprofessioneller Zusammenarbeit beteiligten Akteure und auf eine vertiefte Analyse ihrer Positionen und Koalitionen im Sinne des Advocacy coalition frameworks verzichtet. Das ACF blieb weiterhin der theoretische Bezugsrahmen für die Analyse, allerdings mit etwas verändertem Fokus: Anstelle der Werte- und Glaubenssysteme verschiedener Akteurskoalitionen (*major changes*; vgl. Abschnitt 2.2.2) rückten *minor changes* sowie allgemeine politische Faktoren in den Vordergrund der geführten Gespräche. Da sich in der ersten Phase Gruppengespräche nur beschränkt als praktikabel erwiesen hatten, erfolgten zudem in der zweiten Phase hauptsächlich Einzelgespräche.

Synthetisierende vergleichende Analyse der Fallstudien

Die Erkenntnisse aus den Fallstudien wurden in standardisierten Auswertungsrastern festgehalten und entlang der Untersuchungsfragen systematisch vergleichend verdichtet. Zur Ermittlung der Faktoren, die sich für das Zustandekommen und Funktionieren von interprofessioneller Zusam-

¹² Der Fragebogen kam nur in einem Fall zum Einsatz. Allerdings sahen sich die Ansprechpersonen ausserstande, die erfragten Angaben zu machen. Im zweiten Fall gelangte das Forschungsteam zum Schluss, der Fragebogen sei nicht zielführend. Im dritten Fall signalisierten die Auskunftspersonen bereits bei der Kontaktaufnahme, sie seien lediglich zu einem Gespräch bereit, nicht aber zu weiteren internen Abklärungen und Erhebungsschritten wie z.B. zur Beantwortung eines schriftlichen Fragebogens.

menarbeit als förderlich oder hinderlich erwiesen, kam ein theorie- und literaturgestütztes Codiergraster zur Anwendung (Anhang 1). In die Synthese flossen punktuell auch weitere Gespräche ausserhalb der Fallstudien ein. Solche Gespräche hatten sich im Rahmen der verschiedenen Abklärungen zur Identifikation von konkreten Beispielen interprofessioneller Zusammenarbeit und in Zusammenhang mit einer anderen Studie des Forschungsteams zu dieser Thematik (Gerber et al. 2020) ergeben.

Aus den gewonnenen Erkenntnissen zur Entstehung und zum Gelingen von interprofessioneller Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Sozialhilfe und Gesundheitswesen leitete das Forschungsteam schliesslich Empfehlungen an die Politik auf nationaler, kantonaler und kommunaler Ebene ab.

2.4 Charakterisierung der untersuchten Fallbeispiele

Die vorliegende Studie untersuchte folgende Beispiele interprofessioneller Zusammenarbeit zwischen Sozialdiensten und Akteuren des Gesundheitswesens. Sie werden kurz präsentiert und charakterisiert. Ausführliche und systematisch vergleichend aufbereitete Informationen sowie Quellenangaben finden sich im Anhang 2.

2.4.1 Medval

Medval¹³ ist ein Angebot im Rahmen der interinstitutionellen Zusammenarbeit (IIZ) im Kanton Freiburg. Fachpersonen der regionalen Sozialdienste, der regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV) und der IV-Stelle können eine multidisziplinäre Abklärung von Klientinnen und Klienten, deren berufliche Wiedereingliederung durch ein gesundheitliches Problem erschwert wird, vornehmen lassen. Ziel dieser Abklärung ist, dass die zuständigen Fachpersonen die Situation der Klientinnen und Klienten besser verstehen und gestützt auf die Abklärung gezielte Massnahmen zur Arbeitsintegration treffen können. Medval übernimmt eine vermittelnde Rolle zwischen den beteiligten Unterstützungssystemen. Es versucht, den involvierten Stellen die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Perspektiven und den sozialversicherungsrechtlichen Regimes näherzubringen und fallspezifische Handlungsmöglichkeiten aus systemübergreifender Optik vorzuschlagen. Nach erfolgter Anmeldung, die das Einverständnis und eine Vollmacht der betroffenen Person voraussetzt, bündelt ein Team mit je einer Person seitens der RAV, der IV-Stelle und der regionalen Sozialdienste sowie einer Ärztin/einem Arzt alle Informationen aus den involvierten Institutionen. Es trifft dazu die Beratungsperson der zuweisenden Stelle. Die Medizinalperson im Medval-Team tritt mit der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt in Kontakt und trifft bei Bedarf die zu begutachtende Person. Der Abklärungsbericht des Medval-Teams zuhanden der zuweisenden Stelle nimmt eine multidisziplinäre Einschätzung der persönlichen Situation der abgeklärten Person vor, insbesondere auch zum Gesundheitszustand, und macht Vorschläge im Hinblick auf Möglichkeiten der beruflichen Wiedereingliederung aus interinstitutioneller Perspektive.

¹³ <https://www.fr.ch/de/iiz/alltag/integration-und-soziale-koordination/medval>, 1.5.2020

Im Durchschnitt der ersten beiden Betriebsjahre gingen pro Jahr 118 Anfragen bei Medval ein, davon 68 von regionalen Sozialdiensten. Medval nahm 109 dieser Anfragen an. In 18 Fällen wurden die betroffenen Personen von der IIZ-Ärztin oder vom IIZ-Arzt untersucht.

Medval ist eine Weiterentwicklung der 2006 bis 2010 in der ganzen Schweiz bestehenden IIZ-MAMAC¹⁴. Im Rahmen seiner kantonalen Politik gegen Langzeitarbeitslosigkeit beschloss der Freiburger Staatsrat 2013 eine Neuausrichtung der IIZ, die auch einen Fokus auf die Gesundheitsthematik legen sollte. In der Folge wurde der IIZ-Prozess neu konfiguriert und das heutige Modell Medval entwickelt. Es wird seit 2017 umgesetzt. Die Steuerung erfolgt im Rahmen der IIZ über eine vom Staatsrat eingesetzte IIZ-Kommission. Diese umfasste bis Ende 2019 je vier Vertretungen der drei IIZ-Partnerinstitutionen (IV-Stelle, regionale Sozialdienste, Amt für den Arbeitsmarkt). Im Laufe von 2020 wird sie redimensioniert und noch fünf Mitglieder umfassen (IV-Stelle, RAV, Kantonales Sozialamt, regionale Sozialdienste, Sozialkommissionen). Die operative Geschäftsführung obliegt einem Büro mit Personen aus den drei Institutionen und einem IIZ-Koordinator. Das Angebot von Medval als Teil der IIZ ist für die zuweisenden Stellen kostenlos. Die Finanzierung erfolgt über ein von den beteiligten kantonalen Amtsstellen (Amt für den Arbeitsmarkt, IV-Stelle, Sozialamt) paritätisch getragenes Budget.

2.4.2 Fallcoaching Gesundheit der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (Pilotprojekt)

Die Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD) haben einen Konsiliardienst Klinische Sozialarbeit (KDKS) aufgebaut, um ihr spezifisches Fachwissen anderen Einrichtungen zur Verfügung zu stellen. Im Rahmen eines Pilotprojekts mit begrenztem Umfang bietet das Team des KDKS den Sozialarbeitenden des Sozialamts der Stadt Bern ein Coaching für die Fallbearbeitung an. Das Angebot ist ausgerichtet auf Fälle von Sozialhilfebeziehende mit ungeklärten gesundheitlichen Problemen. Die Sozialarbeiterinnen und -arbeiter melden dem KDKS die Fallsituation, zu der ein Coaching gewünscht wird, an und formulieren eine konkrete Frage dazu. Im Rahmen eines telefonischen Coachings werden u.a. gemeinsam Lösungswege für den vorliegenden Fall diskutiert und konkrete Ziele und weitere mögliche Schritte besprochen. Es erfolgt kein Kontakt mit den betroffenen Klientinnen und Klienten, und die verantwortliche Fallführung bleibt beim Sozialamt. Der KDKS stellt dem Sozialamt der Stadt Bern den Stundenaufwand für das Coaching in Rechnung. Das Sozialamt der Stadt Bern konnte ein kleines Pilotprojekt zum Testen des entwickelten Instruments aus seinem Globalbudget selbst finanzieren. Dieses Pilotprojekt dauerte vom September 2019 bis März 2020 und umfasste 20 Fallcoachings. In einem zweiten Schritt startet im Herbst 2020 ein grösseres Pilotprojekt, in dem das Angebot auf das gesamte Sozialamt ausgeweitet wird und während zwei Jahren rund 50 Fallcoachings durchgeführt werden sollen. Diese zweite Phase kann durch Fondsbeiträge (Fonds für die Förderung der Vermittlungsfähigkeit von Arbeitslosen) finanziert werden.

¹⁴ IIZ durch Medizinisch-ArbeitsMarktliche Assessments mit Case Management

2.4.3 Psychiatrisch-psychologische Sprechstunden in Zürcher Sozialzentren und für den Sozialdienst Adliswil¹⁵

In der Stadt Zürich besteht seit 2006 eine enge Zusammenarbeit zwischen den Sozialzentren und der Psychiatrischen Poliklinik der Stadt Zürich (PPZ)¹⁶. Bei beiden handelt es sich um Einheiten der Stadtverwaltung. Die PPZ bietet den Sozialzentren der Stadt Zürich Sprechstunden an. Den Sozialarbeitenden steht damit ein niederschwelliges Angebot zur Verfügung, ihre Klientinnen und Klienten für eine Sprechstunde anzumelden und dadurch z.B. eine erste Einschätzung des psychischen Gesundheitszustands zu erhalten oder auch den Einstieg in langfristige therapeutisch-rehabilitative Prozesse zu starten. Die Sprechstunden in den Sozialzentren sollen dazu beitragen, psychische Beeinträchtigungen von Klientinnen oder Klienten frühzeitig zu erkennen, Chronifizierungsprozessen entgegenzuwirken und die Sozialarbeitenden bei schwierigen Entscheidungen zu unterstützen. Neben den allgemeinspsychiatrischen Sprechstunden bietet die PPZ Mitarbeitenden der Sozialzentren auch konsiliarische Beratungen, Fortbildungsangebote im Bereich psychische Erkrankungen sowie Care-Dienste an¹⁷.

Die Mitarbeitenden der Sozialzentren und der PPZ benützen einen gemeinsamen Outlook-Kalender, über den Termine vereinbart und Anmeldungen getätigt werden können. Mit der Anmeldung entbinden die Klientinnen und Klienten die Mitarbeitenden der PPZ vom Arztgeheimnis. Nach einem Erstgespräch mit angemeldeten Klientinnen und Klienten im Sozialzentrum folgt eine Abklärungsphase mit 1-3 Terminen in der PPZ, anschliessend erfolgt eine Rückmeldung an die Sozialarbeitenden. Die PPZ führt auch allfällige Therapien von Klientinnen und Klienten in der Poliklinik durch.

Die Zusammenarbeit zwischen der PPZ und den Sozialen Diensten ist in einem Leistungsvertrag geregelt. Einmal pro Jahr gibt es einen Austausch zwischen den Teams der Sozialzentren und 2-3 Personen der PPZ zur Klärung gemeinsamer Abläufe und fachlicher Fragen. Die Leitung der PPZ nimmt zudem einmal pro Jahr an der Geschäftsleitungssitzung der Sozialen Dienste teil. Die PPZ kann medizinische Leistungen über die Krankenversicherung (TARMED) abrechnen. Den nicht von der Krankenversicherung gedeckten Kostenanteil für den Aufwand der PPZ im Rahmen des vereinbarten Leistungsangebots trägt das Sozialdepartement. Im Jahr 2018 hat die PPZ 751 Klientinnen und Klienten der Sozialzentren betreut, das entspricht ca. 5-10% der Klientel der Sozialzentren.

Auch der Sozialdienst der Stadt Adliswil nahm 2013 und 2014 für eine gewisse Zeit die Dienstleistungen der PPZ in Anspruch. Er bezweckte damit, seine Mitarbeitenden zu entlasten und zu unterstützen und die Gesundheit und die Integrationsmöglichkeiten der Klientinnen und Klienten zu fördern. Auch diese Zusammenarbeit war in einem Leistungsauftrag geregelt. Die Finanzierung gestaltete sich wie in der Stadt Zürich. Die Zusammenarbeit wurde mangels Nachfrage durch den

¹⁵ Bei der ausführlichen Präsentation der untersuchten Fallbeispiele in Anhang 2 werden die Zusammenarbeit zwischen PPZ und den Sozialzentren Zürich bzw. dem Sozialdienst Adliswil separat dargestellt, da sich die Hintergründe und Entstehungsprozesse der Zusammenarbeit unterscheiden. Da sie sich strukturell und inhaltlich jedoch kaum unterscheiden, werden die beiden Fälle hier gemeinsam präsentiert.

¹⁶ <https://www.stadt-zuerich.ch/gud/de/index/gesundheitsversorgung/medizin/sozialmedizin/PPZ.html>, 1.5.2020

¹⁷ Die PPZ bietet ihre Dienstleistungen nicht nur den Sozialzentren, sondern auch anderen Dienststellen des Sozialdepartements an.

Sozialdienst und aufgrund eines vergleichbaren anderen Angebots, medizinische Abklärungen vornehmen zu lassen, nach rund 18 Monaten wieder beendet. In diesen 18 Monaten erbrachte die PPZ für die Stadt Adliswil Leistungen von ungefähr 150 Stunden (direkter Kontakt mit den Klientinnen und Klienten und Fachberatungen mit den Mitarbeitenden vor Ort), und es wurde eine Schulung mit den Sozialarbeitenden zum Umgang mit psychisch erkrankten Personen sowie aktuellen Problemstellungen durchgeführt. Dieses Fallbeispiel illustriert eine Schwierigkeit bei der Aufrechterhaltung interprofessioneller Zusammenarbeit.

2.4.4 RESSORT - REseau de Soutien et d'ORientation vers le Travail

Das 2009 von der Eingliederungsabteilung des Service de psychiatrie communautaire des Universitätsspitals Lausanne (CHUV) initiierte Projekt RESSORT (REseau de Soutien et d'ORientation vers le Travail)¹⁸ unterstützt Sozialhilfebeziehende mit psychischen Erkrankungen bei der Integration in den ersten Arbeitsmarkt. RESSORT ist von der Direction de l'insertion et des solidarités (DIRIS) im kantonalen Sozialdepartement beauftragt, gemeinsam mit Fachpersonen der IV-Stelle die psychische Gesundheit einzelner Sozialhilfebeziehender mit Schwierigkeiten zu beurteilen und bei Bedarf an die geeignete Versorgungseinrichtung zu verweisen. RESSORT unterstützt zudem Personen, die wegen psychischen Problemen betreut werden, bei der Integration in den ersten Arbeitsmarkt.

Es handelt sich somit um eine institutionalisierte Zusammenarbeit zwischen zwei kantonalen Dienststellen aus verschiedenen Direktionen innerhalb desselben Departements (Gesundheit und Soziales). Ziel der Zusammenarbeit ist es, die Voraussetzungen der betreuten Personen für die berufliche Integration zu verbessern und die regionalen Sozialdienste zu unterstützen. RESSORT verfügt seit 2014 über vier regionale Standorte, die vom CHUV und der Fondation de Nant betrieben werden. Das CHUV führt zudem Schulungen für Sozialarbeitende zum Thema psychische Gesundheit durch.

Die regionalen Sozialdienste verweisen Klientinnen und Klienten mit Bedarf an psychologischer Unterstützung an RESSORT. Nach einer ersten Abklärung organisiert RESSORT die weitere Unterstützung. Die RESSORT Mitarbeitenden und die zuständigen Sozialarbeitenden erarbeiten gemeinsam die für die Klientinnen und Klienten relevanten Ziele, wobei sich diese am von der Sozialhilfe definierten Mandat orientieren.

RESSORT erhielt 2018 insgesamt 652 Anfragen, davon wurden 429 betreut. Bei rund 40% der Fälle handelt es sich um sozialhilfebeziehende Personen.

RESSORT ist ein Element der kantonalen Sozialpolitik. Ein wichtiges Ziel dieser Politik ist es, junge Erwachsene in den Arbeitsprozess zu integrieren, um die Abhängigkeit von der Sozialhilfe zu reduzieren. Um dieses Ziel bestmöglich zu erreichen, verfolgt das Sozialdepartement generell die Philosophie einer parallelen, integrierten und interdisziplinären Bearbeitung sozialer Probleme.

Zur Steuerung von RESSORT bestehen je eine strategische und eine operative Begleitgruppe mit Vertretungen des CHUV, der DIRIS und der IV-Stelle. Diese treffen sich je einmal jährlich. Zwischen dem kantonalen Gesundheitsamt, der DIRIS und RESSORT besteht ein Subventionsvertrag

¹⁸ <https://www.chuv.ch/fr/fiches-psy/ressort/>, 1.5.2020

über die vereinbarten Leistungen. Der Kanton (Gesundheitsamt und DIRIS) finanziert das Sekretariat und Lohnkosten von RESSORT sowie die Kosten für die Koordination und Evaluation des Projekts. Die psychiatrischen Leistungen des CHUV und der Fondation de Nant zuhanden der Klientinnen und Klienten werden über die Krankenversicherung (TARMED) finanziert. Die IV-Stelle steuert Arbeitsleistungen ihrer Mitarbeitenden bei.

2.4.5 Sozialmedizinisches Zentrum Oberwallis

Das Sozialmedizinische Zentrum Oberwallis (SMZO)¹⁹ ist eines der sieben sozialmedizinischen Zentren (SMZ) im Kanton Wallis. Diese Zentren entstanden bereits in den 1970er Jahren auf kommunaler Ebene und wurden im Laufe der Zeit weiterentwickelt. Nach verschiedenen Zusammenschlüssen zu autonom geführten regionalen Zentren erfolgte 2011 im Oberwallis ein weiterer Zusammenschluss zu einem einzelnen zentralisierten SMZ mit sieben Standorten.

Das SMZO erbringt unter demselben organisatorischen Dach soziale (z.B. Sozialberatung/Sozialhilfe, Familienberatung, Schulsozialarbeit) und gesundheitliche Dienstleistungen (z.B. Pflege und Therapie, Spitex, Kinderspitex, Mütter- und Väterberatung) zuhanden der gesamten Bevölkerung. Die Zusammenarbeit zwischen den Bereichen Gesundheit und Soziales betrifft vor allem das Organisationsmodell und die strategische Ebene; sie sind über eine interprofessionell zusammengesetzte Geschäftsleitung miteinander verbunden. Ca. viermal im Jahr finden Führungskolloquien statt, in denen Verantwortliche aller Bereiche sich austauschen und gemeinsame Haltungen, Vorgehensweisen etc. entwickeln. Die beiden Bereiche können voneinander lernen und sich gegenseitig mit Konzepten und Ansätzen befruchten. Dies erweitert das Fachwissen und stärkt die Handlungskompetenz der jeweiligen Mitarbeitenden. Es gibt auch Schulungen für die Mitarbeitenden des Gesundheitsbereichs durch die Mitarbeitenden des Sozialbereichs, z.B. im Bereich Kindes- und Erwachsenenschutz.

Das SMZO betreut pro Jahr ca. 650-660 Dossiers von Personen, die wirtschaftliche Sozialhilfe beziehen. Nur wenige davon beziehen gleichzeitig auch Leistungen des Bereichs Gesundheit. Auf der Ebene einzelner Fälle von sozialhilfebeziehenden Personen erfolgt deshalb praktisch keine operative Zusammenarbeit zwischen den Bereichen Gesundheit und Soziales. Die Schnittstelle kommt dann zum Tragen, wenn z.B. der Sozialdienst, die Spitex oder die Familienberatung in einem konkreten Fall den Eindruck haben, es sei aufgrund der Situation sinnvoll, die jeweils andere Seite einzubeziehen. Aufgrund des Datenschutzes und des Berufsgeheimnisses werden solche Fälle jedoch nicht automatisch intern weitergeleitet, sondern die betroffenen Personen werden motiviert, sich an die jeweils andere Stelle zu wenden.

Die Tätigkeit der SMZ ist in den kantonalen Gesundheits- und Sozialgesetzen verankert. Sie sind zum einen als Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause anerkannt, zum anderen ermöglicht es das Gesetz über die Eingliederung und Sozialhilfe den Gemeinden, ihre Aufgaben den sozialmedizinischen Zentren zu übertragen. Das kantonale Departement für Gesundheit, Soziales und Kultur hat eine Rahmenvereinbarung mit den SMZ abgeschlossen und legt in jährlichen Leistungsverträgen ihre Aufgaben in den verschiedenen Leistungsbereichen fest. Es macht dabei gewis-

¹⁹ www.smzo.ch, 1.5.2020

se Mindestvorgaben. Koordination und interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Leistungsanbietern im sozialmedizinischen Bereich gilt als Leitlinie.

Das SMZO ist als Verein der Oberwalliser Gemeinden organisiert. Die strategische Führung obliegt einem Vorstand und einer Delegiertenversammlung mit Vertretungen der Mitgliedergemeinden. Die operative Geschäftsleitung besteht aus einem Gesamtleiter und den Leitungen der Bereiche Soziales, Gesundheit und Ressourcen. Die Finanzierung der SMZ erfolgt nach den bereichsspezifischen Finanzierungsmechanismen. In beiden Bereichen (Soziales/Gesundheit) trägt der Kanton 70% der Kosten der öffentlichen Hand, die Mitgliedergemeinden 30%. Medizinische Leistungen werden über die Krankenversicherung finanziert.

2.4.6 Integrierte Suchthilfe Winterthur

Die Integrierte Suchthilfe Winterthur (ISW)²⁰ ist ein Kooperationsangebot der vom Kanton Zürich betriebenen Integrierten Psychiatrie Winterthur (IPW) und des Departements Soziales der Stadt Winterthur (Abteilung Prävention und Suchthilfe der Sozialen Dienste). Ihre Ursprünge liegen in den Anfängen der 1970er Jahre, als die Stadt Winterthur und die IPW gemeinsame Suchthilfe-Angebote entwickelten. 2007 wurden verschiedene Beratungsangebote zur ISW zusammengefasst. Ihr Angebot umfasst u.a. die Beratung und Behandlung von Menschen mit Problemen im Zusammenhang mit Substanzkonsum oder Verhaltensabhängigkeiten und ist Teil eines interdisziplinären, auf eine ganzheitliche Beratung der Klientinnen und Klienten ausgerichteten Netzwerks verschiedener Stellen und Angebote. Die städtische Fach- und Beratungsstelle erbringt psychosoziale Leistungen wie Frühintervention und Beratung (durch die Gemeinde objektfinanziert und auf kantons-ebene über den Alkoholzehntel subjektfinanziert), das psychiatrische Ambulatorium der IPW medizinische Behandlungsleistungen (über die OKP subjektfinanziert). In die Beratung und Behandlung der Klientel sind mehrere Helfersysteme involviert, die je nach Situation aktiviert werden. Sozialhilfebeziehende Personen mit einer Abhängigkeitsproblematik beispielsweise werden von der Sozialberatung der Sozialen Dienste an die ISW verwiesen, welche die weiteren Massnahmen koordiniert. Die ISW betreut pro Jahr ca. 845 Fälle.

Die Finanzierung der Behandlungen erfolgt über die Krankenversicherung (TARMED), den Kanton (Alkoholzehntel, IPW), die Stadt Winterthur und Beiträge weiterer Bezirksgemeinden (Leistungsvereinbarungen). Die ISW ist somit ein Beispiel einer Zusammenarbeit von Institutionen verschiedener staatlicher Ebenen. Sie ist sowohl in den städtischen Sozialdienst als auch in die kantonalen medizinischen Strukturen integriert. Seitens der Stadt bildet die vom Stadtrat genehmigte Suchtpolitik Winterthur 2017-2021 den strategischen Rahmen der ISW. Es besteht eine Zusammenarbeitsvereinbarung zwischen Stadt und IPW. Der Leiter der Sozialen Dienste und der Spitaldirektor der IPW bilden die gemeinsame Geschäftsleitung der ISW, die Leiterin der Abteilung Prävention und Suchthilfe der Stadt Winterthur sowie ein leitender Arzt der IPW bilden die Co-Leitung. Auf allen Ebenen erfolgt regelmässiger Austausch zwischen den beiden Seiten.

²⁰ <https://stadt.winterthur.ch/themen/leben-in-winterthur/alter-gesundheit-und-soziales/sucht/integrierte-suchthilfe-1>, 1.5.2020

2.4.7 Zusammenarbeit WorkMed - Sozialdienst Reinach (gescheitertes Vorhaben)

WorkMed²¹ ist ein Kompetenzzentrum der kantonalen Psychiatrie Baselland. Es bietet Arbeitgebern, Versicherungen und Behörden, medizinischen Fachpersonen und Betroffenen (Personen mit psychischen Problemen und Angehörigen) Unterstützung an, z.B. Abklärungen der Arbeitsfähigkeit, Beratung und Fallbesprechung oder Schulungen. 2019 beabsichtigte der kommunale Sozialdienst Reinach im Rahmen eines Pilotprojekts die Leistungen von WorkMed zu nutzen. Der Sozialdienst hätte Klientinnen und Klienten, die psychisch krank sind, aber keinen Anspruch auf eine Invaliditätsrente haben, zur psychologischen Abklärung an WorkMed weiterverwiesen. Die von WorkMed erarbeiteten Gutachten hätten dem Sozialdienst eine psychiatrisch fundierte Einschätzung der funktionellen Einschränkungen und Ressourcen ermöglicht und damit die Planung und Umsetzung von Integrationsmassnahmen erleichtert. Die Gemeinde hätte die Kosten für die Abklärungen durch WorkMed finanzieren sollen. Die für den Finanzierungsentscheid zuständige kommunale Instanz erachtete das Pilotprojekt zwar als sinnvoll und notwendig, war jedoch nicht bereit, die Gesamtkosten für das Projekt zu genehmigen – u.a. weil noch keine systematische Erhebung vorlag, die den Erfolg des Projekts hätte belegen können.²² WorkMed sah aus fachlichen und qualitätsbasierten Gründen keine Möglichkeit, die Preise der Abklärungsdienstleistungen zu reduzieren, auch weil eine Reduktion gegenüber anderen Partnern nicht zu begründen gewesen wäre. In der Folge wurde das Pilotprojekt nicht umgesetzt.²³

Dieses Beispiel floss als Anschauungsfall für einen gescheiterten Versuch, interprofessionelle Zusammenarbeit zu etablieren, in die Studie ein.

2.4.8 Assessmentcenter Kanton Basel-Landschaft

Der Kanton Basel-Landschaft beabsichtigt im Rahmen einer vorgeschlagenen Teilrevision des Sozialhilfegesetzes²⁴ die kantonale Sozialhilfepolitik neu auszurichten und im kantonalen Sozialamt ein kantonales Assessmentcenter zu schaffen. Dieses ist als IIZ-Drehscheibe vorgesehen, die Aufgaben im Bereich Arbeitsintegration wahrnimmt und u.a. zuhanden der kommunalen Sozialdienste multidisziplinäre Potenzialabklärungen vornimmt. In diesem Center würden Fachpersonen aus Gemeinden, den RAV, der Invalidenversicherung, der Suchtberatung, der Schuldenberatung bzw. aus Bereichen wie der Medizin, der Bildung, der Berufsberatung und –integration komplexe Fälle im Sozialwesen beurteilen und anschliessend an einem fest institutionalisierten runden Tisch mit den beteiligten Institutionen Empfehlungen über mögliche Massnahmen unterbreiten. Diese Beurteilung kann auch medizinische Abklärungen beinhalten. Eines der Ziele des Assessmentcenters ist es, die Qualität der Sozialhilfe zu verbessern. Die Massnahmen sollen einerseits den Sozialarbeitenden dienen, komplexe Fälle zu bearbeiten und andererseits den Klientinnen und Klienten neue Integra-

²¹ www.workmed.ch, 1.5.2020

²² Das WorkMed Angebot wurde erst 2019 entwickelt.

²³ In der Folge überarbeitete WorkMed die Angebotsmodule und konzipierte inhaltlich redimensionierte und kostengünstigere Dienstleistungen und Arbeitspakete. Anfang Juli 2020 hat der Sozialdienst Reinach WorkMed den ersten Klientenfall zur Abklärung überwiesen.

²⁴ <https://www.baselland.ch/politik-und-behorden/direktionen/finanz-und-kirchendirektion/medienmitteilungen/neugestaltung-der-sozialhilfe>, 1.5.2020

tionsmöglichkeiten ermöglichen. Das Assessmentcenter würde vollumfänglich vom Kanton finanziert, die Finanzierung wäre in der kantonalen Gesetzgebung geregelt. Die Gesetzesrevision mit diesem Vorschlag befindet sich bis Ende Juni 2020 in Vernehmlassung. Es handelt sich somit nicht um ein Fallbeispiel bestehender interprofessioneller Zusammenarbeit, sondern um ein Anschauungsbeispiel eines politischen Prozesses, der die Grundlagen für künftige interprofessionelle Zusammenarbeit schaffen soll.

2.4.9 Zusammenarbeitsvereinbarungen der Zuger Konferenz für Sozialdienste

Die Zuger Konferenz für Sozialdienste, der alle elf kommunalen Sozialdienste des Kantons Zug angeschlossen sind, hat aus eigener Initiative seit 2000 mit kantonalen Institutionen aus verschiedenen Arbeitsfeldern (Arbeitsintegration, Kinder- und Erwachsenenschutz, Gesundheit) Zusammenarbeitsvereinbarungen abgeschlossen. Partner solcher Vereinbarungen aus dem Gesundheitsbereich sind z.B. Einrichtungen der Psychiatrie oder der Suchthilfe. Diese rechtlich nicht verbindlichen Vereinbarungen dienen der Regelung der Zuständigkeiten und von Arbeitsabläufen zwischen den einzelnen kommunalen Sozialdiensten und den Partnerinstitutionen. In der fallbezogenen Zusammenarbeit dienen sie innerhalb einer Institution als Orientierungshilfe und zur Instruktion der Mitarbeitenden. Die Vereinbarungen werden regelmässig überprüft und je nach Bedarf angepasst, z.B. an veränderte gesetzliche Rahmenbedingungen.

Diese Vereinbarungen wurden in der Studie als Anschauungsbeispiel für einen institutionellen Rahmen für interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Sozialdiensten und Einrichtungen des Gesundheitswesens berücksichtigt.

3 Ergebnisse

Das vorliegende Kapitel diskutiert die Untersuchungsfragen zum Zustandekommen und zur Umsetzung interprofessioneller Zusammenarbeit anhand der in Abschnitt 2.4 vorgestellten und in Anhang 2 ausführlich beschriebenen Fallbeispiele.

Abschnitt 3.1 beleuchtet zunächst die Auslöser für interprofessionelle Zusammenarbeit: Wie ist es dazu gekommen, was hat Akteure bewegt, eine solche Zusammenarbeit zu suchen?

Die Abschnitte 3.2 und 3.3 gehen auf die Faktoren ein, die sich für das Zustandekommen und Funktionieren von interprofessioneller Zusammenarbeit in den einzelnen Fällen als förderlich oder hinderlich zeigten. Die betrachteten Faktoren wurden einerseits anhand von Fachliteratur und Studien zu interprofessioneller Zusammenarbeit (Atzeni et al. 2017; Birk et al. 2015; Féraud/Bolliger 2013; Hauri/Zürcher 2015; Schmitz et al. 2020; Wider 2011), andererseits anhand der Erkenntnisse der Sondierungsgespräche und der Pilotfallstudien ermittelt und in einem Codierungsraster kategorisiert und zusammengestellt (vgl. Anhang 1). Sie betreffen unterschiedliche Ebenen interprofessioneller Zusammenarbeit:

- Exogene Umfeldbedingungen (Kontext)
- Institutionelle Kontextfaktoren der beteiligten Organisationen
- Personelle Faktoren
- Prozessbezogene und politische Faktoren
- Technische/praktische/fachliche Faktoren
- Aspekte der Zusammenarbeitsorganisation

Die Fälle wurden mit Hilfe des Codierungsrasters analysiert. Für jede Fallstudie beurteilten die Forschenden anhand der schriftlichen Unterlagen, der Gespräche und eigenen Einschätzungen zunächst, ob der jeweilige Faktor im betrachteten Fall für die Etablierung der Zusammenarbeit bzw. für die laufende Zusammenarbeit von Bedeutung war oder nicht (oder ob keine Beurteilung möglich ist). In einem zweiten Schritt wurden die als bedeutend erachteten Faktoren als förderlich, hinderlich oder sowohl förderlich als auch hinderlich eingestuft. Die so gewonnenen Einschätzungen bilden die Grundlage zur Beantwortung der Untersuchungsfragen in den Abschnitten 3.2 und 3.3.

Abschnitt 3.4 geht auf die Akteure und Akteurkonstellationen ein, die sich in den betrachteten Fällen für das Zustandekommen und Funktionieren von interprofessioneller Zusammenarbeit als relevant erwiesen.

Die Beurteilung der Bedeutung der einzelnen Faktoren stützt sich auf diejenigen Informationen, die das Forschungsteam in den gesichteten Dokumenten und den geführten Gesprächen erheben konnte. Diese Datenbasis ist somit abhängig vom Verlauf der leitfadengestützten Gespräche, von den Aussagen der Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner und von der Aussagekraft des gesichteten Dokumentenkorpus. Sie gestaltet sich deshalb für jeden Fall unterschiedlich und teilweise lückenhaft. Aufgrund des gewählten Vorgehens war eine systematische Erhebung von Informationen zu allen Faktoren für alle Fälle nicht möglich. Alle Informationen zu den einzelnen Fällen sind in standardisierten Tabellen in Anhang 2 festgehalten. Diese Tabellen wurden den pro Fall befragten Personen zur Validierung unterbreitet.

3.1 Auslöser für die interprofessionelle Zusammenarbeit

In den untersuchten Fällen ist ein **von den Sozialdiensten verzeichneter Problem- und Handlungsdruck** der meist genannte Grund für das Zustandekommen von interprofessioneller Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Sozialdienst. Herausforderungen bestehen für Sozialdienste insbesondere bei der Beratung, Integration und Weiterverweisung von Klientinnen und Klienten, die über längere Zeit psychisch krank sind, aber keinen Anspruch auf eine Invaliditätsrente haben. In der Folge sehen Sozialdienste vornehmend bei der Abklärung der Arbeitsfähigkeit der Klientinnen und Klienten und beim Coachen der Mitarbeitenden Bedarf zur Kooperation mit ärztlichen, psychologischen oder psychiatrischen Institutionen. Problemdruck besteht in einzelnen der untersuchten Fälle auch, weil niederschwellige psychiatrische oder psychologische Angebote für Sozialhilfebeziehende fehlen. Handlungsdruck kann auch bei Akteuren des Gesundheitswesens vorliegen, wenn bspw. eine Zunahme der Klientel mit Sozialhilfebezug verzeichnet wird und zur Verbesserung der Angebotsstruktur Arbeitsprozesse mit den Sozialdiensten institutionalisiert werden können (ISW).

Ein weiterer wichtiger Auslöser interprofessioneller Zusammenarbeit sind **fachliche Überlegungen**: Es finden sich z.B. Gesundheitseinrichtungen, die neue interdisziplinäre Arbeitsmethoden zur Arbeitsintegration von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen einführen wollten oder Sozialdienste, die sich auf strategischer Ebene mit dem Thema Gesundheit befassten. **Politische Gründe** wie Spardruck auf Gesundheits- oder Sozialdepartemente und damit einhergehende Reorganisationen sozialer und medizinischer Verwaltungseinheiten können ebenfalls die Rahmenbedingungen für die Kooperation zwischen den Akteuren aus dem Sozial- und Gesundheitswesen neu definieren und zur Weiterentwicklung bestehender Angebote und Kooperationen führen.

Die grosse Mehrheit der untersuchten Kooperationen wurde von praxisnahen Fachleuten auf Verwaltungsebene entwickelt und aufgebaut. In den meisten der **bottom up** etablierten Kooperationen wurde ein Konzept entwickelt, getestet, und anschliessend als Angebot etabliert. Dabei erwiesen sich v.a. Führungsebenen der involvierten Verwaltungsebenen als zentrale Akteure, oft im Sinne von **policy brokers**. Das Sozialamt Bern wurde als einziges Beispiel von einer übergeordneten Verwaltungseinheit damit beauftragt sich dem Thema Gesundheit anzunehmen und ein Projekt zu starten (**top-down-Auftrag**). In zwei Fällen konnten Entscheidungsverantwortliche kantonale oder nationale Politiken zur Etablierung der interprofessionellen Zusammenarbeit nutzen (**window of opportunity**). So floss einerseits mit dem vom Bund propagierten IIZ-Modell MAMAC die gesundheitliche Dimension in die IIZ-Kooperation des Kantons Freiburg ein. Andererseits profitierte das kantonale Sozialamt Baselland bei der Konzeption eines Assessmentcenters von der im Kanton aktuell herrschenden Finanzstrategie, in der mehr Mittel für neue Vorhaben zur Verfügung gestellt werden.

3.2 Einflussfaktoren auf das Zustandekommen von interprofessioneller Zusammenarbeit

Entlang der oben aufgeführten verschiedenen Kategorien von Einflussfaktoren zeigen die Abschnitte 3.2.1 bis 3.2.6 auf, welche Faktoren sich in den untersuchten Fällen als förderlich oder hinderlich auf das Zustandekommen von interprofessioneller Zusammenarbeit erwiesen haben. Das im Kanton Basel-Landschaft geplante Assessmentcenter wurde für diese Analyse nicht berücksich-

sichtigt, da es noch nicht verwirklicht ist. Auch die sozialmedizinischen Zentren im Kanton Wallis und die Zusammenarbeitsvereinbarungen der Zuger Konferenz für Sozialdienste flossen nicht in die Analyse ein, da dem Forschungsteam kaum Informationen über deren Entstehung vorliegen.

Faktoren, die das Zustandekommen interprofessioneller Zusammenarbeit hemmten, wurden nur beim Fallbeispiel «WorkMed-Reinach» identifiziert. Dieses Kooperationsvorhaben konnte nicht umgesetzt werden. Bei den weiteren Fällen wurden keine Faktoren ermittelt, die das Zustandekommen der interprofessionellen Kooperation erschwerten.

3.2.1 Exogene Umfeldbedingungen (Kontext)

Kontextbedingungen können die Handlungsmöglichkeiten von Akteuren und somit die Opportunitäten, eine interprofessionelle Zusammenarbeit aufzugleisen, beeinflussen. Dazu gehören die politische Grundhaltung im Kanton oder in der Gemeinde, z.B. gegenüber der Sozialhilfe oder hinsichtlich Interprofessionalität, das Vorhandensein eines übergeordneten politisch-strategischen Rahmens, Organisationsleitbilder und -philosophien, laufende Veränderungs- und Entwicklungsprozesse, welche ein *window of opportunity* öffnen, oder eine bestehende Nachfrage in Form von klientenspezifischem Unterstützungsbedarf.

In zwei Fällen (RESSORT, Medval) zeigte sich ein förderlicher Einfluss der **politischen Grundhaltung**: Im Kanton Waadt ermöglichte das politische Klima die Entwicklung von Pionierprojekten, und im Kanton Freiburg bestand auf allen politischen Ebenen ein Grundkonsens, dass Arbeitsintegration eine Querschnittsaufgabe ist und ein gemeinsames Vorgehen der zuständigen Stellen erfordert.

In drei Fällen (Medval, RESSORT, ISW) erwies sich ein **übergeordneter politisch-strategischer Rahmen** als förderlich für die Etablierung interprofessioneller Zusammenarbeit. Bei RESSORT bestand ein breiter politischer Konsens für eine aktive und engagierte Politik zur Eingliederung von Personen mit psychischen Schwierigkeiten. Im Kanton Freiburg ist das IIZ-Dispositiv ein gut institutionalisiertes Element der kantonalen Integrationspolitik. Dieses bot einen Rahmen zur Weiterentwicklung des früheren IIZ-MAMAC-Modells zum Angebot Medval. Die ISW orientiert sich am nationalen 4-Säulen-Modell der Drogenpolitik und ist Teil der städtischen Drogenpolitik (Suchtpolitik Winterthur 2017-2021) und der kantonalen Gesundheitspolitik (psychische Gesundheit). Im Fall von WorkMed war das Fehlen eines politischen Auftrags für die Etablierung einer interprofessionellen Zusammenarbeit hinderlich. Es besteht zwar grundsätzlich der Auftrag der Integration von Sozialhilfebeziehenden, daraus lässt sich aber kein Auftrag für psychologische Abklärungen ableiten.

In den meisten untersuchten Fällen (Medval, Fallcoaching Gesundheit, PPZ-Sozialzentren, RESSORT, ISW, WorkMed-Reinach) konnten **Organisationsleitbilder und -philosophien** identifiziert werden, die für die Entstehung interprofessioneller Kooperation förderlich waren. Beim Fallcoaching Gesundheit bestanden bei beiden Kooperationspartnern (Sozialamt Bern und UPD) für eine Zusammenarbeit förderliche Philosophien. Das Sozialamt befasst sich schon seit längerer Zeit mit dem Thema Gesundheit in der Sozialhilfe und geht davon aus, dass soziale und gesundheitliche Problemlagen zusammenhängen und deshalb nicht getrennt betrachtet werden können. Die Klinikleitung der UPD verfolgt das Ziel, mit Akteuren ausserhalb der Psychiatrie eine gemeinsame Sichtweise auf die Herausforderungen der gemeinsamen Klientel zu etablieren. In weiteren Fallbeispielen zeigten sich unter anderem Organisationsleitbilder, die eine systemische und parallele statt sequen-

zielle Bearbeitung sozialer Probleme propagieren (RESSORT) oder die den psychoanalytischen Ansatz mit einem systemorientierten Ansatz ergänzen (WorkMed-Reinach). Im Fallbeispiel ISW haben ein bio-psycho-sozialer Denkanatz und ein Organisationsleitbild, welches Suchthilfe als Querschnittsaufgabe definiert, die Etablierung der Kooperation begünstigt.

Laufende Veränderungs- und Entwicklungsprozesse auf höherer Ebene spielten nur bei der Entstehung der Psychiatrisch-psychologischen Sprechstunden in Zürcher Sozialzentren eine Rolle.²⁵ Es bestand sowohl auf kantonaler wie auch auf kommunaler Ebene ein Spardruck. Die Verschiebung des PPZ aus dem Sozialdepartement ins Gesundheitsdepartement ermöglichte ersterem eine Budgeteinsparung, was auf politischer Ebene begrüsst wurde.

In vier Fällen (Fallcoaching Gesundheit, PPZ-Sozialzentren, PPZ-Adliswil, ISW) begünstigte eine nicht gedeckte **Nachfrage** an klientenspezifischem Unterstützungsbedarf die Etablierung einer interprofessionellen Zusammenarbeit.

3.2.2 Institutionelle Kontextfaktoren der beteiligten Organisationen

Zu den institutionellen Kontextfaktoren der beteiligten Organisationen gehören deren gesetzliche Rahmenbedingungen, die Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der Finanzierung, der Gestaltungs- und Entscheidungsspielraum bzw. die Handlungsautonomie der beteiligten Akteure, die involvierten staatlichen Ebenen (Kanton/Gemeinde; Zusammenarbeit auf gleicher Ebene oder zwischen verschiedenen Ebenen), im Fall von Zusammenarbeit auf derselben Ebene die Behördenorganisation (Zuständigkeit für Gesundheit und Soziales in der Verwaltung unter einem Dach vs. unterschiedliche Zuständigkeiten) und die zur Verfügung stehenden Ressourcen (z.B. Personal, Geld, Zeit).

Die **gesetzlichen Rahmenbedingungen** können den an einer Zusammenarbeit beteiligten Akteuren Handlungsspielraum eröffnen oder diesen begrenzen. In zwei Fällen (RESSORT, ISW) begünstigten sie die Etablierung der Zusammenarbeit. Im Falle von WorkMed zeigte sich hingegen das Fehlen einer gesetzlichen Grundlage für die Finanzierung eines Angebots durch die kantonalen Behörden als hinderlicher Faktor.

Die **finanziellen Rahmenbedingungen und die Möglichkeiten der Finanzierung** hatten in sechs Fällen (Medval, Fallcoaching Gesundheit, PPZ-Adliswil, RESSORT, ISW, WorkMed-Reinach) einen Einfluss auf die Entstehung der Zusammenarbeit. Mit einer Ausnahme war dieser Einfluss in allen Fällen förderlich. Förderlich zeigte sich unter anderem die kantonale Finanzierung interprofessioneller Schnittstellenangebote und damit einhergehend der Abbau von Hürden durch die Sicherstellung einer kostenlosen Nutzung des Angebots (Medval) sowie die Sicherstellung einer Mischfinanzierung des Kooperationsmodells durch mehrere Träger wie bspw. in den Fällen ISW (Sozialhilfe und Krankenversicherung) oder RESSORT (Kanton und Krankenversicherung). Die Zusammenarbeit WorkMed-Reinach kam hingegen nicht zustande, weil die Finanzierung des Projekts nicht gesichert werden konnte.

²⁵ Auch das Assessmentcenter im Kanton Basel-Landschaft wurde dank eines solchen Gelegenheitsfensters (Teilrevision des Sozialhilfegesetzes) als konkreter Vorschlag eingebracht. Weil es noch nicht verwirklicht ist, wurde es im vorliegenden Abschnitt nicht berücksichtigt.

Eine wichtige Rolle für die Etablierung einer interprofessionellen Zusammenarbeit spielt der **Gestaltungs- und Entscheidungsspielraum bzw. die Handlungsautonomie der beteiligten Akteure**. In fünf der berücksichtigten Fälle (Medval, Fallcoaching Gesundheit, PPZ-Sozialzentren, PPZ-Adliswil, ISW) wurde die Etablierung interprofessioneller Zusammenarbeit durch grossen Entscheidungsspielraum und die Finanzkompetenz der auf der Verwaltungsebene involvierten Akteure begünstigt. In den meisten Fällen wurde das Kooperationsprojekt von den Akteuren auf Verwaltungsebene vorbereitet und musste nur noch durch die politischen Entscheidungsverantwortlichen genehmigt werden. Im Fall WorkMed-Reinach hingegen fehlte dem Sozialdienst die nötige Kompetenz, um selbst über die Finanzierung der Zusammenarbeit zu entscheiden. Die dafür zuständige Sozialhilfebehörde erachtete die vorgesehene Zusammenarbeit zwar als sinnvoll, war aber nicht bereit, die Gesamtkosten des Zusammenarbeitsmodells zu genehmigen.

In drei Fällen erfolgt die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Stellen **auf derselben staatlichen Ebene**. Im Fall PPZ-Sozialzentren innerhalb der Stadt Zürich, bei RESSORT zwischen Institutionen des Kantons Waadt und im Fall von PPZ-Adliswil zwischen unterschiedlichen Gemeinden. Dieser Umstand wurde nur für die Entstehung des Projekts RESSORT als relevant taxiert. In drei der hier verarbeiteten Fälle (Medval, Fallcoaching UPD, ISW) findet sich eine **Zusammenarbeit über verschiedene staatliche Ebenen hinweg**. Dies war mindestens im Fall der ISW von positiver Bedeutung für die Etablierung der Kooperation, weil so eine gemeinsame Finanzierung durch Stadt und Kanton und die Nutzung von Synergien möglich wurden.

In den drei Fällen, in denen Stellen auf derselben staatlichen Ebene zusammenarbeiten, zeigt sich kein klares Muster bezüglich der Bedeutung der Verteilung der **Zuständigkeit für Gesundheit und Soziales** innerhalb der Verwaltung. Im Kanton Waadt (RESSORT) liegt die Zuständigkeit für Gesundheit und Soziales im selben Departement, was die Komplexität des Prozesses reduzierte.

Bis auf WorkMed-Reinach waren in allen hier betrachteten Beispielen (RESSORT, SMZO, Medval, PPZ-Adliswil, Fallcoaching Gesundheit, PPZ-Sozialzentren, ISW) **Ressourcen (Personal, Zeit, Geld)** vorhanden. Teilweise kann nicht genau eruiert werden, welchen Einfluss dies auf die Entstehung hatte. Es ist jedoch davon auszugehen, dass sich das Vorhandensein der nötigen Ressourcen förderlich auswirkt und das Fehlen sich entsprechend hinderlich auswirkt. Das Sozialamt der Stadt Bern verfügt als förderliche Ressource über eine spezielle Stelle für Grundlagenarbeit und Innovationsprojekte.

3.2.3 Personelle Faktoren

Ob eine interprofessionelle Zusammenarbeit zustande kommt, kann von verschiedenen personellen Faktoren abhängen. Konkret wurden folgende Faktoren betrachtet: Schlüsselpersonen mit hohem Engagement, vorbestehende persönliche Beziehungen, personelle Kontinuität, Personal mit Kontakt zur Klientel sieht einen Mehrwert in der Zusammenarbeit und Unterstützung von Führungs- oder Leitungspersonen.

In allen hier verarbeiteten Fällen (Medval, Fallcoaching Gesundheit, PPZ-Sozialzentren, PPZ-Adliswil, RESSORT, ISW, WorkMed-Reinach²⁶) waren **Schlüsselpersonen mit hohem Engagement** von zentraler Bedeutung für die Etablierung interprofessioneller Zusammenarbeit. Schlüsselpersonen können *policy broker* sein, die den Kontakt zwischen Institutionen herstellen (Fallcoaching Gesundheit, PPZ-Adliswil, RESSORT, WorkMed-Reinach). Wichtig können in diesen Zusammenhang auch die Unterstützung des Projekts durch Schlüsselpersonen auf Leitungsebene der beteiligten Institutionen (Medval) und ein hohes Engagement von Leitungspersonen und Projektmitarbeitenden sein (PPZ-Sozialzentren, PPZ-Adliswil, RESSORT, ISW, WorkMed-Reinach).

Die **Unterstützung von Führungs- und Leitungspersonen** ist auch dann wichtig, wenn diese nicht als Schlüsselpersonen mit hohem Engagement auftreten. Meist braucht es die Zustimmung dieser Personen, damit eine Zusammenarbeit gestartet werden kann. Entsprechend wurde dieser Faktor in den meisten Fallbeispielen als förderlich für die Entstehung der Zusammenarbeit identifiziert (Medval, Fallcoaching Gesundheit, PPZ-Sozialzentren, PPZ-Adliswil, RESSORT, ISW).

Ein weiterer wichtiger personeller Faktor sind **vorbestehende persönliche Beziehungen**. Dieser Faktor war in fünf Fällen (Medval, Fallcoaching Gesundheit, PPZ-Sozialzentren, PPZ-Adliswil, ISW) förderlich für die Entstehung der Zusammenarbeit. Eingespielte Beziehungen und Kontakte auf persönlicher Ebene, gegenseitige Vertrautheit und Kenntnis der anderen Institution und ihrer Problemlagen sind wichtige Grundlagen für interprofessionelle Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Sozial- und Gesundheitswesen (Gerber et al. 2020).

Dass das **Personal mit Kontakt zur Klientel** einen Mehrwert in der Zusammenarbeit sieht, war für die Entstehung der betrachteten Beispiele eher weniger relevant.

3.2.4 Prozessbezogene und politische Faktoren

Bis zum Start einer interprofessionellen Zusammenarbeit oder der Etablierung eines konkreten Angebots muss ein Entscheidungsprozess durchlaufen werden. Auf diesen können verschiedene, insbesondere politische Faktoren einen Einfluss haben. Konkret wurden in den untersuchten Fällen folgende Faktoren identifiziert: das Vorliegen von empirisch fundierte Situations- oder Bedarfsanalysen, Allianzen befürwortender bzw. ablehnender Akteure, Unterstützung politischer Entscheidungsverantwortlicher und Einbezug der umsetzenden Akteure in den Erarbeitungsprozess.

In fünf Fällen (Medval, Fallcoaching Gesundheit, PPZ-Sozialzentren, RESSORT, ISW) unterstützten **empirisch fundierte Situations- oder Bedarfsanalysen** die Entstehung von interprofessioneller Zusammenarbeit. Dabei handelte es sich um wissenschaftliche Analysen des politisch-strategischen Rahmens, die Verbesserungsbedarf aufzeigten, oder um Bedarfsanalysen und Audits, die eine Nachfrage nach dem Angebot dokumentierten und als Grundlage für die Reorganisation bestehender oder die Konzeption neuer Projekte dienten. Im Fall der Zusammenarbeit WorkMed-Reinach hingegen war von Bedeutung, dass noch keine Erfahrungswerte vorlagen, die den konkreten Nutzen des Angebots für die Gemeinde hätten belegen können. Dieser Umstand war mit ein

²⁶ Die Zusammenarbeit WorkMed-Reinach kam zwar nicht zustande, das hohe Engagement von Schlüsselpersonen war jedoch wichtig, um das Vorhaben zu initiieren und zur Entscheidungsreife zu bringen. Auch bei der Konzeption des im Text nicht berücksichtigten Assessmentcenters Kanton Basel-Landschaft waren Schlüsselpersonen wichtig.

Grund, dass die zuständige Sozialhilfebehörde nur einen Teil der beantragten Kosten für das Projekt bewilligte.

Allianzen befürwortender Akteure können einen förderlichen Einfluss auf die Entstehung interprofessioneller Zusammenarbeit haben. Da in der vorliegenden Studie diesem Aspekt eine eigenständige Fragestellung gewidmet war, wird er in Abschnitt 3.4 ausführlicher erörtert.

Unterstützung politischer Entscheidungsverantwortlicher erwies sich in vier Fällen (Medval, Fallcoaching Gesundheit, PPZ-Sozialzentren PPZ-Adliswil) als relevant für die Etablierung interprofessioneller Zusammenarbeit. Der in Abschnitt 3.2.1 bereits erwähnte Grundkonsens im Kanton Freiburg erleichterte die Schaffung von Medval. Die Unterstützung politischer Entscheidungsverantwortlicher war auch bei der Zusammenarbeit zwischen der PPZ und den Zürcher Sozialzentren und dem Sozialdienst Adliswil förderlich. Während in Adliswil die politischen Entscheidungsverantwortlichen das Vorgehen grundsätzlich unterstützten, dieses aber nicht formell genehmigen mussten, da die Aufwände durch das reguläre Budget gedeckt werden konnten, mussten die politischen Entscheidungsverantwortlichen in der Stadt Zürich die von der Verwaltung vorbereitete Vereinbarung verabschieden. In Reinach unterstützte die entscheidungsrelevante Sozialhilfebehörde die geplante Kooperation mit WorkMed zwar ideell, aber nicht finanziell, was das Projekt letztlich verhinderte.

Der **Einbezug von umsetzenden Akteuren in den Erarbeitungsprozess** kann sich als förderlich erweisen, da dadurch eine breitere Akzeptanz für das Zusammenarbeitsmodell geschaffen wird. Dies zeigte sich z.B. bei Medval als förderlich. Hier waren sowohl Medizinalpersonen als auch regionale Sozialdienste an der Arbeitsgruppe beteiligt.

3.2.5 Technische/praktische/fachliche Faktoren

Aufgrund der Sondierungsgespräche und des Literaturstudiums war zu vermuten, dass verschiedene technische, praktische und fachliche Faktoren (Datenschutzfragen, unterschiedliche fachliche/professionelle Hintergründe, Verständigungsschwierigkeiten zwischen Fachpersonen verschiedener Disziplinen) einer interprofessionellen Zusammenarbeit im Wege stehen können (vgl. Abschnitt 1.1). In den untersuchten Fällen erwiesen sich solche Faktoren bei der Etablierung der Zusammenarbeit jedoch als kaum relevant.

3.2.6 Aspekte der Zusammenarbeitsorganisation

Der Prozess zur Etablierung eines Kooperationsvorhabens kann von inhaltlichen Merkmalen eines Projekts abhängig sein. Dessen Dimension (z.B. Zahl und Kreis der involvierten Akteure, Finanzbedarf, Tragweite der vorgesehenen Anpassungen etc.) bestimmen, welche Instanz über das Vorhaben entscheidet, können aber auch die Interessen und Positionen der beteiligten Akteure beeinflussen.

In drei Fällen (Medval, Fallcoaching Gesundheit, PPZ-Adliswil) war der **Umfang der Anpassung aufgrund der Zusammenarbeit** eher klein, was die Etablierung der Projekte begünstigte. Bei Medval wurde der Prozess zwar grundlegend neu organisiert, aber innerhalb eines bestehenden und eingespielten Dispositivs. Beim Fallcoaching Gesundheit erlaubte der kleine Umfang, dass ein erstes kleines Projekt durch das Globalbudget des Sozialamtes finanziert werden konnte. In Adliswil

wurde durch die Zusammenarbeit mit dem PPZ ein zusätzliches Angebot geschaffen, das jedoch nur bei Nutzung Kosten verursachte.

3.2.7 Fazit

Tabelle 3-1 bietet eine zusammenfassende Übersicht darüber, welche der im Codierungsraster enthaltenen Faktoren (vgl. Anhang 1) in den betrachteten Fällen aus der Sicht des Forschungsteams förderlich (+) oder hinderlich (-) für die Etablierung interprofessioneller Zusammenarbeit waren. Da nicht für jeden Fall dieselbe Informationsbasis vorliegt und nicht zu allen Faktoren systematisch Informationen erhoben wurden, erlaubt die Tabelle keine Quervergleiche unter den Fällen. Fehlende Einträge bedeuten nicht a priori, dass ein Faktor im jeweiligen Fall nicht gegeben war. Sie sind vielmehr so zu interpretieren, dass dem Forschungsteam keine Hinweise dafür vorliegen, dass der betreffende Faktor im jeweiligen Fall relevant war.²⁷

Tabelle 3-1: Für die Entstehung der Zusammenarbeit als relevant identifizierte Faktoren

Einflussfaktoren auf die Entstehung der Zusammenarbeit	Medval	Fallcoaching Gesundheit	PPZ-Zürich	PPZ-Adliswil	RESSORT	ISW	WorkMed- Reinach
Exogene Umfeldbedingungen (Kontext)							
Politische Grundhaltung (z.B. im Kanton) gegenüber Sozialhilfe, Kooperation, Interprofessionalität etc.	+				+		
Übergeordneter politisch-strategischer Rahmen (z.B. Integrationspolitik, Armutsbekämpfung, IIZ etc.)	+				+	+	-
Organisationsleitbilder/-philosophien in Verwaltung, Sozialdienst, Gesundheitseinrichtung	+	+	+		+	+	+
Laufende Veränderungs-/ Entwicklungsprozesse auf höherer Ebene (→ window of opportunity)			+				
Nachfrage nach Angebot		+	+	+		+	
Institutionelle Kontextfaktoren der beteiligten Organisationen							
Gesetzliche Rahmenbedingungen (v.a. auf kantonaler Ebene)					+	+	-
Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der Finanzierung	+	+		+	+	+	-
Gestaltungs- und Entscheidungsspielraum / Handlungsautonomie der Beteiligten	+	+	+	+		+	-
An Zusammenarbeit beteiligte Staatsebene(n)					+	+	
<i>Wenn Zusammenarbeit auf gleicher Ebene:</i> Behördenorganisation (Zuständigkeit für Gesundheit und Soziales)					+		
Ressourcen (Personal, Geld, Zeit)	+	+	+	+	+	+	-
Personelle Faktoren							
Schlüsselpersonen mit hohem Engagement	+	+	+	+	+	+	+
Unterstützung von Führungs-/ Leitungspersonen, diese sehen Mehrwert der Zusammenarbeit	+	+	+	+	+	+	

²⁷ Bei der Validierung der Auswertungstabellen in Anhang 2 wurde den befragten Personen jeweils auch die Zusammenstellung in ihrem Fall der als relevant identifizierten Faktoren und das Codierungsraster mit der Übersicht über alle berücksichtigten Einflussfaktoren zur Begutachtung unterbreitet. Die Angaben wurden somit pro Einzelfall validiert.

Einflussfaktoren auf die Entstehung der Zusammenarbeit	Medval	Fallcoaching Gesundheit	PPZ-Zürich	PPZ-Adliswil	RESSORT	ISW	WorkMed- Reinach
Vorbestehende persönliche Beziehungen	+	+	+	+		+	
Personelle Kontinuität	+						
Personal mit Klientelkontakt sieht Mehrwert der Zusammenarbeit	+						
Prozessbezogene und politische Faktoren							
Empirisch fundierte Situations-/Bedarfsanalyse erfolgt	+	+	+		+	+	
Allianzen befürwortender/ablehnender Akteure	+	+					-
Unterstützung politischer Verantwortlicher	+	+	+	+			-
Einbezug der umsetzenden Akteure in den Erarbeitungsprozess	+						
Technische/praktische/fachliche Faktoren							
Datenschutzfragen							
Unterschiedliche fachliche/professionelle Hintergründe							
Aspekte der Zusammenarbeitsorganisation							
Umfang der Anpassungen aufgrund der Zusammenarbeit	+	+		+			

Hinweise: Diverse im Codierungsraster (Anhang 1) erwähnte Aspekte der Zusammenarbeitsorganisation sind in der Tabelle nicht aufgeführt, da sie sich nur auf eine laufende Zusammenarbeit beziehen. Das SMZO und die Zusammenarbeitsvereinbarungen der Zuger Konferenz für Sozialdienste sind als Fälle nicht in der Tabelle enthalten, da zu ihrer Entstehung kaum Informationen vorliegen. Das Assessmentcenter des Kantons Basel-Landschaft besteht noch nicht (vgl. Falldarstellungen in Anhang 2).

In den untersuchten Fallbeispielen haben sich insbesondere kontextbezogene, institutionelle, personelle sowie prozessbezogene und politische Faktoren für das Zustandekommen interprofessioneller Kooperationen als förderlich erwiesen. Technische/praktische/fachliche Faktoren und Aspekte der Zusammenarbeitsorganisation waren demgegenüber weniger wichtig.

Unter den betrachteten Kontextbedingungen wurden vor allem Organisationsleitbilder, die eine interprofessionelle Zusammenarbeit als kulturelle Praxis fördern, als förderlicher Faktor identifiziert. Auch ein übergeordneter politisch-strategischer Rahmen kann die Etablierung interprofessioneller Zusammenarbeit begünstigen. Im Fall der nicht zustande gekommenen Zusammenarbeit zwischen WorkMed und dem Sozialdienst Reinach machte sich hingegen das Fehlen eines solchen Rahmens oder entsprechender gesetzlicher Rahmenbedingungen bemerkbar.

Unter den institutionellen Einflussfaktoren waren insbesondere die Rahmenbedingungen und die Möglichkeiten der Finanzierung sowie der Gestaltungs- und Entscheidungsspielraum bzw. die Handlungsautonomie der beteiligten Akteure in vielen Fällen der Etablierung interprofessioneller Zusammenarbeit förderlich. Eine fehlende Handlungsautonomie bzw. Finanzkompetenz des Sozialdienstes in Reinach verhinderte dagegen die Zusammenarbeit mit WorkMed.

In allen Fallbeispielen haben sich Schlüsselpersonen mit hohem Engagement als zentral für die Entwicklung der Kooperationsmodelle erwiesen. Auch weitere personelle Faktoren wie vorbestehende persönliche Beziehungen zwischen Mitarbeitenden der beteiligten Institutionen und die Überzeugung von Leitungspersonen oder politischen Verantwortlichen waren in der Mehrzahl der betrachteten Fälle von Bedeutung.

In fünf Fällen bestanden empirisch fundierte Situations- oder Bedarfsanalysen, die eine Nachfrage begründeten oder Verbesserungsbedarf aufzeigten. Solche Nachweise waren relevant für die Entwicklung interprofessioneller Kooperationen, auch weil sie eine Legitimations- und Argumentationsgrundlage gegenüber der Politik darstellen. Die geplante Zusammenarbeit zwischen WorkMed und dem Sozialdienst Reinach kam unter anderem deshalb nicht zustande, weil eine solche Grundlage – hier Erfahrungswerte zum Nutzen für die Gemeinde – fehlte.

Die Resultate zeigen weiter, dass politische Aspekte im Vergleich zu den anderen Faktoren weniger bedeutend für das Zustandekommen interprofessioneller Zusammenarbeit sind, auch wenn sie dieses begünstigen können. Tragen alle involvierten Amtsstellen die Kooperation als politisch-strategischen Entscheid mit, unterstützt dies den Entwicklungsprozess der Kooperationsmodelle ebenfalls.

3.3 Einflussfaktoren auf die laufende Zusammenarbeit

Die Analyse der Einflussfaktoren auf die laufende Zusammenarbeit erfolgte im Wesentlichen anhand desselben Codierungsrasters (Anhang 1) wie die Analyse des Zustandekommens von interprofessioneller Zusammenarbeit. Zusätzlich wurden auch Aspekte der Zusammenarbeitsorganisation berücksichtigt. Entlang der verschiedenen Kategorien von Einflussfaktoren zeigen die Abschnitte 3.3.1 bis 3.3.6 auf, welche dieser Faktoren in den untersuchten Fällen für die Zusammenarbeit förderlich oder hinderlich sind.

Die Analyse der laufenden Zusammenarbeit bezieht sich auf sieben der zehn betrachteten Fallbeispiele. Nicht berücksichtigt wurden die folgenden Fälle: Das Fallcoaching Gesundheit befand sich während der Untersuchung in einer Pilotphase, weshalb noch nicht wirklich beurteilt werden konnte, wie sich die Zusammenarbeit bewährt. Die Zusammenarbeit zwischen WorkMed und dem Sozialdienst Reinach kam nicht zustande und das Assessmentcenter im Kanton Basel-Landschaft besteht noch nicht, weshalb keine Aussagen zu einer laufenden Zusammenarbeit gemacht werden können. Die Zusammenarbeit zwischen der PPZ und dem Sozialdienst Adliswil wurde wieder beendet. Für dieses Beispiel wurden nur Faktoren eruiert, die für die Einstellung der Zusammenarbeit relevant waren, keine förderlichen Faktoren.

3.3.1 Exogene Umfeldbedingungen (Kontext)

Die *politische Grundhaltung* auf der Ebene, auf der das Fallbeispiel anzusiedeln ist (Kanton oder Gemeinde), ist in vier Fällen (Medval, RESSORT, SMZO, ISW) förderlich für die laufende Zusammenarbeit. Nach Einschätzung des Forschungsteam ist dieser Faktor für die untersuchten Fälle zwar relevant, aber nicht entscheidend für das Gelingen der laufenden Zusammenarbeit.

Der *übergeordnete politisch-strategische Rahmen* hat in vier Fällen (RESSORT, SMZO, Medval, ISW) einen förderlichen Einfluss auf die laufende Zusammenarbeit. Relevant ist dabei z.B. das institutionalisierte IIZ-Dispositiv als Element der kantonalen Integrationspolitik bei Medval. Bei RESSORT besteht auf kantonaler Ebene ein politischer Rückhalt, der sich in einer aktiven und engagierten Politik zur Eingliederung von Personen mit psychischen Schwierigkeiten widerspiegelt.

Für die laufende Zusammenarbeit spielen *Organisationsleitbilder und -philosophien* in der Verwaltung, den Sozialdiensten und involvierten Gesundheitseinrichtungen eine zentrale Rolle. Sie wurden in fünf Fällen (RESSORT, SMZO, Medval, PPZ-Sozialzentren, ISW) als förderlich auf die

laufende Zusammenarbeit identifiziert. In den untersuchten Fällen gab es beispielsweise Organisationsphilosophien, die eine Vielzahl von Helfersystemen anerkennen und das entsprechende Arbeitsthema als Querschnittsaufgabe bestimmen (Medval, ISW). Einzelne Fallbeispiele führen für die Kooperation verschiedener Berufsgruppen interprofessionelle Arbeitsgrundsätze ein und fördern damit die Zusammenbeitskultur (ISW). In einem anderen Fall treibt das kantonale Sozialamt die Förderung interprofessioneller Zusammenarbeit als Teil seiner Organisationsphilosophie voran (RESSORT).

In keinem der untersuchten Fälle hatten *laufende Veränderungs- und Entwicklungsprozesse auf höherer Ebene* einen Einfluss auf die laufende Zusammenarbeit.

Die *Nachfrage* nach einem Leistungsangebot im Rahmen von interprofessioneller Zusammenarbeit war insbesondere der Zusammenarbeit des Sozialdiensts Adliswil mit dem PPZ relevant, und zwar als hinderlicher Faktor. Weil seitens der Sozialberatung in Adliswil keine Nachfrage mehr nach den Leistungen der PPZ bestand, wurde die Zusammenarbeit sistiert. Dies verweist auch auf die Bedeutung einer kritischen Grösse eines Kooperationsprojekts: Damit sich der Aufwand für den Aufbau und Betrieb eines interprofessionellen Kooperationsangebots ökonomisch rechtfertigt ist – zumindest für die an der Kooperation beteiligte Institution des Gesundheitswesens – eine gewisse Mindestanzahl an betreuten Klientinnen und Klienten notwendig. Sozialdienste, die eher wenige Personen betreuen, können dies weniger gut gewährleisten. In der Einschätzung von befragten Fachpersonen fehlen kleineren Sozialdiensten zudem auch häufiger die nötigen fachlichen und personellen Ressourcen, um sich über die Bewältigung der reinen Fallarbeit hinaus um den Aufbau und die Pflege von Kooperationen kümmern zu können. Grössere Sozialdienste haben in der Einschätzung einzelner Fachpersonen tendenziell bessere Voraussetzungen für die Etablierung und die Pflege interprofessioneller Zusammenarbeit, weil sie aufgrund von betrieblichen Skaleneffekten eher Ressourcen für fallunabhängige Tätigkeiten einsetzen können²⁸ (vgl. auch das Organisationsmodell der sozialmedizinischen Zentren im Kanton Wallis, Abschnitt 2.4.5). Dasselbe gilt für Einrichtungen des Gesundheitswesens (stationäre Einrichtungen wie z.B. Psychiatriekliniken oder Suchthilfestellen im Vergleich mit z.B. Arztpraxen [Gerber et al. 2020]) und für regionale Sozialdienste.²⁹ Gemäss Fachpersonen bieten grössere Einheiten und insbesondere regionale Strukturen in der Sozialhilfe Vorteile gegenüber einer rein kommunalen Zuständigkeit. Es sei regionalen Einheiten tendenziell besser möglich, Lösungen für sich stellende Herausforderungen zu suchen, als kleinen, personell schwach dotierten kommunalen Diensten. Indem ein grösseres Einzugsgebiet von ihren Angeboten und Ressourcen profitieren kann, reduzieren sie zudem die mit einer rein kommunalen Zuständigkeit inhärente Fragmentierung der Strukturen und Vorgehensweisen.

3.3.2 Institutionelle Kontextfaktoren der beteiligten Organisationen

Gesetzliche Rahmenbedingungen können nicht nur die Entstehung interprofessioneller Zusammenarbeit beeinflussen, sondern begünstigen in diversen Fällen (RESSORT, PPZ-Sozialzentren, SMZO, ISW) auch die laufende Zusammenarbeit. So sichert z.B. im Kanton Wallis

²⁸ Das Sozialamt der Stadt Bern hat z.B. im Rahmen seines Globalbudgets eine spezielle Stelle für Grundlagenarbeit und Innovationsprojekte geschaffen.

²⁹ Regionale Sozialdienste sind zentralisierte Einheiten, welche für mehrere Gemeinden zuständig sind.

die Verankerung der sozialmedizinischen Zentren in der kantonalen Gesetzgebung deren Finanzierung und deren Fortbestand.

Die **Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der Finanzierung** sind in fünf Fällen (Medval, PPZ-Sozialzentren, RESSORT, SMZO, ISW) förderlich für die laufende Zusammenarbeit. Die institutionelle Absicherung der Finanzierung ist für eine längerfristige Fortführung der Zusammenarbeit von Bedeutung. In drei Fällen (RESSORT, PPZ-Sozialzentren, ISW) können die Kosten teilweise durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abgerechnet werden. Bei den SMZ übernimmt der Kanton einen Teil der Kosten, bei Medval sämtliche Kosten. Diese Rahmenbedingungen können aber auch hinderlich sein. Eine Mischfinanzierung wie z.B. bei RESSORT bringt höhere Komplexität und grösseren Steuerungsaufwand mit sich, da unterschiedliche gesetzliche Grundlagen zu berücksichtigen und mehrere Stellen und Akteure an der Budgetplanung und -verwaltung beteiligt sind. Hinzu kommt der Umstand, dass die an der Zusammenarbeit beteiligte Gesundheitseinrichtung unter organisationsinternem Erwartungsdruck steht, einen möglichst grossen Anteil ihrer Tätigkeit in Form von KVG-Leistungen zu erbringen, was die Kapazität für nicht OKP-pflichtige Tätigkeiten und die institutionsinterne Bedeutung des Projekts begrenzt.

Der **Gestaltungs- und Entscheidungsspielraum und die Handlungsautonomie der Beteiligten** ist in drei Fällen (Medval, SMZO, ISW) förderlich für die laufende Zusammenarbeit.

Dass die interprofessionelle Zusammenarbeit **innerhalb derselben Staatsebene** erfolgt, wird vor allem beim Projekt RESSORT als förderlicher Faktor beurteilt. Die **Beteiligung mehrerer Staatsebenen** erwies sich in keinem betrachteten Fall als Hindernis, sondern vielmehr als Ressource: So zeigt sich beispielsweise im Fallbeispiel SMZO, dass die regionalen sozialmedizinischen Zentren dank des hohen Finanzierungsanteils des Kantons weniger von kommunalen Budgets und Finanzierungsentscheidungen abhängig sind. Die ISW stützt ihre Dienstleistungen auf eine nationale und städtische Suchtpolitik sowie auf eine kantonale Gesundheitspolitik ab und profitiert damit von der Beteiligung unterschiedlichen Staatsebenen. Die **Behördenorganisation** ist vor allem bei RESSORT förderlich; die involvierten kantonalen Stellen sind im selben Departement angesiedelt. In den anderen Fallbeispielen scheint dieser Faktor nicht von Bedeutung zu sein.

Dass genügend **Ressourcen** (Personal, Geld, Zeit) für die Zusammenarbeit vorhanden sind, ist in vier Fällen (PPZ-Sozialzentren, RESSORT, SMZO, ISW) für die laufende Zusammenarbeit von Bedeutung.

3.3.3 Personelle Faktoren

In den Fallbeispielen ISW und RESSORT sind **Schlüsselpersonen mit hohem Engagement**, die den Mehrwert der interprofessionellen Zusammenarbeit auf Leitungs- und politischer Ebene aufzeigen und über ein vertieftes Fachwissen verfügen, für die laufende Zusammenarbeit von zentraler Bedeutung. Gleichzeitig besteht in beiden Fällen jedoch auch ein gewisses Risiko darin, dass die Angebote von diesen Schlüsselpersonen abhängig sind und ein Weggang dieser Personen die Fortführung der Zusammenarbeit gefährden könnte. Dieser Faktor ist deshalb ambivalent zu beurteilen.

Unterstützung von Führungs- und Leitungspersonen, die einen Mehrwert in der interprofessionellen Zusammenarbeit sehen, wurde in fünf Fällen (Medval, PPZ-Sozialzentren, PPZ-Adliswil, RESSORT, SMZO, ISW) als förderlich für die Zusammenarbeit betrachtet. Projektverantwortliche

können insbesondere eine aktive Kommunikation pflegen und den Mehrwert und Nutzen der Zusammenarbeit innerhalb und ausserhalb der Institution propagieren.

Der Faktor der **vorbestehenden Beziehungen** ist den meisten Fällen (Medval, PPZ-Sozialzentren, RESSORT, SMZO, ISW) relevant für die laufende Zusammenarbeit und begünstigt diese. In den untersuchten Fällen bestehen gute persönliche und regelmässige Kontakte zwischen den beteiligten Institutionen und eingespielte vertrauensvolle Beziehungen auf Leitungs- und operativer Ebene.

Personelle Kontinuität ist für die laufende Zusammenarbeit förderlich (RESSORT, Medval, ISW). In einem Fall (PPZ-Sozialzentren) wurden personelle Wechsel ausdrücklich als Herausforderung für interprofessionelle Zusammenarbeit bezeichnet, weil es schwierig sei, geeignete Personen zu rekrutieren und weil jeweils die entsprechende Arbeitsweise neu vermittelt und Arbeitsbeziehungen neu aufgebaut werden müssen.

In zwei Fällen (RESSORT, ISW) ist für die Zusammenarbeit förderlich, dass das **Personal mit Kontakt zu der Klientel** den Mehrwert in interprofessioneller Zusammenarbeit sieht. **Aus Sicht der Klientel** kann gemeinsames Arbeiten allerdings auch die Schwierigkeit mit sich bringen, dass Klientinnen oder Klienten misstrauisch sind und das Gefühl haben, das Berufsgeheimnis sei nicht gewährleistet (PPZ-Sozialzentren).

3.3.4 Prozessbezogene und politische Faktoren

Waren empirisch fundierte Situations- und Bedarfsanalysen in vielen Fällen für die Etablierung der Zusammenarbeit als Entscheidungsgrundlagen relevant, sind bei einer laufenden Zusammenarbeit der Nachweis und die **aktive Kommunikation** der Nachfrage und des Nutzens einer Kooperation bzw. eines Angebots **gegen aussen** ein wichtiger Faktor, u.a. um die Unterstützung politischer Akteure zu sichern. Bei drei Fällen (RESSORT, PPZ-Sozialzentren, ISW) ist bekannt, dass z.B. durch Veröffentlichung von Aktivitätsberichten und Beiträgen in Fachzeitschriften eine Kommunikation nach aussen betrieben wird. Bei der PPZ wurde der Start der Zusammenarbeit mit den Sozialzentren evaluativ begleitet. Die positiven Ergebnisse hatten einen Einfluss auf die Weiterführung des Angebots.

Allianzen befürwortender Akteure können einen förderlichen Einfluss auf das Gelingen interprofessioneller Zusammenarbeit haben. Dieser Aspekt wird in Abschnitt 3.4 separat diskutiert.

Ein wichtiger Faktor für laufende interprofessionelle Zusammenarbeit ist auch die **Unterstützung politischer Entscheidungsverantwortlicher**. Diese zeigte sich in fünf Fällen als förderlich (Medval, PPZ-Sozialzentren, RESSORT, SMZO, ISW) und äussert sich dadurch, dass politische Verantwortliche den allgemeinen politisch-strategischen Rahmen des Zusammenarbeitsprojekts unterstützen und den Mehrwert der Zusammenarbeit politisch anerkennen. Vor allem für das Projekt RESSORT war dieser Faktor von Bedeutung. Der zuständige Regierungsrat setzte sich stets für den allgemeinen politisch-strategischen Rahmen des Projekts ein und setzte einen Ausbau des Budgets und der Standorte von RESSORT gegen politischen Widerstand durch. Im Kanton Freiburg (Medval) besteht auf allen politischen Ebenen und zwischen den involvierten Amtsstellen ein Grundkonsens, dass die Bekämpfung von Langzeitarbeitslosigkeit eine Querschnittsaufgabe ist, die ein gemeinsames Vorgehen erfordert. Die gemeinsame Finanzierung der ISW durch Stadt (Sozialdirektion) und Kanton (Gesundheitsdirektion) kann sich auf breite politische Akzeptanz abstützen.

3.3.5 Technische/praktische/fachliche Faktoren

Technische, praktische oder fachliche Faktoren waren für die Etablierung der untersuchten Fallbeispiele interprofessioneller Zusammenarbeit kaum von Bedeutung (vgl. Abschnitt 3.2.5). Bei der laufenden Zusammenarbeit zeigten sich hingegen gewisse Schwierigkeiten, aber auch Vorteile solcher Faktoren:

Datenschutzfragen stellten sich in drei Fällen (PPZ-Sozialzentren, SMZO, ISW) als Schwierigkeit und Herausforderung bei der laufenden Zusammenarbeit heraus.³⁰ So haben beispielsweise in der ISW die Sozialarbeitenden der Sozialberatung im Vergleich zu den städtisch angestellten Psychotherapeuten keinen Einblick in das Krankengeschichtensystem ihrer medizinischen Kooperationspartner. Auch in anderen Fällen (PPZ-Sozialzentren, SMZO) kann das Berufs- oder Arztgeheimnis den Möglichkeiten des Informationsaustausches Grenzen setzen und damit die Nutzung des Potenzials interprofessioneller Zusammenarbeit erschweren. Für die Zusammenarbeit relevante Informationen können in allen diesen drei Fällen jedoch trotzdem weitergeben werden, wenn Schweigepflichtentbindungen vorliegen.

Unterschiedliche fachliche/professionelle Hintergründe sind in drei Fällen (PPZ-Sozialzentren, SMZO, ISW) keine Hürde für die Zusammenarbeit, sondern eine Ressource. So profitieren beispielsweise im Fallbeispiel PPZ die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in den Sozialzentren vom vielfältigen professionellen Hintergrund der Mitarbeitenden der PPZ. Die ISW und das SMZO fördern über Massnahmen der Personalentwicklung bewusst die Etablierung einer interprofessionellen Zusammenarbeitskultur und einer gemeinsamen Sprache der Mitarbeitenden mit unterschiedlichen professionellen Hintergründen. In einem Fall (PPZ-Sozialzentren) zeigten sich allerdings gewisse Verständigungsschwierigkeiten zwischen Fachpersonen verschiedener Disziplinen. Dies war darauf zurückzuführen, dass sich deren Vorstellungen bezüglich Freiwilligkeit und Gegenleistungsprinzip unterschieden und sich gewisse Erwartungen der Sozialarbeitenden an die Psychiatrie teilweise nicht erfüllten.

3.3.6 Aspekte der Zusammenarbeitsorganisation

Folgende Aspekte der Zusammenarbeitsorganisation wurden in den Fallbeispielen betrachtet (vgl. Anhang 1): Bestehen einer formale Vereinbarung (Vertrag, Konvention o.ä.) über die Zusammenarbeit, institutionalisierte Strukturen auf Organisationsebene zur Steuerung/Pflege/Koordination der Zusammenarbeit, Bestehen einer interprofessionell zusammengesetzten Führung, Bestehen eines gemeinsamen Leitbildes (formal), gemeinsame Anlässe wie Weiterbildungen, Erfahrungsaustausch etc., interprofessionell zusammengesetzte Teams mit Kontakt zur Klientel, die Kommunikationswege zwischen Stellen/Fachpersonen und die Angebotskapazitäten.

In sechs Fällen (RESSORT, SMZO, Medval, PPZ-Sozialzentren, ISW, Zuger Konferenz) wird die interprofessionelle Kooperation durch eine **formale Vereinbarung** (Vertrag, Konvention o.ä.) geregelt, was für die laufende Zusammenarbeit förderlich ist. In fünf dieser Fälle (PPZ-Sozialzentren, ISW, RESSORT, SMZO, Zuger Konferenz) bestimmt eine schriftliche Zusammenarbeitsvereinbarung die Leistungen und Finanzierung der Angebote. In einem Fall (Medval) beruht

³⁰ Vgl. für eine Vertiefung dieses Aspekts Gerber et al. (2020: 21f).

die Regelung der Finanzierung des Kooperationsmodells auf einer mündlichen Vereinbarung zwischen den beteiligten Stellen.

Eine **institutionalisierte Struktur auf Organisationsebene** (z.B. interinstitutionell zusammengesetzte Steuerungsstruktur im Fallbeispiel Medval) wird in fünf Fallbeispielen (Medval, PPZ-Sozialzentren, RESSORT, SMZO, ISW) als förderlich für die laufende Zusammenarbeit angesehen.

Eine **interprofessionell zusammengesetzte Führung** ist in vier Fällen (Medval, PPZ-Sozialzentren, SMZO, ISW) gegeben und wird hauptsächlich als förderlicher Faktor betrachtet. Eine interprofessionell zusammengesetzte Leitung, kann, wie im Fallbeispiel SMZO, die Kenntnis und das Verständnis für das andere System und dessen Funktionsweise fördern und zur Personalentwicklung beitragen.

Ein **gemeinsames Leitbild** wurde in zwei Fällen (SMZO, ISW) als förderlicher Faktor identifiziert. Im SMZO begünstigen die bereichsübergreifende operative Leitung und gemeinsame Weiterbildungen die Entwicklung eines interprofessionellen Leitbilds. Im Fallbeispiel ISW orientieren sich die Mitarbeitenden an einen bio-psycho-sozialen Denkansatz, gleichzeitig bestehen gemeinsame Grundsätze zur interprofessionellen Zusammenarbeit. Die Vermittlung dieser Grundsätze an das Personal ist allerdings auch mit Aufwand verbunden und wurde als Herausforderung für die interprofessionelle Zusammenarbeit bezeichnet.

Gemeinsame Anlässe wie Weiterbildungen, Erfahrungsaustausch, Supervisionen etc. fördern die Zusammenarbeitskultur. In fünf Fällen (RESSORT, SMZO, Medval, PPZ-Sozialzentren, ISW) sind solche Anlässe förderlich für die laufende Zusammenarbeit. Im Fallbeispiel PPZ-Sozialzentren findet beispielsweise einmal pro Jahr ein Austausch zwischen den Teams der Sozialzentren der Stadt Zürich und zwei bis drei Fachpersonen der PPZ statt. Auf Leitungsebene nimmt das Führungspersonal der PPZ einmal pro Jahr an der Geschäftsleitungssitzung der Sozialen Dienste teil. In den Fallbeispielen ISW und SMZO werden zur Entwicklung einer gemeinsamen Kultur Weiterbildungen und/oder Supervisionen angeboten.

In zwei Fällen gibt es **interprofessionell zusammengesetzte Teams mit Kontakt zu Klientinnen und Klienten** (Medval, ISW). Das ermöglicht eine erweiterbare Fachkompetenz im Kontakt mit den Klientinnen und Klienten.

Während im SMZO kurze **Kommunikationswege zwischen den involvierten Zusammenarbeitspartnern** als Erfolgsfaktor identifiziert wurden, erschweren im Projekt RESSORT innerhalb der jeweiligen Institutionen formalisierte Kommunikationswege den direkten Austausch der an der Zusammenarbeit beteiligten Personen.

Die **Angebotskapazitäten** haben sich in den untersuchten Fällen kaum als relevant für die laufende Zusammenarbeit gezeigt. Einzig bei RESSORT besteht bloss begrenzte Kapazität für nicht OKP-pflichtige Tätigkeiten, da aufgrund des Finanzierungsmodells ein möglichst grosser Anteil der Tätigkeit in Form von TARMED-Leistungen erbracht werden soll. Weil das Angebot wenig Umsatz generiert, ist der organisationsinterne Rückhalt begrenzt und wird trotz grosser Nachfrage kein Stellenausbau angestrebt.

3.3.7 Fazit

Tabelle 3-2 bietet eine zusammenfassende Übersicht darüber, welche der im Codierungsraster enthaltenen Faktoren (vgl. Anhang 1) in den betrachteten Fällen aus der Sicht des Forschungsteams förderlich (+) oder hinderlich (-) für die Aufrechterhaltung der interprofessionellen Zusammenarbeit sind. Da nicht für jeden Fall dieselbe Informationsbasis vorliegt und nicht zu allen Faktoren systematisch Informationen erhoben wurden, erlaubt die Tabelle keine Quervergleiche unter den Fällen. Fehlende Einträge bedeuten nicht a priori, dass ein Faktor im jeweiligen Fall nicht gegeben war. Sie sind vielmehr so zu interpretieren, dass dem Forschungsteam keine Hinweise dafür vorliegen, dass der betreffende Faktor im jeweiligen Fall relevant war.³¹

Tabelle 3-2: Für die laufende Zusammenarbeit als relevant identifizierte Faktoren

Einflussfaktoren auf die laufende Zusammenarbeit	Medval	PPZ-Zürich	PPZ-Adliswil	RESSORT	SMZO	ISW
Exogene Umfeldbedingungen (Kontext)						
Politische Grundhaltung (z.B. im Kanton) gegenüber Sozialhilfe, Kooperation, Interprofessionalität etc.	+			+	+	+
Übergeordneter politisch-strategischer Rahmen (z.B. Integrationspolitik, Armutsbekämpfung, IIZ etc.)	+			+	+	+
Organisationsleitbilder/-philosophien in Verwaltung, Sozialdienst, Gesundheitseinrichtung	+	+		+	+	+
Nachfrage nach Angebot			-			
Institutionelle Kontextfaktoren der beteiligten Organisationen						
Gesetzliche Rahmenbedingungen (v.a. auf kantonaler Ebene)		+		+	+	+
Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der Finanzierung	+	+		+/-	+	+
Gestaltungs- und Entscheidungsspielraum / Handlungsautonomie der Beteiligten	+				+	+
An Zusammenarbeit beteiligte Staatsebene(n)	+			+		+
<i>Wenn Zusammenarbeit auf gleicher Ebene:</i> Behördenorganisation (Zuständigkeit für Gesundheit und Soziales)				+		
Ressourcen (Personal, Geld, Zeit)		+		+	+	+
Personelle Faktoren						
Schlüsselpersonen mit hohem Engagement				+/-		+/-
Unterstützung von Führungs-/ Leitungspersonen, diese sehen Mehrwert der Zusammenarbeit	+			+	+	+
Vorbestehende persönliche Beziehungen	+			+	+	+
Personelle Kontinuität	+	-		+		+
Personal mit Klientelkontakt sieht Mehrwert der Zusammenarbeit				+		+
Zielgruppen (KlientInnen) sehen Mehrwert der Zusammenarbeit/des Angebots		-				

³¹ Bei der Validierung der Auswertungstabellen in Anhang 2 wurde den befragten Personen jeweils auch die Zusammenstellung in ihrem Fall der als relevant identifizierten Faktoren und das Codierungsraster mit der Übersicht über alle berücksichtigten Einflussfaktoren zur Begutachtung unterbreitet. Die Angaben wurden somit pro Einzelfall validiert.

Einflussfaktoren auf die laufende Zusammenarbeit	Medval	PPZ-Zürich	PPZ-Adliswil	RESSORT	SMZO	ISW
Prozessbezogene und politische Faktoren						
Aktive Kommunikation gegen aussen		+		+		+
Unterstützung politischer Verantwortlicher	+	+		+	+	+
Technische/praktische/fachliche Faktoren						
Datenschutzfragen		-			-	-
Unterschiedliche fachliche/professionelle Hintergründe		+/-			+	+
Aspekte der Zusammenarbeitsorganisation						
Formale Vereinbarung (Vertrag, Konvention o.ä.) über Zusammenarbeit	+	+		+	+	+
Institutionalisierte Struktur (Organisationsebene, nicht fallbezogen) zur Steuerung/Pflege/Koordination der Zusammenarbeit: z.B. Steuerungsorgan, regelmässige gemeinsame Sitzungen etc.	+	+		+	+	+
Interprofessionell zusammengesetzte Führung	+	+			+	+
Gemeinsames Leitbild (formal)					+	+/-
Gemeinsame Anlässe wie Weiterbildungen, Erfahrungsaustausch etc.	+	+		+	+	+
Interprofessionell zusammengesetzte Teams mit Klientelkontakt	+					+
Kommunikationswege zwischen Stellen / Fachpersonen				-	+	

Hinweise: Einzelne im Codierungsraster (Anhang 1) erwähnte Faktoren sind in der Tabelle nicht aufgeführt, da sie sich nur auf die Etablierung einer Zusammenarbeit beziehen. Bei der Analyse der Zusammenarbeit PPZ-Adliswil lag der Fokus auf dem Abbruch der Zusammenarbeit, weshalb für diesen Fall keine förderlichen Faktoren ermittelt wurden. Folgende Fälle sind nicht in der Tabelle enthalten: Das Fallcoaching Gesundheit befand sich während der Untersuchung in einer Pilotphase, weshalb noch nicht wirklich beurteilt werden konnte, wie sich die Zusammenarbeit bewährt keine Aussagen Die Zusammenarbeit WorkMed kam nicht zustande, und das Assessmentcenter des Kantons Basel-Landschaft besteht noch nicht. Zu den Zusammenarbeitsvereinbarungen der Zuger Konferenz für Sozialdienste liegen kaum Informationen vor.

Bei den untersuchten Fallbeispielen sind für das Gelingen interprofessioneller Kooperationen insbesondere Aspekte der Zusammenarbeitsorganisation relevant. Darunter fallen formale Vereinbarungen zur Regelung der Zusammenarbeit oder eine interinstitutionell zusammengesetzte Steuerungsstruktur. Auch gemeinsame (interprofessionelle) Anlässe wie Weiterbildungen oder Erfahrungsaustausch sind wichtig. Sie fördern sowohl die Zusammenarbeitskultur als auch das bereichsübergreifende Verständnis und erweitern die Fachkompetenz der involvierten Akteure. Ein regelmässiger persönlicher Austausch zwischen den verschiedenen Fachpersonen ist auf der persönlichen und auf der fachlichen Ebene bedeutsam. Gleichzeitig zeigt sich auch, dass die Pflege interprofessioneller Zusammenarbeit, z.B. die Vermittlung eines gemeinsamen Leitbilds, mit Aufwand verbunden ist und Ressourcen bindet, die nicht immer vorhanden sind.

Bei den kontextuellen Einflussfaktoren zeigt die Zusammenstellung der Einschätzungen, dass Organisationsleitbilder, die vielfältige bzw. interprofessionelle Helfersysteme anerkennen und eine kooperative Arbeitskultur fördern sowie ein übergeordneter politisch-strategischer Rahmen nicht nur für das Zustandekommen interprofessioneller Zusammenarbeit, sondern auch für die laufende Zusammenarbeit von Bedeutung sind. Im Fall PPZ-Adliswil erwies sich die sinkende Nachfrage nach dem Abklärungsangebot als hemmender Faktor; die Zusammenarbeit wurde aus diesem

Grund sistiert. Eine gewisse kritische Grösse scheint somit für den Erfolg eines Kooperationsprojekts von Bedeutung zu sein.

In den untersuchten Fällen erweisen sich institutionelle Faktoren wie die gesetzlichen Grundlagen und Rahmenbedingungen der Finanzierung nicht nur als förderlich, sondern teilweise auch als erschwerend für die laufende Zusammenarbeit. Gesetzliche Rahmenbedingungen, die das Kooperationsmodell und dessen Finanzierung in der kantonalen Gesetzgebung verankern und eine kostenlose Nutzung des Angebots gewährleisten, oder die in einzelnen Beispielen vorgefundenen Mischfinanzierungen unterstützen die interprofessionelle Zusammenarbeit. Mischfinanzierungen bringen jedoch höheren administrativen Aufwand mit sich und können für die Weiterentwicklung eines Leistungsangebots auch hinderlich sein: Einzelne Gesundheitseinrichtungen sind organisationsintern dazu angehalten, bei ihrer Tätigkeit Leistungen zu priorisieren, die sie über die OKP verrechnen können. Das kann dazu führen, dass im Rahmen einer interprofessionellen Zusammenarbeit erbrachte Leistungen, die einen tieferen Ertrag abwerfen, trotz bestehender Nachfrage nicht weiter ausgebaut werden.

Auf der personellen Ebene sind Schlüsselpersonen mit hohem Engagement in einzelnen Fallbeispielen auch für die Aufrechterhaltung der interprofessionellen Zusammenarbeit wichtig, z.B. indem sie Kommunikation gegen aussen betreiben und gegenüber Politik und Fachkreisen den Mehrwert und Nutzen des Kooperationsmodells aufzeigen und sich für dieses einsetzen. Die Kehrseite dieses Faktors kann allerdings sein, dass Organisationseinheiten oder Projekte stark von diesen Schlüsselpersonen abhängig sind. Personelle Wechsel können sich mitunter negativ auf die Zusammenarbeit auswirken, weil die interprofessionellen Arbeitsweisen jeweils neu vermittelt und Arbeitsbeziehungen neu aufgebaut werden müssen. Unter den personellen Faktoren sind weiter eingespielte persönliche Beziehungen, die ein gegenseitiges Vertrauen und die Kenntnis der anderen Institution und deren Problemlagen vertiefen, sowohl bei der Etablierung als auch bei der Aufrechterhaltung interprofessioneller Zusammenarbeit von zentraler Bedeutung (vgl. auch Gerber et al. 2020).

Unter den prozessbezogenen und politischen Faktoren zeigte sich insbesondere die Unterstützung politischer Entscheidungsverantwortlicher als förderlich für die laufende Zusammenarbeit. Die Anerkennung des Nutzens und Mehrwerts interprofessioneller Zusammenarbeit auf politischer Ebene, politischer Grundkonsens für ein gemeinsames Vorgehen bei der Bearbeitung sozialer und gesundheitlicher Probleme sowie die politische Akzeptanz von Mischfinanzierungen sind wichtige politische Rahmenbedingungen für die Aufrechterhaltung laufender interprofessioneller Kooperationen. Eine aktive Kommunikation gegen aussen über die Funktionsweise, die Vorteile und den Nutzen der Zusammenarbeit kann diese Unterstützung zusätzlich fördern.

Technische Faktoren wie z.B. Datenschutzregelungen wurden vorwiegend als hemmende Faktoren einer effizienten interprofessionellen Zusammenarbeit identifiziert. Das Berufsgeheimnis setzt dem interprofessionellen Informationsaustausch Grenzen. Die entsprechenden Herausforderungen lassen sich aber durch geeignete Vorkehrungen überwinden.

3.4 Akteure und Akteurkonstellationen

Die zu den untersuchten Fällen konsultierten schriftlichen Unterlagen waren für die Analyse der Akteurkonstellationen wenig ertragreich, da sie kaum aussagekräftige Informationen zum Entste-

hungsprozess und zu den darin involvierten Akteuren und ihren Motiven lieferten. Die bei der Entstehung und Umsetzung der interprofessionellen Zusammenarbeit relevanten Akteure und ihre Bedeutung für diesen Prozess wurden deshalb im Rahmen der geführten Einzel- und Gruppengespräche eruiert. Die Informationen dazu wurden in den Auswertungsrastern (Anhang 2) analysiert. Welche Akteure sich aus welchen Motiven für die Zusammenarbeit engagieren und wie kritische Akteure von einer Zusammenarbeit überzeugt werden konnten, wird nachstehend erläutert.

3.4.1 Zentrale Akteure und Koalitionen für interprofessionelle Zusammenarbeit

Die untersuchten Beispiele interprofessioneller Zusammenarbeit sind vorwiegend als verwaltungsinterne Entwicklungsprozesse entstanden. Dabei haben praxisnahe Fachleute oder Führungspersonen aufgrund festgestellter Problemlagen oder Versorgungslücken die Zusammenarbeit initiiert und aufgebaut. In einzelnen Fällen waren Akteure auf politischer Ebene relevant, wie bspw. der kantonale Gesundheits- und Sozialdirektor im Fallbeispiel RESSORT oder der Stadtrat im Fallbeispiel ISW, die sich mit ihrem politischen Commitment für die Finanzierung oder Erweiterung der Kooperationsmodelle engagierten. Zu den für die Aufrechterhaltung der Zusammenarbeitsmodelle **zentralen Schlüsselakteuren** zählen hingegen vorwiegend Projekt- und Koordinationsverantwortliche sowie Leitungspersonen von Verwaltungseinheiten, die in der Gestaltung der laufenden Zusammenarbeit eine aktive Rolle einnehmen.

Wie bereits in Abschnitt 3.1 dargestellt waren für die Sozialdienste die **zentralen Motive** für eine interprofessionelle Zusammenarbeit fehlende Möglichkeiten zur Abklärung der Arbeitsfähigkeit der Klientel und zur fachlichen Unterstützung der Mitarbeitenden. Seitens der Gesundheitsorganisationen basierten die Gründe für die interprofessionelle Kooperation hingegen auf einem fachlichen Interesse wie beispielsweise im Falle von WorkMed, auf einer Angebotserweiterung wie im Beispiel der UPD Bern oder, wie bei der PPZ, auf einer verwaltungsinternen Reorganisation.

Koalitionen von Akteuren mit ähnlichen Überzeugungen und Wertvorstellungen (vgl. Abschnitt 2.2.2), finden sich in den untersuchten Fallbeispielen vor allem auf Leitungsebene. So war bspw. im Kooperationsmodell Medval die Allianz zwischen den Leitern der an der IIZ beteiligten Ämter für die Erarbeitung einer gemeinsamen Strategie zur Förderung der Arbeitsintegration von immanenter Bedeutung. Gleichzeitig bestand und besteht auch eine Koalition der zuständigen Staatsräte. Diese teilen das Grundverständnis, dass die Bekämpfung der Langzeitarbeitslosigkeit eine Querschnittsaufgabe ist, dass ein gemeinsames Vorgehen der beteiligten Amtsstellen erforderlich ist und dass die Gesundheit einen zentralen Aspekt der Arbeitsintegration darstellt. Im ISW-Modell teilen die Leiterinnen und Leiter der Integrierten Psychiatrie Winterthur und der Sozialen Dienste der Stadt Winterthur ähnliche Werte- und Glaubenssysteme in Bezug auf die der Zusammenarbeit zugrundeliegenden Probleme. So wird auf Leitungsebene gemeinsam die Anerkennung von Sucht als Krankheit und damit die Sinnhaftigkeit auf einer interprofessionellen Behandlung, die sowohl die gesundheitlichen als auch die sozialen Aspekte berücksichtigt, propagiert. In der Stadt Zürich teilten die politisch Vorstehenden (Stadträtin/Stadtrat) und die involvierten Amtsdirektoren im Sozialdepartement und Gesundheits- und Umweltdepartement die Auffassung, dass sich die Hilfe am effektiven Bedarf auszurichten hat, also nahe an den Auftraggebern und nahe an den Klientinnen und Klienten. Auch beim Fallcoaching Gesundheit in Bern waren ähnliche Haltungen und Überzeugungen der involvierten Kooperationspartner wichtig für die Etablierung der interprofessi-

onellen Zusammenarbeit: Klinikleitung und Sozialdienst sind beide der Ansicht, sowohl ihre Institution als auch ihre jeweiligen Klientinnen und Klienten würden davon profitieren.

Auf politischer Ebene waren Koalitionen für die Entstehung einer interprofessionellen Zusammenarbeit hingegen nicht unmittelbar relevant. Allianzen politischer Akteure sind vielmehr indirekt von Bedeutung, indem sie den politisch-strategischen Rahmen stützen, in den eine interprofessionelle Zusammenarbeit eingebettet ist. Dies zeigte sich in zwei der untersuchten Fallbeispiele: In Winterthur wurde die Etablierung der integrierten Suchthilfe Anfang/Mitte der 1990er Jahre von einer grossen politischen Koalition (SP, FDP, CVP und EVP) getragen, und im Kanton Waadt (RESSORT) wird das für Sozial- und Gesundheitswesen zuständige Departement von linken Parteien geführt, die eine aktive Sozialpolitik befürworteten und es ermöglichen, Pionierprojekte zu entwickeln. Diese Politik wurde auch in der Kantonsregierung und im Parlament mitgetragen.

3.4.2 Kritische Akteure und Überzeugungsstrategien

In einzelnen untersuchten Fallbeispielen zeigten sich auf Direktions- und auf politischer Ebene Vorbehalte einzelner Akteure gegenüber der Etablierung und Aufrechterhaltung interprofessioneller Zusammenarbeit. Im Fallbeispiel ISW muss bspw. bei einem Wechsel auf Stadtrats- oder Direktionsebene das Organisationsmodell der gemeinsamen Trägerschaft und Finanzierung stets auf Neue legitimiert werden. Dabei überzeugen die zuständigen Führungspersonen die skeptischen politischen Akteure mit ökonomischen und fachlichen Argumenten. So erweist sich bspw. das Angebot der ISW im Vergleich zu anderen traditionellen Anbietern dank der gemeinsamen Finanzierung für die Stadt Winterthur als günstiger. Weiter zeigen empirische Untersuchungen den Mehrwert und Nutzen interprofessioneller Zusammenarbeit auf. Im Fallbeispiel WorkMed-Reinach gelang es den Projektinitiantinnen und -initianten in der Diskussion hingegen nicht, die zögerlichen Akteure zu überzeugen, die für die Zusammenarbeit nötige Finanzierung zu genehmigen. Die für diesen Entscheid zuständige Sozialhilfebehörde erachtete die vorgesehene Zusammenarbeit zwar als sinnvoll und unterstützte sie ideell, war aber aus finanzpolitischen Überlegungen nicht bereit, die Gesamtkosten des Zusammenarbeitsmodells zu genehmigen. Grund dafür war, dass bis dahin noch keine systematische Erhebung vorlag, die den Erfolg des Projekts hätten belegen können.

Einzelne Kooperationsmodelle waren insbesondere beim Prozess des Zustandekommens mit kritischen Akteuren innerhalb der beteiligten Institutionen konfrontiert. So war die Leitung des psychiatrischen Departements des CHUV zunächst der Meinung, das von Mitarbeitenden vorgeschlagene neue Leistungsangebot zur Unterstützung der beruflichen Integration von Menschen mit psychischen Schwierigkeiten (Projekt RESSORT) sei kein Gegenstand der klassischen Psychiatrie und somit kein Auftrag des Departements. Sozialarbeitende innerhalb des Departements befürchteten, dass ihnen die spannende Arbeit weggenommen würde, und Sozialdienstleitende sahen in einer Kooperation mit der Psychiatrie ein Risiko der Stigmatisierung und Medikalisierung der betreuten Fälle. Persönliche Treffen und erste Erfahrungen nach Beginn des Projekts überzeugten diese Akteure jedoch davon, dass die interprofessionelle Kooperation als Unterstützung und Entlastung dient. Akteure auf politischer und institutioneller Ebene wiesen zur Überzeugung kritischer Akteure den Mehrwert und Nutzen der interprofessionellen Zusammenarbeit meist anhand der Darstellung wirksamer Fallbeispiele, der Darlegung empirischer Untersuchungen oder dem Ausweis ökonomischer Einsparungen nach.

4 Entwicklungsmöglichkeiten und Empfehlungen

Nach erfolgter Analyse der untersuchten Fälle widmet sich das vorliegende Kapitel prospektiv den Fragen, wie sich das Engagement für interprofessionelle Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Sozialhilfe und Gesundheitswesen stärken lässt (Abschnitt 4.1) und wie die Politik diese Zusammenarbeit fördern kann (Abschnitte 4.2 und 4.3).

4.1 Entwicklungsmöglichkeiten

Eine zentrale Frage der vorliegenden Studie ist, was sich an der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Sozialdienst ändern müsste, damit sich Akteure stärker für interprofessionelle Zusammenarbeit einsetzen würden. Aus den hier betrachteten Fallbeispielen von Policy-Prozessen zur Etablierung interprofessioneller Zusammenarbeit lassen sich kaum Erkenntnisse zur Beantwortung dieser Frage ableiten. In den meisten Fällen wurde die Zusammenarbeit von engagierten Praxisakteuren initiiert, mit dem Ziel, auf Handlungsdruck zu reagieren und ein Problem besser lösen zu können (vgl. oben). In diesen Fällen ist eine hohe intrinsische Motivation von Mitarbeitenden oder Leitenden von Sozialdiensten oder Gesundheitseinrichtungen erkennbar, die – teilweise vermittelt durch *policy broker* – den Kontakt zum anderen Teilbereich suchten. In diesen Fällen war somit ein hohes Engagement für interprofessionelle Zusammenarbeit gegeben. Die Fallstudien liefern kaum Hinweise auf erfolgreiche Strategien und Argumente zur Überzeugung skeptischer Akteure während der Etablierung eines Zusammenarbeitsmodells (Abschnitt 3.4.2).

Die Frage nach möglichen Änderungen an der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Sozialdienst wurde jeweils in den Gesprächen im Rahmen der Fallstudien direkt gestellt. Die Antworten darauf sind in Tabelle 4-1 zu Hauptkategorien zusammengefasst.

Tabelle 4-1: Anpassungsbedarf an der Schnittstelle zwischen Sozialdienst und Gesundheitswesen

Was müsste sich an der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Sozialdienst ändern, damit sich Akteure stärker für interprofessionelle Zusammenarbeit einsetzen würden?	Anzahl Nennungen
Entwicklung eines gegenseitigen/gemeinsamen Verständnisses durch interprofessionellen Austausch	6
Sicherung der Finanzierung der Zusammenarbeit (Leistungsangebot), Deckung der Kooperationskosten	5
Anerkennung des vorteilhaften Kosten-Nutzen-Verhältnisses von interprofessioneller Zusammenarbeit	4
Einsatz von Amtsleitungen und politisch Verantwortlichen für Interprofessionalität	4
Systemisches Denken und Handeln in Organisationen, Bewusstsein für Zusammenhänge zwischen gesundheitlichen und sozialen Problemlagen	2

Quelle: Interviewaussagen im Rahmen der Fallstudien.

Aus Sicht von sechs Personen³² gilt es, den Austausch zwischen Sozialarbeitenden und Medizinal- bzw. Gesundheitsfachpersonen zu fördern, damit sie sich besser kennenlernen und ein **gemeinsames Verständnis für die Herausforderungen der beruflichen und sozialen Integration von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen entwickeln** können. Die gegenseitige Wahrnehmung sei teilweise eher von Konfrontation geprägt; dies gelte es zu überwinden. Gegenseitiges Verständnis für die Rolle und Anliegen der jeweils anderen Berufsgruppe und eine gemeinsame Haltung hinsichtlich der klientenbezogenen Ziele seien wichtige Grundlagen für die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Sozialdiensten und Akteuren des Gesundheitswesens (vgl. Gerber et al. 2020). Aus den Gesprächen ergaben sich auch konkrete Ansatzpunkte zur Förderung eines solchen Austausches und eines gemeinsamen Verständnisses:

- Gemeinsame Weiterbildungen und Mittagsforen ermöglichen es Personen aus verschiedenen Bereichen, sich kennenzulernen, sich gegenseitig über ihre Arbeit und Angebote zu informieren und sich zu vernetzen. Solche Veranstaltungen stärken z.B. die Ressourcen von Mitarbeitenden kommunaler Sozialdienste, indem sie ihnen Kontakte verschaffen und Möglichkeiten aufzeigen, um im Einzelfall pragmatische Lösungen zur Unterbringung oder Behandlung von Klientinnen oder Klienten zu finden.
- Räumliche Nähe verschiedener Institutionen – z.B. soziale und gesundheitliche Angebote am selben Standort – fördert die interprofessionelle Zusammenarbeit auf zwei Ebenen. Zum einen wird so der Austausch zwischen Institutionen erleichtert, zum andern lassen sich Klientinnen und Klienten, z.B. solche mit psychischen Schwierigkeiten, besser erreichen und leichter von der einen zur anderen Institution weiterverweisen.

Fünf Personen sehen die **Sicherung der Finanzierung der interprofessionellen Zusammenarbeit** als wichtigen Faktor. Dies betrifft sowohl die Leistung zugunsten von Klientinnen und Klienten (therapeutische oder präventive Behandlung, Unterbringung, Hilfsmittel etc.) als auch die organisationsinternen Kosten der Zusammenarbeit (fallbezogene Sitzungen, fallunabhängiger Austausch). Letztere seien vor allem eine Hürde in der Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten (vgl. auch Gerber et al. 2020).

Vier Personen sind der Ansicht, Personen oder Gremien mit Entscheidungsfunktion sollten **das vorteilhafte Kosten-Nutzen-Verhältnis interprofessioneller Zusammenarbeit** zwischen Sozialdiensten und Akteuren des Gesundheitswesens **anerkennen**. Kurzfristig könne eine solche Zusammenarbeit zwar gewisse Mehrkosten mit sich bringen. Wenn ein besserer Gesundheitszustand jedoch die Integrationschancen einer Person erhöhe und die Ablösung aus der Sozialhilfe früher gelinge, würden sich diese Investitionen rasch durch Einsparungen bei den Sozialhilfeausgaben auszahlen. Diese Zusammenhänge gelte es empirisch zu belegen und gegenüber politischen Verantwortlichen verständlich zu vermitteln, damit der Nutzen von interprofessioneller Zusammenarbeit in der politischen Argumentation anerkannt und Widerstand dagegen abgebaut würde. Diese ökonomische Argumentation lässt sich auch auf die Organisationsebene beziehen: Das im Kanton Wallis bestehende Modell regionaler sozialmedizinischer Zentren gilt als betriebswirtschaftlich effizient, weil es eine schlanke Führungsstruktur aufweist, aufgrund seiner Grösse ein relativ breites Leistungsangebot vor Ort ermöglicht und gegenüber kleinräumigen lokalen Strukturen viele Vortei-

³² Es handelt sich jeweils um Personen aus unterschiedlichen Fallbeispielen.

le aufweist (Bündelung der Ressourcen/Nutzung von Synergien, Professionalisierung und Spezialisierung möglich, einheitliche Qualitätsstandards).

Ebenfalls für vier Personen wäre eine wichtige Änderung, dass sich **Amtsleitungen und politisch Verantwortliche stärker für Interprofessionalität einsetzen**. Es brauche auf dieser Ebene Kooperations- und Unterstützungsbereitschaft, die es über kontinuierliche Überzeugungsarbeit, z.B. durch Sozialdienst- oder Amtsleitungen, zu schaffen und erhalten gelte. Dabei wurde vor allem auf die oben bereits ausgeführte ökonomische Argumentationslinie hingewiesen. Eine Person machte auf einen weiteren Aspekt aufmerksam: Im Kontext gesundheitspolitischer Diskussionen um die schwierige Erreichbarkeit vulnerabler Zielgruppen (Bihr/Kaya 2014; Sottas et al. 2014; Rüefli 2015) liesse sich argumentieren, dass Sozialdienste einen institutionellen Zugang zu diesen Zielgruppen haben und somit geeignete Partner für Massnahmen zur Erhöhung gesundheitlicher Chancengleichheit sein könnten.

Zwei Personen sind der Ansicht, es brauche mehr **systemisches Denken und Handeln** in Organisationen des Sozial- und des Gesundheitswesens. Akteure auf beiden Seiten sollten sich stärker bewusst sein, dass gesundheitliche und soziale Problemlagen zusammenhängen und möglichst gemeinsam bearbeitet werden sollten. Als Voraussetzung von Diskussionen und Initiativen zur Förderung von Interprofessionalität müsste z.B. auf Ebene von Amtsleitungen und der Politik anerkannt werden, dass die Bearbeitung von Gesundheitsthemen auch Teil des Auftrags von Sozialdiensten sein kann.

4.2 Die Rolle der Politik bei der Förderung von interprofessioneller Zusammenarbeit

Im Hinblick auf die Formulierung von Empfehlungen gilt es die Rolle der Politik bei der Förderung von interprofessioneller Zusammenarbeit zu beleuchten. Dies erfolgt zunächst theoretisch-abstrakt (Abschnitt 4.2.1), anschliessend analytisch, gestützt auf die in der vorliegenden Studie betrachteten Fallbeispiele (Abschnitt 4.2.2).

4.2.1 Grundsätzliche Möglichkeiten der Einflussnahme der Politik auf interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Sozialwesen

Zunächst ist abstrakt darzulegen, welche Ansatzpunkte und Mechanismen sich der Politik überhaupt bieten, um auf interprofessionelle Zusammenarbeit einzuwirken. Mit «Politik» sind hier in erster Linie die Parlamente³³ und Regierungen auf Bundes-, Kantons- und Gemeindeebene gemeint - sowohl die Organe als auch deren einzelne Mitglieder (Parlamentarierinnen und Parlamentarier, Exekutivpolitikerinnen und -politiker). Die Politik umfasst aber auch politische Parteien und andere Gruppierungen wie Berufsverbände, nichtstaatliche Organisationen etc., die Interessen und Anliegen aufgreifen und auf die politische Agenda setzen. Aus den Funktionen dieser Akteure im politischen System (Vatter 2014) ergeben sich grundsätzlich die folgenden Mechanismen, über die «die Politik» Einfluss auf interprofessionelle Zusammenarbeit nehmen kann (Tabelle 4-2):

³³ Auf kommunaler Ebene finden sich vielfach Gemeindeversammlungen anstelle von (teilweise auch zusätzlich zu) Parlamenten.

Tabelle 4-2: Funktionen von politischen Organen und Akteuren und Mechanismen zur Einflussnahme auf interprofessionelle Zusammenarbeit

Funktionen	Mechanismen zur Einflussnahme auf interprofessionelle Zusammenarbeit
Parlamente / Parlamentarierinnen und Parlamentarier	
Initiierung, Diskussion und Verabschiedung von Gesetzen und Gesetzesrevisionen	strategische und inhaltliche Gestaltung öffentlicher Politik
Aufträge an Regierungen zu Abklärungen und Berichterstattung mittels Vorstösse	Agenda Setting ³⁴
Regierungen / Regierungsmitglieder	
Vorbereitung von Gesetzgebungsprojekten zuhanden des Parlaments	strategische und inhaltliche Gestaltung öffentlicher Politik
Umsetzung von Gesetzen, Planung und Koordination der staatlichen Aufgaben	inhaltliche Gestaltung öffentlicher Politik
Erlass von Verordnungen	inhaltliche Gestaltung öffentlicher Politik
Leitung der öffentlichen Verwaltung	<ul style="list-style-type: none"> – Beauftragung und Genehmigung von Strategien, Programmen und Projekten öffentlicher Politik → strategische und inhaltliche Gestaltung – Organisationsentwicklung und Führung → Grundsätze der Organisationskultur eines Departements / einer Direktion – Besetzung von Leitungsfunktionen in der Verwaltung
Information und Kommunikation	Öffentlichkeitsarbeit, Agenda Setting
Parteien, Verbände, Interessengruppen etc.	
<ul style="list-style-type: none"> – Thematisieren von Interessen und Anliegen in Parlamenten und in der öffentlichen Diskussion – Lancierung von Initiativen und Referenden 	Agenda Setting

Eigene Darstellung gestützt auf Vatter (2014).

Bei dieser Auslegeordnung ist auch den gesundheits- und sozialpolitischen Zuständigkeitsbereichen der verschiedenen Staatsebenen Rechnung zu tragen. Diese determinieren, in welchen Bereichen Akteure auf Bundes-, Kantons- oder Gemeindeebenen die in Tabelle 4-2 genannten Mechanismen überhaupt einsetzen können. Die Zuständigkeiten präsentieren sich wie folgt:

- Der **Bund** ist für die Gesetzgebung in den Sozialversicherungen³⁵ und in der Kranken- und Unfallversicherung zuständig, welche in diesen Bereichen u.a. die Finanzierung, die

³⁴ Agenda Setting bezeichnet den Mechanismus, in dem ein gesellschaftliches Problem als solches erkannt, artikuliert und einer Bearbeitung durch politische Akteure zugeführt – auf die Agenda gesetzt – wird (Knoepfel et al. 148ff.).

Grundsätze von Leistungsansprüchen, den Leistungsumfang etc. dieser Versicherungen regeln. Über die Rahmenregelungen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) hinaus hat der Bund im Bereich der Gesundheitsversorgung keine Zuständigkeiten (Rüefli et al. 2015). Im Bereich der Sozialhilfe hat der Bund abgesehen vom Bundesgesetz über die Zuständigkeit für die Unterstützung Bedürftiger keine Gesetzgebungskompetenzen, und er ist auch nicht an deren Finanzierung beteiligt (Bundesrat 2015). Im Rahmen seiner Kompetenzen lanciert der Bund gesundheits- und sozialpolitische Programme³⁶ und setzt diese – in der Regel gemeinsam mit den Kantonen und Fachorganisationen – um.

- Die **Kantone** sind zum einen für die Umsetzung von Bundesrecht zu den Sozialversicherungen und zur Krankenversicherung zuständig. Zum anderen haben sie autonome Zuständigkeiten im Gesundheits- und Sozialwesen. Im Rahmen der kantonalen Gesetzgebung und Politik im Gesundheitsbereich finanzieren sie beispielsweise gewisse Versorgungseinrichtungen und definieren Leistungsaufträge an sie. Ähnliche Kompetenzen haben die Kantone im Bereich des Sozialwesens. Sie regeln insbesondere die Organisation und Finanzierung der Sozialhilfe (Bundesrat 2015: 5) oder können Einrichtungen des Sozialwesens finanzieren und regeln. Wie der Bund können auch Kantone eigene gesundheits- oder sozialpolitische Programme umsetzen.
- Die Kompetenzen und Finanzierungsverantwortung der **Gemeinden** im Gesundheits- und Sozialwesen richten sich nach der kantonsspezifischen Regelung der Zuständigkeiten. Sie erbringen meistens soziale Dienstleistungen zuhanden der Bevölkerung, was in den meisten Kantonen auch die Ausrichtung der Sozialhilfe umfasst, und sind oft für einzelne Bereiche der Gesundheitsversorgung zuständig, namentlich für die Langzeitpflege und die Pflege zu Hause (Spitex). Je nach Kanton können Gemeinden für solche Aufgaben auch regionale Körperschaften wie z.B. Sozialregionen oder Zweckverbände bilden oder diese Aufgaben an private Leistungserbringer auslagern (Bundesrat 2015: 11).

4.2.2 Die Rolle der Politik in den untersuchten Fallbeispielen

Die vorliegende Studie zeigt, dass die betrachteten Fallbeispiele interprofessioneller Zusammenarbeit in den meisten Fällen von Praktikerinnen und Praktikern sowie Leitungspersonen in Sozialdiensten und Einrichtungen des Gesundheitswesens angeregt, entwickelt und aufgebaut wurden, um auf identifizierte konkrete Probleme und Versorgungslücken zu reagieren. Dabei erwiesen sich v.a. die Leitungen der zuständigen kommunalen oder kantonalen Verwaltungseinheiten (Amt oder Direktion) als relevante Entscheidungsverantwortliche. Sie können im Rahmen ihrer Kompetenzen aktiv werden und sich für interprofessionelle Zusammenarbeit engagieren, Spielräume schaffen und nutzen, die politische Grundhaltung und die Kultur einer Organisation prägen, Initiativen anregen, Personen und Institutionen zusammenbringen etc. Politische Akteure spielten bei der Entstehung der interprofessionellen Zusammenarbeit hingegen kaum eine Rolle. Nur im Fallbeispiel Medval hatten politische Entscheidungsverantwortliche einen direkten, aktiven Einfluss darauf, dass das

³⁵ Damit sind namentlich die Alters- und Hinterlassenenversicherung, die berufliche Vorsorge, die Invalidenversicherung, die Militärversicherung, der Erwerbsersatz, die Familienzulagen, die Arbeitslosenversicherung und die Mutterschaftsversicherung gemeint.

³⁶ Beispiele hierfür sind u.a. die Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie; BAG 2016) oder das Nationale Programm zur Prävention und Bekämpfung von Armut 2014–2018 (Bundesrat 2018).

kantonale IIZ-Dispositiv neu ausgerichtet wurde und dabei der Gesundheitssituation der Zielgruppen besondere Beachtung geschenkt wurde. In den anderen Fallbeispielen traten Exekutivbehörden hingegen entweder reaktiv in Erscheinung, z.B. indem sie über Finanzierungs- oder Budgetanträge oder Anpassungen der Verwaltungsorganisation entschieden – im Fall des Kooperationsprojekt WorkMed-Reinach negativ –, oder spielten eine unterstützende Rolle bei der Aufrechterhaltung oder dem Ausbau bestehender Kooperationen oder Angebote, z.B. im Projekt RESSORT im Kanton Waadt. Parlamente oder einzelne Akteure der politischen Arena waren in den betrachteten Fällen nicht direkt in die Prozesse zur Etablierung der Zusammenarbeit involviert, sie zeigten kein aktives Engagement für interprofessionelle Zusammenarbeit und lösten keine konkreten Initiativen aus.

Die Politik ist hingegen von indirekter Bedeutung. Sie kann z.B. die gesetzlichen Grundlagen und finanziellen Rahmenbedingungen (Budgets) für eine allfällige Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Sozialwesen gestalten (z.B. Kanton Wallis), staatliche Programme oder Projekte lancieren und unterstützen, in deren Rahmen interprofessionelle Zusammenarbeit ermöglicht und stimuliert wird (z.B. Politik zur Integration erwerbsloser junger Erwachsener im Kanton Waadt), oder allgemeinen Handlungsdruck artikulieren (z.B. bezüglich der Arbeitsintegration oder der Begrenzung der Sozialhilfequote, über Sparaufträge etc.), der die Verwaltung zu strategischen und organisatorischen Veränderungen wie z.B. die Etablierung interprofessioneller Zusammenarbeit veranlassen kann.

4.3 Empfehlungen zur Förderung von interprofessioneller Zusammenarbeit durch die Politik

Abschliessend gilt es aufzuzeigen und Empfehlungen zu formulieren, wie die Politik auf nationaler, kantonaler und kommunaler Ebene interprofessionelle Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Sozialdienst fördern kann. Diese Empfehlungen greifen die Auslegung in Abschnitt 4.2.1 auf und leiten sich aus den Befunden der vorliegenden Studie und aus der für die Konzeption der Studie gesichteten Literatur ab. Sie halten fest, welche Akteure über welche Mechanismen auf welche Faktoren Einfluss nehmen können, um interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern. Die Empfehlungen beziehen sich in erster Linie auf die Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen der Sozialhilfe und dem Gesundheitswesen, lassen sich aber grösstenteils sinngemäss auf interprofessionelle Zusammenarbeit allgemein beziehen.

4.3.1 Gestaltung förderlicher gesetzlicher Rahmenbedingungen

► **Empfehlung 1:** Parlamente sowie Regierungen und Verwaltungen sollten sich bietende Gelegenheiten von Gesetzgebungsarbeiten im Sozial- oder Gesundheitswesen dazu nutzen, bestehende Systemgrenzen (zwischen dem Sozial- und dem Gesundheitswesen, zwischen verschiedenen Teilbereichen des Gesundheitswesens) abzubauen und günstige Rahmenbedingungen für interprofessionelle Zusammenarbeit zu schaffen.

Diese Empfehlung zielt in erster Linie auf die Gestaltung gewisser exogener Umfeldfaktoren (übergeordneter politisch-strategischer Rahmen) und des institutionellen Kontexts (gesetzliche Rahmenbedingungen, Finanzierungsmöglichkeiten, Datenschutzregelungen, Gestaltungs- und Entschei-

dungsspielräume und Handlungsautonomie von Organisationen) ab. Konkret bieten sich hier folgende Ansatzpunkte und Stossrichtungen:

Systemgrenzen abbauen, Verbindungen zwischen Teilsystemen schaffen

Auf Ebene der Gesetzgebung können Parlamente und Regierungen auf Bundes- und Kantonsebene im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeiten allgemein darauf achten, dass die verschiedenen Teilsysteme der sozialen Sicherheit des Gesundheitswesens möglichst gut ineinander greifen und Systemübergänge gut aufeinander abgestimmt sind, so dass nicht Massnahmen in einem Teilsystem Massnahmen in einem anderen Bereich verhindern, sondern dass ein systemübergreifend koordiniertes Vorgehen möglich ist. Ein Anschauungsbeispiel für solche Verbindungen auf Ebene der Organisation und Finanzierung bieten z.B. die gesetzlichen Grundlagen der sozialmedizinischen Zentren im Kanton Wallis.

Auf gesetzlicher Ebene können auch die Grundlagen für Verbindungen der Teilsysteme geschaffen werden, z.B. indem festgehalten wird, dass sich die Beurteilung der Situation und der Leistungsansprüche einer Person in einem bestimmten Teilsystem der sozialen Sicherung auch auf eine Beurteilung der gesundheitlichen Situation stützen muss, indem Möglichkeiten zur Finanzierung sozialarbeiterischer Leistungen im Gesundheitswesen geschaffen werden (s.u.), oder indem eine gesetzliche Verpflichtung zu interprofessioneller Zusammenarbeit in bestimmten Situationen oder bei bestimmten Tätigkeiten vorgesehen wird. Organisationsbestimmungen können explizit festhalten, dass die mit sozial- und gesundheitspolitischen Aufgaben betrauten Behörden und Institutionen bei der Erfüllung dieser Aufgaben die Zusammenarbeit mit Stellen aus anderen Bereichen suchen können und sollen.

Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der Finanzierung von interprofessioneller Zusammenarbeit

Die auf Einzelleistungstarifen (TARMED) basierende Finanzierung ambulanter medizinischer Behandlungen wird vielfach als Hürde für interprofessionelle Zusammenarbeit genannt (Gurtner/Wettstein 2019: 4). Weil Ärztinnen und Ärzte ihren Aufwand für Koordinationsarbeit kaum und allfällige nicht-medizinische Leistungen wie z.B. soziale Unterstützungsleistungen in Arztpraxen³⁷ gar nicht über die Krankenversicherung verrechnen können, ist ihre Bereitschaft zu interprofessioneller Zusammenarbeit oft gedämpft und müssen Lösungen zur Deckung solcher Kosten gefunden werden. Es wäre interprofessioneller Zusammenarbeit somit förderlich, wenn die gesetzlichen Grundlagen flexiblere Lösungen zur Kostenübernahme ermöglichen würden (Schmitz et al 2020: 52ff.). Im Bereich der Krankenversicherung kann der vom Bundesrat (2019) vorgeschlagene Experimentierartikel³⁸ einen Rahmen dafür bieten.

³⁷ Eine Arztpraxis in Ittigen (BE) hatte für eine gewisse Zeit einen Sozialarbeiter angestellt und bot auch soziale Unterstützungsleistungen an (Grieb et al. 2019).

³⁸ Eine neue allgemeine Bestimmung im Krankenversicherungsgesetz (KVG; SR 832.10) soll es dem Eidgenössischen Departement des Innern erlauben, in bestimmten Bereichen innovative Pilotprojekte zur Eindämmung der Kostenentwicklung zu bewilligen. Der Bundesrat hat die Botschaft zur entsprechenden Gesetzesrevision im August 2019 vorgelegt, der Nationalrat hat als Erstrat in der Sommersession 2020 mit der Behandlung des Geschäfts (19.046) begonnen.

Regelungen von Datenschutz und Informationsaustausch

Ein anderer Ansatzpunkt zur Verbesserung der Voraussetzungen für interprofessionelle Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Sozial- und Gesundheitswesen auf Ebene der Gesetzgebung sind Regelungen im Bereich des Datenschutzes und des Informationsaustauschs zwischen Einrichtungen unterschiedlicher Teilsysteme. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen sollten – unter Beachtung von Regelungen zum Daten- und Persönlichkeitsschutz und zum Berufs- und Amtsgeheimnis – so gestaltet werden, dass ein Informationsaustausch zwischen Einrichtungen unterschiedlicher Teilsysteme unter klar definierten Voraussetzungen möglich ist.

4.3.2 Strategisch-programmatische Rahmenbedingungen schaffen

► **Empfehlung 2:** Regierungen und Verwaltungen sollten die Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Sozialwesen im Rahmen von gesundheits- und sozialpolitischen Policies (Programme, Strategien, Aktionspläne etc.) aktiv bearbeiten. Sie sollten solche Policies als Katalysatoren und Plattformen zur Stimulierung und Förderung von interprofessioneller Zusammenarbeit nutzen. Wo es thematisch geboten ist, sollten Akteure aus dem Sozial- und dem Gesundheitswesen sowohl in die Ausarbeitung als auch in die Umsetzung von Policies in den beiden Bereichen einbezogen und miteinander in Beziehung gebracht werden.

Wie sich in verschiedenen Fallbeispielen gezeigt hat, bilden öffentliche Policies – von der öffentlichen Verwaltung entwickelte und umgesetzte Programme, in denen verschiedene staatliche und nicht-staatliche Akteure innerhalb eines strategischen Rahmens auf bestimmte Ziele hinarbeiten – vielfach eine strategisch-programmatische Grundlage für interprofessionelle Zusammenarbeit, aber auch einen organisatorischen Rahmen, in dem sie entstehen und gedeihen kann. Als Beispiele hierfür lassen sich die vom Bund 2005 lancierte Interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ-MAMAC) oder die kantonalen Policies zur Bekämpfung von Langzeitarbeitslosigkeit (Freiburg) oder zur Förderung der Arbeitsintegration junger Erwachsener (Waadt) anführen. Solche Policies bieten Akteure u.a. strategische Orientierung und Legitimation für politische Aufträge und neue Aktivitäten. Werden sie intersektoral angelegt und umgesetzt, so dass sie Massnahmen und Akteure aus verschiedenen Teilsystemen wie z.B. dem Sozial- und dem Gesundheitswesen involvieren und zusammenbringen, können sie Plattformen und Keimzellen für interprofessionelle Zusammenarbeit darstellen.

In einzelnen Gesprächen im Rahmen dieser Studie wurden konkrete Anregungen in diese Richtung geäußert. So könnten z.B. gesundheitspolitische Strategien die Zusammenarbeit mit kommunalen und regionalen Sozialdiensten vorsehen und so Akteuren des Gesundheitswesens einen institutionalisierten Zugang zu vulnerablen Personengruppen verschaffen, die für sie oft schwer erreichbar sind (vgl. Abschnitt 4.1). Eine andere Person schlug ein nationales Programm zur Förderung der Gesundheit in der Arbeitswelt³⁹ vor. Ein solches würde zum einen inhaltlich einen Präventionsbeitrag leisten und den Bedarf an Abklärungen, an sozialer Unterstützung und an therapeutischen Massnahmen senken, zum anderen aber auch einen Rahmen schaffen, in dem Akteure aus dem Gesund-

³⁹ Prävention in Wirtschaft und Arbeitswelt ist ein Massnahmenbereich im Rahmen der Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie; BAG 2016).

heitswesen, der Arbeitswelt und der sozialen Arbeit interprofessionell und systemübergreifend zusammenarbeiten könnten.

Ein Beispiel für eine konkrete strategische Grundlage zur Zusammenarbeit zwischen Sozialdienst und dem Gesundheitswesen stellt das 2020 publizierte Grundlagenpapier «Gesundheit in der Sozialhilfe» des Sozialamts der Stadt Bern dar (Kieffer/De Berardinis 2020). Gestützt auf eine Auslegung der Situation skizziert dieses Papier einen anzustrebenden Soll-Zustand für den Umgang mit dem Aspekt Gesundheit im Sozialamt der Stadt Bern und konkrete Massnahmen, um diesen zu erreichen. Unter diesen Massnahmen finden sich auch Pilotprojekte zur Kooperation mit Akteuren aus dem Gesundheitswesen, u.a. das im Rahmen der vorliegenden Studie untersuchte Fallcoaching Gesundheit (Abschnitt 2.4.2).

4.3.3 Konkrete Massnahmen im Rahmen öffentlicher Policies

► **Empfehlung 3:** Staatliche Akteure sollten bei der Umsetzung öffentlicher Policies ihre Handlungsmöglichkeiten und -spielräume nutzen, um mittels konkreter Massnahmen und Aktivitäten interprofessionelle Zusammenarbeit zu stimulieren, zu fördern und einzufordern.

Staatlichen Akteuren stehen im Rahmen öffentlicher Policies verschiedene Steuerungs- und Handlungsinstrumente zur Verfügung, um interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern. Sie können entsprechende Vorgaben und Aufträge erlassen, konkrete Projekte unterstützen oder selbst umsetzen, Wissen und Informationen zur Verfügung stellen oder Strukturen und Plattformen zur Vernetzung und zum Informationsaustausch unter verschiedenen Akteuren schaffen.

Spezifische Aufträge / Vorgaben zu interprofessioneller Zusammenarbeit

Die öffentliche Verwaltung hat gewisse Möglichkeiten, Vorgaben zu interprofessioneller Zusammenarbeit zu machen und diese einzufordern, z.B. in Leistungsaufträgen oder als Auflage bei der Finanzierung von Aktivitäten und Organisationen (vgl. Birk et al. 2015: 327). Sie kann so von ihr kontrollierte oder finanziell unterstützte Organisationen beauftragen, die Zusammenarbeit mit anderen Stellen zu suchen. Die Verwaltung kann interprofessionelle Zusammenarbeit mit einem solchen Auftrag auch explizit ermöglichen, z.B. indem sie vorsieht, dass eine Stelle des Gesundheitswesens gesundheitliche Abklärungen zuhanden von Sozialdiensten erbringen kann.

Impulsprojekte

Die öffentliche Verwaltung auf allen Ebenen (Bund, Kanton, Gemeinde) kann spezifische Programme oder Projekte lancieren, um interprofessionelle Zusammenarbeit anzuregen und zu fördern. Sie kann z.B. Pilotprojekte finanziell unterstützen oder Anschubfinanzierungen leisten. Beispiele für solche Projekte finden sich in der hier vorliegenden Studie (Abschnitt 2.4), im «Verzeich-

nis Modelle guter Praxis – Interprofessionalität» des BAG⁴⁰ oder in Studien und Berichten (z.B. Kieffer/Marta Gamez 2018; Schusselé Filliettaz et al. 2017; Kieffer/De Berardinis 2020).

Information und Sensibilisierung, Evidenzgrundlagen schaffen

Schliesslich kann die öffentliche Verwaltung eine stimulierende Rolle spielen, indem sie Informationsarbeit betreibt, d.h. Erfahrungen, Wissen und praxisorientierte Hilfsmittel zu interprofessioneller Zusammenarbeit sammelt, aufbereitet und verbreitet, und Strukturen und Plattformen zur Vernetzung und zum Erfahrungsaustausch schafft. Ein Beispiel dafür ist das Förderprogramm Interprofessionalität des BAG⁴¹, welches Forschungsprojekte und die Sammlung von Beispielen guter Praxis umfasst (Atzeni et al. 2017: 53; Gurtner/Wettstein 2019: 48ff.). Solche Aktivitäten dienen dazu, den Diskurs über interprofessionelle Zusammenarbeit anzuregen, Bewusstsein für die Relevanz und den Nutzen von interprofessioneller Zusammenarbeit zu schaffen, Inspiration und Lernen aus positiven Beispielen zu ermöglichen und Evidenz zum Nutzen und zu den Erfolgsfaktoren von interprofessioneller Zusammenarbeit aufzuzeigen, die wiederum den Diskurs darüber alimentieren kann.

In einigen der untersuchten Fallbeispiele waren empirische Studien oder Audits, die Handlungsbedarf bei der Betreuung von sozialhilfebeziehenden Personen mit psychischen Schwierigkeiten aufzeigten, ein wichtiges Element im Prozess zur Etablierung einer Zusammenarbeit zwischen einem Sozialdienst und einer Gesundheitseinrichtung (PPZ, RESSORT) oder zur Neuausrichtung bereits vorhandener Angebote (Medval). Auch empirische Studien zum Nachweis des Nutzens interprofessioneller Zusammenarbeit – sowohl für die betreuten Personen als auch hinsichtlich der Kosten für ihre Betreuung bzw. der Sozialhilfeausgaben – und die aktive Kommunikation dieses Nutzens und des Erfolges von Projekten haben sich in verschiedenen Fallbeispielen als Erfolgsfaktoren erwiesen und sind Instrumente, die die öffentliche Verwaltung einsetzen kann, um den politischen Diskurs über interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern (Agenda Setting, vgl. Abschnitt 4.3.6).

4.3.4 Organisationsbezogene Faktoren förderlich gestalten

► **Empfehlung 4:** Personen in Leitungsfunktionen in Regierung und Verwaltung sollten ihre Handlungs- und Einflussmöglichkeiten nutzen, um sich innerhalb ihrer Organisation für interprofessionelle Zusammenarbeit einzusetzen und günstige Voraussetzungen für konkrete Vorhaben interprofessioneller Zusammenarbeit zu schaffen. Sie sollten systemisches Denken und Handeln fördern und Gelegenheiten schaffen, damit Praxisakteure aus dem Sozial- und Gesundheitswesen sich gegenseitig kennenlernen, ein gemeinsames Verständnis für die Probleme an der Schnittstelle zwischen den beiden Bereichen und für die Funktions- und Arbeitsweise der jeweils anderen Profession entwickeln können.

⁴⁰ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-interprofessionalitaet/projektverzeichnis-modelle-guter-praxis.html>; 15.4.2020.

⁴¹ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-interprofessionalitaet.html>, 11.6.2020

► **Empfehlung 5:** Personen mit Einfluss auf die Organisation von konkreten Projekten und Vorhaben interprofessioneller Zusammenarbeit sollten mit gezielten Massnahmen der Organisationsentwicklung (gemeinsame Führungsstrukturen, gemeinsame Weiterbildungen etc.) darauf hinwirken, dass die Zusammenarbeit strukturell und kulturell gefestigt wird. Sie sollten dafür sorgen, dass Strukturen und Abläufe in Zusammenhang mit interprofessioneller Zusammenarbeit innerhalb ihrer Organisation institutionalisiert werden und nicht vom Engagement einzelner Personen abhängig sind.

Personen in Leitungsfunktionen in Regierung und Verwaltung⁴² können als Vorsteherinnen oder Vorsteher einer Verwaltungseinheit (Departement, Direktion, Amt) die politische Grundausrichtung, das Leitbild und die Organisationskultur dieser Einheit gestalten und prägen. In den Fallstudien haben sich verschiedene solche organisationsbezogenen Faktoren als einflussreich für die Etablierung von interprofessioneller Zusammenarbeit erwiesen, sowohl förderlich als auch hinderlich. Auf die Bedeutung organisationsbezogener Faktoren machen auch diverse andere Studien und Erfahrungsberichte aufmerksam (Atzeni et al. 2020: 49; Berthel et al. 2015; Birk et al. 2015: 327; Gurtner/Wettstein 2019: 48ff.; Schmitz et al. 2017: 55; Wider 2011 15ff.).

Leitungspersonen können mittels Organisationsentwicklung innerhalb der Organisation, der sie vorstehen, auf folgende Faktoren Einfluss nehmen, die sich gemäss Literatur und der vorliegenden Studie als förderlich für das Zustandekommen und die Aufrechterhaltung von interprofessioneller Zusammenarbeit erwiesen haben:

- Sie können die Ziele, die Kultur (Grundwerte, Leitbild, formale und informelle Regeln), die Arbeitsprozesse und die Kommunikationswege der Organisation kooperationsförderlich gestalten und den Mitarbeitenden vermitteln, dass interprofessionelle Zusammenarbeit möglich und erwünscht ist.
- Sie können die Ressourcenausstattung (Personal, Geld, Zeit) einer Organisation und damit auch die Rahmenbedingungen zum Aufbau und zur Pflege interprofessioneller Zusammenarbeit beeinflussen.
- Sie können den verschiedenen Organisationseinheiten und den Mitarbeitenden Gestaltungs- und Entscheidungsspielraum und Handlungsautonomie, auch in finanzieller Hinsicht, zugestehen und ihnen so ermöglichen, die Zusammenarbeit mit anderen Stellen zu suchen oder Projekte in einem gewissen Rahmen zu finanzieren.
- Sie können dafür sorgen, dass Stellen aus verschiedenen Teilsystemen gemeinsame Hilfsmittel einsetzen (so genannte *boundary objects*, Schmitz et al. 2017: 55) wie z.B. Assessment-Tools und Reportings, was eine gemeinsame Basis schafft und die Zusammenarbeit technisch erleichtert.
- Sie können im Rahmen der Personalentwicklung dafür sorgen, dass Mitarbeitende in Schulungen und Weiterbildungen für interprofessionelle Zusammenarbeit sensibilisiert und dazu befähigt werden.
- Sie können über die Personalrekrutierung interprofessionelle Teams bilden.

⁴² Die nachfolgenden Ausführungen können auch auf Einrichtungen des Gesundheitswesens bezogen werden.

- Sie können Möglichkeiten zum Kennenlernen anderer Institutionen und zu interprofessionellem Austausch schaffen, z.B. Informationsanlässe oder interdisziplinäre Fallbesprechungen. Eingespielte Beziehungen/Kontakte auf persönlicher Ebene, gegenseitige Vertrautheit, Kenntnis von anderen Institutionen und ihrer Problemlagen sind wichtige Handlungsressourcen und Grundlagen zum Aufbau interprofessioneller Zusammenarbeit (vgl. auch Gerber et al. 2020).
- Sie können auf die Ausgestaltung von Projekten und Strukturen interprofessioneller Zusammenarbeit zwischen ihrer Organisationseinheit und anderen Partnern Einfluss nehmen, z.B. indem sie eine verbindliche formale Vereinbarung (Vertrag, Konvention o.ä.) über die Modalitäten der Zusammenarbeit einfordern oder auf die Schaffung einer institutionalisierten Struktur (z.B. Steuerungsorgan, regelmässige gemeinsame Sitzungen etc.) zur Steuerung, Koordination und Pflege der Zusammenarbeit bestehen.
- Schliesslich können sie auch mittels organisatorischer Massnahmen und Wissensmanagement darauf hinwirken, dass Strukturen und Abläufe in Zusammenhang mit interprofessioneller Zusammenarbeit innerhalb ihrer Organisation institutionalisiert werden und die Zusammenarbeit mit anderen Stellen weniger von einzelnen Personen abhängig ist. So liessen sich auch know-how-Verluste bei Personalfluktuatation besser auffangen.

Angesichts der grossen Bedeutung von Aspekten der Zusammenarbeitsorganisation für das Gelingen von bestehender interprofessioneller Zusammenarbeit sollte auch auf der Ebene konkreter solcher Projekte der Organisationsentwicklung entsprechend Rechnung getragen werden.

4.3.5 Persönliches Engagement und Leadership von Leitungspersonen in Politik und Verwaltung

► **Empfehlung 6:** Personen in Leitungsfunktionen in Regierung und Verwaltung sollten ihren Handlungsspielraum nutzen, um sich persönlich für interprofessionelle Zusammenarbeit einzusetzen und entsprechende Vorhaben zu unterstützen. Sie sollten Schlüsselpersonen, die sich für interprofessionelle Zusammenarbeit einsetzen, Möglichkeiten und Spielraum dafür geben.

Neben den voranstehend genannten organisationsbezogenen Faktoren haben sich auch das Verhalten und persönliche Eigenschaften von Vorsteherinnen oder Vorstehern von Verwaltungseinheiten (Departement, Direktion, Amt) als einflussreich auf die Etablierung und Aufrechterhaltung von interprofessioneller Zusammenarbeit erwiesen (vgl. auch Atzeni et al. 2020: 44; Gurtner/Wettstein 2019: 40). In verschiedenen Fallbeispielen lassen sich verwaltungsinterne Schlüsselpersonen identifizieren, die ein Zusammenarbeitsprojekt initiierten und sich organisationsintern sowie teilweise auch auf politischer Ebene dafür einsetzten. Wie sich anhand von Gesprächen in den Fallstudien zeigt, kann das Rollen- und Führungsverständnis von Führungskräften in Politik und Verwaltung interprofessionelle Zusammenarbeit auf verschiedene Weise fördern:

- Ein wichtiger Faktor ist allgemeines persönliches Engagement (Leadership) zugunsten von interprofessioneller Zusammenarbeit und von Organisationsentwicklung, die diese fördert (vgl. Abschnitt 4.3.4). Führungskräfte können interprofessionelle Zusammenarbeit bewusst selbst anregen und gestalten oder Initiativen aus ihrer Organisation unterstützen und ihnen so Rückhalt geben. Unterstützung durch Personen in Leitungsfunktion wurde in zahlrei-

chen Fallbeispielen als eine wichtige Ressource bei der Etablierung von interprofessioneller Zusammenarbeit genannt.

- Führungskräfte können Veränderungs- und Entwicklungsprozesse wie z.B. die Ausarbeitung von öffentlichen Policies oder Gesetzesrevisionen als Gelegenheitsfenster (*windows of opportunity*) erkennen und zur Lancierung und Umsetzung von Vorhaben interprofessioneller Zusammenarbeit nutzen. Ein Beispiel hierfür ist die Teilrevision des Sozialhilfegesetzes im Kanton Basel-Landschaft, die dem kantonalen Sozialamt die Gelegenheit gibt, die seit längerem gehegte Idee eines Assessmentcenters umzusetzen.
- In ähnlicher Weise können sich Führungskräfte für kreative Lösungen zur Überwindung von Systemgrenzen und zur Ermöglichung von interprofessioneller Zusammenarbeit einsetzen, z.B. indem die bestehenden Rahmenbedingungen und spezifischen Finanzierungsmöglichkeiten der verschiedenen Teilsysteme (z.B. Sozialwesen und Krankenversicherung) zu Mischfinanzierungen verknüpft werden, wie dies im Beispiel der Integrierten Suchthilfe Winterthur erfolgte.
- Führungskräfte können Mitarbeitenden ihrer Organisation Handlungsspielraum geben, um Ideen zur Überwindung von Praxisproblemen, z.B. in der interprofessionellen Zusammenarbeit, zu entwickeln und umzusetzen. Das kann auch finanziellen Handlungsspielraum beinhalten (s.o.).
- Aus einzelnen Gesprächen resultierten Hinweise auf wertvolle Eigenschaften von Führungskräften hinsichtlich der Förderung von interprofessioneller Zusammenarbeit. So sei v.a. systemisches Denken und Handeln wichtig. Es gelte, Probleme der Praxis, z.B. Hindernisse bei der Integration von sozialhilfebeziehenden Personen mit Gesundheitsproblemen, aus umfassender Perspektive zu betrachten und dabei auch die Erfahrungen der Fachpersonen ernst zu nehmen (vgl. auch Atzeni et al. 2020: 49).

4.3.6 Sensibilisierungsarbeit und Agenda Setting

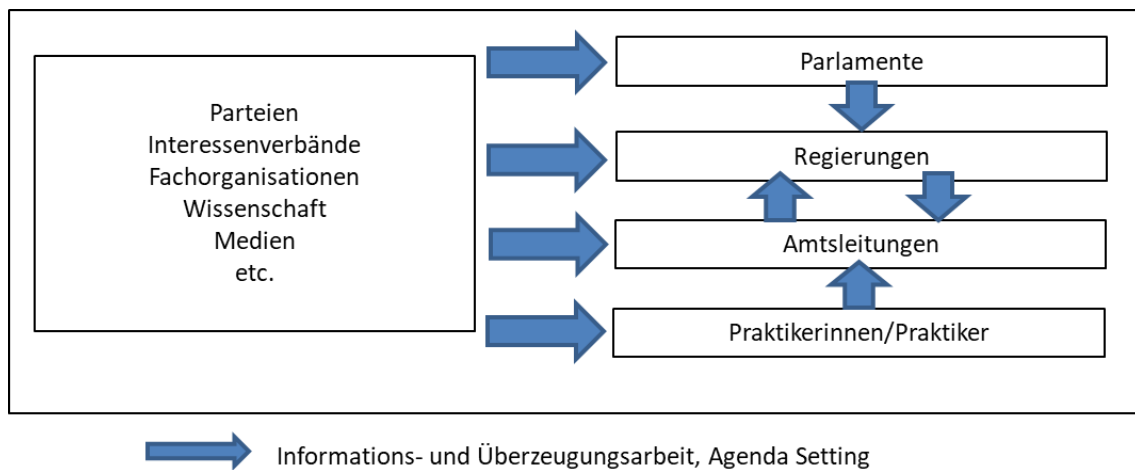
► **Empfehlung 7:** Akteure innerhalb und ausserhalb von Politik und Verwaltung sollten mittels Informations- und Sensibilisierungsarbeit auf unterschiedlichen Ebenen darauf hinwirken, dass Entscheidungsverantwortliche in Politik und Verwaltung sowie Akteure in Einrichtungen des Sozial- und des Gesundheitswesens ein besseres Bewusstsein für die systemischen Zusammenhänge zwischen gesundheitlichen und sozialen Problemlagen und für den Nutzen interprofessioneller Zusammenarbeit entwickeln.

Als förderlicher Faktor für die Etablierung von interprofessioneller Zusammenarbeit haben sich in vielen Fallstudien sogenannte «weiche Faktoren» erwiesen wie z.B. ein Bewusstsein für die Bedeutung gesundheitlicher Fragen im Kontext der Sozialhilfe, ein gemeinsames Verständnis von Personen verschiedener Stellen für die Probleme und den Handlungsdruck hinsichtlich der Integration von Sozialhilfebeziehenden mit gesundheitlichen Problemen oder die Unterstützung eines Vorhabens durch Personen in Leitungsfunktionen (Regierungsmitglieder, Amtsleitungen auf kantonaler oder kommunaler Ebene). Problembewusstsein, eine unterstützende Grundhaltung gegenüber Interprofessionalität und Offenheit für Kooperationen über Systemgrenzen hinweg sind personenbezogene Eigenschaften, die sich nicht politisch-administrativ anordnen lassen. Über Informations- und Sensibilisierungsarbeit und Agenda Setting können jedoch Akteure von verschiedenen Seiten

versuchen, auf den unterschiedlichen Ebenen des Policy-Subsystems diese «weichen Faktoren» zu fördern und das Thema der interprofessionellen Zusammenarbeit als Handlungsoption zur systemübergreifenden Problemlösung auf die Agenda zu setzen. Ziel wäre es, ein Narrativ aufzubauen und Lernprozesse auszulösen, die schliesslich Politikwandel im Sinne von interprofessioneller Zusammenarbeit begünstigen können.

Abbildung 4-1 visualisiert die verschiedenen Richtungen und Ebenen, auf denen Sensibilisierungsarbeit und Agenda Setting im politisch-administrativen System erfolgen kann. Dabei finden sich rechts die verschiedenen staatlichen Organe (Parlamente, Regierung und öffentliche Verwaltung), links Akteure, die sich «von aussen» auf den verschiedenen Ebenen einbringen und Informations- und Überzeugungsarbeit leisten können.

Abbildung 4-1: Einflussrichtungen von Sensibilisierungsarbeit und Agenda Setting im politisch-administrativen System



Eigene Darstellung.

Aus den Fallstudien und geführten Gesprächen im Rahmen der vorliegenden Studie ergeben sich verschiedene Strategien, um das Thema der interprofessionellen Zusammenarbeit und deren Nutzen in den politischen Diskurs in Parlamenten und Regierungen einzubringen sowie gegenüber Leitungen von Verwaltungseinheiten zu artikulieren:

- Dokumentation von erfolgreichen Projekten und good practice-Beispielen von interprofessioneller Zusammenarbeit und von Lösungen zur Überwindung von Systemgrenzen
- Aktive Kommunikation über Erfolge und Wirkungen von interprofessioneller Zusammenarbeit
- Datengestützte wissenschaftliche Studien zum Erfolg und zum Nutzen von interprofessioneller Zusammenarbeit, auch mit Blick auf die Möglichkeit zur Kosteneinsparung im Sozial- und im Gesundheitswesen
- Aussprachen zwischen Verantwortlichen des Gesundheits- und des Sozialwesens

In der Abbildung nicht dargestellt sind Akteure in Einrichtungen des Sozial- und des Gesundheitswesens. Informations- und Sensibilisierungsarbeit zum Thema interprofessionelle Zusammenarbeit kann sich selbstverständlich auch an diese richten.

4.3.7 Übersicht

Im Sinne einer Synthese der Abschnitte 4.3.1 bis 4.3.6 veranschaulicht Tabelle 4-3, welche Möglichkeiten sich den verschiedenen Akteuren aus Politik und Verwaltung auf allen Ebenen innerhalb ihrer jeweiligen Zuständigkeitsbereiche bieten, um interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) an der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Sozialdienst zu fördern. Die meisten dieser Ansätze beziehen sich auf Handlungsmöglichkeiten von Akteuren aus Politik und öffentlicher Verwaltung und entfalten ihre potenziellen Wirkungen vor allem innerhalb dieser Sphären: Politik und Verwaltung können in erster Linie auf staatliche Organe wie Sozialdienste oder öffentliche Einrichtungen des Gesundheitswesens direkt Einfluss nehmen. Nicht-staatliche Akteure des Gesundheitswesens, beispielsweise ambulante Leistungserbringer, stehen hingegen weniger im unmittelbaren Einflussbereich von Politik und Verwaltung. Sie sind hierarchisch und organisatorisch davon unabhängig und können allenfalls über die Gestaltung von Rahmenbedingungen, über Anreize, durch direkte Anfragen oder mittels Informations- und Überzeugungsarbeit dazu veranlasst werden, sich mit interprofessioneller Zusammenarbeit zu befassen und sich an entsprechenden Initiativen zu beteiligen – sofern sie nicht bereits aus eigenem Antrieb tun.

Tabelle 4-3: Übersicht über Handlungsmöglichkeiten von Politik und Verwaltung zur Förderung von interprofessioneller Zusammenarbeit

Parlamente / Parlamentarierinnen und Parlamentarier

Gestaltung förderlicher gesetzlicher Rahmenbedingungen für IPZ:

- Systemgrenzen abbauen, Verbindungen zwischen Gesundheits- und Sozialwesen gut aufeinander abstimmen
- IPZ in gesetzlichen Aufträgen an Verwaltungsstellen und Organisationen explizit vorsehen und ermöglichen
- Finanzierung von IPZ regeln, Lösungen zur Kostenübernahme schaffen
- Hürden des Informationsaustauschs zwischen Einrichtungen unterschiedlicher Teilsysteme unter Wahrung des Daten- und Persönlichkeitsschutzes abbauen

Agenda Setting und Politikgestaltung:

- Mittels Vorstöße und Anfragen Regierungen und Verwaltungen dazu anregen, sich mit dem Thema IPZ zu befassen, Problembewusstsein fördern
- Von Regierung und Verwaltung Massnahmen zur Förderung von IPZ anregen bzw. einfordern

Regierungen / Regierungsmitglieder / Verwaltung

Gestaltung förderlicher gesetzlicher Rahmenbedingungen für IPZ:

- Die Ausarbeitung von Gesetzgebungsprojekten oder von öffentlichen Policies (Programme, Strategien, Aktionspläne etc.) nutzen, um Hürden der systemübergreifenden Zusammenarbeit abzubauen, günstige Rahmenbedingungen für IPZ zu schaffen und IPZ zu stimulieren

Strategisch-programmatische Rahmenbedingungen für IPZ schaffen:

- Gesundheits- und sozialpolitische Policies (Programme, Strategien, Aktionspläne etc.) als Katalysatoren und Plattformen zur Stimulierung und Förderung von IPZ nutzen
 - Die Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Sozialwesen im Rahmen von öffentlichen Policies aktiv bearbeiten, entsprechende Massnahmen vorsehen
-

-
- Akteure aus Gesundheits- und Sozialwesen in die Ausarbeitung und Umsetzung von öffentlichen Policies in den beiden Bereichen einbeziehen
-

Konkrete Massnahmen im Rahmen öffentlicher Policies:

- IPZ durch Vorgaben einfordern, z.B. in Leistungsaufträgen oder in Zusammenhang mit der staatlichen Finanzierung von Aktivitäten oder Organisationen
 - IPZ in Aufträgen an Verwaltungsstellen und Organisationen explizit vorsehen und ermöglichen
 - Pilot- und Impulsprojekte, Anschubfinanzierungen zur Förderung von IPZ
 - Informationsarbeit und Agenda Setting: Erfahrungen, Wissen und praxisorientierte Hilfsmittel zu IPZ sammeln, aufbereiten und verbreiten
 - Strukturen und Plattformen zur Vernetzung und zum Informationsaustausch schaffen
-

Leitung der öffentlichen Verwaltung, Organisationsentwicklung:

- IPZ in den Grundsätzen der Organisationskultur eines Departements / einer Direktion verankern, stimulieren und einfordern
 - Organisationsbezogene Faktoren (vgl. Abschnitt 4.3.4) für IPZ förderlich gestalten
 - Agenda Setting innerhalb der Verwaltung: für IPZ förderliche politische Grundhaltung einnehmen, Massnahmen zur Förderung von IPZ anregen bzw. einfordern
-

Persönliches Engagement, Leadership von Regierungsmitgliedern und Leitungspersonen in der Verwaltung:

- Persönlicher Einsatz zugunsten von IPZ: IPZ anregen oder entsprechende Vorhaben unterstützen
- Die Ausarbeitung von Gesetzgebungsprojekten oder von öffentlichen Policies (Programme, Strategien, Aktionspläne etc.) nutzen, um IPZ zu stimulieren bzw. um Hürden der systemübergreifenden Zusammenarbeit abzubauen
- Organisationsinterne Handlungsspielräume schaffen und nutzen, um IPZ zu ermöglichen und zu fördern und Hürden der IPZ zu überwinden
- Akteure aus verschiedenen Handlungsfeldern zusammenbringen, gegenseitiges Kennenlernen und Entwicklung eines gemeinsamen Problemverständnisses ermöglichen
- Agenda Setting innerhalb der Verwaltung: Massnahmen zur Förderung von IPZ anregen bzw. einfordern

Parteien, Verbände, Interessengruppen

Agenda Setting gegenüber Parlamenten, Regierungen und Verwaltungen:

- Parlamente, Regierungen und Verwaltungen dazu anregen, sich mit dem Thema IPZ zu befassen, Problembewusstsein fördern
-

Dokumente und Literatur

Hinweis: Dokumente und Berichte, die als Informationsgrundlage für einzelne Fallstudien dienen, sind nicht hier aufgelistet, sondern jeweils am Ende der Tabellen zur Falldarstellung in Anhang 2.

Atzeni, Gina; Schmitz, Christof und Berchtold, Peter (2017). Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit. Swiss Academies Reports 12 (2). Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.

BAG – Bundesamt für Gesundheit (2016). Massnahmenplan zur Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024. Bern: BAG.

BAG – Bundesamt für Gesundheit (2017). Förderprogramm Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017 – 2020. Bern: BAG.

Bandelow, Nils C. (2015). Advocacy Coalition Framework. In Wenzelburger Georg und Zohlhörer, Reimut (Hrsg.). Handbuch Policy-Forschung. Wiesbaden: Springer VS; 305-324

Berthel, Toni; Vogel, Françoise und Kläusler, Charlotte (2015). Plädoyer für eine integrierte Zusammenarbeit in der Suchthilfe. SuchtMagazin 1/2015; 13-17.

Bihr, Sibylle und Kaya, Bülent (2014). Verletzliche Personen in der Gesundheitsversorgung. Erfahrungen aus Sicht von Personen mit Migrationshintergrund. Wabern-Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz.

Birk, Anne; Bösiger, Barbara und Kaegi, Urs (2015). Innerorganisationale Kooperationskompetenz. Voraussetzung für interorganisationale Kooperation? In Wüthrich, Bernadette; Amstutz, Jeremias und Fritze, Agnès (Hrsg.). Soziale Versorgung zukunfts-fähig gestalten. Wiesbaden: Springer; 323-330.

Bundesrat (2015). Ausgestaltung der Sozialhilfe und der kantonalen Bedarfsleistungen. Handlungsbedarf und –möglichkeiten. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats 13.4010 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats «Rahmengesetz für die Sozialhilfe» vom 6. November 2013.

Bundesrat (2018). Ergebnisse des Nationalen Programms zur Prävention und Bekämpfung von Armut 2014–2018. Bericht des Bundesrates zum Nationalen Programm sowie in Erfüllung der Motion 14.3890 Sozialdemokratische Fraktion vom 25. September 2014.

Bundesrat (2019). Botschaft vom 21. August 2019 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1). BBl 2019 6071.

Féraud, Marius und Bolliger, Christian (2013). Kooperationsmodelle in den Bereichen Prävention, Intervention, Repression. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 13/13. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.

fmc – Schweizer Forum für Integrierte Versorgung (2018). Bund, Kantone und Gemeinden in der Integrierten Versorgung: Rollenszenarien 2026. Denkstoff No. 4. Bern: fmc.

GDK – Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz und BAG - Bundesamt für Gesundheit (2012). Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung. Bericht der Arbeits-

- gruppe «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung». Bern: Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz und Bundesamt für Gesundheit.
- Gerber, Michèle; Suppa, Anna und Rüefli, Christian (2020). Analyse der Schnittstelle zwischen Sozialhilfe/Sozialdienst und dem Gesundheitswesen. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Bern: Büro Vatter, Politikforschung & -beratung.
- Giger, Marc-André; Häusler, Elvira; Sander, Melanie und Staffelbach, Daniel (2018). Abgeltung von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung Bericht im Rahmen des Projektes «Koordinierte Versorgung» des Bundesamts für Gesundheit BAG. Bern: BAG.
- Grieb, Manuela; Rüegg, René und Gehrlach, Christoph (2019). Neue Wege der Praxis: Soziale Arbeit in der Hausarztmedizin. In *impuls*, Magazin des Departements Soziale Arbeit der Berner Fachhochschule BFH 1/2019; 24-27.
- Gurtner, Sebastian und Wettstein, Miriam (2019). Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen - Anreize und Hindernisse in der Berufsausübung. Bern: Berner Fachhochschule – Wirtschaft, Institut Unternehmensentwicklung.
- Hauri, Roland (2015). Wie soziale Dienste in der Sozialhilfe zusammenarbeiten. Eine soziale Netzwerkanalyse interinstitutioneller Kooperationsstrukturen. In Wüthrich, Bernadette; Amstutz, Jeremias und Fritze, Agnès (Hrsg.). *Soziale Versorgung zukunftsfähig gestalten*. Wiesbaden: Springer; 279-288.
- Hauri, Roland und Zürcher, Pascale (2015). *Kooperationsformen im Bereich der sozialen Grundversorgung*. Bern: Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit.
- Höpflinger, François; Bayer-Oglesby, Lucy und Zumbrunn, Andrea (2011). *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Howlett, Michael und Tosun, Jale (Hrsg.; 2019). *Policy styles and policy-making: Exploring the linkages*. Abingdon/New York: Routledge.
- Kieffer, David und Marta Gamez, Facia (2018). *Sozialhilfe und Gesundheit: Übersicht über Projekte und Praxis*. Bern: Bundesamt für Gesundheit und Sozialamt.
- Kieffer, David und De Berardinis, Simona (2020). *Grundlagenpapier Gesundheit in der Sozialhilfe. Ansätze zum Umgang mit Gesundheitsfragen bei Sozialhilfebeziehenden in der Stadt Bern*. Bern: Direktion für Bildung, Soziales und Sport.
- Knoepfel, Peter; Larrue, Corinne; Varone, Frédéric und Veit, Sylvia (2011). *Politikanalyse*. Opladen & Farmington Hell: Verlag Barbara Budrich.
- Knöpfel, Carlo und Pardini, Riccardo (2019). Gute Betreuung im Alter, in *Soziale Sicherheit CHSS* 1/2019; 13-16.
- Lauber, Barbara (2014). Zusammenarbeit der Bereiche Soziales und Gesundheit in der Betreuung: Die Wertschätzung für die Arbeit der anderen ist zentral. *INFOS INSOS*; 8-9.
- Oetterli, Manuela; Laubereau, Birgit; Wallimann, Carla; Knecht, Donat und Müller, Marianne (2017). *Interprofessionelle Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Sozialbereich: Was kann man von Good-Practice-Beispielen in der Luzerner Gesundheitsversorgung lernen? Luzern: Interface und Hochschule Luzern – Soziale Arbeit*.

- Rüefli, Christian (2015) Grundlagenanalyse zur Zukunft des Themas Migration und Gesundheit beim Bund. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Bern: Büro Vatter, Politikforschung & -beratung.
- Rüefli, Christian; Duetz, Margreet; Jordi, Michael und Spycher, Stefan (2015). Gesundheitspolitik. In Oggier, Willy (Hrsg.). Gesundheitswesen Schweiz 2015–2017. Bern: Hogrefe; 117–122.
- Sabatier, Paul A. (1987). Knowledge, policy-oriented learning, and policy change: An advocacy coalition framework. *Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization* 8 (4); 649-692.
- Sabatier, Paul A. (1998). The advocacy coalition framework: Revision and relevance for Europe. *Journal of European Public Policy* 5; 98-130.
- Sabatier, Paul A. und Weible, Christopher M. (2007). The advocacy coalition framework: Innovations and clarifications. In Sabatier, Paul A. (Hrsg.) *Theories of the policy process*. Boulder: Westview Press.
- Salzgeber, Renate (2015). Kennzahlenvergleich zur Sozialhilfe in Schweizer Städten. Berichtsjahr 2014, 13 Städte im Vergleich. Bern: Berner Fachhochschule, Fachbereich Soziale Arbeit.
- Schmitz, Christof; Atzeni, Gina und Berchtold, Peter (2020). Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung: erfolgskritische Dimensionen und Fördermassnahmen. *Swiss Academies Reports* 15 (2). Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.
- Schusselé Fillietaz, Séverine et al. (2017). Soins intégrés en Suisse. Résultats de la 1re enquête (2015–2016). (Obsan Dossier 57). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Sottas, Beat; Brügger, Sarah und Jaquier, Adrienne (2014). Zugangsprobleme zur Gesundheitsversorgung? Eine explorative Studie auf Grund von Expertengesprächen. Bourguillon: sottas formative works.
- Vatter, Adrian (2014). *Das politische System der Schweiz*. Baden Baden: Nomos.
- WHO – World Health Organization und Health Professions Networks – Nursing & Mid-wifery – Human Resources for Health (2010). *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*. Genf: World Health Organization.
- Wider, Diana (2011). *Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde: Rahmenbedingungen und Folgerungen für die Sozialarbeit*. Bachelorarbeit Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Wolffers, Felix (2012). Hohe Gesundheitskosten als Herausforderung für die Sozialhilfe. In *Soziale Sicherheit CHSS* 3/2012; 164-167.
- Wolffers, Felix und Reich, Oliver (2015). Welche Ursachen haben hohe Gesundheitskosten in der Sozialhilfe? *Soziale Sicherheit CHSS* 2/2015; 89-93.

Anhang 1: Codierungsraster zur Ermittlung förderlicher und hinderlicher Einflussfaktoren

Zur Ermittlung der Faktoren, die sich für das Zustandekommen und Funktionieren von interprofessioneller Zusammenarbeit als förderlich oder hinderlich erwiesen, kam das nachfolgende Codierungsraster zur Anwendung. Es wurde einerseits aus Fachliteratur und Studien zu interprofessioneller Zusammenarbeit (Atzeni et al. 2017; Birk et al. 2015; Féraud/Bolliger 2013; Hauri/Zürcher 2015; Schmitz et al. 2020; Wider 2011), andererseits aus den Erkenntnissen der Sondierungsgespräche und der Pilotfallstudien erstellt. Die Tabelle listet die Faktoren gegliedert nach verschiedenen Kategorien (**fett**) auf.

Für jede Fallstudie beurteilten die Forschenden anhand der schriftlichen Unterlagen, der Gespräche und eigenen Einschätzungen zunächst, ob der jeweilige Faktor im betrachteten Fall für die Etablierung der Zusammenarbeit bzw. für die laufende Zusammenarbeit von Bedeutung war oder nicht (oder ob keine Beurteilung möglich ist). In einem zweiten Schritt wurden die als bedeutend erachtete Faktoren als förderlich, hinderlich oder sowohl förderlich als auch hinderlich eingestuft. Die so gewonnenen Einschätzungen bilden die Grundlage zur Beantwortung der Untersuchungsfragen in Abschnitt 3.1.

Tabelle A-1: In den Fallstudien untersuchte mögliche Einflussfaktoren auf das Zustandekommen und Funktionieren interprofessioneller Zusammenarbeit

Untersuchte Faktoren	Hilfestellung zur Beurteilung förderlich/hinderlich
Exogene Umfeldbedingungen (Kontext)	
Politische Grundhaltung (z.B. im Kanton) gegenüber Sozialhilfe, Kooperation, Interprofessionalität etc.	ermöglichend vs. einschränkend
Übergeordneter politisch-strategischer Rahmen (z.B. Integrationspolitik, Armutsbekämpfung, IIZ etc.)	gegeben/nicht gegeben
Organisationsleitbilder/-philosophien in Verwaltung, Sozialdienst, Gesundheitseinrichtung	gegeben/nicht gegeben
Laufende Veränderungs-/ Entwicklungsprozesse auf höherer Ebene (→ window of opportunity)	gegeben/nicht gegeben
Nachfrage nach Angebot	gross/klein
Institutionelle Kontextfaktoren der beteiligten Organisationen	
Gesetzliche Rahmenbedingungen (v.a. auf kantonaler Ebene)	ermöglichend vs. einschränkend, z.B. Möglichkeiten zur Zusammenarbeit bereits vorgesehen, themenspezifische vs. fragmentierte Regulierungen etc.
Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der Finanzierung	ermöglichend vs. einschränkend; Finanzierung gesichert/nicht gesichert
Gestaltungs- und Entscheidungsspielraum / Handlungsautonomie der Beteiligten	gross/klein – Können die treibenden Kräfte selbst über Aufnahme einer Zusammenarbeit entscheiden oder nicht?

Untersuchte Faktoren	Hilfestellung zur Beurteilung förderlich/hinderlich
An Zusammenarbeit beteiligte Staatsebene(n)	Zusammenarbeit auf gleicher Ebene oder zwischen verschiedenen Ebenen
<i>Wenn Zusammenarbeit auf gleicher Ebene:</i> Behördenorganisation (Zuständigkeit für Gesundheit und Soziales)	Gesundheit und Soziales unter einem Dach vs. unterschiedliche Zuständigkeiten
Ressourcen (Personal, Geld, Zeit)	vorhanden vs. knapp
Personelle Faktoren	
Schlüsselpersonen mit hohem Engagement	gegeben/nicht gegeben
Unterstützung von Führungs-/ Leitungspersonen, diese sehen Mehrwert der Zusammenarbeit	gegeben/nicht gegeben
Vorbestehende persönliche Beziehungen	gegeben/nicht gegeben
Personelle Kontinuität	gegeben/nicht gegeben
Personal mit Klientelkontakt sieht Mehrwert der Zusammenarbeit	gegeben/nicht gegeben
Zielgruppen (KlientInnen) sehen Mehrwert der Zusammenarbeit/des Angebots	gegeben/nicht gegeben
Prozessbezogene und politische Faktoren	
Empirisch fundierte Situations-/Bedarfsanalyse erfolgt	gegeben/nicht gegeben
Aktive Kommunikation gegen aussen	gegeben/nicht gegeben
Allianzen befürwortender/ablehnender Akteure	gegeben/nicht gegeben
Unterstützung politischer Verantwortlicher	gegeben/nicht gegeben
Einbezug der umsetzenden Akteure in den Erarbeitungsprozess	gegeben/nicht gegeben
Technische/praktische/fachliche Faktoren	
Datenschutzfragen	gegeben/nicht gegeben
Unterschiedliche fachliche/professionelle Hintergründe	gegeben/nicht gegeben
Aspekte der Zusammenarbeitsorganisation	
Umfang der Anpassungen aufgrund der Zusammenarbeit	gross (z.B. grundsätzliche Reorganisation, neue Stellen nötig, grosser Finanzbedarf, neue Prozesse etc.) vs. klein (nur geringe Anpassungen an Organisation, Prozess nötig, geringer Finanzbedarf)
Formale Vereinbarung (Vertrag, Konvention o.ä.) über Zusammenarbeit	gegeben/nicht gegeben
Institutionalisierte Struktur (Organisationsebene, nicht fallbezogen) zur Steuerung/Pflege/Koordination der Zusammenarbeit: z.B. Steuerungsorgan, regelmässige gemeinsame Sitzungen etc.	gegeben/nicht gegeben
Interprofessionell zusammengesetzte Führung	gegeben/nicht gegeben
Gemeinsames Leitbild (formal)	gegeben/nicht gegeben
Gemeinsame Anlässe wie Weiterbildungen, Erfahrungsaustausch etc.	gegeben/nicht gegeben

Untersuchte Faktoren	Hilfestellung zur Beurteilung förderlich/hinderlich
Interprofessionell zusammengesetzte Teams mit Klientelkontakt	gegeben/nicht gegeben
Kommunikationswege zwischen Stellen / Fachpersonen	träge, aufwändig vs. schlank, unkompliziert
Angebotskapazität	ausreichend vs. zu klein (Nachfrage kann nicht gedeckt werden)

Anhang 2: Auswertungsraster zu den betrachteten Fallbeispielen

Anhang 2 präsentiert die zu den untersuchten Fallbeispielen erfassten Informationen in Form der systematischen Auswertungsraster.

Medval

Charakterisierung der Zusammenarbeit

Merkmale des Zusammenarbeitsmodells		
An der Zusammenarbeit beteiligte Stellen/Akteure	<i>Nennen (mit Staatsebene)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Amt für den Arbeitsmarkt AMA (Kanton) - IV-Stelle (Kanton) - Sozialamt (Kanton) - Regionale Sozialdienste (Gemeinden)
Setting(s)	<i>Sozialhilfe/Psychiatrie/Suchtberatung/etc.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitseingliederung - Sozialhilfe
An der Zusammenarbeit beteiligte Staatsebene(n)	<i>gleiche oder unterschiedliche Ebene(n)</i>	Unterschiedliche Ebenen (Kanton/Gemeinden)
Wenn Zusammenarbeit auf gleicher Ebene: Behördenorganisation (Zuständigkeit für Gesundheit und Soziales)	<i>gleiche oder unterschiedliche Organisationseinheit(en)</i>	-
Jahr der Etablierung der Zusammenarbeit	<i>Nennen</i>	2006 (IIZ-MAMAC); Medval wurde ab 2015 im Zuge einer Neuausrichtung der kantonalen IIZ geschaffen und startete 2017.
Übergeordneter politischer/strategischer Rahmen der Zusammenarbeit	<i>Ist die Zusammenarbeit in einen übergeordneten politischen oder strategischen Rahmen (z.B. Integrationspolitik, Armutsbekämpfung,</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Interinstitutionelle Zusammenarbeit IIZ (Nationaler Kontext): Medval ist eine Weiterentwicklung des vorherigen Modells IIZ-MAMAC - Kantonale Politik gegen Langzeitarbeitslosigkeit

Merkmale des Zusammenarbeitsmodells

IIZ etc.) eingebettet bzw. Element eines grösseren Ganzen (--> welcher?) oder eine isolierte, eigenständige Initiative ohne politisch-strategischen «Überbau»?

Zielsetzung/Inhalt/Angebot

Kurze Beschreibung, was die Zusammenarbeit beinhaltet und worauf sie abzielt

Medval ist ein Angebot der IIZ. Fachpersonen der regionalen Sozialdienste, der RAV und der IV-Stelle können eine multidisziplinäre Abklärung von Klientinnen und Klienten, deren berufliche Wiedereingliederung durch ein gesundheitliches Problem erschwert wird, vornehmen lassen. Ziel ist, deren Situation aus einer multidisziplinären Optik besser zu verstehen und gestützt auf die Abklärung gezielte Massnahmen zur Arbeitsintegration treffen zu können. Medval übernimmt eine vermittelnde Rolle zwischen den beteiligten Unterstützungssystemen. Es versucht, den involvierten Stellen die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Perspektiven und sozialversicherungsrechtlichen Regimes näherzubringen und fallspezifische Handlungsmöglichkeiten aus systemübergreifender Optik vorzuschlagen.

Zielgruppe(n): An wen richtet sich die Leistung, die durch die Zusammenarbeit erbracht wird? Wer profitiert konkret davon?

*- Individuen (Sozialhilfebeziehende, Sucht Betroffene etc.)
- Institutionen (Sozialdienste, IV, RAV, Gesundheitseinrichtungen etc.)*

- Primäre Institutionen: Regionale Sozialdienste, RAV, IV
- Individuen: Personen, deren berufliche Wiedereingliederung durch ein gesundheitliches Problem erschwert wird, und die Leistungen der Sozialdienste, der RAV oder der IV empfangen.

Funktionsweise der Zusammenarbeit

Kurze Beschreibung, wie die (fallbezogene) Zusammenarbeit konkret abläuft.

Fallführende Stellen (Regionale Sozialdienste, RAV, IV) können Personen bei Medval über ein Formular anmelden. Diese Personen müssen nach vorgängiger Information über das Vorgehen ihr Einverständnis und eine Vollmacht schriftlich abgeben. Ein Team mit je einer Person seitens der RAV, der IV und der regionalen Sozialdienste sowie einer IIZ-Ärztin/einem IIZ-Arzt bündelt alle Informationen aus den involvierten Institutionen. Es trifft dazu die persönlichen Beratungspersonen der zuweisenden Stelle. Die Medizinalperson im Medval-Team tritt mit der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt in Kontakt und trifft bei Bedarf die zu begutachtende Person. Das Medval-Team erstellt unter Einbezug der persönlichen Beratungsperson der fallführenden Stelle einen Abklärungsbericht zuhanden der zuweisenden Stelle. Der Bericht nimmt im Sinne einer Entscheidungsgrundlage eine multidisziplinäre Einschätzung der persönli-

Merkmale des Zusammenarbeitsmodells

		<p>chen Situation der abgeklärten Person vor, insbesondere auch zum Gesundheitszustand, und macht Vorschläge im Hinblick auf Möglichkeiten der beruflichen Wiedereingliederung aus interinstitutioneller Perspektive.</p> <p>Medval bietet auch Weiterbildungen für die Beraterinnen und Berater der zuweisenden Institutionen an.</p>
Anzahl bearbeitete Fälle pro Jahr	<i>Ungefähre Angabe gemäss vorliegenden Quellen (Durchschnittswert)</i>	<p>Pro Jahr 118 Anfragen (davon 68 von regionalen Sozialdiensten), 109 angenommen. 18 Personen vom IIZ-Arzt untersucht.</p> <p>(Durchschnitt der ersten beiden Betriebsjahre Juni 2017-Mai 2019)</p>
Steuerung der Zusammenarbeit	<i>Kurze Beschreibung, ob und wie die Zusammenarbeit gesteuert wird (Organisationsebene, nicht fallbezogen)</i>	<p>Bis Ende 2019 wurde die IIZ, in die Medval eingebettet ist, über die vom Staatsrat eingesetzte IIZ-Kommission mit 12 Mitgliedern strategisch gesteuert. In dieser waren die Partnerinstitutionen (IV-Stelle, regionale Sozialdienste, Amt für den Arbeitsmarkt) mit je 4 Personen vertreten. Die operative IIZ-Geschäftsführung oblag einem Büro mit Personen aus den drei Institutionen und dem IIZ-Koordinator. Im Laufe von 2020 soll die Kommission redimensioniert werden und noch 5 Mitglieder umfassen (IV-Stelle, RAV, Kantonales Sozialamt, regionale Sozialdienste, Sozialkommissionen).</p>
Finanzierung der Zusammenarbeit	<i>Wer trägt welche Kosten?</i>	<p>Die IIZ verfügt über ein jährliches Budget, das von den drei beteiligten kantonalen Amtsstellen gemeinsam zu je 1/3 getragen wird. Das Angebot von Medval als Teil der IIZ ist für die zuweisenden Stellen kostenlos.</p>
	<i>Wo/wie ist die Finanzierung geregelt?</i>	<p>Die Finanzierung der IIZ und von Medval beruht auf einer mündlichen Vereinbarung zwischen den beteiligten kantonalen Amtsstellen (Amt für den Arbeitsmarkt, IV-Stelle, Sozialamt).</p>

Entstehung

Hintergrund/Auslöser der Zusammenarbeit

Welche Akteure haben die Etablierung der Zusammenarbeit initiiert? Welche Umstände führten dazu, dass die Zusammenarbeit gesucht wurde? Was war der Anlass bzw. der Auslöser dafür? Wer hatte welche Gründe dafür, das zu tun?

Bereits im Jahr 2000 erkannten das Amt für den Arbeitsmarkt, die IV-Stelle und das kantonale Sozialamt die **Notwendigkeit eines gemeinsamen, bereichsübergreifenden Vorgehens** und beschlossen untereinander zusammenzuarbeiten und eine gemeinsame Strategie zur Vermeidung des «Drehtüreffekts» zu erarbeiten. Diese **Zusammenarbeit hat sich im Laufe der Zeit weiterentwickelt und verfestigt** und wurde vom Staatsrat stets unterstützt. Mit dem vom Bund propagierten Modell IIZ-MAMAC (**Policy Window**) floss die gesundheitliche Dimension ein. Eine interdisziplinäre Situationsbeurteilung mit Einbezug der medizinischen Perspektive (durch den regionalärztlichen Dienst der IV) war in Freiburg bereits Teil des seit 2006 bestehenden kantonalen IIZ-MAMAC-Dispositivs. Dieses Dispositiv war für die involvierten Institutionen jedoch aufwändig und deshalb unattraktiv. Die regionalen Sozialdienste signalisierten **Handlungs- und Veränderungsbedarf**. Die Nachfrage nach diesen Leistungen nahm kontinuierlich ab. Ein 2013 publizierter Bericht über die Politik der Hilfe an Langzeitarbeitslose hielt u.a. fest, dass die Arbeitslosigkeits- und Sozialhilfedispositive nicht auf die Erkennung und Behebung von Gesundheitsproblemen ausgerichtet sind und dass Interventionen früher erfolgen sollten, u.a. um Entwicklung komplexer Gesundheitsprobleme zu vermeiden (**Handlungsbedarf**). Die allgemeine Situation und dieser Bericht führten zu einem **Auftrag des Staatsrats** an die IIZ-Kommission, die IIZ neu auszurichten.

Prozessmerkmale

Welches waren die wichtigsten Schritte oder Phasen im Entscheidungsprozess? Welche Stelle hat bzw. welche Akteure haben was gemacht, damit die Zusammenarbeit etabliert werden konnte?

Die IIZ-Kommission befasste sich ab 2014 mit der Neuausrichtung der IIZ. Sie entwickelte politisch abgestützte Richtlinien für diesen Prozess. Eine dieser Richtlinien war, auf die Gesundheitsproblematik zu fokussieren. In diesem Kontext konzipierte die dafür zuständige Arbeitsgruppe das Angebot Medval, welches auf IIZ-MAMAC aufbaut, jedoch dessen festgestellte Mängel beheben sollte. In dieser Arbeitsgruppe waren auch Ärztinnen/Ärzte vertreten. Diese setzten sich für interinstitutionelle Treffen mit allen beteiligten Stellen ein, um eine umfassende Gesamtsicht auf die Situation der betreuten Personen zu haben.

Wer hat auf welcher Ebene formale Entscheidungen über die Etablierung der Zusammenarbeit getroffen (Genehmigung oder Ablehnung eines Vorhabens – kann Finanzierungs- oder Organisationsentscheid sein)?

- Staatsrat: Auftrag zur Neuausrichtung der IIZ (2013), Genehmigung des Projekts (2017)
- Arbeitsgruppe: Konzeption von Medval als Angebot der IIZ
- IIZ-Kommission: Umsetzung des Auftrags, Genehmigung der Grundsätze und Modalitäten von Medval (2016)

Akteure und –Akteurkonstellationen

<p>Gab es Schlüsselakteure, die für die Etablierung der Zusammenarbeit besonders relevant waren?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ja, Personen im Steuerungsausschuss für die Politik im Bereich Langzeitarbeitslosigkeit – insbesondere die Leiter der beteiligten Ämter (Sozialamt, IV-Stelle, Amt für den Arbeitsmarkt) - Kantonale IIZ-Kommission - In Medval-Arbeitsgruppe vertretene Medizinalpersonen
<p>Gab es wichtige Koalitionen/Allianzen von Akteuren mit ähnlichen Werte- oder Glaubenssystemen (in Bezug auf die der Zusammenarbeit zugrundeliegenden Probleme und der damit verfolgten Lösungsansätze)?</p>	<p>Leiter der an der IIZ beteiligten Ämter (Sozialamt, IV-Stelle, Amt für den Arbeitsmarkt); Kantonale IIZ-Kommission; zuständige Staatsräte (Vorsteher des Departement Gesundheit und Soziales und des Wirtschaftsdepartements): Grundeinverständnis, dass die Bekämpfung der Langzeitarbeitslosigkeit eine Querschnittsaufgabe ist und ein gemeinsames Vorgehen der beteiligten Ämter erfordert.</p>
<p>Gab es Akteure, die sich gegen eine Zusammenarbeit gestellt haben? Wenn ja, welche Akteure, auf welcher Ebene? Was waren ihre Argumente? Was hält Akteure davon ab, sich für interprofessionelle Zusammenarbeit zu engagieren?</p>	<p>Während des ersten Jahres der Inbetriebnahme von Medval beschäftigte die IIZ in ihren Teams Ärztinnen/Ärzte des regional-ärztlichen Dienstes der IV. Dies stellte sich als nicht ideal heraus, so dass ab dem zweiten Jahr beschlossen wurde, behandelnde Ärztinnen/Ärzte auf Mandatsbasis als IIZ-Ärztinnen/Ärzte einzusetzen.</p> <p>Weil sich Bedarf zur Klärung der Rollen in den Prozessen und in den Entscheidungskompetenzen gezeigt hatte, wurde 2018 das bisherige IIZ-Steuerungsorgan IIZ abgeschafft. Seine Aufgaben wurden dem kantonalen IIZ-Koordinator übertragen.</p>
<p>Wie konnten gegnerische oder zögerliche Akteure überzeugt werden?</p>	<p>Laut Gesprächsaussagen gab es keine gegnerischen oder zögerlichen Akteure, die Skepsis oder Widerstand gegenüber Medval geäußert hätten.</p>
<p>Bei gescheiterten Vorhaben: Weshalb sind die Versuche gescheitert (Argumente, Gründe für negative Entscheide)? Welche Bedeutung hatte die politisch-strategische Ebene hier?</p>	<p>-</p>
<p>Gibt es Schlüsselakteure, die für die Aufrechterhaltung der beste-</p>	<p>nein</p>

henden Zusammenarbeit besonders relevant sind?

Einflussfaktoren auf die Zusammenarbeit

Einflussfaktoren auf das Zustandekommen der Zusammenarbeit

Welche [der betrachteten] Faktoren haben das Zustandekommen der Zusammenarbeit begünstigt?

Exogene Umfeldbedingungen (Kontext)

- Politische Grundhaltung: Grundkonsens auf allen politischen Ebenen, dass Arbeitsintegration eine Querschnittsaufgabe ist und gemeinsames Vorgehen der zuständigen Stellen erfordert, und dass gesundheitliche Aspekte dabei zu berücksichtigen sind.
- Übergeordneter politisch-strategischer Rahmen: Institutionalisiertes und langjährig bestehendes IIZ-Dispositiv als Element der kantonalen Politik gegen Langzeitarbeitslosigkeit
- Organisationsphilosophie: Grundkonsens zwischen involvierten Stellen, dass Arbeitsintegration eine Querschnittsaufgabe ist und gemeinsames Vorgehen der zuständigen Stellen erfordert.

Institutionelle Kontextfaktoren der beteiligten Organisationen

- Finanzielle Rahmenbedingungen: Die Finanzierung ist über den Kanton geregelt und sichergestellt.
- Gestaltungs- und Entscheidungsspielraum bzw. die Handlungsautonomie der beteiligten Akteure: Die IIZ-Kommission ist befugt, im Rahmen ihres Auftrags über die Ausgestaltung des IIZ-Dispositivs zu entscheiden.
- Ressourcen zur Zusammenarbeit waren vorhanden

Personelle Faktoren

- Schlüsselpersonen mit hohem Engagement (s.o.)
- Unterstützung von Führungs- und Leitungspersonen
- Vorbestehende persönliche Beziehungen unter den Beteiligten: Vertrautheit unter Partnern, gute Erfahrung mit Zusammenarbeit (interpersoneller Kontakt)
- Personelle Kontinuität
- Personal mit Klientelkontakt sah Mehrwert der Zusammenarbeit

Prozessbezogene und politische Faktoren

- Empirisch fundierte Situations- oder Bedarfsanalysen: Der Bericht über die Politik der Langzeitarbeitslosigkeit (2013) zeigte Schwächen und Verbesserungsbedarf des politisch-strategischen Rahmens auf und war ein wichtiges Element, um den Handlungsbedarf zu untermauern.

	<ul style="list-style-type: none"> - Allianzen befürwortender Akteure - Unterstützung politischer Verantwortlicher - Einbezug von nutzenden Institutionen und Medizinalpersonen in die Erarbeitung des Zusammenarbeitsmodells <p>Aspekte der Zusammenarbeitsorganisation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Umfang der Anpassungen aufgrund der Zusammenarbeit: Gering, Medval wurde innerhalb eines bestehenden und eingespielten Dispositivs geschaffen, hatte keine grundlegenden Neuerungen oder Zusatzaufwände zur Folge.
Welche [der betrachteten] Faktoren haben das Zustandekommen der Zusammenarbeit gehemmt (oder – bei gescheiterten Versuchen – verhindert)?	Keine
Wie ist es gelungen, hemmende Faktoren zu überwinden?	Nicht nötig

Einflussfaktoren auf die bestehende Zusammenarbeit

Welche (der untersuchten) Faktoren sind für das Gelingen der laufenden Zusammenarbeit (besonders) förderlich?	<p>Exogene Umfeldbedingungen (Kontext)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Politische Grundhaltung: Grundkonsens auf allen politischen Ebenen, dass Arbeitsintegration eine Querschnittsaufgabe ist und gemeinsames Vorgehen der zuständigen Stellen erfordert, und dass gesundheitliche Aspekte dabei zu berücksichtigen sind. - Übergeordneter politisch-strategischer Rahmen: Institutionalisiertes und langjährig bestehendes IIZ-Dispositiv als Element der kantonalen Politik gegen Langzeitarbeitslosigkeit - Organisationsphilosophie: Grundkonsens zwischen involvierten Stellen, dass Arbeitsintegration eine Querschnittsaufgabe ist und gemeinsames Vorgehen der zuständigen Stellen erfordert. <p>Institutionelle Kontextfaktoren der beteiligten Organisationen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Finanzielle Rahmenbedingungen: Die Finanzierung ist über den Kanton geregelt und sichergestellt, den zuweisenden Stellen entstehen keine Kosten für die Nutzung des Angebots. - Gestaltungs- und Entscheidungsspielraum bzw. die Handlungsautonomie der beteiligten Akteure: Die IIZ-Kommission ist befugt, im Rahmen ihres Auftrags über die Ausgestaltung des IIZ-Dispositivs zu entscheiden. - Involvierte staatliche Ebenen (involvierte Akteure, Zuständigkeiten für Bereiche): IIZ-Steuerung durch Institutionen auf derselben Ebene, regionale Sozialdienste einbezogen
---	--

	<p>Personelle Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung von Führungs- und Leitungspersonen - Vorbestehende persönliche Beziehungen unter den Beteiligten: Vertrautheit unter Partnern, gute Erfahrung mit Zusammenarbeit (interpersoneller Kontakt) - Personelle Kontinuität <p>Prozessbezogene und politische Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung politischer Verantwortlicher <p>Aspekte der Zusammenarbeitsorganisation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formale Vereinbarung über Zusammenarbeit - Institutionalisierte Struktur zur Steuerung/Pflege/Koordination der Zusammenarbeit: IIZ-Kommission - Interprofessionell zusammengesetzte Führung - Gemeinsame Anlässe wie Weiterbildungen, Erfahrungsaustausch etc. - Interprofessionell zusammengesetzte Teams mit Klientelkontakt
Was sind Schwierigkeiten in der laufenden Zusammenarbeit heute? Wie wird damit umgegangen?	keine

Quellen		
Gespräche	Nicolas Gehrig	Kantonaler IIZ-Koordinator
	Jean-Claude Simonet	Leiter Kantonales Sozialamt, Vizepräsident kantonale IIZ-Kommission (bis 30. Juni 2017)
Dokumente	- Commission de coordination de la collaboration interinstitutionnelle – Nomination. Staatsratsbeschluss vom 3. Juli 2007 (0702)	
	- Informationsbroschüre «Medval — Informationen für die Teilnehmenden»	
	- Kantonale IIZ-Kommission: Interinstitutionelle Zusammenarbeit — Jahresberichte 2015, 2016 und 2017.	
	- Neue strategische Ausrichtung der IIZ. Start des neuen kantonalen IIZ Dispositivs (unpublizierte Präsentationsfolien vom 31. Mai 2017)	
	- Monitoring Medval: Après 24 mois d'activité, Etat au 31 mai 2019 (unpublizierte Präsentationsfolien)	
- Egger, Marcel; Merckx, Véronique und Wüthrich, Adrian (2010). Evaluation des nationalen Projekts IIZ-MAMAC. Forschungsbericht 9/10. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.		

- Kommission zur prospektiven Untersuchung der Politik im Bereich Langzeitarbeitslosigkeit (2013). Kantonale Politik der Hilfe an Langzeitarbeitslose. Analyse und Empfehlungen für neue strategische Leitlinien. Bericht zuhanden des Staatsrats. Fribourg.
-

Fallcoaching Gesundheit der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (Pilotprojekt)

Charakterisierung der Zusammenarbeit

Merkmale des Zusammenarbeitsmodells		
An der Zusammenarbeit beteiligte Stellen/Akteure	<i>Nennen (mit Staatsebene)</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Konsiliardienst Klinische Sozialarbeit (KDKS) der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD) – Sozialamt der Stadt Bern (kommunal)
Setting(s)	<i>Sozialhilfe/Psychiatrie/Suchtberatung/etc.</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Sozialhilfe – Psychiatrie
An der Zusammenarbeit beteiligte Staatsebene(n)	<i>gleiche oder unterschiedliche Ebene(n)</i>	Unterschiedliche Ebenen
Wenn Zusammenarbeit auf gleicher Ebene: Behördenorganisation (Zuständigkeit für Gesundheit und Soziales)	<i>gleiche oder unterschiedliche Organisationseinheit(en)</i>	-
Jahr der Etablierung der Zusammenarbeit	<i>Nennen</i>	2019
Übergeordneter politischer/strategischer Rahmen der Zusammenarbeit	<i>Ist die Zusammenarbeit in einen übergeordneten politischen oder strategischen Rahmen (z.B. Integrationspolitik, Armutsbekämpfung, IIZ etc.) eingebettet bzw. Element eines grösseren Ganzen (--> welcher?) oder eine isolierte, eigenständige Initiative ohne politisch-strategischen «Überbau»?</i>	Das Sozialamt der Stadt Bern hat ein Grundlagenpapier Gesundheit erarbeitet, das sich Gedanken dazu macht, wie in der Sozialhilfe mit dem Thema Gesundheit umgegangen werden soll. Das Projekt «Fallcoaching Gesundheit» ist im Rahmen dieser Überlegungen entstanden.
Zielsetzung/Inhalt/Angebot	<i>Kurze Beschreibung, was die Zusammenarbeit beinhaltet und worauf sie abzielt</i>	Das Team des KDKS bietet den Sozialarbeitenden des Sozialamts der Stadt Bern ein Coaching für die Fallbearbeitung an. Das Angebot ist ausgerichtet auf Fälle von Sozialhilfebeziehenden mit ungeklärten gesundheitlichen Problemen. Die Sozialarbeitenden der Stadt Bern profitieren dabei vom gesundheitlichen Fach-

Merkmale des Zusammenarbeitsmodells		
Zielgruppe(n): An wen richtet sich die Leistung, die durch die Zusammenarbeit erbracht wird? Wer profitiert konkret davon?	<ul style="list-style-type: none"> - Individuen (Sozialhilfebeziehende, Suchtbetroffene etc.) - Institutionen (Sozialdienste, IV, RAV, Gesundheitseinrichtungen etc.) 	<p>wissen des KDKS, es werden jedoch keine medizinischen Diagnosen gestellt.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Institutionen: Sozialamt der Stadt Bern - Individuen: Sozialarbeitende des Sozialamts der Stadt Bern - (indirekt) Individuen: Sozialhilfebeziehende mit ungeklärten gesundheitlichen Problemen
Funktionsweise der Zusammenarbeit	<i>Kurze Beschreibung, wie die (fallbezogene) Zusammenarbeit konkret abläuft.</i>	Das Sozialamt meldet den Fall, zu dem ein Coaching gewünscht wird, beim KDKS an. Die Fallsituation wird in der Anmeldung kurz beschrieben (in 4-5 Sätzen) und es wird eine konkrete Frage formuliert, welche im Coaching behandelt werden soll. Anschliessend erfolgt ein telefonisches Coaching durch den KDKS (Dauer ca. 50 Minuten). Im Coaching werden u.a. gemeinsam Lösungswege für den vorliegenden Fall diskutiert und konkrete Ziele und weitere mögliche Schritte besprochen. Die verantwortliche Fallführung bleibt beim Sozialamt. Der KDKS füllt zum Abschluss ein Formular aus, welches das Gespräch noch einmal kurz zusammenfasst und die definierten Ziele festhält. Die Stadt Bern füllt eine Evaluation des Coachings aus.
Anzahl bearbeitete Fälle pro Jahr	<i>Ungefähre Angabe gemäss vorliegenden Quellen (Durchschnittswert)</i>	Das Projekt befand sich zum Zeitpunkt der Untersuchung noch in der ersten Pilotphase mit Pretestcharakter. Für diese erste Pilotphase wurde die Durchführung von 20 Fallcoachings vereinbart (zwischen September 2019 und März 2020). Im Herbst 2020 startet eine grössere Pilotphase, in der das Angebot auf das gesamte Sozialamt ausgeweitet wird und während zwei Jahren rund 50 Fallcoachings durchgeführt werden sollen.
Steuerung der Zusammenarbeit	<i>Kurze Beschreibung, ob und wie die Zusammenarbeit gesteuert wird (Organisationsebene, nicht fallbezogen)</i>	Keine Information dazu
Finanzierung der Zusammenarbeit	<i>Wer trägt welche Kosten?</i>	Die Entwicklung und der Aufbau des Angebots KDKS wird durch die UPD getragen, die effektiven Stunden des Fallcoachings werden dem Sozialamt der Stadt Bern verrechnet. Da es sich um eine Pilotphase handelt, von der auch der KDKS selbst profitieren kann, erfolgt das Coaching zu einem tieferen Stundenansatz. Die Fallcoachings im Rahmen des Pilotversuchs, der im Herbst 2020 startet, werden durch die Stadt Bern über Fondsbeiträge finanziert.

Merkmale des Zusammenarbeitsmodells

Wo/wie ist die Finanzierung geregelt?

Keine Information dazu

Entstehung**Hintergrund/Auslöser der Zusammenarbeit**

Welche Akteure haben die Etablierung der Zusammenarbeit initiiert? Welche Umstände führten dazu, dass die Zusammenarbeit gesucht wurde? Was war der Anlass bzw. der Auslöser dafür? Wer hatte welche Gründe dafür, das zu tun?

Die Verantwortliche des KDKS und ihre Vorgesetzte (die Leiterin des Sozialdienstes der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der UPD) hatten schon lange die Idee, ein Coaching aufzubauen (**fachliche Überlegungen UPD**). Diese Idee kam daher, dass der Sozialdienst der UPD wiederholt von Leuten ausserhalb des Leistungssystems Psychiatrie gefragt wurde, wie in schwierigen Situationen vorgegangen werden soll (**Bedarf Professionelle**). Mit dem Coaching könnte der Sozialdienst der UPD ihnen eine Übersetzungshilfe geben (z.B. könnte eine psychische Erkrankung vorliegen, wenn sich eine Person in gewisser Weise verhält). Die Anfrage der Stadt Bern hat dazu geführt, dass man die schon länger bestehende Idee konkret umsetzen konnte und die KDKS neu geschaffen wurde. Es handelt sich auch für die UPD um ein neues Angebot, dass sie mit der Stadt Bern testen und aufgrund der Pilotphase überarbeiten und weiteren Stellen anbieten möchten.

Das Pilotprojekt der Stadt Bern mit der UPD ist beim Sozialamt der Stadt Bern Teil eines grösseren Prozesses, sich zu überlegen, wie man in der Sozialhilfe mit dem Thema Gesundheit umgehen möchte (**fachliche Überlegungen Sozialamt Bern**). Da innerhalb des Systems Sozialhilfe das nötige Gesundheitsfachwissen fehlt, hat die Stadt Bern gezielt Kooperationen mit Partnerorganisationen aus dem Gesundheitsbereich angestrebt. Das Sozialamt der Stadt Bern hat sich in der Vergangenheit wiederholt mit dem Thema Gesundheit auseinandergesetzt. Der aktuelle Auslöser, sich mit dem Thema Gesundheit auseinanderzusetzen, war eine der jährlichen Dossierkontrollen durch die Sozialhilfekommission der Stadt Bern, die das Thema Gesundheit beleuchtete. Die daraus resultierenden Erkenntnisse waren Anlass für die Direktionsvorstehende, dem Sozialamt den Auftrag zu geben, sich dem Thema Gesundheit anzunehmen und ein Projekt zu starten (**Auftrag «von oben»**). An der Ausarbeitung des Grundlagenpapiers war auch eine Sektionsleiterin beteiligt, welche die Leiterin des Sozialdienstes der UPD kannte und einen Kontakt hergestellt hat (**Initiative von Policy Brokern**).

Prozessmerkmale

Welches waren die wichtigsten Schritte oder Phasen im Entscheidungsprozess? Welche Stelle hat bzw. welche Akteure haben was gemacht, damit die Zusammenarbeit etabliert werden konnte

Im Rahmen der Ausarbeitung des Grundlagenpapiers Gesundheit ging das Sozialamt der Stadt Bern auf den Sozialdienst der UPD zu. Dieser sollte als Sounding Board in diesem Prozess dienen. Davon ist man jedoch abgekommen und hat stattdessen begonnen, ein konkretes Projekt aufzugleisen, da im Rahmen des fachlichen Austauschs Möglichkeiten für eine gewinnbringende Zusammenarbeit erkannt wurden. Angepasst an die Fragestellungen der Stadt Bern hat die UPD das Fallcoaching entworfen. Seitens der UPD musste die Klinikleitung ihre Zustimmung zur Etablierung des KDKS geben. Das Sozialamt der Stadt Bern konnte ein kleines Pilotprojekt zum Testen des entwickelten Instruments mittels Geldern aus seinem Globalbudget finanzieren. In ei-

(Entscheidungsvorbereitung)?	nem zweiten Schritt wird nun ein grösseres Pilotprojekt durchgeführt.
Wer hat auf welcher Ebene formale Entscheidungen über die Etablierung der Zusammenarbeit getroffen (Genehmigung oder Ablehnung eines Vorhabens – kann Finanzierungs- oder Organisationsentscheid sein)?	Klinikleitung der UPD: Einverständnis mit Schaffung der KDKS Leitung Sozialamt Bern: Finanzierungsentscheid für kleines Pilotprojekt Direktorin für Bildung, Soziales und Sport: Bewilligung des Grundlagenpapiers Gesundheit, Bewilligung Fonds-Entnahme für Finanzierung des zweiten Pilots
Akteure und -Akteurkonstellationen	
Gab es Schlüsselakteure, die für die Etablierung der Zusammenarbeit besonders relevant waren?	Ja Mitarbeiterinnen in der UPD mit Idee für Fallcoaching Wissenschaftlicher Mitarbeiter beim Sozialamt, der das Gesundheitspapier vorangetrieben hat Person, die die beiden Akteure zusammenbrachte
Gab es wichtige Koalitionen/Allianzen von Akteuren mit ähnlichen Werte- oder Glaubenssystemen (in Bezug auf die der Zusammenarbeit zugrundeliegenden Probleme und der damit verfolgten Lösungsansätze)?	Ein Ziel der Klinikleitung der UPD ist es, mit externen Akteuren ein gemeinsames Verständnis für die Patientinnen und Patienten zu entwickeln, die sich ausserhalb des Psychiatriesystems befinden. Das soll dazu führen, dass Personen mit einem anderen Zugang zu Beratung (z.B. in einem Sozialdienst) unter Umständen einmal weniger einen Klinikaufenthalt benötigen oder insgesamt eine stabilere Situation haben. Bemühungen, die in diese Richtung gehen, werden von der Klinikleitung sehr unterstützt, weshalb sie die Etablierung des KDKS gutgeheissen haben. Diese Einstellung ist in Übereinstimmung mit der Haltung der Stadt Bern, dass gesundheitliche und soziale Probleme (Gesundheit und Armut) sich gegenseitig beeinflussen und dass für die Sozialarbeitenden deshalb beim Fallmanagement von krankheitsbetroffenen Sozialhilfebeziehenden unter Umständen der Zugang zu Fachwissen aus dem Gesundheitsbereich hilfreich ist.
Gab es Akteure, die sich gegen eine Zusammenarbeit gestellt haben? Wenn ja, welche Akteure, auf welcher Ebene? Was waren ihre Argumente? Was hält Akteure davon ab, sich für interprofessionelle Zusammenarbeit zu engagieren?	Es gab keine Akteure, die sich gegen die Zusammenarbeit zwischen dem Sozialamt und der UPD gestellt haben.
Wie konnten gegnerische oder zögerliche Akteure überzeugt	War nicht nötig.

werden?	
Bei gescheiterten Vorhaben: Weshalb sind die Versuche gescheitert (Argumente, Gründe für negative Entscheide)? Welche Bedeutung hatte die politisch-strategische Ebene hier?	-
Gibt es Schlüsselakteure, die für die Aufrechterhaltung der bestehenden Zusammenarbeit besonders relevant sind?	-

Einflussfaktoren auf die Zusammenarbeit

Einflussfaktoren auf das Zustandekommen der Zusammenarbeit

Welche [der betrachteten] Faktoren haben das Zustandekommen der Zusammenarbeit begünstigt?

Exogene Umfeldbedingungen (Kontext)

- Organisationsleitbilder/-philosophien in Sozialamt und Gesundheitseinrichtung: Sozialamt der Stadt Bern befasst sich schon länger mit Thema Gesundheit und Klinikleitung der UPD verfolgt das Ziel eine gemeinsame Sicht für Klientinnen und Klienten mit Akteuren ausserhalb Psychiatrie zu finden
- Nachfrage nach Angebot: ein beachtlicher Teil der Klientel des Sozialamts ist von gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen, teilweise wird eine Erkrankung vermutet, die Gesundheitssituation ist aber ungeklärt

Institutionelle Kontextfaktoren der beteiligten Organisationen

- Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der Finanzierung: Sozialamt der Stadt Bern kann selbstständig über Gelder aus dem Globalbudget verfügen
- Gestaltungs- und Entscheidungsspielraum / Handlungsautonomie der Beteiligten: Sozialamt der Stadt Bern kann selbstständig über Gelder aus dem Globalbudget verfügen. KDKS benötigte eine erstmalige Zustimmung der Klinikleitung für Schaffung der KDKS, danach grosse Entscheidungsfreiheit.
- Ressourcen (Personal, Geld, Zeit) waren vorhanden. Im Sozialamt der Stadt Bern besteht eine spezielle Stelle für Grundlagenarbeit und Innovationsprojekte.

	<p>Personelle Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> – Schlüsselpersonen mit hohem Engagement – Unterstützung von Führungs-/ Leitungspersonen, diese sehen Mehrwert der Zusammenarbeit – Vorbestehende persönliche Beziehungen zwischen Sozialdienst der UPD und Sozialdienst der Stadt Bern <p>Prozessbezogene und politische Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> – Empirisch fundierte Situations-/Bedarfsanalyse erfolgt: Grundlagenpapier Gesundheit <p>Aspekte der Zusammenarbeitsorganisation</p> <ul style="list-style-type: none"> – Umfang der Anpassungen aufgrund der Zusammenarbeit: der kleine Umfang ermöglichte, dass das Projekt durch das Globalbudget des Sozialamtes finanziert werden konnte
Welche [der betrachteten] Faktoren haben das Zustandekommen der Zusammenarbeit gehemmt (oder – bei gescheiterten Versuchen – verhindert)?	Keine Hemmnisse identifiziert
Wie ist es gelungen, hemmende Faktoren zu überwinden?	Kein Bedarf dazu
Einflussfaktoren auf die bestehende Zusammenarbeit⁴³	
Welche (der untersuchten) Faktoren sind für das Gelingen der laufenden Zusammenarbeit (besonders) förderlich?	<p>Technische/praktische/fachliche Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> – Unterschiedliche fachliche/professionelle Hintergründe: Hilfreich ist, dass auf beiden Seiten Sozialarbeitende sitzen, die denselben professionellen Hintergrund aufweisen und eine gemeinsame Sprache sprechen. Es gibt keine Verständigungsschwierigkeiten. Jedoch kann von unterschiedlicher Spezialisierung der Mitarbeitenden der UPD profitiert werden.
Was sind Schwierigkeiten in der laufenden Zusammenarbeit heute? Wie wird damit umgegangen?	Keine Schwierigkeiten ausgewiesen, da zum Zeitpunkt der Untersuchung noch in der Pilotphase.

⁴³ Das Fallbeispiel «Fallcoaching Gesundheit» befand sich während der Untersuchung in einer Pilotphase, weshalb noch nicht wirklich beurteilt werden konnte, wie sich die Zusammenarbeit bewährt. In der Folge sind die Einflussfaktoren auf die laufende Zusammenarbeit nicht in der Analyse berücksichtigt.

Quellen		
Gespräche	David Kieffer	Stadt Bern, Direktion für Bildung, Soziales und Sport, Sozialamt, Wissenschaftlicher Mitarbeiter
	Karin Steiner	Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD), Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie, Verantwortlich des Konsiliardienst Klinische Sozialarbeit (KDKS)
Dokumente	<ul style="list-style-type: none"> - Kieffer, David und De Berardinis, Simona (2020). Grundlagenpapier Gesundheit in der Sozialhilfe. Ansätze zum Umgang mit Gesundheitsfragen bei Sozialhilfebeziehenden in der Stadt Bern. Bern: Direktion für Bildung, Soziales und Sport. - Stadt Bern (2019): Projektauftrag «Fallcoaching Gesundheit» (Entwurf) - UPD Bern (2018): Konzept Konsiliardienst Klinische Sozialarbeit (KDKS) 	

Psychiatrisch-psychologische Sprechstunden in Zürcher Sozialzentren

Charakterisierung der Zusammenarbeit

Merkmale des Zusammenarbeitsmodells		
An der Zusammenarbeit beteiligte Stellen/Akteure	<i>Nennen (mit Staatsebene)</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Psychiatrische Poliklinik der Stadt Zürich (PPZ) (kommunal) (Sozialdepartement und später Gesundheits- und Umweltdepartement) – Sozialzentren der Sozialen Dienste des Sozialdepartements der Stadt Zürich (kommunal) – Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich (kommunal)
Setting(s)	<i>Sozialhilfe/Psychiatrie/Suchtberatung/etc.</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Sozialhilfe – Psychiatrie
An der Zusammenarbeit beteiligte Staatsebene(n)	<i>gleiche oder unterschiedliche Ebene(n)</i>	Gleiche Ebene (Gemeinde)
Wenn Zusammenarbeit auf gleicher Ebene: Behördenorganisation (Zuständigkeit für Gesundheit und Soziales)	<i>gleiche oder unterschiedliche Organisationseinheit(en)</i>	Unterschiedliche Departemente (zuerst PPZ und Sozialzentren im Sozialdepartement, dann Wechsel der PPZ in das Gesundheits- und Umweltdepartement)
Jahr der Etablierung der Zusammenarbeit	<i>Nennen</i>	2006
Übergeordneter politischer/strategischer Rahmen der Zusammenarbeit	<i>Ist die Zusammenarbeit in einen übergeordneten politischen oder strategischen Rahmen (z.B. Integrationspolitik, Armutsbekämpfung, IIZ etc.) eingebettet bzw. Element eines grösseren Ganzen (--> welcher?) oder eine isolierte, eigenständige Initiative ohne politisch-strategischen «Überbau»?</i>	Die Schaffung des Angebots ist nicht direkt in einen übergeordneten politischen oder strategischen Rahmen eingebettet.
Zielsetzung/Inhalt/Angebot	<i>Kurze Beschreibung, was die Zusammenarbeit beinhaltet und worauf sie abzielt</i>	Die PPZ bietet den Sozialzentren der Stadt Zürich Sprechstunden an. Den Sozialarbeitenden steht damit ein niederschwelliges Angebot zur Verfügung, ihre Kli-

Merkmale des Zusammenarbeitsmodells

<p>Zielgruppe(n): An wen richtet sich die Leistung, die durch die Zusammenarbeit erbracht wird? Wer profitiert konkret davon?</p>	<p>- <i>Individuen (Sozialhilfebeziehende, Sucht-betroffene etc.)</i> - <i>Institutionen (Sozialdienste, IV, RAV, Gesundheitseinrichtungen etc.)</i></p>	<p>entinnen und Klienten für eine Sprechstunde anzumelden und dadurch z.B. eine erste Einschätzung des psychischen Gesundheitszustands zu erhalten oder auch den Einstieg in langfristige therapeutisch-rehabilitative Prozesse zu starten. Die Sprechstunden sollen dazu beitragen, dass psychische Beeinträchtigungen von Klientinnen oder Klienten der Sozialzentren frühzeitig erkannt werden, Chronifizierungsprozessen entgegenwirken und die Sozialarbeitenden bei schwierigen Entscheidungen unterstützen. Neben den allgemeinspsychiatrischen Sprechstunden bietet die PPZ konsiliarische Beratungen, Fortbildungsangebote im Bereich psychische Erkrankungen sowie Care-Dienste für Mitarbeitende der Sozialzentren an⁴⁴.</p> <p>- Individuen: Sozialhilfebeziehende mit (vermuteten) psychischen Erkrankungen - Institutionen: Sozialzentren der Stadt Zürich</p>
<p>Funktionsweise der Zusammenarbeit</p>	<p><i>Kurze Beschreibung, wie die (fallbezogene) Zusammenarbeit konkret abläuft.</i></p>	<p>Die Mitarbeitenden der PPZ bieten den Klientinnen und Klienten der Sozialhilfe wöchentlich niederschwellig eine psychologische Beratung in den Sozialzentren an. Die Mitarbeitenden der Sozialzentren und der PPZ benützen einen gemeinsamen Outlook-Kalender. Die Mitarbeitenden der PPZ tragen Termine ein, an denen sie für Sprechstunden zur Verfügung stehen; die Sozialarbeitenden können ihre Klientinnen und Klienten für diese Termine eintragen und ein Anmeldeformular mit ihrer Fragestellung ausfüllen (z.B. Abklärung Arbeitsfähigkeit). Nach einem Erstgespräch im Sozialzentrum folgt eine Abklärungsphase mit 1-3 Terminen in der PPZ, anschliessend erfolgt eine Rückmeldung an die Sozialarbeitenden. Die PPZ führt auch allfällige Therapien von Klientinnen und Klienten in der Poliklinik durch.</p>
<p>Anzahl bearbeitete Fälle pro Jahr</p>	<p><i>Ungefähre Angabe gemäss vorliegenden Quellen (Durchschnittswert)</i></p>	<p>Im Jahr 2018 hat die PPZ 751 Klientinnen und Klienten der Sozialzentren betreut, das entspricht ca. 5-10% der Klientel der Sozialzentren.</p>

⁴⁴ Die PPZ bietet ihre Dienstleistungen nicht nur den Sozialzentren, sondern auch anderen Dienststellen des Sozialdepartements an.

Merkmale des Zusammenarbeitsmodells

Steuerung der Zusammenarbeit	<i>Kurze Beschreibung, ob und wie die Zusammenarbeit gesteuert wird (Organisationsebene, nicht fallbezogen)</i>	Einmal pro Jahr gibt es einen Austausch zwischen den Teams der Sozialzentren und 2-3 Personen der PPZ. Dabei werden gemeinsame Abläufe und fachliche Fragen geklärt. Die Leitung der PPZ nimmt zudem einmal pro Jahr an der Geschäftsleitungssitzung der Sozialen Dienste teil.
Finanzierung der Zusammenarbeit	<i>Wer trägt welche Kosten?</i>	Die PPZ kann medizinische Leistungen über die Krankenversicherung (TARMED) abrechnen. Den nicht von der Krankenversicherung gedeckten Kostenanteil für den Aufwand der PPZ trägt das Sozialdepartement (rund ein Drittel des Aufwands).
	<i>Wo/wie ist die Finanzierung geregelt?</i>	Die Zusammenarbeit zwischen der PPZ und den Sozialen Diensten ist mittels Leistungsverträgen geregelt.

Entstehung

Hintergrund/Auslöser der Zusammenarbeit

Welche Akteure haben die Etablierung der Zusammenarbeit initiiert? Welche Umstände führten dazu, dass die Zusammenarbeit gesucht wurde? Was war der Anlass bzw. der Auslöser dafür? Wer hatte welche Gründe dafür, das zu tun?	Aufgrund von verschiedenen Faktoren (z.B. starker Anstieg der Sozialhilfequote Anfang der 2000er Jahre, Spardruck, hohe Belastung der Sozialarbeitenden in den Sozialzentren bei der Arbeit mit Klientinnen und Klienten mit psychischen Schwierigkeiten) bestand im Sozialdepartement ein grosser Problem- und Handlungsdruck . Diese Faktoren führten dazu, dass der Direktor der Sozialen Einrichtungen und Betriebe 2004 eine Bedarfsanalyse durchführen und die Angebote überprüfen liess (Betriebliche/organisatorische Überlegungen). Basierend auf den Ergebnissen der Bedarfsanalyse gelangte das Sozialdepartement zum Schluss, dass der damals vor allem auf Kinder und Jugendliche ausgerichtete Psychologisch-Psychiatrische Dienst neu erwachsene Sozialhilfebeziehende unterstützen sollte (Weiterentwicklung eines bestehenden Angebots). Bei der Ausrichtung der Arbeit des PPZ spielten der Ansatz der aufsuchenden, mobilen Psychiatrie und der ressourcenorientierte Ansatz eine wichtige Rolle (fachliche Überlegungen).
--	---

Prozessmerkmale

Welches waren die wichtigsten Schritte oder Phasen im Entscheidungsprozess? Welche Stelle hat bzw. welche Akteure haben was gemacht, damit die Zusammenar-	Im Anschluss an die Bedarfsanalyse wurde die PPZ neu ausgerichtet und vom Sozial- ins Gesundheits- und Umweltdepartement überführt. Es folgte eine Pilotphase mit vier der fünf Sozialzentren, wobei das fünfte Sozialzentrum als Kontrollgruppe galt. Die Evaluation der Pilotphase zeigte, dass sich die Mitarbeitenden der vier Sozialzentren dank des Angebots der PPZ in ihrer Arbeit weitaus stärker unterstützt fühlten als die Kontrollgruppe. Die Zusammenarbeit zwischen der PPZ und den Sozialzentren und die Übertragung der PPZ vom Sozial- ins Gesundheitsdepar-
--	---

<p>beit etabliert werden konnte (Entscheidungsvorbereitung)?</p>	<p>tement wurden auf Verwaltungsebene vorbereitet. Die zuständigen Stadträte hatten dies durch die Unterzeichnung einer entsprechenden Vereinbarung zu genehmigen, was gemäss Gesprächspartner keinen Widerstand auslöste.</p>
<p>Wer hat auf welcher Ebene formale Entscheidungen über die Etablierung der Zusammenarbeit getroffen (Genehmigung oder Ablehnung eines Vorhabens – kann Finanzierungs- oder Organisationsentscheid sein)?</p>	<p>Vorsteher des Gesundheits- und Umweltdepartements: Unterzeichnung der Vereinbarung Vorsteherin des Sozialdepartements: Unterzeichnung der Vereinbarung Chefarzt Stadtärztlicher Dienst: Beteiligung an Projektumsetzung und Unterzeichnung Subvereinbarung Direktoren Soziale Einrichtungen und Betriebe und Soziale Dienste: Beteiligung an Projektumsetzung und Unterzeichnung Subvereinbarung</p>
<p>Akteure und -Akteurkonstellationen</p>	
<p>Gab es Schlüsselakteure, die für die Etablierung der Zusammenarbeit besonders relevant waren?</p>	<p>Ja Der Direktor der Sozialen Einrichtungen und Betriebe hat Bedarfsanalyse initiiert, die zur Angebotsanpassung der PPZ führte. Die Direktorin der Sozialen Dienste erkannte die Chance für die Klientinnen und Klienten sowie für die Mitarbeitenden der Sozialen Dienste und unterstützte aktiv die Einführung des Angebots. Chefarzt Stadtärztlicher Dienst Die zuständigen Stadträte</p>
<p>Gab es wichtige Koalitionen/Allianzen von Akteuren mit ähnlichen Werte- oder Glaubenssystemen (in Bezug auf die der Zusammenarbeit zugrundeliegenden Probleme und der damit verfolgten Lösungsansätze)?</p>	<p>Ja Gemeinsame Auffassung der Stadträtin, des Stadtrats und Direktoren im Sozialdepartement und Gesundheits- und Umweltdepartement, dass die Hilfe sich am effektiven Bedarf auszurichten hat, also nahe an den Auftraggebern und nahe an den Klientinnen und Klienten.</p>
<p>Gab es Akteure, die sich gegen eine Zusammenarbeit gestellt haben? Wenn ja, welche Akteure, auf welcher Ebene? Was waren ihre Argumente? Was hält Akteure davon ab, sich für interprofessionelle Zusammenarbeit zu engagieren?</p>	<p>Es gab keine Akteure, die sich gegen die Zusammenarbeit gestellt haben.</p>

Wie konnten gegnerische oder zögerliche Akteure überzeugt werden?

-

Gibt es Schlüsselakteure, die für die Aufrechterhaltung der bestehenden Zusammenarbeit besonders relevant sind?

Keine Angaben

Einflussfaktoren auf die Zusammenarbeit

Einflussfaktoren auf das Zustandekommen der Zusammenarbeit

Welche [der betrachteten] Faktoren haben das Zustandekommen der Zusammenarbeit begünstigt?

Exogene Umfeldbedingungen (Kontext)

- Organisationsleitbilder/-philosophien in Sozialdienst (Ressourcenorientierter Ansatz) und Gesundheitseinrichtung (Ansatz der aufsuchenden, mobilen Psychiatrie)
- Laufende Veränderungs- und Entwicklungsprozesse: Spardruck (kantonal und kommunal) hat zu der Bedarfsanalyse geführt, welche die Anpassung des Angebots zur Folge hatte.
- Nachfrage nach Angebot in Form eines klientenspezifischen Unterstützungsbedarfs bestand

Institutionelle Kontextfaktoren der beteiligten Organisationen

- Gestaltungs- und Entscheidungsspielraum / Handlungsautonomie der Beteiligten: Die involvierten Akteure auf Verwaltungsebene verfügen über einen grossen Gestaltungs- und Entscheidungsspielraum, weshalb der Prozess grösstenteils auf Verwaltungsebene ablaufen konnte.
- Ressourcen (Personal, Zeit, Geld) vorhanden

Personelle Faktoren

- Schlüsselpersonen mit hohem Engagement
- Unterstützung von Führungs-/ Leitungspersonen, diese sehen Mehrwert der Zusammenarbeit
- Vorbestehende persönliche Beziehungen: Da die PPZ zu Beginn noch in Sozialdepartement war, bestanden bereits Kontakte auf persönlicher Ebene und damit Kenntnis der anderen Institution und ihrer Problemlagen.

Prozessbezogene und politische Faktoren

- Empirisch fundierte Situations-/Bedarfsanalyse erfolgt: Eine Bedarfsanalyse zeigte, dass eine Nachfrage nach dem Angebot bestand und diente als Grundlage für die Reorganisation.
-

	<ul style="list-style-type: none"> - Allianzen befürwortender Akteure: Die Verantwortlichen auf Ebene der Politik und Verwaltung haben die Verschiebung und Neuausrichtung der PPZ befürwortet. - Unterstützung politischer Verantwortlicher: die politischen Verantwortlichen mussten die vorbereiteten Vereinbarungen der Verwaltung genehmigen
Welche [der betrachteten] Faktoren haben das Zustandekommen der Zusammenarbeit gehemmt (oder – bei gescheiterten Versuchen – verhindert)?	Keine Hemmnisse identifiziert
Wie ist es gelungen, hemmende Faktoren zu überwinden?	Kein Bedarf dazu
Einflussfaktoren auf die bestehende Zusammenarbeit	
Welche (der untersuchten) Faktoren sind für das Gelingen der laufenden Zusammenarbeit (besonders) förderlich?	<p>Exogene Umfeldbedingungen (Kontext)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organisationsleitbilder/-philosophien in Sozialdienst (Ressourcenorientierter Ansatz) und Gesundheitseinrichtung (Ansatz der aufsuchenden, mobilen Psychiatrie) <p>Institutionelle Kontextfaktoren der beteiligten Organisationen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gesetzliche Rahmenbedingungen: Die Sozialhilfeleistung ist eine Leistung, die man erbringen muss. Nebst der Existenzsicherung muss auch die Beratung und Betreuung als Service Public geleistet werden. - Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der Finanzierung: Kosten können teilweise durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abgerechnet werden - Ressourcen (Personal, Geld, Zeit) vorhanden <p>Personelle Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung von Führungs- und Leitungspersonen, diese sehen Mehrwert der Zusammenarbeit - Vorbestehende persönliche Beziehungen: Gute persönliche und regelmässige Kontakte zwischen den beteiligten Institutionen und eingespielte vertrauensvolle Beziehungen auf Leitungs- und operativer Ebene <p>Prozessbezogene und politische Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> - Empirisch fundierte Situations- und Bedarfsanalysen: Start der Zusammenarbeit mit den Sozialzentren wurde evaluativ begleitet. Die positiven Ergebnisse hatten einen Einfluss auf die Weiterführung des Angebots. - Unterstützung politischer Verantwortlicher

	<p>Technische/praktische/fachliche Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> – Unterschiedliche fachliche/professionelle Hintergründe: die Sozialarbeitenden in den Sozialzentren profitieren vom vielfältigen professionellen Hintergrund der Mitarbeitenden der PPZ. <p>Aspekte der Zusammenarbeitsorganisation</p> <ul style="list-style-type: none"> – Formale Vereinbarung (Vertrag, Konvention o.ä.) über Zusammenarbeit bestehend – Institutionalisierte Struktur (Organisationsebene, nicht fallbezogen) zur Steuerung/Pflege/Koordination der Zusammenarbeit: Auf Leitungsebene nimmt das Führungspersonal der PPZ einmal pro Jahr an der Geschäftsleitungssitzung der Sozialen Dienste teil. – Interprofessionell zusammengesetzte Führung gegeben – Gemeinsame Anlässe wie Weiterbildungen, Erfahrungsaustausch etc.: Einmal pro Jahr findet ein Austausch zwischen den Teams der Sozialzentren der Stadt Zürich und zwei bis drei Fachpersonen der PPZ statt.
Was sind Schwierigkeiten in der laufenden Zusammenarbeit heute? Wie wird damit umgegangen?	<p>Personelle Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> – Personelle Kontinuität: Bei personellen Wechseln ist es für die PPZ herausfordernd, geeignete Angestellte zu finden. – Zielgruppen (Klientinnen und Klienten) sehen Mehrwert der Zusammenarbeit/des Angebots: Gemeinsames Arbeiten kann auch ein Nachteil sein, wenn ein Klient sehr misstrauisch ist und das Gefühl hat, dass es kein richtiges Berufsgeheimnis gibt <p>Technische/praktische/fachliche Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> – Datenschutzfragen: Lösung: Zu Beginn der Kollaboration wird von den Klienten und Klientinnen eine Unterschrift zur Entbindung des Berufsgeheimnisses bzw. Arztgeheimnisses eingeholt. – Unterschiedliche fachliche/professionelle Hintergründe: Es bestehen unterschiedliche Vorstellungen bezüglich Freiwilligkeit und Gegenleistungsprinzip und die Erwartungen der Sozialarbeitenden an die Psychiatrie konnten teilweise nicht erfüllt werden

Quellen

Gespräche	David Briner	Stadt Zürich, Gesundheits- und Umweltsdepartement, Städtische Gesundheitsdienste, Stadtärztlicher Dienst, Chefarzt Psychiatrische Poliklinik der Stadt Zürich (PPZ)
	Thomas Bachofen	Stadt Zürich, Sozialdepartement, Soziale Dienste, Leiter Sozialzentrum Albisriederhaus
	Urs Leibundgut	Stadt Zürich, Sozialdepartement, Direktor Soziale Einrichtungen und Betriebe
Dokumente	–	Meta Cultura (2004): Bedarfsanalyse zum Psychiatrisch-Psychologischen Dienst der Stadt Zürich (PPD): Bericht zuhanden Projektteam (Zusammenfassung)
	–	Soziale Dienste (2010): Merkmale von Sozialhilfeklienten in Behandlung beim Psychiatrisch-Psychologischen Dienst (PPD)

- Diverse Vereinbarungen und Subvereinbarungen zwischen den städtischen Gesundheitsdiensten und dem Sozialdepartement
 - Briner, David (2012): Das Modell der Stadt Zürich: Integrierte soziale und psychiatrische Hilfe. In Pro Mente Sana aktuell 3/12; 22-23.
 - «Früherkennung psychischer Erkrankungen bei einer Risikopopulation - ein Modellprojekt aus der Stadt Zürich». Präsentation an der Swiss Public Health Conference 2014.
 - «Die Ausgrenzung kann zu dramatischen Situationen führen Psychiatrische Arbeit in den Zürcher Sozialzentren.» Sozial Aktuell 11/2009
-

Psychiatrisch-psychologische Sprechstunden für den Sozialdienst Adliswil

Charakterisierung der Zusammenarbeit

Merkmale des Zusammenarbeitsmodells		
An der Zusammenarbeit beteiligte Stellen/Akteure	<i>Nennen (mit Staatsebene)</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Sozialberatung der Stadt Adliswil (kommunal) – Psychiatrische Poliklinik⁴⁵ der Städtischen Gesundheitsdienste der Stadt Zürich (PPZ) (kommunal)
Setting(s)	<i>Sozialhilfe/Psychiatrie/Suchtberatung/etc.</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Sozialhilfe – Psychiatrie
An der Zusammenarbeit beteiligte Staatsebene(n)	<i>gleiche oder unterschiedliche Ebene(n)</i>	Gleiche Ebene, aber unterschiedliche Gemeinden
Wenn Zusammenarbeit auf gleicher Ebene: Behördenorganisation (Zuständigkeit für Gesundheit und Soziales)	<i>gleiche oder unterschiedliche Organisationseinheit(en)</i>	-
Jahr der Etablierung der Zusammenarbeit	<i>Nennen</i>	April 2013 bis Herbst 2014
Übergeordneter politischer/strategischer Rahmen der Zusammenarbeit	<i>Ist die Zusammenarbeit in einen übergeordneten politischen oder strategischen Rahmen (z.B. Integrationspolitik, Armutsbekämpfung, IIZ etc.) eingebettet bzw. Element eines grösseren Ganzen (--> welcher?) oder eine isolierte, eigenständige Initiative</i>	Nein

⁴⁵ In der Leistungsvereinbarung von 2013 heisst die Stelle «Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik». Heute wird sie auf der Webseite der Stadt Zürich unter dem Namen «Psychiatrische Poliklinik» aufgeführt.

Merkmale des Zusammenarbeitsmodells		
	<i>ohne politisch-strategischen «Überbau»?</i>	
Zielsetzung/Inhalt/Angebot	<i>Kurze Beschreibung, was die Zusammenarbeit beinhaltet und worauf sie abzielt</i>	Die PPZ hat dem Sozialdienst der Stadt Adliswil verschiedene psychologische Leistungen angeboten. Einerseits bestand die Möglichkeit, dass die Sozialarbeitenden Beratungen (z.B. bezüglich Umgang mit Klientinnen und Klienten mit psychischen Erkrankungen oder bezüglich IV-Anmeldungen, IV-Entscheiden und IV-Rekursverfahren) in Anspruch nehmen, aber es wurden auch Leistungen für Klientinnen und Klienten (z.B. Abklärungen zur psychischen Gesundheit oder der Arbeitsfähigkeit) angeboten. Des Weiteren waren Teambesprechungen vorgesehen. Das Ziel war es, die Mitarbeitenden des Sozialdienstes zu entlasten und zu unterstützen und die Gesundheit und die Integrationsmöglichkeiten der Klientinnen und Klienten zu fördern.
Zielgruppe(n): An wen richtet sich die Leistung, die durch die Zusammenarbeit erbracht wird? Wer profitiert konkret davon?	<ul style="list-style-type: none"> - Individuen (Sozialhilfebeziehende, Suchtbetroffene etc.) - Institutionen (Sozialdienste, IV, RAV, Gesundheitseinrichtungen etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Individuen: Sozialhilfebeziehende mit psychischen oder möglichen psychischen Erkrankungen - Individuen: Sozialarbeitende
Funktionsweise der Zusammenarbeit	<i>Kurze Beschreibung, wie die (fallbezogene) Zusammenarbeit konkret abläuft.</i>	Die Sozialarbeitenden der Stadt Adliswil gingen bei konkreten Anliegen auf die PPZ zu und die zuständige Mitarbeiterin der PPZ erbrachte die angefragten Dienstleistungen anschliessend in den Räumlichkeiten der Stadt Adliswil. Etwa einen halben Tag pro Monat war die Mitarbeiterin der PPZ in der Stadt Adliswil anwesend. Für dringliche Anliegen stand der Pikettarzt der PPZ telefonisch zur Verfügung.
Anzahl bearbeitete Fälle pro Jahr	<i>Ungefähre Angabe gemäss vorliegenden Quellen (Durchschnittswert)</i>	<p>2013: ca. 50 Stunden/5 Klientinnen und Klienten</p> <p>2014: ca. 100 Stunden/10 Klientinnen und Klienten</p> <p>(Stundenanzahl enthält die verrechenbare Zeit, die über die Krankenversicherung abgerechnet werden konnte (direkter Kontakt mit den Klientinnen und Klienten) und Fachberatungen mit den Mitarbeitenden vor Ort)</p> <p>Es wurde zudem eine Schulung mit den Sozialarbeitenden durchgeführt zum Umgang mit psychisch erkrankten Personen sowie aktuellen Problemstellungen.</p>
Steuerung der Zusammenarbeit	<i>Kurze Beschreibung, ob und wie die Zusammenarbeit gesteuert wird (Organisati-</i>	Keine Angaben

Merkmale des Zusammenarbeitsmodells

	<i>onsebene, nicht fallbezogen)</i>	
Finanzierung der Zusammenarbeit	<i>Wer trägt welche Kosten?</i>	Die Stadt Zürich verrechnete der Stadt Adliswil die erbrachten Dienstleistungen. Kosten, die über die Krankenkasse (TARMED-Leistungen) abgerechnet werden konnten, hat die Stadt Zürich von der Rechnung abgezogen.
	<i>Wo/wie ist die Finanzierung geregelt?</i>	Zwischen der Stadt Adliswil (Ressort Soziales, Abteilung Sozialberatung) und der Stadt Zürich (Städtische Gesundheitsdienste, PPZ) bestand eine Leistungsvereinbarung, welche auch die Finanzierung regelte.

Entstehung

Hintergrund/Auslöser der Zusammenarbeit

Welche Akteure haben die Etablierung der Zusammenarbeit initiiert? Welche Umstände führten dazu, dass die Zusammenarbeit gesucht wurde? Was war der Anlass bzw. der Auslöser dafür? Wer hatte welche Gründe dafür, das zu tun?	In der Sozialberatung der Stadt Adliswil kam es zu einem Zwischenfall, in dem sich eine Sozialarbeiterin durch eine psychisch auffällige sozialhilfebeziehende Person bedroht fühlte. Das hat dazu geführt, dass man den Umgang mit psychisch kranken Sozialhilfebeziehenden erneut bzw. vertieft thematisiert hat (Problemdruck seitens Sozialdienst). Einerseits ging es darum, die Mitarbeitenden im Umgang mit schwierigen Situationen zu unterstützen, andererseits um die Beurteilung von Klientinnen und Klienten, die psychisch angeschlagen wirkten und bei denen man dadurch in der Fallarbeit an Grenzen stiess. Die Leiterin des Ressort Soziales der Stadt Adliswil kannte aus ihrer früheren Anstellung in einem Sozialzentrum in der Stadt Zürich die PPZ und erachtete dessen Dienstleistungen als eine gute Lösung für solche Problemstellungen. Sie hat deshalb eine Kontaktaufnahme mit dem PPZ eingeleitet (Initiative von Policy Brokern).
--	--

Prozessmerkmale

Welches waren die wichtigsten Schritte oder Phasen im Entscheidungsprozess? Welche Stelle hat bzw. welche Akteure haben was gemacht, damit die Zusammenarbeit etabliert werden konnte (Entscheidungsvorbereitung)?	Die Leiterin des Ressort Soziales der Stadt Adliswil hat einen Kontakt zur PPZ hergestellt. Es kam anschliessend zu einem Austausch zwischen der Stadt Adliswil (v.a. Leiterin der Sozialberatung) und der PPZ, in dem der Unterstützungsbedarf besprochen wurde. Der abgesprochene Leistungskatalog sowie die Rahmenbedingungen (Laufzeit, Reporting, Finanzen etc.) wurden in einer Leistungsvereinbarung festgehalten. Die Leistungsvereinbarung wurde der Sozialkommission Adliswil zu Kenntnis gebracht, welche die Kostengutsprache gab.
Wer hat auf welcher Ebene formale Entscheidungen über die	Leitung Sozialberatung Stadt Adliswil: Ausarbeitung der Leistungsvereinbarung, Unterzeichnung Leistungsvereinbarung Leitung Ressort Soziales Stadt Adliswil: Ausarbeitung der Leistungsvereinbarung, Unterzeichnung Leistungsvereinbarung

Etablierung der Zusammenarbeit getroffen (Genehmigung oder Ablehnung eines Vorhabens – kann Finanzierungs- oder Organisationsentscheid sein)?	Städtische Gesundheitsdienste Stadt Zürich: Ausarbeitung der Leistungsvereinbarung, Unterzeichnung Leistungsvereinbarung Sozialkommission: Kenntnisnahme der Leistungsvereinbarung
Akteure und -Akteurkonstellationen	
Gab es Schlüsselakteure, die für die Etablierung der Zusammenarbeit besonders relevant waren?	Ja Leiterin Ressort Soziales der Stadt Adliswil, welche den Kontakt zu PPZ hergestellt hat
Gab es wichtige Koalitionen/Allianzen von Akteuren mit ähnlichen Werte- oder Glaubenssystemen (in Bezug auf die der Zusammenarbeit zugrundeliegenden Probleme und der damit verfolgten Lösungsansätze)?	Nein
Gab es Akteure, die sich gegen eine Zusammenarbeit gestellt haben? Wenn ja, welche Akteure, auf welcher Ebene? Was waren ihre Argumente? Was hält Akteure davon ab, sich für interprofessionelle Zusammenarbeit zu engagieren?	Nein
Wie konnten gegnerische oder zögerliche Akteure überzeugt werden?	Es gab keine gegnerischen oder zögerlichen Akteure.
Bei gescheiterten Vorhaben: Weshalb sind die Versuche gescheitert (Argumente, Gründe für negative Entscheide)? Welche Bedeutung hatte die politisch-	Die Zusammenarbeit kam ohne grosse Hindernisse zustande. Anfänglich wurde das Angebot genutzt, dann hat der Bedarf abgenommen und die Sozialarbeitenden wandten sich kaum mehr an die PPZ. In diese Zeit fiel ein Schreiben der Sozialkonferenz des Kantons Zürich. Darin wurden die kommunalen Sozialdiensten auf ein Angebot der Vertrauensärztlichen Dienste der Sozialversicherungsanstalten (SVA) mit vergleichbaren Dienstleistungen aufmerksam gemacht. Dazu gehörte unter anderem die Möglichkeit zur medizinischen Abklärung der Klientinnen und Klienten. Gemeinsam mit der Sozialkommission entschied die Sozialbera-

strategische Ebene hier?	tung daraufhin, das Angebot der SVA zu nutzen und die Zusammenarbeit mit der PPZ nicht mehr weiterzuführen. Auch dieses Angebot wird jedoch kaum genutzt.
Gibt es Schlüsselakteure, die für die Aufrechterhaltung der bestehenden Zusammenarbeit besonders relevant sind?	Eine Zusammenarbeit besteht nicht mehr.

Einflussfaktoren auf die Zusammenarbeit

Einflussfaktoren auf das Zustandekommen der Zusammenarbeit

Welche [der betrachteten] Faktoren haben das Zustandekommen der Zusammenarbeit begünstigt?	<p>Exogene Umfeldbedingungen (Kontext)</p> <ul style="list-style-type: none">– Nachfrage nach Angebot: Es gab einen konkreten Bedarf nach Unterstützung im Umgang mit psychischen Problemen, der zu der Zusammenarbeit führte. <p>Institutionelle Kontextfaktoren der beteiligten Organisationen</p> <ul style="list-style-type: none">– Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der Finanzierung: Die Kosten konnten teilweise über die OKP abgerechnet werden.– Gestaltungs- und Entscheidungsspielraum / Handlungsautonomie der Beteiligten: Kooperationsprojekt konnte auf Verwaltungsebene vorbereitet werden und musste nur noch durch die politischen Verantwortlichen unterstützt werden.– Ressourcen (Personal, Zeit, Geld) vorhanden <p>Personelle Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none">– Schlüsselpersonen mit hohem Engagement: Die Leiterin des Ressort Soziales kannte das Angebot aus einer früheren Anstellung und hat einen Kontakt hergestellt– Unterstützung von Führungs- und Leitungspersonen– Vorbestehende persönliche Beziehungen <p>Prozessbezogene und politische Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none">– Unterstützung politischer Verantwortlicher: Die Sozialkommission hat das Vorgehen unterstützt. Der finanzielle Aufwand konnte durch die Stadt Adliswil im Rahmen des Budgets übernommen werden. <p>Aspekte der Zusammenarbeitsorganisation</p> <ul style="list-style-type: none">– Umfang der Anpassungen aufgrund der Zusammenarbeit: Die Zusammenarbeit, die geschaffen wurde, führte nur zu kleinen
--	---

	Anpassungen. Es bestand nun ein zusätzliches Angebot, dass nur bei Gebrauch auch Kosten verursacht.	
Welche [der betrachteten] Faktoren haben das Zustandekommen der Zusammenarbeit gehemmt (oder – bei gescheiterten Versuchen – verhindert)?	Keine Hemmnisse identifiziert	
Wie ist es gelungen, hemmende Faktoren zu überwinden?	Kein Bedarf dazu	
Einflussfaktoren auf die bestehende Zusammenarbeit und deren Beendung		
Welche (der untersuchten) Faktoren waren für das Gelingen der laufenden Zusammenarbeit (besonders) förderlich?	Keine Information. Im Fokus standen die Faktoren für den Abbruch der Zusammenarbeit.	
Welche Faktoren in der laufenden Zusammenarbeit haben zur Einstellung der Zusammenarbeit geführt?	<p>Exogene Umfeldbedingungen (Kontext)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Die Nachfrage nach dem Angebot ist stark zurückgegangen. Da es keinen Bedarf mehr gab, wurde die Zusammenarbeit sistiert. 	
Quellen		
Gespräche	Doris Kölsch	Stadt Adliswil, Ressort Soziales, Leiterin
	David Briner (Hinweis aus Gespräch zum Angebot der PPZ in Zürich)	Stadt Zürich, Gesundheits- und Umweltdepartement, Städtische Gesundheitsdienste, Stadtärztlicher Dienst, Chefarzt Psychiatrische Poliklinik der Stadt Zürich (PPZ)
Dokumente	Leistungsvereinbarung zwischen PPZ und Stadt Adliswil	

RESSORT (REseau de Soutien et d'ORientation vers le Travail)

Charakterisierung der Zusammenarbeit

Merkmale des Zusammenarbeitsmodells		
An der Zusammenarbeit beteiligte Stellen/Akteure	<i>Nennen (mit Staatsebene)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Eingliederungsabteilung des Service de psychiatrie communautaire des Universitätsspitals Lausanne (CHUV) (kantonal) - Fondation de Nant (private Gesundheitseinrichtung) - Service de santé publique (SSP) (kantonal) - Direction de l'insertion et des solidarités (DIRIS) (kantonal) - IV-Stelle (kantonal) - Regionale Sozialdienste (regional)
Setting(s)	<i>Sozialhilfe/Psychiatrie/Suchtberatung/etc.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Sozialhilfe - Psychiatrie
An der Zusammenarbeit beteiligte Staatsebene(n)	<i>gleiche oder unterschiedliche Ebene(n)</i>	Organisation/Steuerung: Gleiche Ebene (Kanton)
Wenn Zusammenarbeit auf gleicher Ebene: Behördenorganisation (Zuständigkeit für Gesundheit und Soziales)	<i>gleiche oder unterschiedliche Organisationseinheit(en)</i>	Gleiches Departement, unterschiedliche Direktionen
Jahr der Etablierung der Zusammenarbeit	<i>Nennen</i>	2009
Übergeordneter politischer/strategischer Rahmen der Zusammenarbeit	<i>Ist die Zusammenarbeit in einen übergeordneten politischen oder strategischen Rahmen (z.B. Integrationspolitik, Armutsbekämpfung, IIZ etc.) eingebettet bzw. Element eines grösseren Ganzen (--> welcher?) oder eine isolierte, eigenständige Initiative ohne politisch-strategischen «Überbau»?</i>	Das Projekt ist ein Element der kantonalen Sozialpolitik (Prävention, Arbeitsintegration) und der kantonalen Gesundheitspolitik (psychische Gesundheit). Ein Ziel der kantonalen Sozialpolitik ist es, junge Erwachsene in den Arbeitsprozess zu integrieren, um die Abhängigkeit von der Sozialhilfe zu reduzieren (u.a. im Rahmen des Programms FORJAD). Um dieses Ziel bestmöglich zu erreichen, propagiert das Departement generell die Philosophie einer parallelen, integrierten und interdisziplinären Bearbeitung sozialer Probleme.

Merkmale des Zusammenarbeitsmodells		
Zielsetzung/Inhalt/Angebot	<i>Kurze Beschreibung, was die Zusammenarbeit beinhaltet und worauf sie abzielt</i>	Im Hinblick auf die Verbesserung der Voraussetzungen für die berufliche Integration beurteilt RESSORT im Auftrag des kantonalen Sozialdepartements gemeinsam mit Fachpersonen der IV-Stelle die psychische Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden und verweist die entsprechenden Personen bei Bedarf an eine geeignete Versorgungseinrichtung. RESSORT unterstützt zudem Personen, die wegen psychischen Problemen betreut werden, bei der Integration in den ersten Arbeitsmarkt. RESSORT verfügt seit 2014 über vier regionale Standorte. Das CHUV führt zudem Schulungen für Sozialarbeitende zum Thema psychische Gesundheit durch.
Zielgruppe(n): An wen richtet sich die Leistung, die durch die Zusammenarbeit erbracht wird? Wer profitiert konkret davon?	<ul style="list-style-type: none"> - Individuen (Sozialhilfebeziehende, Sucht-betroffene etc.) - Institutionen (Sozialdienste, IV, RAV, Gesundheitseinrichtungen etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Individuen: Sozialhilfebeziehende Personen mit psychisch begründeten Schwierigkeiten der Arbeitsintegration - Institutionen: Regionale Sozialdienste, IV-Stelle
Funktionsweise der Zusammenarbeit	<i>Kurze Beschreibung, wie die (fallbezogene) Zusammenarbeit konkret abläuft.</i>	Die regionalen Sozialdienste verweisen Klientinnen oder Klienten mit Bedarf an psychologischer Unterstützung an RESSORT und beauftragen RESSORT mit Abklärungen. Nach erfolgter Mandatsvergabe laden die zuständigen RESSORT-Mitarbeitenden die gemeldeten Personen ein und eröffnen ein Dossier. Nach einer ersten Abklärung organisiert RESSORT die weitere Unterstützung. Die RESSORT Mitarbeitenden und die zuständigen Sozialarbeitenden erarbeiten gemeinsam die für die Klientinnen und Klienten relevanten Ziele, wobei sich diese am von der Sozialhilfe definierten Mandat orientieren.
Anzahl bearbeitete Fälle pro Jahr	<i>Ungefähre Angabe gemäss vorliegenden Quellen (Durchschnittswert)</i>	2018: Total 652 Anfragen, davon 429 behandelt. Bei rund 40% der Fälle handelt es sich um sozialhilfebeziehende Personen.
Steuerung der Zusammenarbeit	<i>Kurze Beschreibung, ob und wie die Zusammenarbeit gesteuert wird (Organisationsebene, nicht fallbezogen)</i>	Es bestehen je eine strategische und eine operative Begleitgruppe mit Vertretungen der kooperierenden Institutionen (CHUV, DIRIS und IV-Stelle). Diese treffen sich einmal jährlich. Daneben erfolgt laufend informeller telefonischer oder persönlicher Austausch zwischen den beteiligten Personen.

Merkmale des Zusammenarbeitsmodells

Finanzierung der Zusammenarbeit *Wer trägt welche Kosten?*

Der Kanton (SSP und DIRIS) finanziert die Kosten für die Koordination und Evaluation des Projekts, das Sekretariat und Lohnkosten. Die psychiatrischen Leistungen des CHUV und der Fondation de Nant zuhanden der Klientinnen und Klienten werden über die OKP finanziert. Die IV-Stelle steuert Arbeitsleistungen ihrer Mitarbeitenden bei.

Wo/wie ist die Finanzierung geregelt?

Zwischen SSP, DIRIS und RESSORT besteht ein Subventionsvertrag über die vereinbarten Leistungen.

Entstehung

Hintergrund/Auslöser der Zusammenarbeit

Welche Akteure haben die Etablierung der Zusammenarbeit initiiert? Welche Umstände führten dazu, dass die Zusammenarbeit gesucht wurde? Was war der Anlass bzw. der Auslöser dafür? Wer hatte welche Gründe dafür, das zu tun?

Im Psychiatriedepartement des Universitätsspitals Lausanne (CHUV) befasste sich die heutige Projektkoordinatorin aus **fachlichem Interesse** mit der Frage, wie Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen bei der Reintegration in die Arbeitswelt unterstützt werden können, und lancierte ein entsprechendes Projekt im CHUV. Die CHUV-Leitung unterstützte dieses unter der Voraussetzung, dass es gemeinsam mit Partnerinstitutionen umgesetzt würde.

Im kantonalen Sozialamt hatte ein Audit ergeben, dass eine grosse Anzahl von sozialhilfebeziehenden Personen nicht behandelte psychische und somatische Beschwerden aufwiesen (**Problemdruck seitens Betroffenen und Sozialdiensten**), und empfahlen, zu deren Unterstützung die Zusammenarbeit mit der öffentlichen Psychiatrie zu suchen. Eine Leitungsperson im Sozialamt strebte zudem an, die Logik der Hilfestellung und die Unterstützungsstrategie neu auszurichten, um junge Personen mit psychischen Schwierigkeiten besser erreichen zu können. Anstatt diese Personen unverbindlich auf Unterstützungsangebote hinzuweisen, sollten sie direkt an solche verwiesen werden (**fachliche Überlegungen**). In diesem Kontext kam es zu Austauschsitungen zwischen CHUV und Sozialamt. Der Verwaltungsdirektor des CHUV, der zuvor im Stab des kantonalen Gesundheits- und Sozialdirektors gearbeitet hatte und mit den Herausforderungen der beruflichen Integration junger Erwachsener vertraut war, veranlasste schliesslich eine gemeinsame Sitzung (**policy broker**), an der eine Zusammenarbeit zwischen CHUV und Sozialamt sowie weiteren Stellen (IV-Stelle, Arbeitslosenversicherung) vorgeschlagen wurde.

Prozessmerkmale

Welches waren die wichtigsten Schritte oder Phasen im Entscheidungsprozess? Welche Stelle hat bzw. welche Akteure haben was

Die Projektinitiantinnen und -initianten im CHUV suchten den Kontakt zur IV-Stelle, zum kantonalen Sozialamt und zur Arbeitslosenversicherung (ALV). Die ALV zeigte kein Interesse. Die IV war u.a. im Kontext der 5. IV-Revision (Eingliederung statt Rente) an der Zusammenarbeit mit der Psychiatrie interessiert. Das kantonale Sozialamt hatte im Nachgang an ein Audit (s.o.) bereits einen Massnahmenkatalog für die Reintegration von Langzeit-Sozialhilfebezüger(inne)n konzipiert. Nachdem das Sozialamt in

<p>gemacht, damit die Zusammenarbeit etabliert werden konnte?</p>	<p>einer Sitzung mit dem CHUV vom Projekt RESSORT erfahren hatte, erteilte es ihm den Auftrag zur Abklärung solcher Personen.</p>
<p>Wer hat auf welcher Ebene formale Entscheidungen über die Etablierung der Zusammenarbeit getroffen (Genehmigung oder Ablehnung eines Vorhabens – kann Finanzierungs- oder Organisationsentscheid sein)?</p>	<p>Leitung des Psychiatriedepartements im CHUV: Einverständnis mit Projekt RESSORT CHUV-Direktion: Einverständnis mit Projekt RESSORT und Unterzeichnung Vereinbarung Service de la santé publique – Leitung: Finanzierung des Projekts, Unterzeichnung Vereinbarung Direction de l’insertion et des solidarités (Leitung): Auftrag an RESSORT, Unterzeichnung Vereinbarung Fondation de Nant (Direktion und Stiftungsrat): Beteiligung an Projektumsetzung, Unterzeichnung Vereinbarung</p>
<p>Akteure und -Akteurkonstellationen</p>	
<p>Gab es Schlüsselakteure, die für die Etablierung der Zusammenarbeit besonders relevant waren?</p>	<p>Ja Projektinitianten im Psychiatriedepartement des CHUV Fachperson für Eingliederungsmassnahmen im kantonalen Sozialamt Person, die die beiden Seiten zusammenbrachte</p>
<p>Gab es wichtige Koalitionen/Allianzen von Akteuren mit ähnlichen Werte- oder Glaubenssystemen (in Bezug auf die der Zusammenarbeit zugrundeliegenden Probleme und der damit verfolgten Lösungsansätze)?</p>	<p>Gemeinsame Überzeugung der ProjektinitiantInnen im CHUV und der zuständigen Leitungspersonen im kantonalen Sozialamt. Die kantonale Politik zur Eingliederung junger Erwachsener zur Vermeidung von Sozialhilfeabhängigkeit wird politisch breit getragen. Für die Etablierung des spezifischen Projekts RESSORT war dies nicht direkt von Bedeutung. Die Praxis des Sozialamts, die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Stellen zu fördern, wurde aber so gestützt.</p>
<p>Gab es Akteure, die sich gegen eine Zusammenarbeit gestellt haben? Wenn ja, welche Akteure, auf welcher Ebene? Was waren ihre Argumente? Was hält Akteure davon ab, sich für interprofessionelle Zusammenarbeit zu engagieren?</p>	<p>Innerhalb des CHUV galt es gewisse Vorbehalte zu überwinden. Die damaligen Leitenden des Psychiatriedepartements waren der Meinung, die berufliche Integration sei kein Gegenstand der klassischen Psychiatrie. Von dieser Seite kam weniger Unterstützung für RESSORT als vom direkt Verantwortlichen der zuständigen Einheit und den externen Partnern. CHUV-interne Sozialarbeitende befürchteten zudem zunächst, ihnen würde die für sie spannende Arbeit weggenommen. Inzwischen sehen sie das Projekt als Unterstützung und Entlastung. Im Sozialamt bestand eine gewisse Skepsis, dass die Leistungen von RESSORT eine Psychiatrisierung und Stigmatisierung der betreuten Fälle fördern könnten. Im politischen Diskurs wird von rechter Seite regelmässig allgemeine, nicht spezifisch auf das Projekt RESSORT gerichtete Kritik gegenüber den Ausgaben im Sozial- und Gesundheitsbereich geäussert.</p>

Wie konnten gegnerische oder zögerliche Akteure überzeugt werden?	Innerhalb des CHUV: Überzeugung durch persönliche Kontakte Im politischen Diskurs: Aufzeigen, dass sich das Angebot finanziell/ökonomisch lohnt, idealerweise anhand von wissenschaftlicher Evidenz und anhand von Praxisbeispielen
Bei gescheiterten Vorhaben: Weshalb sind die Versuche gescheitert (Argumente, Gründe für negative Entscheide)? Welche Bedeutung hatte die politisch-strategische Ebene hier?	-
Gibt es Schlüsselakteure, die für die Aufrechterhaltung der bestehenden Zusammenarbeit besonders relevant sind?	Der damalige kantonale Gesundheits- und Sozialdirektor setzte sich stark dafür ein, das ursprünglich nur in Lausanne bestehende Angebot ab 2014 auf weitere Regionen im Kanton auszuweiten und das Budget dafür zu genehmigen. Von seinem grossen Engagement für die Politik zur Eingliederung junger Erwachsener und die stetige Erhöhung der dafür nötigen Gelder profitierte auch das Projekt RESSORT.

Einflussfaktoren auf die Zusammenarbeit

Einflussfaktoren auf das Zustandekommen der Zusammenarbeit

Welche [der betrachteten] Faktoren haben das Zustandekommen der Zusammenarbeit begünstigt?	<p>Exogene Umfeldbedingungen (Kontext)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Politische Grundhaltung im Kanton - Übergeordneter politisch-strategischer Rahmen: Aktive und engagierte Politik zur Eingliederung junger Personen mit psychischen Schwierigkeiten - Organisationsphilosophie des kantonalen Sozialdepartements: die Klientel soll unterstützt und gecoacht werden; ganzheitliche, parallele Vorgehensweise zur Bearbeitung sozialer Probleme, nicht sequenzielle; Interprofessionalität fördern <p>Institutionelle Kontextfaktoren der beteiligten Organisationen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gesetzliche Rahmenbedingungen: Das kantonale Sozialgesetz ermöglicht die Zusammenarbeit mit externen Institutionen. - Rahmenbedingungen der Finanzierung: Es besteht eine Mischfinanzierung (Kanton + Krankenversicherung), die Zusammenarbeit generierte wenige Zusatzkosten für den Kanton - Involvierte staatliche Ebenen: Es waren nur kantonale Stellen am Aufbau des Projekts beteiligt - Behördenorganisation: Die beteiligten kantonalen Stellen sind im selben kantonalen Departement angesiedelt, aber in unterschiedlichen Direktionen
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> – Ressourcen: Die Mittel für das Projekt waren vorhanden <p>Personelle Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> – Schlüsselpersonen mit hohem Engagement – Unterstützung von Leitungspersonen <p>Prozessbezogene und politische Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> – Empirisch fundierte Situations-/Bedarfsanalyse: Das kantonale Sozialamt hatte ein Audit hinter sich, das Handlungsbedarf aufzeigte
Welche [der betrachteten] Faktoren haben das Zustandekommen der Zusammenarbeit gehemmt (oder – bei gescheiterten Versuchen – verhindert)?	Keine Hemmnisse identifiziert
Wie ist es gelungen, hemmende Faktoren zu überwinden?	Kein Bedarf dazu

Einflussfaktoren auf die bestehende Zusammenarbeit

Welche (der untersuchten) Faktoren sind für das Gelingen der laufenden Zusammenarbeit (besonders) förderlich?	<p>Exogene Umfeldbedingungen (Kontext)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Politische Grundhaltung im Kanton – Übergeordneter politisch-strategischer Rahmen: Aktive und engagierte Politik zur Eingliederung junger Personen mit psychischen Schwierigkeiten – Organisationsphilosophie des kantonalen Sozialdepartements: die Klientel soll unterstützt und gecoacht werden; ganzheitliche, parallele Vorgehensweise zur Bearbeitung sozialer Probleme, nicht sequenzielle; Interprofessionalität fördern <p>Institutionelle Kontextfaktoren der beteiligten Organisationen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Gesetzliche Rahmenbedingungen: Das kantonale Sozialgesetz ermöglicht die Zusammenarbeit mit externen Institutionen. – Rahmenbedingungen der Finanzierung: Es besteht eine Mischfinanzierung (Kanton + Krankenversicherung), die Zusammenarbeit generierte wenige Zusatzkosten für den Kanton – Involvierte staatliche Ebenen: Es sind nur kantonale Stellen am Projekt beteiligt – Behördenorganisation: Die beteiligten kantonalen Stellen sind im selben kantonalen Departement angesiedelt, aber in unterschiedlichen Direktionen – Ressourcen: Es sind ausreichende Ressourcen für den Betrieb des Projekts vorhanden
---	---

Personelle Faktoren

- Schlüsselpersonen mit hohem Engagement
- Unterstützung von Leitungspersonen
- Vorbestehende persönliche Beziehungen
- Personelle Kontinuität
- Personal mit Klientelkontakt sieht Mehrwert der Zusammenarbeit

Prozessbezogene und politische Faktoren

- Aktive Kommunikation gegen aussen: Aktivitätsberichte und regelmässige Beiträge in Fachzeitschriften zur Wirksamkeit und zum ökonomischen Nutzen des Angebots sichern die Akzeptanz auf politischer Ebene.
- Unterstützung politisch Verantwortlicher: Der zuständige Regierungsrat setzte sich stets für den allgemeinen politisch-strategischen Rahmen des Projekts ein und setzte einen Ausbau des Budgets und der Standorte durch.

Aspekte der Zusammenarbeitsorganisation:

- Formale Vereinbarung über die Zusammenarbeit
 - Institutionalisierte Struktur zur Steuerung der Zusammenarbeit
 - Gemeinsame Anlässe: RESSORT führt Schulungen durch
-

Was sind Schwierigkeiten in der laufenden Zusammenarbeit heute? Wie wird damit umgegangen?

Institutionelle Kontextfaktoren der beteiligten Organisationen

- Rahmenbedingungen der Finanzierung: Die Hybridfinanzierung erhöht den Steuerungsaufwand, weil mehrere Stellen und Akteure involviert sind (Aufteilung auf Budgets zu klären). Die Gesundheitseinrichtung steht organisationsintern unter dem Erwartungsdruck, einen möglichst grossen Anteil ihrer Tätigkeit in Form von KVG-Leistungen zu erbringen, was die Kapazität für nicht OKP-pflichtige Tätigkeiten begrenzt und die institutionsinterne Bedeutung des Projekts begrenzt. Weil das Angebot wenig Umsatz generiert wird trotz grosser Nachfrage kein Stellenausbau angestrebt. Der organisationsinterne Rückhalt ist begrenzt.

Personelle Faktoren

- Hohe Abhängigkeit von Einzelpersonen)

Aspekte der Zusammenarbeitsorganisation

- Kommunikationswege zwischen Stellen/Fachpersonen: Kommunikation gemäss Dienstweg erschwert direkten Austausch zwischen Beteiligten
-

Quellen		
Gespräche	Danièle Spagnoli	CHUV, Service de Psychiatrie Communautaire ; kantonale Koordinatorin RESSORT
	Joy Demeulemeestre	Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) – Direction de l'insertion et des solidarités – Pôle appui social et orientation (Projektleiterin)
	Antonello Spagnolo	Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) – Direction de l'insertion et des solidarités (Leiter)
Dokumente	<ul style="list-style-type: none"> – Subvention institutionnelle – Convention 2015-2016 zwischen SSP und SPAS bezüglich RESSORT – Groupes de suivi du dispositif RESSORT: Cahier des charges – RESSORT 2018: Rapport d'activité – Spagnoli, Danièle (2018): «Ressort»: Eingliederung und psychische Gesundheit, in Soziale Sicherheit CHSS 2/2018; 27-29. 	

Sozialmedizinisches Zentrum Oberwallis

Charakterisierung der Zusammenarbeit

Merkmale des Zusammenarbeitsmodells		
An der Zusammenarbeit beteiligte Stellen/Akteure	<i>Nennen (mit Staatsebene)</i>	Sozialmedizinisches Zentrum Oberwallis (regional, von mehreren Gemeinden getragene Organisation)
Setting(s)	<i>Sozialhilfe/Psychiatrie/Suchtberatung/etc.</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Sozialberatung/Sozialhilfe, Familienberatung, Schulsozialarbeit – Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex, Kinderspitex), Mütter- und Väterberatung
An der Zusammenarbeit beteiligte Staatsebene(n)	<i>gleiche oder unterschiedliche Ebene(n)</i>	Gemeinden als Träger der regionalen Organisation SMZ, Kanton als Auftraggeber
Wenn Zusammenarbeit auf gleicher Ebene: Behördenorganisation (Zuständigkeit für Gesundheit und Soziales)	<i>gleiche oder unterschiedliche Organisationseinheit(en)</i>	Kanton: Dienststelle Gesundheit und Dienststelle Sozialhilfe im selben Departement (Gesundheit, Soziales und Kultur)
Jahr der Etablierung der Zusammenarbeit	<i>Nennen</i>	Entstehung der SMZ, Mitte der 1970er Jahre (auf kommunaler Ebene), Zusammenschluss von 7 regionalen zu einem einzelnen SMZ per 2011
Übergeordneter politischer/strategischer Rahmen der Zusammenarbeit	<i>Ist die Zusammenarbeit in einen übergeordneten politischen oder strategischen Rahmen (z.B. Integrationspolitik, Armutsbekämpfung, IIZ etc.) eingebettet bzw. Element eines grösseren Ganzen (--> welcher?) oder eine isolierte, eigenständige Initiative ohne politisch-strategischen «Überbau»?</i>	<p>Die Tätigkeit der SMZ ist in den kantonalen Gesundheits- und Sozialgesetzen verankert. Sie sind zum einen als Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause anerkannt (Gesundheitsgesetz, Gesetz über die Langzeitpflege, Gesetz über die Krankenanstalten und –institutionen), zum anderen ermöglicht es das Gesetz über die Eingliederung und Sozialhilfe den Gemeinden, ihre Aufgaben den sozialmedizinischen Zentren zu übertragen.</p> <p>Der Kanton (Departement für Gesundheit Soziales und Kultur) hat eine Rahmenvereinbarung mit den SMZ abgeschlossen und legt in jährlichen Leistungsverträgen ihre Aufgaben in den verschiedenen Leistungsbereichen fest. Er macht dabei gewisse Mindestvorgaben. Koordination und interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Leistungsanbietern im sozialmedizinischen Bereich gilt als Leitlinie.</p>

Merkmale des Zusammenarbeitsmodells		
Zielsetzung/Inhalt/Angebot	<i>Kurze Beschreibung, was die Zusammenarbeit beinhaltet und worauf sie abzielt</i>	Das SMZO erbringt unter demselben organisatorischen Dach soziale (z.B. Sozialberatung/Sozialhilfe, Familienberatung, Schulsozialarbeit) und gesundheitliche Dienstleistungen (z.B. Pflege und Therapie, Spitex, Kinderspitex, Mütter- und Väterberatung) zuhanden der gesamten Bevölkerung. Die Zusammenarbeit zwischen den Bereichen Gesundheit und Soziales betrifft vor allem das Organisationsmodell auf strategischer Ebene; sie sind über eine interprofessionell zusammengesetzte Geschäftsleitung miteinander verbunden. Ca. viermal im Jahr finden Führungskolloquien statt, in denen Verantwortliche aller Bereiche sich austauschen und gemeinsame Haltungen, Vorgehensweisen etc. entwickeln. Die beiden Bereiche können voneinander lernen und sich gegenseitig mit Konzepten und Ansätzen befruchten. Dies erweitert das Fachwissen und stärkt die Handlungskompetenz der jeweiligen Mitarbeitenden. Es gibt auch Schulungen für die Mitarbeitenden des Gesundheitsbereichs durch die Mitarbeitenden des Sozialbereichs, z.B. im Bereich Kindes- und Erwachsenenschutz.
Zielgruppe(n): An wen richtet sich die Leistung, die durch die Zusammenarbeit erbracht wird? Wer profitiert konkret davon?	- <i>Individuen (Sozialhilfebeziehende, Sucht-betroffene etc.)</i> - <i>Institutionen (Sozialdienste, IV, RAV, Gesundheitseinrichtungen etc.)</i>	Prinzipiell gesamte Bevölkerung mit Bedarf an den sozialen oder gesundheitlichen Dienstleistungen der SMZ Institutionen: Innerhalb der Organisation: Bsp. Schulungen
Funktionsweise der Zusammenarbeit	<i>Kurze Beschreibung, wie die (fallbezogene) Zusammenarbeit konkret abläuft.</i>	Auf der Ebene einzelner Fälle gibt es bei Sozialhilfebeziehenden praktisch keine operative Zusammenarbeit zwischen den Bereichen Gesundheit und Soziales. Es gibt nur wenige Klientinnen und Klienten, die Leistungen aus beiden Bereichen beziehen. Die Schnittstelle kommt dann zum Tragen, wenn z.B. der Sozialdienst, die Spitex oder die Familienberatung in einem konkreten Fall den Eindruck haben, es sei aufgrund der Situation sinnvoll, die jeweils andere Seite einzubeziehen. Aufgrund des Datenschutzes und des Berufsgeheimnisses werden solche Fälle nicht automatisch intern weitergeleitet, sondern die betroffenen Personen werden motiviert, sich an die jeweils andere Stelle zu wenden.
Anzahl bearbeitete Fälle pro Jahr	<i>Ungefähre Angabe gemäss vorliegenden Quellen (Durchschnittswert)</i>	Wirtschaftliche Sozialhilfe: 650-660 Dossiers pro Jahr; nur wenige davon beziehen gleichzeitig auch Leistungen des Bereichs Gesundheit.
Steuerung der Zusammenarbeit	<i>Kurze Beschreibung, ob und wie die Zusammenarbeit gesteuert wird (Organisati-</i>	Strategisch: 11-köpfiger Vorstand und Delegiertenversammlung (Vertretungen der Mitgliedergemeinden)

Merkmale des Zusammenarbeitsmodells

	<i>onsebene, nicht fallbezogen)</i>	Operativ: Geschäftsleitung mit Geschäftsleiter/in und Leitungen der Bereiche Soziales, Gesundheit und Ressourcen
Finanzierung der Zusammenarbeit	<i>Wer trägt welche Kosten?</i>	Der Kanton trägt 70% der Kosten der öffentlichen Hand, die Mitgliedergemeinden 30%. Medizinische Leistungen werden über die OKP, die Unfall- oder die Invalidenversicherung finanziert.
	<i>Wo/wie ist die Finanzierung geregelt?</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Kantonale Gesetzgebung (Sozialgesetz, Gesundheitsgesetz, Gesetz über Langzeitpflege) - Rahmenvereinbarungen mit dem Kanton, Leistungsaufträge - Vereinsstatut (SMZ sind als privatrechtliche Vereine organisiert) - Medizinische Leistungen: KVG, UVG, IVG

Entstehung

Hintergrund/Auslöser der Zusammenarbeit

Welche Akteure haben die Etablierung der Zusammenarbeit initiiert? Welche Umstände führten dazu, dass die Zusammenarbeit gesucht wurde? Was war der Anlass bzw. der Auslöser dafür? Wer hatte welche Gründe dafür, das zu tun?

Die Geschichte des SMZO geht bis zurück in die 1970er Jahre. Damals gab es in den Gemeinden viele kleine sozialmedizinische Zentren, die zunächst Pflegedienstleistungen erbrachten und die ca. im Lauf der 1980er Jahre auch Aufgaben der Sozialarbeit übernahmen. Eine wichtige Rolle in der ideologischen Förderung der sozialmedizinischen Zentren spielte ein auf Systemtherapie spezialisierter Psychiater, der zwischen 1978 und 1989 das von ihm konzipierte Psychiatrische Zentrum Oberwallis (PZO) leitete. Keine Informationen zu den konkreten Hintergründen, Auslösern und Motiven, vermutlich v.a. **fachliche Überlegungen**.

Prozessmerkmale

Welches waren die wichtigsten Schritte oder Phasen im Entscheidungsprozess? Welche Stelle hat bzw. welche Akteure haben was gemacht, damit die Zusammenarbeit etabliert werden konnte?

Keine Information dazu

(Die SMZ entstanden in den 1970er Jahren. Dieser Prozess war im Gespräch nur kurz ein Thema und wurde im Anschluss nicht vertieft. Aufgrund der grossen zeitlichen Distanz wurde auf weitere Abklärungen verzichtet. Im Internet fanden sich weder Informationen zur Geschichte der SMZ vor 2006 noch zur Entstehung des kantonalen Sozialgesetzes.)

Wer hat auf welcher Ebene formale Entscheidungen über die Etablierung der Zusammenarbeit getroffen (Genehmigung oder Ablehnung eines Vorhabens – kann Finanzierungs- oder Organisationsentscheid sein)?	Keine Information dazu
Akteure und -Akteurkonstellationen	
Gab es Schlüsselakteure, die für die Etablierung der Zusammenarbeit besonders relevant waren?	<ul style="list-style-type: none"> – Gründer und erster Leiter des Psychiatriezentrums Oberwallis (Ideegeber für sozialmedizinische Zentren) – Kantonales Departement für Gesundheit und Soziales (Verankerung der sozialmedizinische Zentren in der kantonalen Gesetzgebung, Rahmenvereinbarung und Leistungsaufträge)
Gab es wichtige Koalitionen/Allianzen von Akteuren mit ähnlichen Werte- oder Glaubenssystemen (in Bezug auf die der Zusammenarbeit zugrundeliegenden Probleme und der damit verfolgten Lösungsansätze)?	Das kantonale Departement für Gesundheit und Soziales ist vom Modell der sozialmedizinischen Zentren, die gesundheitliche und soziale Angebote auf kommunaler bzw. regionaler Ebene unter einem organisatorischen Dach versammeln, überzeugt, weil das Organisationsmodell effizient und leistungsfähig ist (betriebsökonomisches Narrativ).
Gab es Akteure, die sich gegen eine Zusammenarbeit gestellt haben? Wenn ja, welche Akteure, auf welcher Ebene? Was waren ihre Argumente? Was hält Akteure davon ab, sich für interprofessionelle Zusammenarbeit zu engagieren?	Gegenüber interprofessioneller Zusammenarbeit (soziale und gesundheitliche Angebote aus einer Hand) gab und gibt es im Oberwallis keinen Widerstand.
Wie konnten gegnerische oder zögerliche Akteure überzeugt werden?	War nicht nötig.
Bei gescheiterten Vorhaben: Weshalb sind die Versuche ge-	-

scheitert (Argumente, Gründe für negative Entscheide)? Welche Bedeutung hatte die politisch-strategische Ebene hier?

Gibt es Schlüsselakteure, die für die Aufrechterhaltung der bestehenden Zusammenarbeit besonders relevant sind?

-

Einflussfaktoren auf die Zusammenarbeit

Einflussfaktoren auf das Zustandekommen der Zusammenarbeit

Welche [der betrachteten] Faktoren haben das Zustandekommen der Zusammenarbeit begünstigt?

Zu wenig Information dazu verfügbar, lässt sich nicht beurteilen

Welche [der betrachteten] Faktoren haben das Zustandekommen der Zusammenarbeit gehemmt (oder – bei gescheiterten Versuchen – verhindert)?

Zu wenig Information dazu verfügbar, lässt sich nicht beurteilen

Wie ist es gelungen, hemmende Faktoren zu überwinden?

Zu wenig Information dazu verfügbar, lässt sich nicht beurteilen

Einflussfaktoren auf die bestehende Zusammenarbeit

Welche (der untersuchten) Faktoren sind für das Gelingen der laufenden Zusammenarbeit (besonders) förderlich?

Exogene Umfeldbedingungen

- Politische Grundhaltung / übergeordneter politisch-strategischer Rahmen / Organisationsleitbild: Das Modell SMZ (gemeinsame Zuständigkeit für Sozialarbeit und Pflege zu Hause) ist im Kanton seit langem etabliert und unbestritten. Die kantonale Verwaltung definiert in den Rahmenvereinbarungen und Leistungsaufträgen die Organisationsleitbilder und Aufgaben der SMZ.

Institutionelle Kontextfaktoren der beteiligten Organisationen

- Gesetzliche Rahmenbedingungen: Das Organisationsmodell der SMZ und deren Finanzierung sind in der kantonalen Ge-

setzung verankert.

- Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der Finanzierung: Der Kanton finanziert 70% der Kosten der öffentlichen Hand, die Mitgliedergemeinden der Trägervereine der SMZ 30%. Diese gemeinsame Finanzierung macht die Zentren weniger abhängig von kommunalen Budgets und Finanzierungsentscheidungen und sichert die Stabilität der Finanzierung.
- Gestaltungs- und Entscheidungsspielraum der Beteiligten. Der Kanton macht Vorgaben an die SMZ. Diese nehmen zu und ändern sich öfters. Die SMZ haben aber innerhalb dieses Rahmens Autonomie über die konkrete Umsetzung des Auftrags.
- Ressourcen: Die Ressourcen zur Pflege der Zusammenarbeit sind vorhanden, auch aufgrund des spezifischen Organisationsmodells, das Synergien schafft.

Personelle Faktoren

- Unterstützung von Führungs- und Leitungspersonen
- Vorbestehende Beziehungen unter den Beteiligten

Prozessbezogene und politische Faktoren

- Unterstützung politischer Verantwortlicher

Technische/praktische/fachliche Faktoren

- Unterschiedliche fachliche/professionelle Hintergründe: Interprofessioneller Austausch unter den Mitarbeitenden fördert das gegenseitige Verständnis und ist für die Personalentwicklung wertvoll.

Aspekte der Zusammenarbeitsorganisation

- Formale Vereinbarung: Das Organisationsmodell ist schriftlich festgehalten
- Institutionalisierte Struktur auf Organisationsebene: Es existiert eine gemeinsame bereichsübergreifende Geschäftsleitung
- Interprofessionell zusammengesetzte Führung
- Gemeinsames Leitbild
- Gemeinsame Anlässe: Führungskolloquium und Weiterbildungen
- Kommunikationswege zwischen Stellen/Fachpersonen: Schlank, unkompliziert, die gemeinsame Organisation erleichtert den informellen Austausch.

Was sind Schwierigkeiten in der laufenden Zusammenarbeit heute? Wie wird damit umgegangen?

Technische/praktische/fachliche Faktoren

- Datenschutz: Einer vertieften Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeit und Spitex steht vor allem der Datenschutz bzw. das Berufsgeheimnis im Weg. Weil ohne Einverständnis der betroffenen Person keine fallbezogenen Informationen zwischen den verschiedenen Stellen ausgetauscht werden dürfen, können Fälle nicht direkt organisationsintern übergeben werden. Für die Weitergabe von Daten muss immer ein Einverständnis eingeholt werden.

Quellen

Gespräche	Dieter Müller Carmen Martig	SMZO, Bereichsleiter Soziales (bis Dezember 2019) SMZO, Bereichsleiterin Gesundheit
Dokumente	<ul style="list-style-type: none">- Rahmenvereinbarung des Departements für Gesundheit, Soziales und Kultur (DGSK) und den Sozialmedizinischen Regionalzentren (SMRZ)- Statuten Verein «Sozialmedizinisches Zentrum Oberwallis»- Präsentation «Auf dem Weg zum Sozialmedizinischen Zentrum Oberwallis» (Informationsveranstaltung für Gemeindeverantwortliche)	

Integrierte Suchthilfe Winterthur (ISW)

Charakterisierung der Zusammenarbeit

Merkmale des Zusammenarbeitsmodells		
An der Zusammenarbeit beteiligte Stellen/Akteure	<i>Nennen (mit Staatsebene)</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Psychiatrisches Ambulatorium der Integrierten Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland IPW (kantonal) – Abteilung Prävention und Suchthilfe der Sozialen Dienste des Departements Soziales DSO (kommunal)
Setting(s)	<i>Sozialhilfe/Psychiatrie/Suchtberatung/etc.</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Suchtberatung / -fachstelle – Sozialhilfe – Psychiatrie
An der Zusammenarbeit beteiligte Staatsebene(n)	<i>gleiche oder unterschiedliche Ebene(n)</i>	Unterschiedliche Ebenen: Kanton Zürich Gesundheitsdepartement, Sozialdepartement und Stadt Winterthur Departement Soziales
Wenn Zusammenarbeit auf gleicher Ebene: Behördenorganisation (Zuständigkeit für Gesundheit und Soziales)	<i>gleiche oder unterschiedliche Organisationseinheit(en)</i>	
Jahr der Etablierung der Zusammenarbeit	<i>Nennen</i>	ca. 1970: Erstes gemeinsames Angebot der IPW und Stadt Winterthur für Drogenkonsumenten 2007: Bildung ISW
Übergeordneter politischer/strategischer Rahmen der Zusammenarbeit	<i>Ist die Zusammenarbeit in einen übergeordneten politischen oder strategischen Rahmen (z.B. Integrationspolitik, Armutsbekämpfung, IIZ etc.) eingebettet bzw. Element eines grösseren Ganzen (--> welcher?) oder eine isolierte, eigenständige Initiative ohne politisch-strategischen «Überbau»?</i>	Die Integrierte Suchthilfe Winterthur ISW orientiert sich am 4-Säulen-Prinzip der nationalen Suchtpolitik. Die vom Stadtrat genehmigte Suchtpolitik Winterthur 2017-2021 ist das politische Strategiepapier für die Aktivitäten der zur ISW zusammengefassten Angebote.

Merkmale des Zusammenarbeitsmodells

Zielsetzung/Inhalt/Angebot	<i>Kurze Beschreibung, was die Zusammenarbeit beinhaltet und worauf sie abzielt</i>	Die ISW ist organisatorisch in die Hauptabteilung Prävention und Suchthilfe des Departements Soziales der Stadt Winterthur eingegliedert und umfasst folgende Angebote: methadongestützte Behandlungen, heroingestützte Behandlungen, Beratung und Behandlung von Personen mit illegalen Substanzen und nicht substanzgebundenen Abhängigkeiten, Beratung und Behandlung von Alkoholproblemen inkl. Spezialangebot für Kinder aus suchtkranken Familien. Als Fachstelle bietet die ISW Informationen und Schulungen an. Als Beratungsstelle fokussieren die Angebote auf die Beratung von Einzelpersonen, Angehörigen, Bezugspersonen, Fachleuten sowie auf Frühinterventions- und Sensibilisierungsprojekte und Vermittlung von stationären Angeboten. Als psychiatrisches Ambulatorium stehen die medizinische Behandlung, Abklärung und Triage im Zentrum.
Zielgruppe(n): An wen richtet sich die Leistung, die durch die Zusammenarbeit erbracht wird? Wer profitiert konkret davon?	<ul style="list-style-type: none"> - Individuen (Sozialhilfebeziehende, Suchtbetroffene etc.) - Institutionen (Sozialdienste, IV, RAV, Gesundheitseinrichtungen etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Individuen: Suchtbetroffene Sozialhilfebeziehende, Suchtbetroffene, Angehörige, Bezugspersonen - Institutionen: Fachleute aus psychosozialen und medizinischen Netzwerken, Partner im Netzwerk und Betriebe
Funktionsweise der Zusammenarbeit	<i>Kurze Beschreibung, wie die (fallbezogene) Zusammenarbeit konkret abläuft.</i>	In der ISW werden an drei Standorten Angebote zur Beratung und Behandlung von Menschen mit Problemen im Zusammenhang mit Substanzkonsum oder Verhaltensabhängigkeit geführt. Sozialhilfebeziehende Personen mit einer Abhängigkeitsproblematik werden von der Sozialberatung an die ISW verwiesen, welche die weiteren Massnahmen koordiniert. Die Beratungen und Behandlungen in der ISW werden nach einem standardisierten Ablaufschema durchgeführt. Die ISW unterscheidet zwischen Abklärung, Beurteilung, Indikation, Behandlung und Abschluss. Nach einer Abklärungsphase wird die Indikation für die Behandlung gestellt und die definitive Zuteilung zu einem oder einer geeigneten Mitarbeitenden vorgenommen. Die Dokumentation erfolgt in einer elektronischen Patientenakte. Die Qualität der Arbeit wird erhoben und evaluiert. Die ISW arbeitet nach einem integriert-integrativen Interventionskonzept. Damit alle relevanten Problemstellungen in Abklärung, Beurteilung und Behandlung adäquat Berücksichtigung finden und die bestmögliche Massnahme getroffen werden kann, wird jeweils eine Indikation gestellt, Interventionsmodule koordiniert und priorisiert. Die Partner im Netzwerk stimmen ihre Interventionen aufeinander ab.

Merkmale des Zusammenarbeitsmodells

Anzahl bearbeitete Fälle pro Jahr	<i>Ungefähre Angabe gemäss vorliegenden Quellen (Durchschnittswert)</i>	845
Steuerung der Zusammenarbeit	<i>Kurze Beschreibung, ob und wie die Zusammenarbeit gesteuert wird (Organisationsebene, nicht fallbezogen)</i>	Der Leiter der Sozialen Dienste und der Spitaldirektor der IPW bilden die gemeinsame Geschäftsleitung der ISW. Die Geschäftsleitung trifft sich 2x im Jahr zur Bearbeitung von strategischen, organisatorischen und finanziellen Fragestellungen. Die Leiterin der Abteilung Prävention und Suchthilfe und der leitenden Arzt der IPW führen die ISW gemeinsam in einer Co-Leitung. Auch auf Abteilungsebene werden die Angebote in einer Co-Leitung zwischen Stadt und IPW geführt.
Finanzierung der Zusammenarbeit	<i>Wer trägt welche Kosten?</i>	Die medizinischen Leistungen des psychiatrischen Ambulatoriums der IPW sind subjektfinanziert und werden über das Tarmed System (OKP) verrechnet. Die psychosozialen Leistungen der städtischen Fach- und Beratungsstelle (Prävention und Suchthilfe) sind auf kommunaler Ebene objektfinanziert und auf kantons-ebene über den Alkoholzehntel subjektfinanziert. Im Rahmen ihrer Zentrumsfunktion stellt die Stadt Winterthur ihre Dienstleistungen auch der Bevölkerung des Bezirks Winterthur zur Verfügung (Leistungsvereinbarungen mit den Bezirks-gemeinden für die Sucht- und Heroinbehandlungen). Auf der Basis einer partner-schaftlichen Zusammenarbeit werden die Lasten angemessen zwischen Stadt, Gemeinden und Kanton verteilt.
	<i>Wo/wie ist die Finanzierung geregelt?</i>	Zwischen IPW und der DSO besteht eine Zusammenarbeitsvereinbarung.

Entstehung

Hintergrund/Auslöser der Zusammenarbeit

Welche Akteure haben die Etablierung der Zusammenarbeit initiiert? Welche Umstände führten dazu, dass die Zusammenarbeit gesucht wurde? Was war der Anlass bzw. der Auslöser dafür? Wer hatte welche Gründe dafür,	Die IPW und das DSO haben zu Beginn der 1970er Jahre im Auftrag der Stadt auf die ersten Drogenfälle reagiert und gemeinsam eine niederschwellige Drogenberatungsstelle für Jugendliche und junge Erwachsene eingerichtet. Die Jugendhilfe stand in der Tradition der Behandlungsweise der Poliklinik. 1975 wurde das Angebot mit einem Methadonprogramm erweitert. Mit dem durch den steigenden Heroinkonsum verursachten Patientinnen- und Patientenanstieg wurden weitere Behandlungsmöglichkeiten eingerichtet (Problemdruck seitens der Betroffenen). Als Anfang der 1990er Jahre die offene Drogenszene zunahm, wurde das nationale Massnahmenpaket (4-Säulen-Modell) der Drogenpolitik lanciert (Problemdruck Politik und Öffentlichkeit). Als vermehrt Menschen aufgrund der Sucht sozialhilfeabhängig wurden, nahm die Bedeutung der Sozialhilfe zu. Die Erlaubnis der
--	---

das zu tun?	Heroinabgabe und die grosse politische Koalition ermöglichten die Umsetzung weiterer Angebote (politische Unterstützung). Im Laufe der Zeit wurden die Angebote diversifiziert und Teile der Einrichtungen zusammengeführt und ins städtische Angebot überführt (strukturelle Anpassungen in der Angebotsstruktur). 2007 wurden die Winterthurer Fachstelle für Alkoholprobleme, die Beratungsstelle für Drogenprobleme und das Zentrum für heroïn- und methadongestützte Behandlungen in die ISW zusammengeführt.
Prozessmerkmale	
Welches waren die wichtigsten Schritte oder Phasen im Entscheidungsprozess? Welche Stelle hat bzw. welche Akteure haben was gemacht, damit die Zusammenarbeit etabliert werden konnte?	Mit der Zunahme der Suchtabhängigen haben die zwei Stellen ihre Angebote stetig ergänzt und diversifiziert (Notschlafstelle, Drogenanlaufstelle), einen Teil der Einrichtungen zusammengeführt und andere in die Hauptabteilung Prävention und Suchthilfe der Sozialien Dienste übergeführt. Kommunale Beschlüsse Anfang / Mitte der 1990er Jahre erlaubten die Etablierung der von der IPW und DSO zusammengeführten Angebote.
Wer hat auf welcher Ebene formale Entscheidungen über die Etablierung der Zusammenarbeit getroffen (Genehmigung oder Ablehnung eines Vorhabens – kann Finanzierungs- oder Organisationsentscheid sein)?	Staatsrat: Unterstützung gemeinsame Trägerschaft Stadt Winterthur / DSO: Finanzierung des Projekts (Globalbudget / Objektfinanzierung) Gemeinden des Bezirks Winterthur (Pro Kopf-Beitrag, Unterzeichnung Leistungsvereinbarung mit der Stadt Winterthur) Kanton Zürich: Finanzierung (Alkoholzehntel/leistungsbasiert) Leitung Soziale Dienste: Einverständnis mit Angebot ISW (Unterzeichnung Vereinbarung) Spitaldirektion IPW: Einverständnis mit Angebot ISW (Unterzeichnung Vereinbarung)
Akteure und -Akteurkonstellationen	
Gab es Schlüsselakteure, die für die Etablierung der Zusammenarbeit besonders relevant waren?	Ja Stadtrat CEO Spitaldirektion (Chefärzte) Bereichsleiter Akutpsychiatrie für Erwachsene Leiter Soziale Dienste Stadt Winterthur
Gab es wichtige Koalitionen/Allianzen von Akteuren mit ähnlichen Werte- oder Glaubenssystemen (in Bezug auf die der Zusammenarbeit zugrundeliegenden Probleme und der damit	Anfang der 1990er Jahre sprachen sich der damalige Stadtrat und der Chefarzt der IPW für die Etablierung des Kooperationsangebots aus. Der Bereichsleiter Akutpsychiatrie für Erwachsene propagierte über Jahrzehnte die Wichtigkeit der Kooperation mit den Sozialen Dienste und unterstützte damit die Etablierung und Aufrechterhalt des Angebots. Die Anerkennung von Sucht als Krankheit und damit das Anrecht auf eine gute Behandlung waren zentrale Werte für die Koalition der Schlüsselpersonen. Anfang / Mitte der 1990er Jahre bestand auf kommunaler Ebene eine grosse politische Koalition (SP, FDP, CVP und EVP), welche die Entwicklung und Umsetzung der Angebote unterstützte. Das bio-psycho-soziale Modell wird in der städtischen Sucht- und

verfolgten Lösungsansätze)?	kantonalen Gesundheitspolitik breit getragen.
Gab es Akteure, die sich gegen eine Zusammenarbeit gestellt haben? Wenn ja, welche Akteure, auf welcher Ebene? Was waren ihre Argumente? Was hält Akteure davon ab, sich für interprofessionelle Zusammenarbeit zu engagieren?	<p>Politische Ebene: Bei einem Wechsel auf Stadtrats- oder Direktionsebene muss die Notwendigkeit eines nicht traditionellen Angebots mit zwei Trägerschaften und dessen Finanzierung immer wieder neu begründet werden.</p> <p>Institutionelle Ebene: Bei Generationswechseln der Leitenden der IPW und Stadt Winterthur gilt es neue Führungspersonen von den Vorteilen des Kooperationsangebotes zu überzeugen. Sie haben oft gewisse Vorbehalte hinsichtlich eines Angebots, das weder der einen noch der anderen Institution direkt unterstellt ist.</p>
Wie konnten gegnerische oder zögerliche Akteure überzeugt werden?	<p>Auf zwischenmenschlicher Ebene:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufzeigen des historischen Zusammenwachsens der Institutionen - Darstellen der Vorteile des sozial-medizinischen Ansatzes anhand von Fallbeispielen <p>Im politischen Diskurs:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Handlungsdruck aufgrund öffentlicher Relevanz des Themas (offene Drogenszene) erläutern - Aufzeigen, dass sich das Angebot aufgrund des Finanzierungsmodells (Sozialhilfe und Krankenversicherung) ökonomisch lohnt.
Bei gescheiterten Vorhaben: Weshalb sind die Versuche gescheitert (Argumente, Gründe für negative Entscheide)? Welche Bedeutung hatte die politisch-strategische Ebene hier?	Keine Angaben zu gescheiterten Vorhaben.
Gibt es Schlüsselakteure, die für die Aufrechterhaltung der bestehenden Zusammenarbeit besonders relevant sind?	Für die Aufrechterhaltung der ISW sind das politische Commitment des Stadtrates und das Commitment der obersten Führungsebene von zentraler Bedeutung. Die bei der Etablierung des Angebots amtierenden Schlüsselpersonen (Stadtrat und Chefarzt der IPW) setzten sich für die Entwicklung des Angebots stark ein.

Einflussfaktoren auf die Zusammenarbeit

Einflussfaktoren auf das Zustandekommen der Zusammenarbeit

Welche [der betrachteten] Faktoren haben das Zustandekommen der Zusammenarbeit begünstigt?

Exogene Umfeldbedingungen (Kontext)

- Übergeordneter politisch-strategischer Rahmen: ISW orientiert sich am 4-Säulen-Modell der nationalen Drogenpolitik und ist Teil der städtischen Drogenpolitik und der kantonalen Gesundheitspolitik
- Organisationsleitbilder und -philosophie: bio-psycho-sozialer Denkansatz und Organisationsleitbild, die Suchthilfe als Querschnittsaufgabe definieren
- Nachfrage nach Angebot: Zunahme der Suchtabhängigen und gesellschaftlicher Handlungsdruck sich der Suchtproblematik anzunehmen

Institutionelle Kontextfaktoren der beteiligten Organisationen

- Gesetzliche Rahmenbedingungen: Unterschiedliche Gesetzesgrundlagen eröffneten Handlungsspielraum für die an der Zusammenarbeit beteiligten Akteure
- Finanzielle Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der Finanzierung: Sicherstellung der Finanzierung des Kooperationsmodells durch mehrere Träger
- Gestaltungs- und Entscheidungsspielraum / Handlungsautonomie der Beteiligten: Grosser Entscheidungsspielraum der auf der Verwaltungsebene involvierten Akteure
- An der Zusammenarbeit beteiligte Staatsebene(n): Kooperationsangebot ISW stützt seine Dienstleistungen auf eine nationale und städtische Suchtpolitik sowie auf eine kantonale Gesundheitspolitik und profitiert von unterschiedlichen Staatsebenen.
- Ressourcen: Die Mittel für das Projekt waren vorhanden

Personelle Faktoren

- Schlüsselpersonen mit hohem Engagement
- Unterstützung von Führungs- und Leitungspersonen
- Vorbestehende persönliche Beziehungen: Eingespielte Beziehungen und Kontakte auf persönlicher Ebene sowie gegenseitiges Vertrauen und Kenntnis der anderen Institution

Prozessbezogene und politische Faktoren

- Empirisch fundierte Situations- oder Bedarfsanalyse: Handlungsbedarf wurde empirisch eruiert

Welche [der betrachteten] Faktoren haben das Zustandekommen der Zusammenarbeit gehemmt?

Keine Hemmnisse identifiziert

(oder – bei gescheiterten Versuchen – verhindert)?

Wie ist es gelungen, hemmende Faktoren zu überwinden?

Kein Bedarf dazu

Einflussfaktoren auf die bestehende Zusammenarbeit

Welche (der untersuchten) Faktoren sind für das Gelingen der laufenden Zusammenarbeit (besonders) förderlich?

Exogene Umfeldbedingungen (Kontext)

- Politische Grundhaltung: Politische Grundhaltung, die den bio-psycho-sozialen Ansatz und die Doppelfinanzierung aus Gesundheits- und Sozialbereich befürwortet
- Übergeordneter politisch-strategischer Rahmen: ISW orientiert sich am 4-Säulen-Modell der nationalen Drogenpolitik und ist Teil der städtischen Drogenpolitik und der kantonalen Gesundheitspolitik
- Organisationsleitbilder und -philosophie: Für die Kooperation verschiedener Berufsgruppen werden Arbeitsgrundsätzen eingeführt, die die Zusammenbeitskultur fördern. Suchthilfe wird als Querschnittsaufgabe definiert

Institutionelle Kontextfaktoren der beteiligten Organisationen

- Gesetzliche Rahmenbedingungen: Unterschiedliche Gesetzesgrundlagen eröffnen Handlungsspielraum für die an der Zusammenarbeit beteiligten Akteuren
- Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der Finanzierung: Sicherstellung der Finanzierung des Kooperationsmodells durch mehrere Träger
- Gestaltungs- und Entscheidungsspielraum / Handlungsautonomie der Beteiligten: Die gemeinsame Trägerschaft der Stadt Winterthur und der vom Kanton geführten Integrierten Psychiatrie Winterthur Zürcher Unterland ermöglicht einen grossen Handlungsspielraum für die Entwicklung von Projekten
- An der Zusammenarbeit beteiligte Staatsebene(n): Kooperationsangebot ISW stützt seine Dienstleistungen auf eine nationale und städtische Suchtpolitik sowie auf eine kantonale Gesundheitspolitik und profitiert von unterschiedlichen Staatsebenen.
- Behördenorganisation: Die beteiligten kantonalen Stellen sind in unterschiedlichen Departementen und Direktionen angesiedelt
- Ressourcen: Es sind ausreichende Ressourcen für den Betrieb des Projekts vorhanden

Personelle Faktoren

- Schlüsselpersonen mit hohem Engagement: Schlüsselpersonen, die den Mehrwert der interprofessionellen Zusammenarbeit auf Leitungs- und politischer Ebene aufzeigen
- Unterstützung von Führungs- und Leitungspersonen
- Vorbestehende Beziehungen: Eingespielte Beziehungen und Kontakte auf persönlicher Ebene sowie gegenseitiges Vertrau-

en und Kenntnis der anderen Institution

- Personelle Kontinuität
- Personal mit Klientelkontakt sieht Mehrwert der Zusammenarbeit

Prozessbezogene und politische Faktoren

- Aktive Kommunikation gegen aussen: Veröffentlichung von Aktivitätsberichten und Beiträgen in Fachzeitschriften
- Unterstützung politischer Verantwortlicher: Breite Akzeptanz politischer Akteure für Doppelfinanzierung durch den Gesundheits- und Sozialbereich

Technische/praktische/fachliche Faktoren

- Unterschiedliche fachliche/professionelle Hintergründe: Förderung einer interprofessionellen Zusammenarbeit und einer gemeinsamen Sprache der Mitarbeitenden mit unterschiedlichen professionellen Hintergründen

Aspekte der Zusammenarbeitsorganisation

- Formale Vereinbarung: schriftliche Zusammenarbeitsvereinbarung
 - Institutionalisierte Struktur zur Steuerung der Zusammenarbeit
 - Interprofessionelle zusammengesetzte Führung
 - Gemeinsames Leitbild: Bio-psycho-sozialer Denkansatz und gemeinsame Grundsätze zur interprofessionellen Zusammenarbeit
 - Gemeinsame Anlässe: Weiterbildungen, Supervisionen
 - Interprofessionell zusammengesetzte Teams mit Klientenkontakt
-

Was sind Schwierigkeiten in der laufenden Zusammenarbeit heute? Wie wird damit umgegangen?

Personelle Faktoren

- Hohe Abhängigkeit von Einzelpersonen

Technische/praktische/fachliche Faktoren

- Datenschutzfragen: Arzt-/Berufsgeheimnis erschwert den Informationsaustausch zwischen der IPW und den Sozialarbeitenden der Sozialberatung. Sozialarbeitende haben keinen Einblick in das Krankengeschichtensystem ihrer medizinischen Kooperationspartner. Die städtisch angestellten Psychotherapeuten hingegen schon.

Aspekte der Zusammenarbeitsorganisation

- Gemeinsames Leitbild: Erhöhter Aufwand für die Vermittlung gemeinsamer Grundsätze zur interprofessionellen Zusammenarbeit
-

Quellen		
Gespräche	Françoise Vogel	Leiterin der Abteilung Prävention und Suchthilfe Winterthur, Co-Leiterin ISW
	Toni Berthel	Ehemaliger ärztlicher Co-Direktor IPW
Dokumente	<ul style="list-style-type: none"> - Berthel, Toni; Vogel, Françoise und Kläusler, Charlotte (2015). Plädoyer für eine integrierte Zusammenarbeit in der Suchthilfe. SuchtMagazin 1/2015; 13-17. - Präsentation «Die Integrierte Suchthilfe Winterthur. Ein Kooperationsangebot der Stadt Winterthur und der Integrierten Psychiatrie Winterthur» Françoise Vogel, Seminar Integrierte Versorgung, - Konzept Integrierte Suchthilfe Winterthur 25.3.2009 - Organigramm Soziale Dienste 2019 - Stadt Winterthur, Departement Soziales (2017). Suchtpolitik Winterthur 2017-2021 	

Zusammenarbeit WorkMed - Sozialdienst Reinach (nicht realisiertes Vorhaben)

Charakterisierung der geplanten Zusammenarbeit

Merkmale des Zusammenarbeitsmodells		
An der Zusammenarbeit beteiligte Stellen/Akteure	<i>Nennen (mit Staatsebene)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Sozialdienst Reinach BL (kommunal) - WorkMed Kompetenzzentrum Psychiatrie Baselland (kantonal) - Kantonales Sozialamt Baselland (kantonal)
Setting(s)	<i>Sozialhilfe/Psychiatrie/Suchtberatung/etc.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Sozialhilfe - Psychiatrie
An der Zusammenarbeit beteiligte Staatsebene(n)	<i>gleiche oder unterschiedliche Ebene(n)</i>	Unterschiedliche Ebenen (Kanton/Gemeinde)
Wenn Zusammenarbeit auf gleicher Ebene: Behördenorganisation (Zuständigkeit für Gesundheit und Soziales)	<i>gleiche oder unterschiedliche Organisationseinheit(en)</i>	
Jahr der Etablierung der Zusammenarbeit	<i>Nennen</i>	2019
Übergeordneter politischer/strategischer Rahmen der Zusammenarbeit	<i>Ist die Zusammenarbeit in einen übergeordneten politischen oder strategischen Rahmen (z.B. Integrationspolitik, Armutsbekämpfung, IIZ etc.) eingebettet bzw. Element eines grösseren Ganzen (--> welcher?) oder eine isolierte, eigenständige Initiative ohne politisch-strategischen «Überbau»?</i>	Die Zusammenarbeit steht in keinem übergeordneten politischen oder strategischen Rahmen.
Zielsetzung/Inhalt/Angebot	<i>Kurze Beschreibung, was die Zusammenarbeit beinhaltet und worauf sie abzielt</i>	WorkMed hätte im Pilotprojekt im Auftrag des Sozialdienstes Reinach die psychische Gesundheit und Arbeitsfähigkeit von Sozialhilfebeziehenden abgeklärt. Die umfassenden Gutachten hätten dem Sozialdienst eine psychiatrisch fundierte Einschätzung der funktionellen Einschränkungen und Ressourcen ermöglicht und

Merkmale des Zusammenarbeitsmodells		
Zielgruppe(n): An wen richtet sich die Leistung, die durch die Zusammenarbeit hätte erbracht werden sollen? Wer hätte konkret davon profitiert?	<ul style="list-style-type: none"> - Individuen (Sozialhilfebeziehende, Sucht-betroffene etc.) - Institutionen (Sozialdienste, IV, RAV, Gesundheitseinrichtungen etc.) 	<p>damit die Planung und Umsetzung von Integrationsmassnahmen erleichtert.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Individuen: Sozialhilfebeziehende Personen mit Schwierigkeiten der Arbeitsintegration aufgrund psychischer Schwierigkeiten - Institutionen: Sozialdienst Reinach⁴⁶
Funktionsweise der Zusammenarbeit	<i>Kurze Beschreibung, wie die (fallbezogene) Zusammenarbeit konkret abläuft.</i>	Die Gemeinde Reinach hätte Klientinnen und Klienten, die psychisch auffällig oder krank sind, aber keinen Anspruch auf eine Invaliditätsrente haben, zur psychologischen Abklärung an WorkMed weiterverwiesen. Nach erfolgter Mandatsvergabe hätten die zuständigen WorkMed-Mitarbeitenden die Sozialhilfebeziehenden zu Abklärungsgesprächen eingeladen und weitere Akteure aus dem Umfeld der Betroffenen befragt, insbesondere Personen aus dem Hilfesystem und frühere Arbeitgeber. Nach den erfolgten Abklärungen hätte WorkMed ein Gutachten mit konkreten Empfehlungen verfasst und dies den Sozialdiensten weitergeleitet. Der Sozialdienst hätte basierend auf das Gutachten fortführende Integrationsmassnahmen mit den Klientinnen und Klienten definiert.
Anzahl bearbeitete Fälle pro Jahr	<i>Ungefähre Angabe gemäss vorliegenden Quellen (Durchschnittswert)</i>	Das Pilotprojekt wurde nicht umgesetzt, da die Finanzierung durch die Sozialhilfebehörde der Gemeinde Reinach abgelehnt wurde.
Steuerung der Zusammenarbeit	<i>Kurze Beschreibung, ob und wie die Zusammenarbeit gesteuert wird (Organisationsebene, nicht fallbezogen)</i>	Keine Angaben
Finanzierung der Zusammenarbeit	<i>Wer trägt welche Kosten?</i>	Die Gemeinde hätte die von WorkMed durchgeführten Abklärungen finanziert.
	<i>Wo/wie ist die Finanzierung geregelt?</i>	Keine Angaben

⁴⁶ Die Angebote von WorkMed richten sich unabhängig von der geplanten Zusammenarbeit mit Reinach auch an Arbeitgeber, Versicherungen und Behörden, Ärzte und Fachpersonen und interessierten Gemeinden.

Entstehung

Hintergrund/Auslöser für die Konzeption der Zusammenarbeit

Welche Akteure haben die Etablierung der Konzeption der Zusammenarbeit initiiert? Welche Umstände führten dazu, dass die Zusammenarbeit gesucht wurde? Was war der Anlass bzw. der Auslöser dafür? Wer hatte welche Gründe dafür, das zu tun?

Die Psychiatrie Baselland befasste sich aus **Interesse an der Integration und Invaliditätsprävention psychisch Kranker** in einem Vorgängerprojekt mit umfassendere Abklärungsmöglichkeiten (**fachliches Interesse**). Gesammelte Forschungs- und Beratungsergebnisse zeigten, dass die Perspektive der Psychiatrie zu einseitig ist und mehr den von Arbeitgebern, Behörden und Versicherungen geprägten Massnahmenkontext berücksichtigen müsse. In Anlehnung an den **Perspektivenwechsel** der Psychiatrie erarbeitete der heutige Leiter von WorkMed das Kompetenzzentrum.

Das Kantonale Sozialamt konstatierte im Rahmen seiner Aufsichts- und Beratungsfunktion gegenüber kommunalen Sozialdiensten, dass diese Schwierigkeiten bei der Beratung, Integration und Weiterverweisung von Klientinnen und Klienten haben, die über längere Zeit psychisch krank sind, aber keinen Anspruch auf eine Invaliditätsrente haben (**Problemdruck seitens Sozialdiensten**). Aufgrund eines fehlenden psychiatrischen Abklärungsangebots unterstützte das Kantonale Sozialamt ideell die Kooperation zwischen den Sozialdiensten und einer unabhängigen Institution wie Workmed (**fehlendes Angebot**). An einem Fachreferat wurde der heutige WorkMed Leiter vom Kantonalen Sozialamtsleiter für eine Kooperation angefragt (**Initiative von Policy Brokern**)

Prozessmerkmale

Welches waren die wichtigsten Schritte oder Phasen im Entscheidungsprozess? Welche Stelle hat bzw. welche Akteure haben was gemacht, damit die Konzeption der Zusammenarbeit etabliert werden konnte?

Nachdem verschiedene Sozialhilfebehörden und kommunale Sozialdienste die Problematik hinsichtlich der sozialen und beruflichen Integration von Klientinnen und Klienten, die «zu gesund für die IV, aber zu krank für den Arbeitsmarkt sind», an das Kantonale Sozialamt herangetragen hatten, wandte sich dessen Leiter an den Leiter von WorkMed, um die Möglichkeit einer Kooperation mit Sozialdiensten zu prüfen. Die Gemeinden Reinach und Sissach⁴⁷ wurden vom Kantonalen Sozialamt als Vertreter für ein Pilotprojekt mit WorkMed ausgewählt. Der Leiter von WorkMed hat nach einem Treffen mit dem Kantonalen Sozialamt und den zwei Gemeinden ein Strategiepapier entwickelt. Die Leiterin des Sozialdienstes Reinach hat der Sozialhilfebehörde Reinach das Strategiepapier vorgestellt und vorgeschlagen am Pilotprojekt teilzunehmen. Die Sozialhilfebehörde bewilligte jedoch nur die Hälfte der von WorkMed budgetierten Gesamtkosten. WorkMed sah aus fachlichen und qualitätsbasierten Gründen keine Möglichkeit, die Preise der Abklärungsdienstleistungen zu reduzieren, auch weil eine Reduktion gegenüber anderen Partnern nicht zu begründen gewesen wäre. In der Folge wurde das Pilotprojekt nicht umgesetzt.

⁴⁷ Für das Fallbeispiel wurde nur die Gemeinde Reinach interviewt, die aufgrund des Entscheids der Sozialhilfebehörde, das Pilotprojekt nicht durchführen konnte. In der Folge werden keine Angaben zur zweiten Gemeinde Sissach gemacht.

<p>Wer hat auf welcher Ebene formale Entscheidungen über die Etablierung der Zusammenarbeit getroffen (Genehmigung oder Ablehnung eines Vorhabens – kann Finanzierungs- oder Organisationsentscheid sein)?</p>	<p>Das Kooperationsprojekt war auf Verwaltungsebene und nicht auf politischer Ebene programmiert Leiter Kantonales Sozialamt Baselland: ideelle Unterstützung Interprofessionalität, Kooperationsanfrage Workmed und Sozialdienste Leiter WorkMed: Einverständnis zum Pilotprojekt Leiterin Abteilung Soziales Reinach: Anfrage Sozialhilfebehörde zur Umsetzung des Pilotprojekts Sozialhilfebehörde Reinach: Finanzierungsentscheid (Ablehnung der Kooperation)</p>
<p>Akteure und -Akteurkonstellationen</p>	
<p>Gab es Schlüsselakteure, die für die Konzeption der Zusammenarbeit besonders relevant waren?</p>	<p>Ja Policy broker: Leiter kantonales Sozialamt, der die Akteure zusammenbrachte Fachperson für die Abklärungsmassnahmen Fachpersonen der Sozialdienste</p>
<p>Gab es wichtige Koalitionen/Allianzen von Akteuren mit ähnlichen Werte- oder Glaubenssystemen (in Bezug auf die der Konzeption zugrundeliegenden Probleme und der damit verfolgten Lösungsansätze)?</p>	<p>Alle an der Kooperation interessierten Akteure erachteten eine vertiefte psychiatrische Abklärung von Klientinnen und Klienten mit psychischen Schwierigkeiten, die eine berufliche oder soziale Integration erschweren, als sinnvoll. Die kommunale Politik zur Eingliederung von Sozialhilfebeziehenden und die damit einhergehende Notwendigkeit, psychisch erkrankte Klientinnen und Klienten gesundheitlich abklären zu lassen, wird von der kantonalen Sozialpolitik ideell unterstützt.</p>
<p>Gab es Akteure, die sich gegen eine Zusammenarbeit gestellt haben? Wenn ja, welche Akteure, auf welcher Ebene? Was waren ihre Argumente? Was hält Akteure davon ab, sich für interprofessionelle Zusammenarbeit zu engagieren?</p>	<p>Die Sozialhilfebehörde Reinach erachtete die interprofessionelle Zusammenarbeit als sinnvoll und notwendig, war jedoch nicht bereit, die Gesamtkosten für das Projekt gutzuheissen. Grund dafür war, dass bis dahin noch keine systematische Erhebung vorlag, die den Erfolg des Projekts hätten belegen können.</p>
<p>Wie konnten gegnerische oder zögerliche Akteure überzeugt werden?</p>	<p>Die in Bezug auf die Kosten zögerlichen Akteure der Sozialhilfebehörde konnten nicht überzeugt werden.</p>

Bei gescheiterten Vorhaben: Weshalb sind die Versuche gescheitert (Argumente, Gründe für negative Entscheide)? Welche Bedeutung hatte die politisch-strategische Ebene hier?	Der Zusammenarbeitsversuch ist an der Finanzierung der Abklärungskosten gescheitert. Die für Finanzierungsentscheide zuständige Sozialhilfebehörde der Gemeinde Reinach war bereit das Pilotprojekt nur mit der Hälfte der budgetierten Kosten zu unterstützen. Ein Grund für die Ablehnung der Gesamtkosten war, dass noch keine Erfahrungswerte vorlagen, die einen Erfolg des Projekts hätten belegen können.
Gibt es Schlüsselakteure, die für die Aufrechterhaltung der bestehenden Zusammenarbeit besonders relevant sind?	Keine aktuell bestehende Zusammenarbeit
Ausblick Fortführung der ange-dachten Zusammenarbeit	Auf Anfrage des Kantonalen Sozialamtes überarbeitete der WorkMed Leiter die Angebotsmodule und konzipierte für Gemeinden mit kleinem Budget günstigere Dienstleistungen wie Fallbesprechungen für Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter oder günstigere Arbeitspakete, die einen Kurzbericht sowie eine reduzierte psychiatrische Diagnostik beinhalten. Dieses Angebot möchte der Leiter des Sozialamtes mit einem Mailing bei den Gemeinden bekannt machen. ⁴⁸

Einflussfaktoren auf die Zusammenarbeit

Einflussfaktoren auf die Konzeption der Zusammenarbeit

Welche [der betrachteten] Faktoren haben die Konzeption der Zusammenarbeit begünstigt?	<p>Exogene Umfeldbedingungen (Kontext):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organisationsleitbilder und -philosophien: Organisationsleitbild, das den psychoanalytischen Ansatz mit einem systemorientierten Ansatz ergänzt <p>Personelle Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schlüsselpersonen mit hohem Engagement
Welche [der betrachteten] Faktoren haben die Zusammenarbeit gehemmt (oder – bei gescheiter-	<p>Exogene Umfeldbedingungen (Kontext):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Übergeordneter politisch-strategischer Rahmen: fehlen eines politischen Auftrags für die Etablierung einer interprofessionellen Zusammenarbeit

⁴⁸ Anfang Juli 2020 hat der Sozialdienst Reinach im Rahmen dieses günstigeren Dienstleistungsangebots WorkMed den ersten Klientenfall zur Abklärung überwiesen.

Einflussfaktoren auf die Konzeption der Zusammenarbeit

ten Versuchen – verhindert)?	<p>Institutionelle Kontextfaktoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Gesetzliche Rahmenbedingungen: keine gesetzliche Grundlage für eine Finanzierung durch das Kantonale Sozialamt – Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der Finanzierung: Fehlende Handlungsautonomie bzw. Finanzkompetenz des Sozialdienstes – Ressourcen: Für die Zusammenarbeit notwendigen finanziellen Ressourcen waren nicht vorhanden <p>Prozessbezogene und politische Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> – Unterstützung politischer Verantwortlicher: keine vollumfängliche (finanzielle) Unterstützung der Sozialhilfebehörde
Wie ist es gelungen, hemmende Faktoren zu überwinden?	Nicht gelungen

Quellen

Gespräche	Susanne Beck	Leiterin Abteilung Soziales Reinach
	Esther Kilchmann	Leiterin Fachbereich Sozialhilfe
	Niklas Baer	Leiter WorkMed
	Sebastian Helmy	Dienststellenleiter Kantonales Sozialamt
Dokumente	<ul style="list-style-type: none"> – Website Kantonales Sozialamt (https://www.baselland.ch/politik-und-behorden/direktionen/finanz-und-kirchendirektion/sozialamt) – Mailkorrespondenz zwischen Sozialdienste Reichenach, Sissach und WorkMed 	

Projekt Assessmentcenter Kanton Basel-Landschaft

Charakterisierung der geplanten Zusammenarbeit

Merkmale des angedachten Zusammenarbeitsmodells		
An der Zusammenarbeit beteiligte Stellen/Akteure	<i>Nennen (mit Staatsebene)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Kantonales Sozialamt Baselland (kantonal) Mögliche zukünftige Kooperationspartner (kommunal und kantonal) - Psychiatrie Baselland - Ärztegemeinschaft - Zahnarzt - Experten aus dem Bereich Arbeitsintegration (Bsp. Arbeitsagogen, Sozialarbeiter) - Experten aus dem Bereich Bildung (Bsp. BIZ) - Experten aus dem Bereich RAV - Invaliditätsversicherung IV Schuldenberatung
Setting(s)	<i>Sozialhilfe/Psychiatrie/Suchtberatung/etc.</i>	Mögliche Settings: <ul style="list-style-type: none"> - Sozialhilfe - Physische Gesundheit - Psychiatrie - Arbeitsintegration / Bildung - Sozialversicherungen (IV)
An der Zusammenarbeit beteiligte Staatsebene(n)	<i>gleiche oder unterschiedliche Ebene(n)</i>	Unterschiedliche Ebenen
Wenn Zusammenarbeit auf gleicher Ebene: Behördenorganisation (Zuständigkeit für Gesundheit und Soziales)	<i>gleiche oder unterschiedliche Organisationseinheit(en)</i>	

Merkmale des angedachten Zusammenarbeitsmodells		
Jahr der Etablierung der Zusammenarbeit	<i>Nennen</i>	2019
Übergeordneter politischer/strategischer Rahmen der Zusammenarbeit	<i>Ist die Zusammenarbeit in einen übergeordneten politischen oder strategischen Rahmen (z.B. Integrationspolitik, Armutsbekämpfung, IIZ etc.) eingebettet bzw. Element eines grösseren Ganzen (--> welcher?) oder eine isolierte, eigenständige Initiative ohne politisch-strategischen «Überbau»?</i>	Das projektierte Assessmentcenter ist Teil der kantonalen Sozialpolitik, die mit der aktuellen Teilrevision der Sozialhilfe, die bis Ende Juni 2020 in der Vernehmlassung war, eine Stärkung der Sozialhilfe anstrebt und eine Entwicklungsstrategie verfolgt. Als Reaktion auf die politischen Vorstösse sollen mit dem Assessmentcenter die Rahmenbedingungen der Sozialhilfe optimiert werden.
Zielsetzung/Inhalt/Angebot	<i>Kurze Beschreibung, was die Zusammenarbeit beinhaltet und worauf sie abzielt</i>	Ziel ist es, die Qualität der Sozialhilfe zu verbessern. Die Massnahmen sollen einerseits den Sozialarbeitenden dienen, komplexe Fälle zu bearbeiten und andererseits den Klienten und Klientinnen neue Integrationsmöglichkeiten ermöglichen. Im Zentrum steht somit die Stärkung der Arbeitsmarktintegration, die sich auch auf das Konzept der interinstitutionellen Zusammenarbeit IIZ stützt.
Zielgruppe(n): An wen richtet sich die Leistung, die durch die Zusammenarbeit erbracht wird? Wer profitiert konkret davon?	<ul style="list-style-type: none"> - Individuen (Sozialhilfebeziehende, Sucht-betroffene etc.) - Institutionen (Sozialdienste, IV, RAV, Gesundheitseinrichtungen etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Individuen: Sozialhilfebeziehende Personen, die über einen längeren Zeitraum Sozialhilfe beziehen und Ausgesteuerte mit Vermögen, die noch keinen Anspruch auf Sozialhilfe haben - Institutionen: Sozialdienste und weiteren Institutionen
Funktionsweise der Zusammenarbeit	<i>Kurze Beschreibung, wie die (fallbezogene) Zusammenarbeit konkret abläuft.</i>	Im Auftrag der regionalen Sozialdienste nehmen die Expertinnen und Experten im Assessmentcenter bei den weiterverwiesenen Klientinnen und Klienten u.a. medizinische und berufliche Abklärungen vor (z.B. IV-Abklärungen) und prüfen für die Integrationsmassnahmen relevante Zuständigkeitsfragen. Die Potenzialabklärungen werden von einem interdisziplinären Team vorgenommen. Nach der Abklärungsphase wird ein runder Tisch mit den Sozialarbeitenden der Gemeinden, die das Assessmentcenter mandatiert haben, organisiert. Gemeinsam werden die vom Assessment-Team erarbeiteten Empfehlungen hinsichtlich der Integrationsmassnahmen besprochen.
Finanzierung der Zusammenarbeit	<i>Wer trägt welche Kosten?</i>	Die Kosten für das Assessmentcenter würde gemäss Vernehmlassungsvorlage der Kanton tragen. Das Kantonale Sozialamt würde seinen Kostenanteil für die Integrationsmassnahmen von Sozialhilfebeziehenden streichen und das Geld auf

Merkmale des angedachten Zusammenarbeitsmodells

das Assessmentcenter umlagern (Stand Juni 2020). Die Sozialdienste hätten in der Folge keinen Kostenaufwand für das Assessment Angebot, müssten jedoch die Integrationskosten (Beschäftigungsprogramme etc.) vollumfänglich übernehmen.

Wo/wie ist die Finanzierung geregelt?

Die Finanzierung wäre in der kantonalen Gesetzgebung geregelt.

Entstehung

Hintergrund/Auslöser für die Konzeption der Zusammenarbeit

Welche Akteure haben die Etablierung der Zusammenarbeit initiiert? Welche Umstände führten dazu, dass die Zusammenarbeit gesucht wurde? Was war der Anlass bzw. der Auslöser dafür? Wer hatte welche Gründe dafür, das zu tun?

Der Kantonale Sozialamtsleiter entwickelte 2014 aus **fachlichem Interesse** die Idee für das Assessmentcenter. Das Konzept eines runden Tisches wurde in Anlehnung an die Resultate der vom Kantonalen Sozialamt durchgeführten Audits weiterentwickelt. Diese zeigten die Schwierigkeiten der Sozialdienste bei der Beratung von Klientinnen und Klienten, die über längere Zeit psychisch krank sind, aber keinen Anspruch auf eine Invaliditätsrente haben (**Problemdruck seitens Sozialdienste**). Der damalige politische Rahmen (Entlastungsstrategie) des Kantons erlaubte keine Umsetzung des Projekts. Aufgrund von mehreren politischen Vorstössen der letzten zwei Jahre (**politischer Auftrag**) hat das Kantonale Sozialamt im Rahmen der Teilrevision des Sozialhilfegesetzes eine Analyse des Gesamtsystems vorgenommen. Basierend auf diese Erkenntnisse hat das Kantonale Sozialamt ein Gesamtpaket entwickelt, welches unter anderem auch das Assessmentcenter beinhaltet. Die aktuelle Entwicklungsstrategie des Kantons⁴⁹ unterstützte die Ausarbeitung des 2014 skizzierten Kooperationsprojekts (**Window of opportunity**).

Akteure und -Akteurkonstellationen

Gab es Schlüsselakteure, die für die Konzeption der Zusammenarbeit besonders relevant waren?

Ja
Leiter des kantonalen Sozialamtes

Gibt es Akteure, die sich gegen eine mögliche Zusammenarbeit

Die Gemeinde, sofern sie Kosten tragen müssten.

⁴⁹ Die Finanzstrategie des Kantons Baselland hat sich so entwickelt, dass vermehrt Mittel für neue Vorhaben zur Verfügung gestellt werden konnten: <https://www.baselland.ch/politik-und-behorden/direktionen/finanz-und-kirchendirektion/finanzverwaltung/finanzpolitik/Finanzstrategie%202016-2019>.

stellen könnten? Wenn ja, welche Akteure, auf welcher Ebene? Was könnten ihre Argumente sein? Was könnte sie davon abhalten, sich für interprofessionelle Zusammenarbeit zu engagieren?

Wie könnten gegnerische oder zögerliche Akteure überzeugt werden?

Das Assessmentangebot ist für die Sozialdienste kostenlos. Das Aufzeigen der potenziellen Kosteneinsparung durch die Umsetzung der vom Assessmentcenter abgegebenen Empfehlungen könnte zögerliche Akteure von einer Kooperation überzeugen.

Einflussfaktoren auf die Zusammenarbeit⁵⁰

Einflussfaktoren auf die Konzeption der Zusammenarbeit

Welche [der betrachteten] Faktoren haben die Konzeption der Zusammenarbeit begünstigt?

Exogene Umfeldbedingungen (Kontext)

- Übergeordneter politisch-strategischer Rahmen: Kantonale Strategie (Entwicklungsstrategie) ermöglichte Ausarbeitung der Konzeption (window of opportunity)
- Nachfrage nach Angebot: Handlungsbedarf(-druck) seitens der Sozialdienste

Institutionelle Kontextfaktoren der beteiligten Organisationen

- Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der Finanzierung: Finanzierungsmöglichkeit durch Kostenumlagerung
- Ressourcen: Ressourcen zur Konzeption und Umsetzung des Kooperationsprojekts sind vorhanden

Personelle Faktoren

- Schlüsselpersonen mit hohem Engagement

Welche [der betrachteten] Faktoren haben die Konzeption der Zusammenarbeit gehemmt (oder – bei gescheiterten Versuchen –

Keine Angaben

⁵⁰ Das im Kanton Basel-Landschaft geplante Assessmentcenter wurde für diese Analyse der förderlichen und hinderlichen Faktoren nicht berücksichtigt, da es noch nicht verwirklicht ist.

Einflussfaktoren auf die Konzeption der Zusammenarbeit

verhindert)?

Quellen

Gespräche	Sebastian Helmy	Dienststellenleiter Kantonales Sozialamt
Dokumente	<ul style="list-style-type: none">- Website Kantonales Sozialamt (https://www.baselland.ch/politik-und-behorden/direktionen/finanz-und-kirchendirektion/sozialamt)- Regierungsrat Basel-Landschaft (2020). Vorlage an den Landrat «Anreize stärken – Arbeitsintegration fördern» Teilrevision Sozialhilfegesetz	

Zusammenarbeitsvereinbarungen der Zuger Konferenz für Sozialdienste

Charakterisierung der Zusammenarbeit

Merkmale des Zusammenarbeitsmodells		
An der Zusammenarbeit beteiligte Stellen/Akteure	<i>Nennen (mit Staatsebene)</i>	<ul style="list-style-type: none"> – 11 Sozialdienste des Kantons Zug: Mitglieder der Zuger Konferenz für Sozialdienste (kommunal) – Kantonale Institutionen aus dem Gesundheitswesen in Zug (Bsp.: Integrierte Psychiatrie Triaplust, Suchtberatung Zug, Heroinabgabestelle, Lüssi Haus)
Setting(s)	<i>Sozialhilfe/Psychiatrie/Suchtberatung/etc.</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Sozialhilfe – Gesundheitswesen
An der Zusammenarbeit beteiligte Staatsebene(n)	<i>gleiche oder unterschiedliche Ebene(n)</i>	unterschiedliche Ebenen (Kanton/Gemeinden)
Wenn Zusammenarbeit auf gleicher Ebene: Behördenorganisation (Zuständigkeit für Gesundheit und Soziales)	<i>gleiche oder unterschiedliche Organisationseinheit(en)</i>	
Jahr der Etablierung der Zusammenarbeit	<i>Nennen</i>	ca. 2000
Übergeordneter politischer/strategischer Rahmen der Zusammenarbeit	<i>Ist die Zusammenarbeit in einen übergeordneten politischen oder strategischen Rahmen (z.B. Integrationspolitik, Armutsbekämpfung, IIZ etc.) eingebettet bzw. Element eines grösseren Ganzen (--> welcher?) oder eine isolierte, eigenständige Initiative ohne politisch-strategischen «Überbau»?</i>	Keine Angaben
Zielsetzung/Inhalt/Angebot	<i>Kurze Beschreibung, was die Zusammenarbeit beinhaltet und worauf sie abzielt</i>	Die Zusammenarbeitsvereinbarungen dienen der Regelung der Arbeitsabläufe und Zuständigkeiten zwischen den Zuger Sozialdiensten und den kantonalen Institutionen des Gesundheitswesens. Die schriftlichen Vereinbarungen, die

Merkmale des Zusammenarbeitsmodells

		keinen rechtlich verbindlichen Charakter haben, beinhalten einen Beschrieb der Zusammenarbeit sowie die Klärung von Grundlagen und Hilfsmitteln.
Zielgruppe(n): An wen richtet sich die Leistung, die durch die Zusammenarbeit erbracht wird? Wer profitiert konkret davon?	- <i>Individuen (Sozialhilfebeziehende, Suchtbetroffene etc.)</i> - <i>Institutionen (Sozialdienste, IV, RAV, Gesundheitseinrichtungen etc.)</i>	Institutionen: Mitglieder der Zuger Konferenz für Sozialdienste, kantonale Institutionen aus dem Gesundheitswesen
Funktionsweise der Zusammenarbeit	<i>Kurze Beschreibung, wie die (fallbezogene) Zusammenarbeit konkret abläuft.</i>	In der fallbezogenen Zusammenarbeit werden die schriftlichen Vereinbarungen zur Instruktion der Mitarbeitenden und zur Dokumentation von Arbeitsabläufen verwendet. Diese Dokumente dienen als Wegweiser und klären die Arbeitsschritte und Zuständigkeiten zwischen den involvierten Institutionen.
Anzahl bearbeitete Fälle pro Jahr	<i>Ungefähre Angabe gemäss vorliegenden Quellen (Durchschnittswert)</i>	Keine Anzahl Fälle / Keine Angaben zur Anzahl Zusammenarbeitsvereinbarungen
Steuerung der Zusammenarbeit	<i>Kurze Beschreibung, ob und wie die Zusammenarbeit gesteuert wird (Organisationsebene, nicht fallbezogen)</i>	Die Vereinbarungen werden alle fünf bis acht Jahre überprüft, evaluiert und je nach Bedarf angepasst (bspw. bei neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen).
Finanzierung der Zusammenarbeit	<i>Wer trägt welche Kosten?</i>	Der Aufwand für die Aufsetzung der Zusammenarbeitsverträge fällt in die Arbeitszeit der jeweiligen Institution (Konferenz für Sozialdienste im Kanton Zug und Gesundheitsinstitution).
	<i>Wo/wie ist die Finanzierung geregelt?</i>	Für die Zusammenarbeit fallen keine Kosten an.

Entstehung

Hintergrund/Auslöser der Zusammenarbeit

Welche Akteure haben die Etablierung der Zusammenarbeit initiiert? Welche Umstände führten dazu, dass die Zusammenarbeit gesucht wurde? Was war der Anlass bzw. der Auslöser dafür?	Die Mitglieder der Zuger Konferenz für Sozialdienste befassten sich mit unklaren Arbeitsprozessen und -zuständigkeiten, die während der Fallarbeit zwischen den Sozialdiensten und den entsprechenden Institutionen auftraten (Problemdruck Sozialdienste). Zur Klärung der Arbeitsprozesse hat die Zuger Konferenz die jeweilige Gesundheitsinstitution kontaktiert.
---	--

Wer hatte welche Gründe dafür, das zu tun?

Prozessmerkmale

Welches waren die wichtigsten Schritte oder Phasen im Entscheidungsprozess? Welche Stelle hat bzw. welche Akteure haben was gemacht, damit die Zusammenarbeit etabliert werden konnte?

Die Delegierten der Arbeitsgruppe «AG Zusammenarbeit» der Zuger Konferenz für Sozialdienste kontaktieren Institutionen aus dem Gesundheitsbereich mit denen die Regelung einzelner Arbeitsschritte notwendig ist. Die Arbeitsgruppe und die entsprechende Gesundheitsinstitution vereinbaren im Rahmen eines Entwurfs die Kooperationschritte. Der Entwurf wird von den Mitgliedern der Zuger Konferenz für Sozialdienste geprüft und anschliessend von den Delegierten der Arbeitsgruppe «AG Zusammenarbeit» unterschrieben.

Wer hat auf welcher Ebene formale Entscheidungen über die Etablierung der Zusammenarbeit getroffen (Genehmigung oder Ablehnung eines Vorhabens – kann Finanzierungs- oder Organisationsentscheid sein)?

Zuger Konferenz für Sozialhilfe: Einverständnis mit Zusammenarbeitsregelung und Unterzeichnung der Vereinbarung
Kantonale Gesundheitsinstitution im Kanton Zug: Einverständnis mit Zusammenarbeitsregelung und Unterzeichnung Vereinbarung

Akteure und -Akteurkonstellationen

Gab es Schlüsselakteure, die für die Etablierung der Zusammenarbeit besonders relevant waren?

Keine Angaben

Gab es wichtige Koalitionen/Allianzen von Akteuren mit ähnlichen Werte- oder Glaubenssystemen (in Bezug auf die der Zusammenarbeit zugrundeliegenden Probleme und der damit verfolgten Lösungsansätze)?

Keine Angaben

Gab es Akteure, die sich gegen eine Zusammenarbeit gestellt haben? Wenn ja, welche Akteure, auf welcher Ebene? Was waren

Keine Akteure haben sich gegen die Form der Zusammenarbeitsregelung gestellt.

ihre Argumente? Was hält Akteure davon ab, sich für interprofessionelle Zusammenarbeit zu engagieren?	
Wie konnten gegnerische oder zögerliche Akteure überzeugt werden?	Es mussten keine zögerlichen Akteure überzeugt werden.
Bei gescheiterten Vorhaben: Weshalb sind die Versuche gescheitert (Argumente, Gründe für negative Entscheide)? Welche Bedeutung hatte die politisch-strategische Ebene hier?	Keine gescheiterten Versuche.
Gibt es Schlüsselakteure, die für die Aufrechterhaltung der bestehenden Zusammenarbeit besonders relevant sind?	Keine Angaben.

Einflussfaktoren auf die Zusammenarbeit

Einflussfaktoren auf das Zustandekommen der Zusammenarbeit

Welche [der betrachteten] Faktoren haben das Zustandekommen der Zusammenarbeit begünstigt?	Institutionelle Kontextfaktoren der beteiligten Organisationen - Ressourcen: Die Mittel zur Aufsetzung der Zusammenarbeit waren vorhanden
Welche [der betrachteten] Faktoren haben das Zustandekommen der Zusammenarbeit gehemmt (oder – bei gescheiterten Versuchen – verhindert)?	Keine Hemmnisse identifiziert
Wie ist es gelungen, hemmende Faktoren zu überwinden?	Kein Bedarf dazu

Einflussfaktoren auf die bestehende Zusammenarbeit

Welche (der untersuchten) Faktoren sind für das Gelingen der laufenden Zusammenarbeit (besonders) förderlich?	<p>Institutionelle Kontextfaktoren der beteiligten Organisationen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ressourcen: Die Mittel zur Aufsetzung der Zusammenarbeit sind vorhanden <p>Aspekte der Zusammenarbeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formale Vereinbarung regelt die Zusammenarbeit
Was sind Schwierigkeiten in der laufenden Zusammenarbeit heute? Wie wird damit umgegangen?	<p>Aspekte der Zusammenarbeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formale Vereinbarung: Es kommt vor, dass einzelne Vertragspartner aus dem Gesundheitswesen zu Beginn der Zusammenarbeit aus Unkenntnis der Vereinbarung von den darin vereinbarten Arbeitsabläufen abweichen.

Quellen

Gespräche	Meinrad Beeler	Abteilungsleiter Soziales Sozialdienst Oberägeri
Dokumente	Keine Dokumente	