

Projekt

"Soziale Arbeit in der medizinischen Grundversorgung"

Antragstellende Organisation

Projektgruppe Soziale Arbeit in der medizinischen Grundversorgung und die Stiftung zur Förderung der interprofessionellen Grundversorgung und deren medizinischen Berufsbilder FIMG

Mögliche Projekt-Unterstützer:innen

Sämtliche Personen, Institutionen, Organisationen, Firmen und Stiftungen, welche die Sicherung der medizinischen Grundversorgung und den niederschweligen Zugang zu medizinischer und psychosozialer Hilfestellung unterstützen möchten und somit sicherstellen helfen.

Kontaktperson / Projektleitung

Stiftung FIMG

Geschäftsleiterin Annemarie Hübscher, info@fimg.ch, Tel. +41 31 879 30 30

Projektleitung:

Anna Gfeller, Projektleitung inhaltlich Soziales (anna.gfeller@fimg.ch), Tel. +41 31 879 3030

Linda Glauser, Projektleitung inhaltlich Organisation (linda.glauser@fimg.ch), Tel. +41 31 879 30 30

Gesamtkosten pro Jahr

Gesamtkosten des Projektes pro 12 Monate

CHF 370'229.47

Davon 33,82% Beitrag Projektunterstützungsbeiträge durch am
Projekt teilnehmende Zentren

CHF 125'229.47

Davon 80% durch andere Projektunterstützungsbeiträge

CHF 245'000.00

Projekttitel

Soziale Arbeit in der medizinischen Grundversorgung

Projektdauer

5 Jahre

Ausgangslage und Hintergrund

Mit welchem Hintergrund entstanden die Projektidee und das Projektgesuch?

Gesundheit und soziale Stabilität gehören untrennbar zusammen. Dennoch arbeitet die Medizin und die Soziale Arbeit bis heute weitgehend isoliert voneinander.

- **Zunahme chronischer Mehrfacherkrankungen** und die Notwendigkeit der Stärkung der ambulanten Strukturen (BAG 2016).
- **Soziale Problematik belastet die Gesundheitsversorgung:** Jede dritte ärztliche Konsultation gilt als schwierig, dies oft aufgrund prekärer sozialer Verhältnisse (Mota et al. 2019).
- **Gesundheitliche und soziale Probleme sind eng miteinander verwoben und können sich gegenseitig verstärken**, bzw. sind die Gesundheit oder die Genesung in einem hohen Masse von einer intakten sozialen Lebenswelt abhängig (Rüegg et al. 2022).

Hausärzt:innen sehen täglich Patient:innen, deren Krankheiten durch soziale Probleme verstärkt werden, z.B. durch Wohnunsicherheit, familiäre und berufliche Belastungen, finanzielle Instabilität. Gleichzeitig treffen Sozialarbeitende auf Menschen, deren gesundheitliche Situation dringend medizinische Aufmerksamkeit benötigen würde.

Diese Lücke im System bedeutet für alle Involvierten (öffentliche Ämter, Versicherungen, Ärzteschaft, Sozialarbeitende, etc.) fehlende Ressourcen, mangelnde Zeit, hohe Geldkosten, möglichst eine Weitergabe an eine andere Instanz. Diese Spirale verstärkt wiederum die Abwärtsspirale der Patient:innen durch noch mehr finanzielle Unsicherheit, fehlender verlässlicher Ansprechpersonen, fehlendem Wissen.

All die obgenannten Faktoren erfordern die Stärkung der ambulanten Strukturen in Form von interprofessioneller und integrierter Zusammenarbeit in der Grundversorgung.

Das Projekt soll die Soziale Arbeit direkt vor Ort in die Hausarztzentren bringen; integriert in den medizinischen Praxisalltag, mit kurzen Wegen und klar strukturierten Prozessen. Damit wird ein nahtloser Übergang zwischen medizinischer und sozialer Unterstützung geschaffen, welcher effizient, rasch und gut vernetzt zusammenarbeiten kann.

Projektrelevanz

- **Die Zahl chronischer, komplexer Krankheitsverläufe ist zunehmend**
- **Medizinisches Fachpersonal übernimmt zunehmend soziale Aufgaben ohne Fachressourcen**
- Die aktuelle **Vernetzung ist zufällig und unsystematisch**
- Internationale Erfahrungen zeigen, dass **integrierte Versorgungsmodelle den Outcome verbessern und die Kosten senken**
- **Politische und gesellschaftliche Dringlichkeit** vorhanden durch demografischen Wandel, Kostenexplosion im Gesundheitswesen und Fachkräftemangel

Projektziele

Welche Ziele verfolgt das Projekt und welche Wirkung soll es erzielen?

Handlung durch

- **Frühzeitige Triage und Koordination** sozialer Fragestellungen im medizinischen Setting
- **Ganzheitliche Betreuung** für Patient:innen mit komplexer medizinischer und psychosozialer Situation

Gewünschter Effekt

- **Effizienzsteigerung und nachhaltige Kostenreduktion der Gesundheits- und Sozialkosten** durch frühzeitiges, rasches und klar strukturiertes und vernetztes Handeln
- **Ganzheitliche Betreuung** für Patient:innen mit komplexer medizinischer und psychosozialer Situation
- **Entlastung der Hausärzt:innen** und des medizinischen Personals aufgrund der integrierten und interprofessionellen Zusammenarbeit von Gesundheitsfachpersonen
- **Niederschweligen Zugang** zu Beratungen und Hilfeleistungen für sozial- und gesellschaftlich benachteiligte und/oder "aufwändigere" Patient:innen in vertrautem Setting der Hausarztpraxis
- **Bei erfolgreichem Nachweis: "copy paste" auf den gesamten Kanton Bern** unter Berücksichtigung von unterschiedlichen Praxis- und Zentrumsstrukturen, regionalen Unterschieden (Stadt, Agglomeration, Dörfer, abgelegene Dörfer) und der zwei Sprachen in einem Kanton (deutsch und französisch)
- **Differenzierte und fundierte Klärung der Kostenträger für die Zukunft**

Wirkungs-Modell mit Kennzahlen und Indikatoren

Kostenmessungen und Empowerment-Messung durch die Erfassung/Evaluation in den zwei Projektjahren im Vergleich mit den zwei Vorjahren von:

- Aufenthaltsdauer und -kosten im Krankenhaus (in Absprache mit Versicherungen und Patient:in)
- Aufenthaltsdauer und -kosten in einer psychiatrischen Klinik oder anderen psychiatrischen Diensten (in Absprache mit Versicherungen und Patient:in)
- Aufenthaltsdauer und -kosten in Reha's (in Absprache mit Versicherungen und Patient:in)
- Aufenthaltsdauer in der ambulanten oder stationären Suchtbehandlung (in Absprache mit Versicherungen und Patient:in)
- Kosten von ambulanten psychologischen/psychiatrischen Leistungen
- Kosten der hausärztlichen Leistungen
- Messung Patientenzufriedenheit durch Selbsteinschätzung von
 - Lebensqualität im Allgemeinen
 - Gesundheit und Krankheit
 - Physisches Befinden
 - Psychisches Befinden
 - Selbstorganisation und -kompetenzen (Empowerment-Methode)vor Projekt, nach einem Jahr und nach 2 Jahren
- Fallbearbeitungszeit in einzelnen Kategorien und somit mit Rückschluss auf Administrationskosten für
 - Anmeldung bei der IV (ev. bis zum definitiven Entscheid)
 - Anmeldung bei der EL (ev. bis zum definitiven Entscheid)
 - Klärung Krankentaggeld und Unfalltaggeld-Ansprüche
 - Klärung Anspruch auf Sozialgelder
 - Klärung Arbeitslosen-Entscheidigungen
 - Vermittlung von externen (ausserhalb der medizinischen Institution) Betreuungs- und/oder Beratungspersonen
- Weitere Indikatoren können bei Projektaufnahme mitaufgenommen werden

Der Vergleich soll in möglichst vielen Fällen eine Gegenüberstellung/einen Vergleich der

- medizinischen Kosten (ambulant und stationär)

- der psychischen und psychiatrischen Kosten (ambulant und stationär)
 - der administrativen Kosten der Versicherungen und sozialen Stellen
 - der Sozialarbeit in einzelnen Kategorien
 - der APNs in einzelnen Kategorien
 - der MPKs und MPAs in einzelnen Kategorien
- aufzeigen.

Arbeiten nach Fallkategorien (siehe Kapitel "Fallkategorien")

- Psychosoziale Beratung und Begleitung durch die Sozialarbeitenden nach Zuweisung der Patient:innen durch die Hausärzt:innen
- Sozialrechtliche Beratung und Hilfeleistung durch die Sozialarbeitenden nach Zuweisung der Patient:innen durch die Hausärzt:innen/(Erschliessung sozial-)rechtlicher Ansprüche
- Organisation im vor- und nachstationären Bereich durch die Sozialarbeitenden und APNs
- Niederschweligen Zugang zu Informationen und Hilfestellungen für Patient:innen durch medizinisches Fachpersonal (APNs, MPKs, MPAs)
- Haus- und Heimbefuche bei Patient:innen durch APNs
- Chronic Care-Beratungen (Diabetes, KHK, Wundmanagement, Adipositas, Ernährung, Rauchstopp) von Patient:innen durch MPKs
- Einleitung von behördlichen Massnahmen durch Sozialarbeitende und Ärzt:innen
- Ressourcenerhebung der Patient:innen durch Sozialarbeitende und APNs
- Case Management über alle Sektoren durch Sozialarbeitende

Zielgruppen

- Patient:innen mit chronischen Erkrankungen und/oder psychosozialen Mehrfachbelastungen
- Patient:innen in einem komplexen Sozialversicherungsverfahren
- Hausärzt:innen und medizinisches Fachpersonal (APNs, MPKs, MPAs)
- Kommunale Sozialdienste, Behörden, IV, Versicherungen, Spitex, Beratungsstellen
- Das Gesundheitssystem als Ganzes

Projektumsetzung

Wie ist das Projekt aufgebaut und wie wird es umgesetzt? Wie werden die Interprofessionalität und die integrierte Versorgung umgesetzt? Wie kann das Projekt bei erfolgreichem Abschluss auf den ganzen Kanton ausgeweitet werden? Wie wird das Projekt begleitet und abgeschlossen?

Projektlandschaft

- 7 Pilot-Hausärztezentren im Berner Seeland, Berner Oberland und in Solothurn
- Ein Pilot-walk-in-Hausärzte-Zentrum im Berner Seeland (walk-in-lyss)
- Gesamthaft rund 55 HausärztInnen der Allgemeinen Inneren Medizin
- 7 Sozialarbeitende 180% gesamt im Stellenumfang) direkt vor Ort in den Zentren
- Pro Zentrum je 2-3 APNs
- Pro Zentrum je 1-3 MPK (Fachrichtung Chronic Care) und mehrere MPAs
- Eine Koordinations- und Begleitperson in der Sozialarbeit für einen 3-monatigen Aufbau des Projekts (Netzwerk, systematische Abläufe, Datensammlung) und dauernd für die Koordination und die qualitative Sicherstellung der Aufgaben der Sozialarbeitenden zur möglichen späteren Ausdehnung und Weitergabe an andere
- Wissenschaftliche Begleit-Evaluation: Zusammenführen der Daten, Evaluation und Berichterstattung zur Wirksamkeit und Effizienz nach wissenschaftlichen Kriterien durch Dr. René Rüegg, Dozent und Projektleiter der Hochschule Luzern, Institut für Sozialpädagogik und Sozialpolitik

Arbeiten durch Projektleitende:n/Projektkoordinator:innen

(80% in Projektkosten enthalten, 20% Aufwand wird vom teilnehmenden Projektzentrum getragen)

Welche Arbeiten werden während der Aufbauzeit getätigt und mit welchem Ziel? Welche Arbeiten werden während der Begleitzeit getätigt und mit welchem Ziel?

Aufbau-, Anpassungs- und Evaluationszeit: 4 Monate pro Projektjahr

Folgende Arbeiten werden in dieser Zeit durch Projektleitende:n getätigt:

- Definition der Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft, deren medizinischen Hilfspersonals und den Sozialarbeitenden: regelmässiger 1:1 Austausch Ärzt:innen und Sozialarbeitende zu Fällen, fachlicher Austausch, Intervention, Supervision / Definition und Organisation des möglichen Einbezugs und der Mitarbeit des medizinischen Hilfspersonals (APN, MPK, MPA)
- Anfrage zum Projekteinbezug und der Projektmitarbeit tätigen (mit möglichst anschliessender Kooperationsvereinbarung und der daraus folgenden Organisation) mit Krankenversicherungen, Krankentaggeldversicherungen, Invalidenversicherung, etc.
- Kooperationsvereinbarung erstellen mit den medizinischen Zentren abschliessen
- Kontaktaufnahme mit anderen sozialen Institutionen und kantonalen Stellen, sowie Spitex, Spitäler, Beratungsstellen, etc., inkl. Mitteilung/Information zum Projekt
- Unterlagen für zugewiesene Klient:innen erstellen (Datenschutz, Zustimmung für Mitarbeit mit Sozialarbeitende:n, etc.)
- Suche nach geeigneten, langjährig erfahrenen Sozialarbeitenden mit breitem Erfahrungsspektrum, inkl. Erstellung Arbeitsvertrag
- Organisation Arbeitsmaterial (eingerichteter Laptop, Handy), Organisation für VPN-Zugänge zu den medizinischen Zentren und Freischaltung der Patient:innen/Klient:innen
- Organisation der Datenerfassung (EDV-Grundlage)
- Kontaktaufnahme mit Berner Fachhochschule, René Rüegg: Planung der zu evaluierenden Daten für eine wissenschaftliche Begleitung des Projektes
- Erstellung von Fallkategorien und Kategorie-Raster mit Inhaltsdefinitionen
- Qualitätsmanagement-Controlling erstellen
- Organigramm (Zuständigkeiten) mit Kontaktdaten erstellen
- Einführung der Sozialarbeitenden in die Arbeiten
- Einführung der Ärzteschaft und des medizinischen Hilfspersonals der Zentren in die Zusammenarbeit
- Orientierung über das Projekt an die umliegenden sozialen Stellen, wie z.B. Sozialdienste, KESB, etc.
- Grundlage der Projektbeschreibung erstellen
- Organisation und Begleitung Startphase

Projektbegleitung: 12 Monate pro Jahr in allen Projektjahren

- Projekt-Controlling
- Laufendes Zusammentragen der zu evaluierenden Daten
- Koordinationsarbeiten
- Unterstützung für die involvierten Mitarbeitenden
- Evaluation der Bedürfnisse und eventuellen Besonderheiten verschiedener Regionen im Kanton vor Ort für ein "Copy Paste" des Projektes (Randregionen wie z.B. Berner Jura, Oberland, Emmental, Städten, Bilingue-Regionen, etc.) und den sprachlichen Voraussetzungen (ein Kanton, zwei Sprachen)
- Ausarbeitung von Konzeptunterlagen für ein "Copy Paste" im gesamten Kanton (sämtliche Regionen, inkl. zwei Sprachen)
- Zusammenarbeit mit anderen sozialen Institutionen und kantonalen Stellen, sowie Spitex, Spitäler, Beratungsstellen, etc.
- Gespräche und Verhandlungen mit diversen Versicherungen (Kranken- und Unfalltaggeldversicherungen, Krankenversicherungen, IV) über ein zukünftiges Kostenträgermodell

Projektabschluss: 4 Monate im letzten Projektjahr

- Fertigstellung der Datenerhebung für die Evaluation
- Abschlussverhandlungen und Anträge mit und an zukünftige Kostenträger
- Erstellung eines Abschlussberichtes zusammen mit der BFH

Ärztenschaft

(in Projektkosten nicht enthalten, Aufwand wird von teilnehmenden Projektzentrum getragen)

- Evaluation und Zuweisung von Patient:innen in das Projekt mit klarer Auftragserteilung an übernehmende Fachperson und inkl. Aufklärung der Patient:innen (Voraussetzung ist die Zustimmung der Patient:innen zur Teilnahme am Projekt)
- Daten- und Informationslieferung gemäss erarbeiteten Vorgaben
- Teilnahme an sämtlichen interprofessionellen Austauschplattformen wie fachliche Austauschsitzen, Projektsitzungen, Interventionen, CIRS, Teamsitzungen

Sozialarbeitende

(80% in Projektkosten enthalten, 20% Aufwand wird vom teilnehmenden Projektzentrum getragen)

- Übernahme der durch die Ärzteschaft zugewiesenen Patient:innen
- Arbeiten gemäss Beschrieb "Arbeiten" auf Seite 4
- Daten- und Informationslieferung gemäss erarbeiteten Vorgaben
- Teilnahme an sämtlichen interprofessionellen Austauschplattformen wie fachliche Austauschsitzen, Projektsitzungen, Interventionen, CIRS, Teamsitzungen

Eingesetzt werden Sozialarbeitende mit einer langjährigen und breiten Erfahrungspalette. Durch das Alter und die Erfahrungsjahre sind die Lohnaufwände dementsprechend höher.

APNs

(in Projektkosten nicht enthalten, Aufwand wird vom teilnehmenden Projektzentrum getragen)

- Übernahme der durch die Ärzteschaft zugewiesenen Patient:innen
- Arbeiten gemäss Beschrieb "Arbeiten" auf Seite 4
- Daten- und Informationslieferung gemäss erarbeiteten Vorgaben
- Teilnahme an sämtlichen interprofessionellen Austauschplattformen wie fachliche Austauschsitzen, Projektsitzungen, Interventionen, CIRS, Teamsitzungen

MPKs

(in Projektkosten nicht enthalten, Aufwand wird vom teilnehmenden Projektzentrum getragen)

- Übernahme der durch die Ärzteschaft zugewiesenen Patient:innen
- Arbeiten gemäss Beschrieb "Arbeiten" auf Seite 4
- Daten- und Informationslieferung gemäss erarbeiteten Vorgaben
- Teilnahme an sämtlichen interprofessionellen Austauschplattformen wie fachliche Austauschsitzen, Projektsitzungen, Interventionen, CIRS, Teamsitzungen

MPAs

(in Projektkosten nicht enthalten, Aufwand wird vom teilnehmenden Projektzentrum getragen)

- Unterstützung der Ärzteschaft, Sozialarbeitenden, APNs und MPKs in der Ausführung ihrer Arbeiten
- Kontrolle der korrekten Daten- und Informationserfassungen aller Mitarbeitenden
- Organisation und Koordination von Terminen, Sitzungen, etc.
- Unterstützung in EDV- und Admin-Arbeiten
- Teilnahme an interprofessionellen Austauschplattformen wie fachliche Austauschsitzen, Projektsitzungen, Interventionen, CIRS, Teamsitzungen

Wissenschaftliche Mitarbeit

(80% in Projektkosten enthalten, 20% Aufwand wird vom teilnehmenden Projektzentrum getragen)

- Zusammenzug sämtlicher erhobener Daten
- Auswertung der Daten nach Kennzahlen und Indikatoren
- Wissenschaftliche Auswertung
- Abschlussbericht mit ev. Veröffentlichung

Datenerhebung

Wie werden Daten hinterlegt? Welche Daten werden erhoben und mit welchem Ziel?

Voraussetzung Datenerhebung: Alle gezogenen Daten sollen aus jedem Erfassungssystem in eine Excel-Tabelle eingefügt werden können.

Die Fälle werden jeweils in 4 Kategorien eingeteilt werden:

Kat. I	einfacher + niederschwelliger Unterstützungsbedarf	(1 bis 2 Stunden Sozialarbeit)
Kat. II	mittlerer Unterstützungsbedarf	(ab 2 bis 5 Stunden Sozialarbeit)
Kat. III	hoher Unterstützungsbedarf	(ab 5-12 Stunden Sozialarbeit)
Kat. IV	komplexer + hoher Unterstützungsbedarf	(über 12 Stunden Sozialarbeit)

Während der Aufbauphase soll die Projektleitung pro Kategorie Unterraster erstellen, in welche die Arbeiten ab Projektstart eingegliedert werden können. Die ausgeführten Arbeiten sollen diesen Unterraster zugeteilt werden.

Die Daten werden nach Projektende eine genaue und differenzierte Analyse der Arbeiten ermöglichen. Die Auswertung der den Rastern und Kategorien zugeteilten Arbeiten erlauben am Projektende eine durchschnittliche Berechnung der Aufwände pro Fall und pro Kategorie.

Im Weiteren erleichtert die Zuteilung in Raster und Kategorien die Erstellung einer Einführung in die Arbeitsweise und die Erstellung von Arbeitsanleitungen.

Während der Aufbauphase wird die Erfassungsgrundlage der Daten so gestaltet, dass Daten mindestens nach folgenden Kriterien gefiltert werden können:

- Name, Vorname
- Nach Geschlecht
- Nach Alter (Geburtsdatum)
- Nach Sprache
- Nach Wohnort
- Nach Hausarzt/-ärztin und andere involvierte ÄrztInnen, Spitäler, medizinische Institutionen (z.B. Spitex, Heime, etc.)
- Nach Krankenversicherung(en) u/o IV
- Nach involvierten Sozialdiensten wie z.B. KESB, Sozialdienste, Beratungsstellen, andere)
- Fallkategorien
- Fall-Raster
- Medikamente
- Diagnosen
- Anamnese-Wörter

Der Datenschutz wird seitens Projektinvolvierten jederzeit eingehalten. Die KlientInnen müssen der Teilnahme am Projekt in schriftlicher Form zustimmen. Mit ihrer Zustimmung erklären sie sich einverstanden, dass

- ihre Daten systematisch erfasst werden und nach obgenannten Kriterien gefiltert werden können.

- ihr Name, Vorname, Geburtsdatum und ihre Versicherungsnummer dazu verwendet werden dürfen, um mit und von den Versicherungen medizinisch erbrachte Leistungen und deren Kosten abzugleichen oder einzuholen.
- all ihre Daten im Rahmen dieses Projektes (Name und Vorname werden durch eine Nummer ersetzt, anstelle des Geburtsdatums nur der Jahrgang, nur Wohnort von Wohnadresse) vom Gesundheitsamt des Kantons Bern, von der Berner Fachhochschule, von den MediZentren und dem walk-in, sowie der Stiftung FIMG für die hier genannten Projekt- und für Studienzwecke genutzt werden dürfen.

Bearbeitete Fälle

Vorgesehene Fallbelastung pro Sozialarbeitende:n

Für die Berechnung wird folgender Mix angenommen:

3 Fälle	Kat. I	à 2h	6h	
3 Fälle	Kat. II	à 4h	12h	
3 Fälle	Kat. III	à 8h	24h	
3 Fälle	Kat. IV	à 15h	45h	12 Fälle = 87h

100%-Pensum Sozialarbeitende:r

45 Wochen (52 Wo - 6 Wo Ferien – 1 Wo Feiertage/Jahr)

45 x 40h = 1'800 Arbeitsstd./Jahr

Abzüglich

1h Teamsitzung/Woche

2h Intervention/Supervision/Fallbesprechungen, QZ, etc./Monat

=6h/Monat (Stunden/Monat sind nicht pensumsabhängig)

= 270h/Jahr = abzüglich 37 Fälle

Fälle Sozialarbeitende:r/Jahr	bei 100%-Pensum	248 Fälle – 37 Fälle = 211 Fälle
	bei 80%-Pensum	198 Fälle – 37 Fälle = 161 Fälle
	bei 50%-Pensum	124 Fälle – 37 Fälle = 87 Fälle

Dies ist eine Annahme bei einem Durchschnitt von gleichmässiger Anzahl Fälle pro Kategorie. Dies ist eine reine Berechnungsgrundlage und die Fälle können je nach Kategorie (Komplexität) nach oben oder nach unten stark variieren.

Aufgrund dieser Berechnungsgrundlage ergäbe sich pro 12-monatigen Arbeitszeit der Sozialarbeitenden

1x Sozialarbeitende:r	à 40% Stellenpensum	84 Fälle
2x Sozialarbeitende	à 30% Stellenpensum	127 Fälle
4x Sozialarbeitende	à 20% Stellenpensum	161 Fälle
Total pro Jahr		372 Fälle
Total am Ende des Projektes nach 5 Jahren (57 Monate)		1'860 Fälle

Zeitplan

Wie sieht die zeitliche Planung des Projekts aus? Welche Meilensteine sind definiert?

Gesamtlaufzeit: 60 Monate

Dazu gehören

- Aufbau durch Projektleiter:in und ev. Sozialarbeitenden
- Operative Umsetzung in den medizinischen Zentren
- Begleitung durch Projektleitung = Koordination, qualitative Sicherstellung, Zwischenreflexionen, Jahresberichten, Konzepterstellung "Aufgaben und Schnittstellen der Sozialen Arbeit in der Grundversorgerpraxis", inkl. Abschlussarbeiten mit Gesamt-Abschlussbericht
- Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation mit Bericht durch Dr. René Rüegg, Dozent und Projektleiter der Hochschule Luzern im Institut für Sozialpädagogik und Sozialpolitik
- (Datenanalyse, Reflexion)

Zukünftige Kostenträger

Bei erfolgreichem Projektabschluss: wie soll eine zukünftige Umsetzung der Sozialen Arbeit in der Arztpraxis/im medizinischen Hausärztezentrum finanziert werden?

Das Projekt und die dadurch erhaltenen Daten zeigen bei einem Projekterfolg auf, dass Kosten für Gesundheits- und Sozialkosten (ärztliche Leistungen, Leistungen von sozialen Stellen, Kosten von Versicherungsstellen = Case-Management) gesenkt werden können.

Durch die erfassten Kategorien und Kategorie-Raster pro Fall soll **eine Pauschale pro Fall-Kategorie** definiert werden.

Ziel soll sein, dass die Kranken- und Unfallversicherungen und die Invaliditätsversicherung via Tardoc (Kapitel EA.05 "Ambulante Leistungen durch nichtärztliche Fachpersonen in der Psychiatrie im Spital und Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzt:innen dienen (Art. 35 Abs. 2 Bst n KVG)), die im Projekt beschriebenen Leistungen der Sozialarbeitenden in der Arztpraxis/im Ärztezentrum übernehmen. Momentan ist dies nur in fachärztlicher Verantwortung (Dignität) eines/einer Psychiater:in möglich. Bei positivem Erfolg des Projektes soll das Ziel verfolgt werden, dass die Dignität dieser Tardoc-Positionen um die Innere Medizin und Kinder- und Jugendmedizin erweitert wird, dies unter Berücksichtigung der Abgeltung über Pauschalen pro Fall-Kategorie.

Auch weitere Möglichkeiten von Kostenübernahmen durch mögliche Kostenträger wie die Krankentaggeld- oder Unfalltaggeldversicherungen sollen während des Projektes evaluiert und so weit als möglich geklärt werden.

Bei einem erfolgreichen Projektabschluss und der nachfolgenden möglichen Übertragung des Projektkonzepts in den gesamten Kanton muss die Kostenübernahme der vorgenannten Leistungen durch zukünftigen Kostenträger zwingend geregelt sein.

Finanzierung / Projektbudget

Wie wird das Programm finanziert = Projektbudget

Organisationsform

In den letzten zwei Jahren hat das Ärztenetzwerk der MediZentren bereits einen Versuch der Sozialen Arbeit in zwei MediZentren (Täuffelen und Schüpfen) gestartet. Die beiden MediZentren Täuffelen und Schüpfen möchten als Versuchslabor weiterhin am Projekt weiterarbeiten, 4 zusätzliche MediZentren kommen neu dazu.

Der walk-in-lyss ist eine Ärztezentrums mit der Aufgabe, die MediZentren und anderen Praxen im Seeland zu entlasten (Abendsprechstunden, Abwesenheitsvertretungen, Auffang von Überlauf) und Patient:innen ohne Hausarzt:in eine medizinische Anlaufstelle zu bieten. Das Zentrum übernimmt gleichzeitig für den ganzen Dienstkreis den Tag-Notfalldienst vor Ort und für die beiden MediZentren den ärztlichen Hintergrunddienst im Allgemeinen. Durch die zentrale Lage in einer etwas grösseren Ortschaft (Lyss) hat das Zentrum eine sehr grosse Anzahl an Patient:innen mit dem Mix psychosoziale und medizinische Erkrankung.

Die Menge an Daten aus sechs Hausärztezentren und dem walk-in wird eine gute Evaluation mit genügend Zahlen ermöglichen.

Empfänger der Fördermittel

Die Stiftung FIMG (Stiftung zur Förderung der interprofessionellen, medizinischen Grundversorgung und deren Berufsbilder) soll die Empfängerin der Fördermittel sein. Als Stiftung erhält sie die Gelder zweckgebunden, überwacht die Umsetzung des Projektes gemäss Vorgabe und verwendet die erhaltenen Gelder nach zweckgebundener Leistungserbringung der Projektausführenden.

Das Budget pro Projektjahr ist als Anhang beigefügt.

Förderkriterien

Warum ist das Projekt innovativ? Welchen innovativen Ansatz verfolgt das Projekt?

Das Projekt "Soziale Arbeit in der medizinischen Grundversorgung" soll eine systematische Vernetzung der Sozialen Arbeit und der Medizin in der Grundversorgung sicherstellen. Dabei wird das medizinische Fachpersonal im Praxisalltag zeitlich entlastet und kann sich vollumfänglich auf ihr Berufsfeld (Medizin) fokussieren. Damit werden wieder medizinische Ressourcen frei, welche heute durch psychosoziale Arbeiten besetzt sind. Gleichzeitig soll die systematische und rasche Arbeit an den Patient:innen durch beide Fachpersonen vor Ort (Medizin und Sozialarbeit) die Gesundheit der betroffenen Patient:innen fördern, die Krankheit möglichst stabil halten, verbessern und bestenfalls nicht verschlechtern. Die mit dem Patientenfall involvierten Fachstellen (Ämter, IV, Versicherungen) werden durch die rasche Bearbeitung des Patientenfalls entlastet. Die entstehenden Kosten für das Gesundheitswesen sollen pro damit betroffenen Patientenfall reduziert werden können.

Langfristige Perspektive

Wie geht es nach dem Projektabschluss weiter? Wie funktioniert das Vorhaben im Regelbetrieb? Wie soll eine langfristige Perspektive sichergestellt werden?

Das Projekt "Soziale Arbeit in der medizinischen Grundversorgung" wird so aufgebaut, dass es bereits während der Umsetzung ein Konzept/ein Leitfaden erstellt wird, welches die Aufgaben, die Schnittstellen und die zu lösende Probleme beschreibt und damit eine Grundlage für ein nachhaltiges Weiterbestehen schafft.

Dabei soll während der Projektphase ein enger Austausch mit den Ämtern, der Invalidenversicherung und den Versicherungen getätigt werden, inkl. einer gemeinsamen Zukunftsplanung in der Zuständigkeit der Aufgaben und Kosten nach Projektabschluss.

Die Stiftung FIMG ist dafür verantwortlich, dass die Qualität während der Projektphase sichergestellt ist und ist daran interessiert, dass das Projekt bei ausgewiesenem Erfolg nachhaltig in die medizinische Grundversorgung zu implementieren.

Das Projekt "Soziale Arbeit in der medizinischen Grundversorgung" soll einen substanziellen Beitrag an die Kostendämpfung psychisch und physisch chronisch erkrankter Langzeitpatient:innen leisten, sowie eine Erhöhung der medizinischen Kapazitäten, durch die Übernahme von psychosozialen Arbeiten vor Ort durch die Sozialarbeitenden.

Beteiligte, Vernetzung und Kooperation

Wie ist die Projektgruppe zusammengesetzt? Welche Akteure, Institutionen, Gemeinden u/o Regionen sind beteiligt?

Projektgruppe "Soziale Arbeit in der medizinischen Grundversorgung"

- Stiftung FIMG, resp. eine vom Stiftungsrat beauftragte Person
- Projektkoordinator:innen
- Dr. René Rüegg, Dozent und Projektleiter der Hochschule Luzern im Institut für Sozialpädagogik und Sozialpolitik
- 1-2 Hausärzt:innen der teilnehmenden Hausärztezentren

Akteure im Projekt

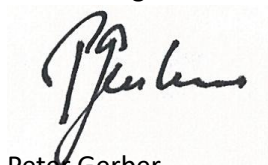
- 1) Ambulante Hausärztezentren der Allgemeinen Innere Medizin (AIM), welche in den Zentren bereits die Interprofessionalität horizontal und vertikal vernetzt leben und die Berufsgruppen MPA, MPK und APN in die Interprofessionalität integriert haben. Zwischen der Stiftung FIMG und dem projektteilnehmenden Zentrum existiert ein Vertrag, welcher die Projektbedingungen festhält.
- 2) Die Sozialarbeitenden werden in den projektteilnehmenden Zentren angestellt und stellen der FIMG Rechnung gemäss gemeinsamer Vereinbarung, so dass eine Personalausleihebewilligung entfällt. Die Sozialarbeitenden sollen eine langjährige und breit abgestützte Berufserfahrung mit einem guten Netzwerk zu diversen Ämtern (IV, Versicherungen, Sozialdienste) mitbringen.
- 3) Stiftung zur Förderung der interprofessionellen medizinischen Grundversorgung und deren medizinischen Berufsbilder (FIMG)
- 4) Dr. René Rüegg, Dozent und Projektleiter der Hochschule Luzern im Institut für Sozialpädagogik und Sozialpolitik

Beitragsunterstützer:innen des Projektes

Beitragsunterstützer:innen des Projektes werden mit einem ausführlichen Jahresbericht mit einer Kostenaufstellung bedient. Zusätzlich erhalten die Beitragsunterstützer:innen jeweils den Prüfungsbescheid der Stiftungsaufsichtsbehörde. Beitragsunterstützer:innen haben jederzeit Einsichtsrecht in sämtliche Finanzunterlagen und -dokumentationen des Projektes. Damit die Dokumente oder gewünschte Teile davon zur Einsicht bereitgestellt werden können, benötigt die Stiftung FIMG 14 Tage Ankündigungszeit.

Im Juli 2026

Die Stiftung FIMG



Peter Gerber,
Stiftungsratspräsident