



Grundlagenpapier Gesundheit in der Sozialhilfe

Ansätze zum Umgang mit Gesundheitsfragen bei
Sozialhilfebeziehenden in der Stadt Bern

Herausgeberin: Direktion für Bildung, Soziales und Sport, Predigergasse 5, 3011 Bern, Telefon 031 321 72 85, bss@bern.ch, www.bern.ch/stadtverwaltung/bss • **Bericht:** David Kieffer, Sozialamt / Simona De Berardinis, Sozialamt • **Bern, Mai 2020**

Inhalt

Abkürzungen	4
Zusammenfassung	5
1 Einleitung	6
2 Typologie	8
3 Analyse der Ist-Situation	10
Gesundheitliche Situation der Sozialhilfebeziehenden	10
Die Rolle der Invalidenversicherung	12
Gesundheitliche Versorgung von Sozialhilfebeziehenden	13
Methodische Ansätze und Instrumente	15
Zusammenfassung des Bedarfs	17
4 Kooperationsmöglichkeiten	18
UPD: Konsiliardienst Klinische Sozialarbeit	18
GELIKO: Regionale Anlaufstellen	19
SRK: Gesundheitskurse und Begleitung durch Freiwillige	20
Interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ)	20
5 Anzustrebender Sollzustand	21
Grundsätze	21
Handlungsansätze, Ziele und Potenzial (nach Falltypen)	21
Spezifische Zielgruppen	23
6 Massnahmen	25
Schaffung der nötigen Grundlagen	25
Schaffung von Instrumenten zur Klärung	26
Schaffung zusätzlicher Unterstützungsangebote	27
Übersicht Massnahmen und Zielgruppen	29
Kosten und Nutzen	30

Abkürzungen

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFH	Berner Fachhochschule
BIAS	Beschäftigungs- und Integrationsangebote der Sozialhilfe (Kanton Bern)
BI	Berufliche Integration (BIAS)
BIP	Berufliche Integration mit Perspektive (BIAS)
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
GELIKO	Gesundheitsligen-Konferenz
IIZ	Interinstitutionelle Zusammenarbeit
IV	Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
KA	Kompetenzzentrum Arbeit der Stadt Bern
KDKS	Konsiliardienst Klinische Sozialarbeit (UPD)
SAR	Sozialarbeitende
SD	Sozialdienst
SI	Soziale Integration (BIAS)
SIL	Situationsbedingte Leistungen
SKOS	Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe
SoA	Sozialamt der Stadt Bern
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
UPD	Universitäre Psychiatrische Dienste AG, Kanton Bern

Zusammenfassung

Zwischen Armut und Gesundheit besteht ein doppelter Zusammenhang: Krankheit macht arm und Armut macht krank. Es erstaunt deshalb nicht, dass Sozialhilfebeziehende überdurchschnittlich stark von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen sind. Im Sozialamt der Stadt Bern ist bei gut einem Viertel der erwachsenen Personen (mehr als 1000 Personen) auf Grund der gesundheitlichen Situation eine arbeitsmarktliche Integration (aktuell) nicht möglich. Darüber hinaus sind auch viele Teilnehmende in Angeboten der beruflichen Integration gesundheitlich beeinträchtigt. Gesundheitliche Probleme verursachen bei den betroffenen Personen nicht nur menschliches Leid, sie sind auch ein wesentliches Hemmnis für die berufliche und soziale Integration und verringern die Wahrscheinlichkeit einer Ablösung von der Sozialhilfe.

Es ist zu erwarten, dass die Zahl der Sozialhilfebeziehenden mit gesundheitlichen Problemen weiter zunehmen wird. In den letzten Jahren wurde die Rentenpraxis der IV durch verschiedene IV-Revisionen verschärft; dadurch gibt es immer mehr Personen, die «zu gesund für die IV», aber zu krank für eine Erwerbsarbeit sind. Diese Bevölkerungsgruppe ist vielfach auf Unterstützung durch die Sozialhilfe angewiesen. Dies führt zu einer Veränderung des Auftrags der Sozialhilfe: Der Stellenwert des Themas Gesundheit wird in der Sozialhilfe künftig (noch) grösser werden. Zugänge zu Gesundheits-Fachwissen sowie griffige Instrumente und Angebote für eine zielgerichtete Fallarbeit mit krankheitsbetroffenen Personen sind jedoch heute in der Sozialhilfe nur in Ansätzen vorhanden. Insbesondere in komplexen und diffusen gesundheitlichen Situationen stösst die Sozialarbeit an ihre Grenzen.

Das Sozialamt der Stadt Bern strebt deshalb den Aufbau eines gesundheitsorientierten Fallmanagements für Krankheitsbetroffene an. Dafür ist erstens eine Weiterentwicklung der methodischen Grundlagen für die Fallarbeit im Bereich Gesundheit nötig. Zweitens braucht es zusätzliche Instrumente zur Klärung der gesundheitlichen Situation sowie Zugang zu Fachwissen aus dem Gesundheitsbereich für die Sozialarbeitenden. Drittens müssen bedürfnisgerechte Programme zur sozialen und beruflichen Integration von krankheitsbetroffenen Sozialhilfebeziehenden sowie präventive Angebote geschaffen werden.

Das vorliegende Grundlagenpapier formuliert eine Typologie zur Unterscheidung verschiedener Falltypen von krankheitsbetroffenen Sozialhilfebeziehenden (Kapitel 2). Anschliessend gibt es einen Überblick über die aktuelle Situation im Themenbereich Gesundheit in der Sozialhilfe (Kapitel 3) und zeigt Kooperationsmöglichkeiten mit Akteurinnen und Akteuren aus dem Gesundheitsbereich auf (Kapitel 4). Schliesslich wird für die Stadt Bern ein anzustrebender Sollzustand bei der Unterstützung von krankheitsbetroffenen Sozialhilfebeziehenden definiert (Kapitel 5) und es werden konkrete Massnahmen zur Erreichung dieses Sollzustands vorgeschlagen (Kapitel 6).

1 Einleitung

Der Zusammenhang zwischen Armut und Krankheit ist belegt und unbestritten. Armutsbetroffene Menschen sind im Durchschnitt stärker durch gesundheitliche Probleme belastet als andere Personen. Dabei besteht zwischen Armut und Gesundheit eine wechselseitige Abhängigkeit: Auf der einen Seite erhöhen gesundheitliche Probleme die Gefahr eines Stellenverlusts und damit das Armutsrisiko, auf der anderen Seite haben Arbeitslosigkeit und Armut einen negativen Einfluss auf die psychische und physische Gesundheit der betroffenen Personen. Auf diese Weise kann eine Negativspirale entstehen, die eine fortschreitende Chronifizierung von Armut und Krankheit zur Folge hat.

Entsprechend erstaunt es kaum, dass viele Sozialhilfebeziehende gesundheitlich beeinträchtigt sind. Eine Studie der Helsana und des Sozialamts der Stadt Bern aus dem Jahr 2015 zeigt, dass Helsana-Versicherte, die in der Stadt Bern Sozialhilfe beziehen, deutlich häufiger an chronischen Erkrankungen leiden, als die nicht unterstützte Vergleichsgruppe.¹ Die Berner Fachhochschule kam bereits 2011 in einer Studie zum Schluss, dass sich Sozialhilfebeziehende im Vergleich mit dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung markant weniger gesund fühlen: Sie berichten über deutlich mehr gesundheitliche Probleme und sind massiv häufiger in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung.² Besonders markant ist der Anteil der Sozialhilfebeziehenden mit gesundheitlicher Beeinträchtigung bei Personen, die seit mehr als 3 Jahren Sozialhilfe beziehen (Langzeitbeziehende): Gemäss dem Kennzahlenvergleich 2014 der Städteinitiative Sozialpolitik sind knapp zwei Drittel aller Langzeitbeziehenden in den Städten von gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen.³ Krankheit gilt entsprechend als zentraler Risikofaktor für einen Langzeitbezug.

Die Erfahrung aus der Sozialhilfe-Praxis weist darauf hin, dass Sparmassnahmen bei der Invaliditätsversicherung zu einer zunehmenden Verlagerung der Klientel aus der Invalidenversicherung (IV) in die Sozialhilfe führen. Personen, die keinen Leistungsanspruch bei der IV begründen können, jedoch zu wenig gesund für den Arbeitsmarkt sind, sind oft langfristig auf Sozialhilfeunterstützung angewiesen. Besonders seit den letzten zwei IVG-Revisionen in den Jahren 2006 und 2012 sind die Sozialdienste zunehmend mit Personen konfrontiert, die diffuse Gesundheitsprobleme aufweisen.

Gesundheitliche Probleme verursachen bei den betroffenen Personen nicht nur menschliches Leid, sie sind auch ein wesentliches Hemmnis für die gesellschaftliche und berufliche Integration und verringern die Wahrscheinlichkeit einer Ablösung von der Sozialhilfe. Gerade bei Personen mit komplexen oder diffusen gesundheitlichen Problemen stösst die Sozialhilfe beim Versuch, einen Beitrag zur Verbesserung der Lebenslage der betroffenen Personen zu leisten, an ihre Grenzen.

¹ Wolfers, Felix / Reich, Oliver (2015): Welche Ursachen haben hohe Gesundheitskosten in der Sozialhilfe?, in: Soziale Sicherheit 2/2015, Bern: BSV.

² Lätsch, David / Pfiffner, Roger / Wild-Näf, Martin (2011): Die Gesundheit sozialhilfebeziehender Erwerbsloser in der Stadt Bern. Schlussbericht zuhanden des Auftraggebers, Bern: BFH.

³ Salzgeber, Renate (2015): Kennzahlenvergleich zur Sozialhilfe in Schweizer Städten. Berichtsjahr 2014. 13 Städte im Vergleich, Schaffhausen: Städteinitiative Sozialpolitik.

Diese Situation ist sozialpolitisch unbefriedigend. Zudem besteht auch aus ökonomischer Sicht Handlungsbedarf: Wenn es gelingt die Situation von krankheitsbetroffenen Personen dank besserer gesundheitlicher Unterstützung soweit zu stabilisieren, dass eine berufliche Integration möglich wird, lassen sich für das Sozialhilfesystem erhebliche Folgekosten vermeiden. Wenn es darüber hinaus gelingt, die Gesundheitssituation und die Lebensqualität der betroffenen Menschen zu stabilisieren oder gar zu verbessern, sind zudem längerfristig auch im Gesundheitssystem Einsparungen zu erwarten.

Angesichts der Zunahme von Sozialhilfebeziehenden mit komplexen und diffusen gesundheitlichen Problemen, stellt sich mehr denn je die Frage nach dem Umgang mit dem Thema Gesundheit in der Sozialhilfe. Das Sozialamt der Stadt Bern hat gemeinsam mit dem Bundesamt für Gesundheit eine Übersicht über gute Praxis im Bereich Gesundheit und Sozialhilfe im deutschsprachigen Raum erstellt.⁴ Dabei wurden zwar einige interessante Projekte und Angebote gefunden. Es hat sich jedoch gezeigt, dass Ansätze für ein zielgerichtetes und umfassendes Gesundheitsmanagement in der Sozialhilfe bis heute schweizweit weitgehend fehlen. Die Stadt Bern ist in dieser Hinsicht keine Ausnahme.

Das Thema Gesundheit gehört – neben Existenzsicherung, beruflicher und sozialer Integration, Wohnen und Bildung – zu den Kernaufgaben der Sozialhilfe. Während zu den anderen Kernaufgaben im Sozialamt der Stadt Bern bereits verschiedene Konzepte und Strategien bestehen, welche Zielvorgaben und Fördermassnahmen definieren,⁵ fehlt im Bereich Gesundheit eine solche strategische Grundlage heute. Diese Lücke soll mit dem vorliegenden Grundlagenpapier geschlossen werden.

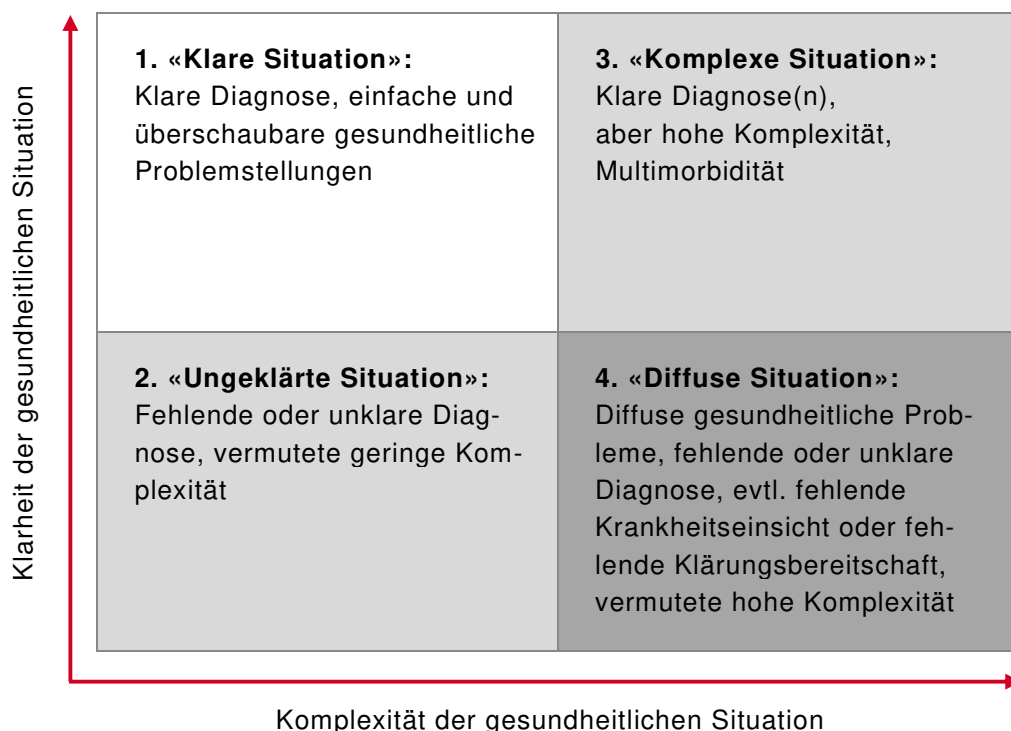
⁴ Kieffer, David / Marta Gamez, Facia (2018): Sozialhilfe und Gesundheit. Übersicht über Projekte und Praxis, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitliche-chancengleichheit/chancengleichheit-in-der-gesundheitsversorgung/gesundheitsversorgung-fuer-armutsbetroffene.html> (abgerufen am 1.10.2018), Bern: BAG.

⁵ u.a. kantonales BIAS-Konzept, Strategie zur Förderung der beruflichen und sozialen Integration in der Stadt Bern 2018-21, Wohnstrategie der Stadt Bern.

2 Typologie

Die Sozialhilfe zielt bei Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen darauf ab, durch Koordination, Vernetzung und Beratung eine Verbesserung der Situation der Betroffenen zu erreichen – wenn immer möglich in enger Zusammenarbeit mit anderen Akteurinnen und Akteuren wie beispielsweise behandelnden Ärztinnen und Ärzten, Beratungsstellen im vor- und nachgelagerten Bereich oder Sozialversicherungen. Sofern die Diagnosen eindeutig sind und im Hilfesystem entsprechende Behandelnde involviert sind, können auf diese Weise spezifischen Probleme zielgerichtet angegangen werden. Schwieriger werden zielführende Interventionen hingegen bei komplexen und/oder diffusen Ausgangslagen, wie zum Beispiel bei Multimorbidität, bei fehlenden oder unklaren Diagnosen oder bei fehlender Krankheitseinsicht seitens der betroffenen Klientel.

Die beiden Aspekte «Klarheit der gesundheitlichen Situation» und «Komplexität der gesundheitlichen Situation» haben also einen wesentlichen Einfluss auf die methodische Vorgehensweise sowie auf die Erfolgschancen der Unterstützung durch die Sozialhilfe. Werden diese beiden Aspekte zu einer Matrix kombiniert, so ergeben sich daraus **vier unterschiedliche Falltypen krankheitsbetroffener Klientel**:



Die Einordnung von Klientel in die Typologie ist dabei nicht statisch, sondern kann sich auf Grund der Dynamik der Krankheitsverläufe verändern.

Vereinfacht kann gesagt werden:

- Bei allen vier Typen benötigt die Sozialhilfe einen angemessenen **Zugang zu Fachwissen aus dem Gesundheitsbereich**, um Möglichkeiten und Grenzen einzuschätzen und mögliche Ansatzpunkte für die Unterstützung zu identifizieren.
- In «ungeklärten» und «diffusen Situationen» werden zudem **Ansätze und Instrumente zur Klärung der Situation** benötigt, um die für ein zielgerichtetes Vorgehen erforderliche Klarheit zu schaffen.
- In «komplexen» und «diffusen Situationen» braucht es entsprechende **zeitliche Ressourcen**, um der Komplexität der Situationen gerecht zu werden.
- In «klaren» und «komplexen Situationen» sind adäquate Angebote zur **Verbesserung der beruflichen und sozialen Integration** erforderlich, die auf die Möglichkeiten von Krankheitsbetroffenen zugeschnitten sind.

Da die Typologie für das vorliegende Papier neu entwickelt wurde, ist bis jetzt noch nicht geklärt, wie gross die vier verschiedenen Gruppen sind. Das entsprechende Mengengerüst für die vier Falltypen muss im Rahmen der zu ergreifenden Massnahmen vertieft untersucht werden.

3 Analyse der Ist-Situation

Gesundheitliche Situation der Sozialhilfebeziehenden

Mengengerüst und Krankheitsbilder

Gemäss Hochrechnungen des Sozialamts ist mindestens ein Viertel der erwachsenen Sozialhilfebeziehenden in der Stadt Bern gesundheitlich so stark beeinträchtigt, dass eine berufliche Integration (aktuell) nicht möglich ist.⁶ Dies entspricht im 2018 mehr als 1000 Personen.⁷ Hinzu kommen zahlreiche weitere Personen, die trotz gesundheitlichen Einschränkungen beim Kompetenzzentrum Arbeit angemeldet sind und an Massnahmen der beruflichen Integration teilnehmen.

Weitere Hinweise auf das Mengengerüst und auch auf die Art der vorliegenden Beschwerden finden sich in der bereits erwähnten Studie, die das Sozialamt der Stadt Bern im Jahr 2015 gemeinsam mit der Helsana veröffentlicht hat (Wolffers/Reich 2015). In der Studie wurden Helsana-Versicherte, die in der Stadt Bern Sozialhilfe beziehen, mit der Gruppe der nicht unterstützten Helsana-Versicherten verglichen. Dabei zeigte sich, dass die Sozialhilfebeziehenden deutlich häufiger an einer chronischen Erkrankung leiden als die Vergleichsgruppe. Besonders ausgeprägt war dies bei folgenden Erkrankungen:

Tabelle 1: Chronische Krankheiten, von denen SH-Beziehende besonders betroffen sind (Quelle: Wolffers/Reich 2015, eigene Darstellung)

Chronische Krankheit	Total Grundversicherte (n=13'492)	Mit SH (n=391)	Ohne SH (n=13'101)
Schmerzen	22,9 %	39,9 %	21,7 %
Rheumatische Erkrankungen	29 %	45,3 %	28,5 %
Säurebedingte Erkrankungen / Magenprobleme	15 %	25,3 %	14,7 %
Psychische Störungen	13,7 %	25,1 %	13,3 %

Gemäss Einschätzungen des Sozialdiensts sind zahlreiche Sozialhilfebeziehende zudem von mehr als einer Krankheit betroffen (Multimorbidität). Dabei scheinen bei multimorbiden Personen sehr häufig auch psychische Erkrankungen vorzuliegen. Gerade im Bereich der psychischen Erkrankungen sind die Sozialarbeitenden jedoch oft mit fehlenden Diagnosen und diffusen Situationen konfrontiert. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass bei verschiedenen (psychischen) Erkrankungen eine fehlende Krankheitseinsicht und/oder ein fehlender Klärungswille zum Krankheitsbild dazugehören.

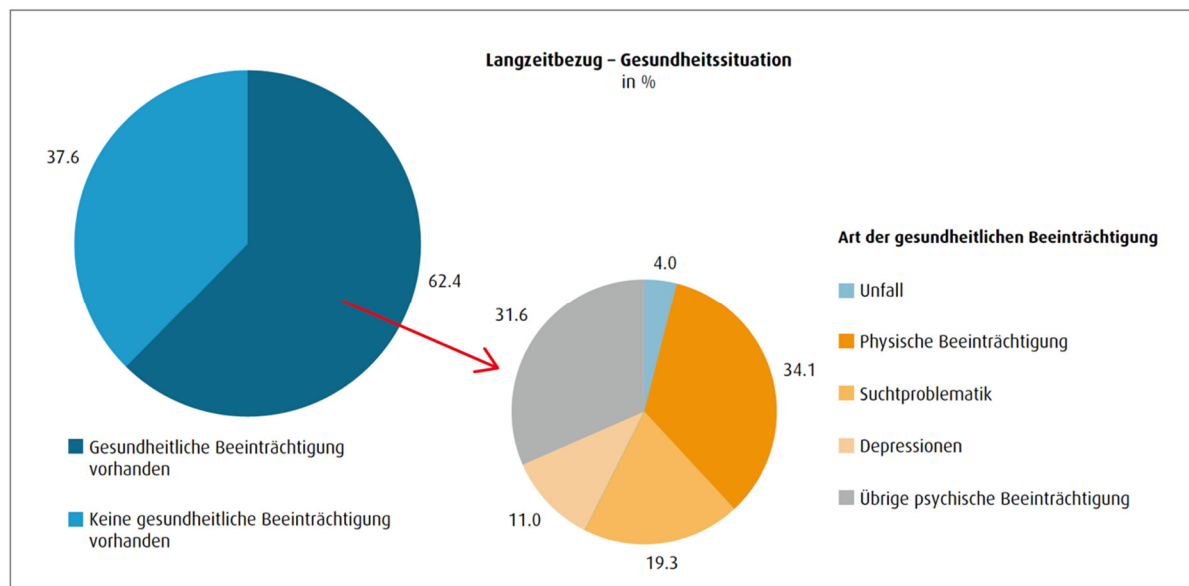
⁶ Eine Untersuchung des Revisorats des Sozialamts ergab im Jahr 2014, dass bei 24 Prozent der Klientel in der Beratungssektion 2 des Sozialamts eine berufliche Integration aufgrund gesundheitlicher Probleme nicht möglich ist (n=879 Erwachsene). Es darf angenommen werden, dass dieser Wert auf die anderen Beratungssektionen übertragbar ist. In den Fachstellen Existenzsicherung und Suchthilfe ist jedoch von einem höheren Anteil Krankheitsbetroffener auszugehen.

⁷ Im Jahr 2018 unterstützte das Sozialamt der Stadt Bern insgesamt 4553 erwachsene Personen.

Langzeitbezug und Gesundheit

Besonders betroffen von gesundheitlichen Problemen ist die Gruppe der Personen, die seit mehr als drei Jahren Sozialhilfe beziehen (Langzeitbeziehende). Gemäss Kennzahlenvergleich 2014 der Städteinitiative Sozialpolitik weisen 62,4 Prozent der Langzeitbeziehenden eine belegte gesundheitliche Beeinträchtigung auf (Salzgeber 2015). Die nachfolgende Abbildung 1 zeigt, dass hier der Anteil der Personen mit psychischen Leiden (Depression oder andere psychische Beeinträchtigung) besonders gross ist (42,6 Prozent):

Abbildung 1: Gesundheitssituation der Langzeitfälle (Grafik: Salzgeber 2015)



Bei einer Betrachtung der verschiedenen Beeinträchtigungen nach Alter zeigen sich für die verschiedenen Altersgruppen der Langzeitbeziehenden klare Schwerpunkte. Diese sind in der nachfolgenden Abbildung 2 dargestellt (dunkelgefärbte Felder: markant überdurchschnittlich häufig; hell gefärbte Felder: überdurchschnittlich häufig; nicht gefärbte Felder: durchschnittliche oder tiefere Betroffenheit):

Abbildung 2: Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung der Langzeitfälle nach Altersgruppen (Grafik: Salzgeber 2015)

Altersgruppen	Unfall	Physische Krankheit	Sucht	Depression	Übrige psychische Krankheiten
18–25 Jahre					
26–35 Jahre					
36–45 Jahre					
46–55 Jahre					
56–64 Jahre					
Total alle Altersgruppen	4.0%	34.1%	19.3%	11.0%	31.6%

Bei der Gruppe der Personen unter 35 Jahren liegt der Schwerpunkt also bei psychischen Krankheiten, Suchterkrankungen kommen vor allem bei der Gruppe der Personen von 26 bis 35 Jahren häufig vor. Bei Langzeitbeziehenden von 36 bis 45 Jahren sind Depressionen überdurchschnittlich häufig, Personen über 46 Jahre sind insbesondere von physischen Krankheiten und Unfallfolgen betroffen (Salzgeber 2015).

Zwischen der Dauer des Sozialhilfebezugs und der Gesundheit der Sozialhilfebeziehenden gibt es also einen klaren Zusammenhang. Diese Feststellung ist insbesondere auch deshalb wichtig, weil Langzeitbezug ein wichtiger Kostentreiber in der Sozialhilfe ist. Wenn es gelingt, wirksame Ansätze zum Umgang mit gesundheitlichen Problemen zu finden, so können diese nicht nur zur Linderung menschlichen Leids, sondern möglicherweise auch zur Kostensenkung beitragen.

Für die Stadt Bern sind die Zusammenhänge zwischen Langzeitbezug und Gesundheit noch vertieft zu untersuchen. Dabei ist unter anderem aufzuzeigen, in welchem Ausmass Gesundheitsthemen für Langzeitbezug von Sozialhilfe in der Stadt Bern verantwortlich sind.

Suchterkrankungen

Eine Sonderrolle nehmen im Sozialamt der Stadt Bern Personen mit Suchterkrankung ein. Für die Beratung und Betreuung von Sozialhilfebeziehenden mit einer ausgeprägten Suchterkrankung ist innerhalb des Sozialdiensts die Fachstelle Suchthilfe zuständig. Die überwiegende Mehrheit der Klientinnen und Klienten der Fachstelle ist mehrfachabhängig und leidet nebst der Suchterkrankung an weiteren psychiatrischen und somatischen Erkrankungen. Im Jahr 2018 betreute die Fachstelle Suchthilfe insgesamt 368 Dossiers. Dies entspricht einem Anteil von 8,4 Prozent aller Sozialhilfedossiers in der Stadt Bern.

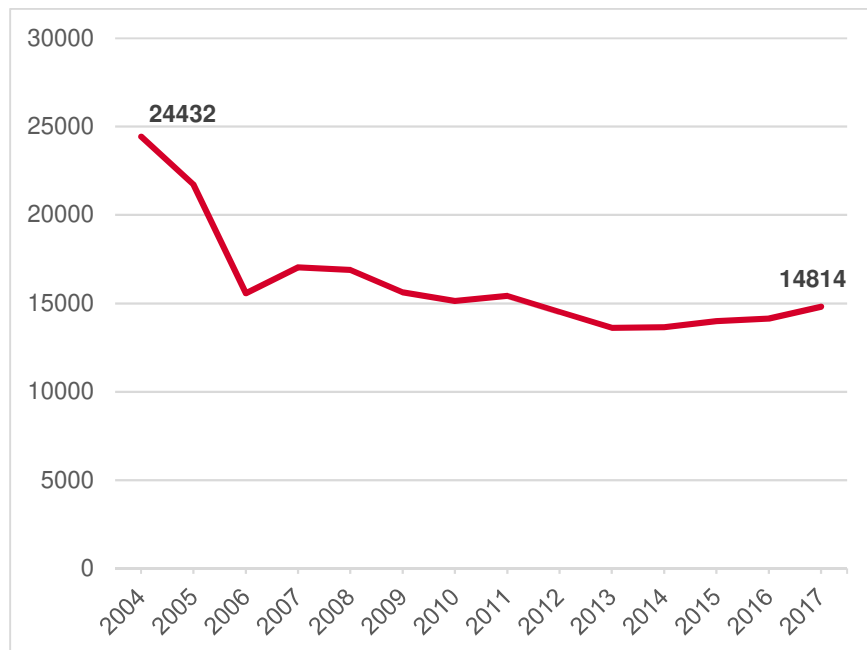
Für die Unterstützung von Sozialhilfebeziehenden mit einer Suchterkrankung bestehen im Sozialamt bereits heute spezifische methodische Ansätze. Zudem stehen in der Stadt Bern für Personen mit Suchterkrankung zahlreiche ambulante und stationäre Angebote im Bereich Beratung und Therapie zur Verfügung.⁸

Die Rolle der Invalidenversicherung

Das Risiko eines Erwerbsausfalls aus gesundheitlichen Gründen wird im System der sozialen Sicherheit eigentlich durch die Invalidenversicherung (IV) abgedeckt. Eine hohe Zunahme der Fallzahlen in der IV führte jedoch um die Jahrtausendwende dazu, dass die IV in finanzielle Bedrängnis geriet. Als Reaktion darauf wurden durch den Gesetzgeber im Rahmen mehrerer IVG-Revisionen unter anderem die Zulassungskriterien zur IV stark verschärft. Heute werden Personen mit gewissen Krankheitsbildern (z.B. somatoforme Schmerzstörungen, leichte und mittelschwere Depressionen) tendenziell von der IV ausgeschlossen. In der Folge ist die Zahl der Neurenten in der IV seit 2004 um rund 40 Prozent zurückgegangen.

⁸ vgl. Direktion für Bildung, Soziales und Sport (2018): Jahresbericht Sucht 2017/2018, Bern: Stadt Bern.

Abbildung 3: Anzahl Neurentenbeziehende in der IV pro Jahr (Quelle: BSV, IV-Statistik 2017, eigene Darstellung)



Dadurch ist die Gruppe der Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die keinen Anspruch auf eine Invalidenrente haben, gewachsen. Personen, die zu krank für eine Erwerbsarbeit, aber «zu gesund» für die IV sind, sind in der Folge oft zwangsläufig auf Sozialhilfeunterstützung angewiesen. In der Praxis ergibt sich also eine Verschiebung von einem System der sozialen Sicherheit in ein anderes. Dabei fallen die Einsparungen bei der IV auf Bundesebene an, die Mehrkosten für die Sozialhilfe belasten jedoch die kantonale und kommunale Ebene.

Im Sozialamt der Stadt Bern werden Unterstützungsanträge, Entscheide der Invalidenversicherung sowie Wiedererwägungsgesuche jeweils durch den Rechtsdienst des Sozialamts geprüft. Dadurch wird die fachliche Einschätzung der Sozialarbeitenden zur Chance eines IV-Antrags oder eines Rekurses durch eine rechtliche Einschätzung ergänzt.

Gesundheitliche Versorgung von Sozialhilfebeziehenden

Die bereits erwähnte Helsana-Studie (Wolffers/Reich 2015) zeigt, dass die durchschnittlichen Gesundheitskosten der Personen in der Sozialhilfe deutlich über denjenigen der nicht Unterstützten liegen (5596 Franken pro Jahr im Vergleich zu 2768 Franken). Dabei sind die Kosten bei Sozialhilfebeziehenden sowohl bei den ambulanten Behandlungen als auch bei den stationären Spitalaufenthalten und den Medikamenten höher. Zudem wurde in der Studie festgestellt, dass Sozialhilfebeziehende eine fast doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit haben, hospitalisiert zu werden. Die Studie kommt deshalb zum Schluss, dass zumindest für die Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung keine Unterversorgung von Sozialhilfebeziehenden mit medizinischen Dienstleistungen erkennbar sei.

Gemäss Einschätzungen des Sozialdiensts gibt es jedoch trotz dieser überdurchschnittlich hohen Gesundheitskosten Fälle, in denen krankheitsbetroffene **Sozialhilfebeziehende von Lücken in der gesundheitlichen Versorgung** betroffen sind. Solche Lücken können erstens bei Fällen mit einer fehlenden oder unklaren Diagnose («ungeklärte» und «diffuse Situation») entstehen: Bei diesen Personen wird eine Erkrankung *aktuell nicht behandelt*, evtl. sind keine medizinischen Fachpersonen ins Hilfesystem eingebunden. In diesen Fällen stellt sich die Frage, wie eine Klärung der gesundheitlichen Situation herbeigeführt und eine adäquate Behandlung initiiert werden könnte – insbesondere auch dann, wenn seitens der Klientel keine Krankheitseinsicht vorliegt.

Zweitens bestehen mögliche Lücken bei Fällen mit einer hohen Komplexität («komplexe» und «diffuse Situation»). Hier werden die fraglichen Erkrankungen teilweise *nicht adäquat behandelt*, da (1) die unterschiedlichen Behandlungen nicht oder ungenügend koordiniert sind oder die Behandelnden auf Grund (2) der Komplexität und/oder (3) begrenzter zeitlicher Ressourcen an Grenzen stossen. Hier stellt sich die Frage, wie die Koordination der bestehenden Behandlungen verbessert und die nötigen Ressourcen zum Umgang mit der vorhandenen Komplexität zur Verfügung gestellt werden könnten.

Eine dritte Lücke besteht bei **Massnahmen und Angebote zur Prävention von psychischen und psychosomatischen Folgeerkrankungen**, von denen Sozialhilfebeziehende auf Grund der belastenden persönlichen Situation bedroht sind. Eine wichtige Rolle kommt in diesem Zusammenhang der sozialen Integration als zentralem Gesundheitsfaktor zu. Die soziale Integration wird in der Sozialhilfe in der Stadt Bern heute im Wesentlichen durch die Angebote zur beruflichen und sozialen Integration gefördert, namentlich durch die kantonal finanzierten Beschäftigungs- und Integrationsangebote der Sozialhilfe (BIAS). Dass die BIAS-Angebote auch einen positiven Einfluss auf die Gesundheit haben, zeigt dabei eine Studie der Berner Fachhochschule zum Social Return on Investment dieser Angebote.⁹

Einem Teil der Klientel stehen die BIAS-Angebote jedoch nicht offen,¹⁰ zudem sind gerade in den BIAS-Angeboten zur sozialen Integration die Plätze knapp. Hier stellt sich die Frage, ob und wie die Kapazitäten der BIAS-Angebote zur sozialen Integration entsprechend ausgebaut werden könnten und/oder wie alternative, niederschwellige Angebote zur sozialen Integration ausserhalb des BIAS geschaffen oder zugänglich gemacht werden könnten.

⁹ Oesch, Thomas / Fritschi Tobias (2017): SROI-Analyse von Integrationsprogrammen in der Sozialhilfe. Schlussbericht, Bern: BFH.

¹⁰ Heute basieren die Angebote zur sozialen Integration im Kompetenzzentrum Arbeit auf Arbeitseinsätzen im 2. Arbeitsmarkt. Auf Grund der betrieblicheren Anforderungen liegt der minimale Beschäftigungsgrad für Teilnehmende dabei bei 40 Stellenprozent. Für viele krankheitsbetroffene Personen ist diese Schwelle zu hoch. Zudem ist eine Beschäftigung durch Arbeitseinsätze für einen Teil der krankheitsbetroffenen Personen nicht möglich.

Methodische Ansätze und Instrumente

Sozialdienst Stadt Bern

Die Dimension «Gesundheit» ist im Sozialdienst der Stadt Bern als wesentlicher Aspekt der Sozialarbeit bereits heute in der Fallarbeit verankert. Im Sozialdienst besteht ein standardisierter Prozess zur Gesundheitsintegration. Die Sozialarbeitenden nutzen in der Fallarbeit mit krankheitsbetroffener Klientel **verschiedene Ansätze**:

- Bei «klaren Fällen» besteht eine enge Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeitenden und Fachpersonen aus dem Gesundheitssystem.
- In «komplexen Fällen» kann in beschränktem Mass eine koordinierende Rolle zwischen den verschiedenen involvierten Akteurinnen und Akteuren übernommen werden. Hier geraten die Sozialarbeitenden aber auf Grund der knappen zeitlichen Ressourcen rasch an Grenzen.
- In «ungeklärten» oder «diffusen Fällen» besteht die Möglichkeit einer vertrauensärztlichen Überprüfung. Dieses Instrument wurde im Sozialamt der Stadt Bern vor rund 10 Jahren geschaffen. Es ermöglicht das Einholen einer fachlichen Zweiteinschätzung, falls seitens Sozialdienst Zweifel an den vorgebrachten gesundheitlichen Einschränkungen bestehen oder eine Fachmeinung zu einer IV-Anmeldung fehlt. Eine interne Evaluation im Jahr 2017 hat ergeben, dass das Angebot eher wenig genutzt wird und die Resultate der Abklärungen eher wenig in die Fallarbeit einfließen. Hauptursache dafür ist der Umstand, dass die vertrauensärztlichen Gutachten oft sehr umfangreich und fachlich komplex sind. Für Laien im Bereich der Medizin sind sie entsprechend oft nur schwer verständlich und nicht ohne weiteres in konkrete Handlungen übersetzbar.

Ein **umfassendes Konzept** zum Umgang mit Gesundheitsfragen fehlt im Sozialdienst der Stadt Bern heute. Ebenso fehlen in der Fallführung wirksame Instrumente und Angebote, zum Beispiel ein einfacher Zugang zu Fachwissen aus dem Gesundheitsbereich für Sozialarbeitende oder Möglichkeiten zur unkomplizierten Vermittlung krankheitsbetroffener Klientel in eine medizinische Behandlung. Vor allem aber fehlen heute – gerade bei komplexen, ungeklärten und diffusen Gesundheitssituationen – die nötigen **zeitlichen Ressourcen**, um krankheitsbetroffene Klientel wirkungsvoll zu unterstützen. Entsprechend kann die gesundheitliche Situation der Klientel in diesen Fällen oft nicht angemessen berücksichtigt werden, teilweise verunmöglichen Krankheiten eine zielgerichtete Arbeit mit der Klientel gar gänzlich.

Eine angemessene Begleitung krankheitsbetroffener Klientel kann dazu beitragen, deren gesundheitliche und soziale Situation zu stabilisieren und insbesondere auch Verschlechterungen der Gesamtsituation frühzeitig zu erkennen und rasch zu reagieren. Dadurch wird einerseits die Lebensqualität der Betroffenen verbessert, andererseits könnten mittelfristig auch Kosten gespart werden. Da die Sozialhilfe oftmals vor anderen Akteurinnen und Akteuren involviert ist und gleichzeitig gerade bei krankheitsbetroffenen Personen lange involviert bleibt, kann sie hierbei eine Schlüsselrolle einnehmen. Dieses Potenzial ist heute vielfach noch ungenutzt.

Kompetenzzentrum Arbeit

Im Kompetenzzentrum Arbeit (KA) stehen Stellensuchenden mit Leistungseinschränkung das Teillohn-Programm «Jobtimal» sowie BIAS-Angebote im Bereich der sozialen Integration offen. Diese Angebote bieten Rahmenbedingungen, die gezielt auf die Möglichkeiten und Grenzen dieser Stellensuchenden ausgerichtet sind. Allerdings ist das Programm Jobtimal für einen Teil

der krankheitsbetroffenen Klientel zu hochschwierig, u.a. da eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 Prozent erwartet wird.

In den Angeboten der «Sozialen Integration», die sich insbesondere an gesundheitlich beeinträchtigte Klientel richten, hat es generell zu wenig Plätze. Gleichzeitig ist zu prüfen, wie das Angebot an Einsatzplätzen stärker diversifiziert werden kann, damit für unterschiedliche Bedürfnisse und Möglichkeiten unterschiedliche Einsatzarten zur Verfügung stehen (z.B. Einsatzplätze, die passgenau auf unterschiedliche Einschränkungen zugeschnitten werden können). Festzuhalten ist auch, dass eine soziale Integration über Arbeitseinsätze nicht bei allen (krankheitsbetroffenen) Personen möglich und sinnvoll ist. Für diese Personen bräuhete es stattdessen niederschwellige Angebote zur sozialen Integration, die beispielsweise auf Freiwilligenarbeit oder Freizeitangeboten basieren und die auch nur tage- oder stundenweise genutzt werden können. Solche Angebote sind heute noch nicht systematisch erschlossen.

Oftmals werden gesundheitliche Probleme erst während Massnahmen der beruflichen Integration zum Thema: Auch in den Angeboten der beruflichen Integration mit Perspektive (BIP) gibt es daher zahlreiche Stellensuchende, die gesundheitlich eingeschränkt sind. Die Folge sind wiederholte, längere Ausfälle und eine fehlende Konstanz bei der Arbeitsleistung. Die Unklarheit in Bezug auf die gesundheitliche Situation beeinträchtigt bei diesen Personen den Prozess der beruflichen Integration stark.

Dossierführung

Das Klienten-Informationssystem KiSS bietet einen eigenen Bereich, in dem Informationen zur Gesundheitssituation erfasst werden. Festzustellen ist, dass die hier erfassten Daten und Informationen teilweise wenig aussagekräftig sind. Dies hat verschiedene Gründe:

- Die korrekte Erfassung der Gesundheitssituation und der medizinischen Diagnosen ist bei komplexen Beschwerdebildern für medizinische Laien anspruchsvoll.
- Gerade kranke Personen sind über längere Zeit auf Sozialhilfe angewiesen. Während des Sozialhilfebezugs kann sich der Gesundheitszustand verändern, was Inkonsistenzen bei der Erfassung der Gesundheitssituation zur Folge haben kann.
- Heute bestehen wenig inhaltliche Vorgaben zur Erfassung und Strukturierung der Gesundheitssituation.

Zudem besteht im KiSS technisch keine Möglichkeit für statistische Datenabfragen zum Gesundheitszustand der Sozialhilfebeziehenden.

Zusammenfassung des Bedarfs

Im Sozialamt der Stadt Bern bestehen gewisse Ansätze zum Umgang mit krankheitsbetroffener Klientel. Die Möglichkeiten des Sozialdiensts und des Kompetenzzentrums Arbeit sind aber beschränkt und es bestehen verschiedene Lücken sowohl im Instrumentarium für die Fallführung als auch in Bezug auf angemessenen Angebote zur Verbesserung der beruflichen und sozialen Integration für die Zielgruppe. **Insbesondere fehlen:**

- ein einfacher **Zugang zu Fachwissen aus dem Gesundheitsbereich** für Sozialarbeitende und Prozessbegleitende zur Einschätzung von Möglichkeiten und Grenzen und zur Identifikation von Ansatzpunkte für die Unterstützung;
- die erforderlichen **zeitlichen Ressourcen** für eine angemessene Begleitung und Unterstützung krankheitsbetroffener Klientel sowie zur Koordination zwischen den Leistungserbringenden des Gesundheits- und des Sozialsystems (insbesondere bei komplexen und diffusen Situationen);
- ausreichende Angebote zur **Verbesserung der beruflichen oder sozialen Integration** für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen;
- **methodische Grundsätze** zum Umgang mit krankheitsbetroffener Klientel im Sozialamt der Stadt Bern sowie **Vorgaben zur Dossierführung** im Gesundheitsbereich;
- niederschwellige **Zugänge zum Gesundheitssystem** für krankheitsbetroffene Personen, die aktuell nicht in Behandlung sind (insbesondere bei psychischen Erkrankungen);
- Angebote und Massnahmen zur **Prävention von Folgeerkrankungen** bei Sozialhilfebeziehenden («Armut macht krank»).

4 Kooperationsmöglichkeiten

Für die Weiterentwicklung der methodischen Ansätze und der Entwicklung von neuen Integrationsangeboten für Krankheitsbetroffene benötigt das Sozialamt Fachwissen aus dem Gesundheitsbereich. Nachfolgend werden verschiedene Kooperationsmöglichkeiten mit Fachorganisationen aus dem Gesundheitsbereich vorgestellt.

UPD: Konsiliardienst Klinische Sozialarbeit

Der Sozialdienst der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD) hat ein Konzept zum Aufbau eines Konsiliardienstes Klinische Sozialarbeit (KDKS) entwickelt. Mit dem KDKS will die UPD ihr Fachwissen im psychiatrischen und psychologischen Bereich externen Fachorganisationen zur Verfügung stellen. Das Konzept umfasst drei Angebote: **Fallcoaching**, **telefonische Kurzberatung** und **Weiterbildungsangebote** zur Wissens- und Kompetenzerweiterung.

Der Fokus der Arbeit des KDKS liegt dabei auf den sozialen Problemlagen, die im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung stehen, sowie den daraus resultierenden speziellen Herausforderungen in der Fallarbeit. Die Arbeit des KDKS basiert auf der Methodik der **klinischen Sozialarbeit**.¹¹

Die fachliche Beratung erfolgt durch Sozialarbeitende mit einer Vertiefung im Gesundheitsbereich, die in ein medizinisches Netzwerk (Psychiatrie, Psychologie, Pflege) eingebunden sind. Bei Bedarf besteht die Möglichkeit, weitere Fachpersonen aus diesem Netzwerk hinzuzuziehen und allenfalls eine Vermittlung in ein Angebot der UPD zu prüfen (der Zugang zu diesen Angeboten kann aber nicht garantiert werden). Die Fachpersonen der UPD verfügen insbesondere auch über Fachwissen und Kompetenzen zum Umgang mit psychischer Krankheit in transkulturellen Settings, in systemischer Beratung und im Bereich Sozialversicherungen.

Der KDKS richtet sich an professionell Tätige ausserhalb der Psychiatrie (Sozialdienste, EKS, Behörden, Wohnheime etc.), die mit komplexen Situationen bei der Begleitung von Menschen mit einer bekannten oder vermuteten psychischen Beeinträchtigung oder multimorbiden Gesundheitssituationen konfrontiert sind. Die Fallhoheit bleibt bei den anfragenden Organisationen, ein Kontakt zwischen UPD und Klientel findet im Rahmen der Beratung nicht statt.

Die UPD will das bestehende Konzept in einem Pilotprojekt testen. Die Verantwortlichen sind sehr daran interessiert, dieses Pilotprojekt gemeinsam mit dem Sozialamt der Stadt Bern durchzuführen.

¹¹ vgl. Konzept Konsiliardienst Klinische Sozialarbeit der UPD: «Die Klinische Sozialarbeit arbeitet direkt mit Klienten und Klientinnen, indem sie die komplexen und schwierigen sozialen, bio-sozialen und psycho-sozialen Lebens- und Problemlagen bearbeitet. Sie kann daher als behandelnde oder im Behandlungskontext stehende Sozialarbeit bezeichnet werden, die darauf hinzielt, Krankheiten, Behinderungen oder psychosoziale Krisen zu bewältigen oder zu reduzieren. Grundlage dazu bildet das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell, welches aufzeigt, dass die biologischen, psychischen und sozialen Bedingungen kontinuierlich in einer Wechselbeziehung stehen und jede Ebene kausal für eine Entstehung einer Erkrankung herbeigezogen werden kann». (Universitäre Psychiatrische Dienste (2018): Konzept Konsiliardienst Klinische Sozialarbeit, Bern: UPD, S. 3).

GELIKO: Regionale Anlaufstellen

Die Gesundheitsligen-Konferenz (GELIKO) ist ein nationaler Zusammenschluss verschiedener Gesundheitsligen (z.B. Krebsliga, Lungenliga etc.). Die Gesundheitsligen unterstützen schon heute viele Personen mit schweren und/oder chronischen Erkrankungen sowie Menschen, die Orientierung im Gesundheitssystem suchen. Die GELIKO möchte dieses Potenzial weiter ausbauen und dabei die Vernetzung ihrer verschiedenen Fachbereiche verbessern.

Dazu wurde gemeinsam mit der Fachhochschule Nordwestschweiz das Konzept «Regionale Anlaufstellen REAS» entwickelt. Das Projekt sieht den Aufbau von krankheitsunabhängigen regionalen Anlaufstellen vor, die ein **sozialtherapeutisches Case Management**¹² anbieten. Das Case Management wird durch Fachpersonen der klinischen Sozialarbeit geleistet. Das Angebot richtet sich an Personen mit folgenden Merkmalen:

- **Multimorbidität:** Die betroffene Person hat mehr als eine diagnostizierte Krankheit.
- **Mehrfachbelastungen:** Neben den gesundheitlichen Einschränkungen sind Probleme im psychosozialen Bereich vorhanden (persönliche Lebensführung, Arbeit, Schule, Familie etc.).
- **Komplexität der Fälle:** Bereits involvierte Fachpersonen/Organisationen sind auf Grund der schwierigen/komplexen Problemsituation überfordert.
- **Koordination:** Die betroffene Person muss verschiedene gesundheitsrelevante, professionelle Unterstützungsleistungen (aus unterschiedlichen Fachbereichen) in Anspruch nehmen, die untereinander koordiniert werden müssen.
- **Orientierung:** Die betroffenen Personen haben Mühe im Gesundheitswesen und bei den möglichen Leistungsangeboten den Überblick zu behalten (welche Leistungen sind sinnvoll, welche überflüssig/doppelt, welche Optionen bestehen etc.).
- **Dauer:** Die Problemlage der betroffenen Person macht (voraussichtlich) mehrere Konsultationen bzw. Leistungen über eine längere Zeit notwendig.

Durch das Case Management soll sowohl die Koordination der professionellen Hilfe (Schnittstellen) als auch die Behandlung der psychosozialen Dimension bei schwer und chronisch erkrankten Menschen optimiert werden. Auf diese Weise soll eine Verbesserung der Lebensqualität und der Lebensbewältigung der betroffenen Person erreicht werden. Als zuweisende Stellen sind neben medizinischen Fachpersonen (Gesundheitsligen, behandelnde Ärztinnen und Ärzte, Apotheken) auch Fachorganisationen aus dem Sozialbereich (z.B. Sozialhilfe, EKS, RAV, IV) vorgesehen. Die Zuständigkeit für das Gesundheitsmanagement wird bei diesem Angebot von den Zuweisenden an die REAS abgegeben.

Um die Wirksamkeit des Konzepts unter Praxisbedingungen zu prüfen, soll das REAS-Konzept im Rahmen eines Pilotprojekts getestet werden. Die Verantwortlichen sind sehr daran interessiert, das Sozialamt der Stadt Bern in dieses Pilotprojekt einzubeziehen.

¹² Sommerfeld, Peter et al. (2016): Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie, Wiesbaden: Springer.

SRK: Gesundheitskurse und Begleitung durch Freiwillige

Das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) verfügt als wichtiger Akteur im Gesundheitsbereich über viel Knowhow und langjährige Erfahrung in der Gesundheits-Bildung, insbesondere auch mit der Zielgruppe Migrantinnen und Migranten. Zudem verfügt das SRK über ein gut ausgebautes Netzwerk von Freiwilligen, die unter anderem zur Beratung, Unterstützung und Begleitung von Krankheitsbetroffenen und zur Entlastung von pflegenden/betreuenden Angehörigen eingesetzt werden.

Das SRK Kanton Bern ist daran interessiert, gemeinsam mit dem Sozialamt der Stadt Bern Angebote im Bereich Bildung und Begleitung für krankheitsbetroffene Sozialhilfebeziehende zu entwickeln. Ein Projekt in diesem Bereich würde sich sehr gut in die nationale Strategie des SRK, Gesundheitsleistungen im Bereich vulnerabler Zielgruppen auszubauen, einfügen.

Interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ)

Interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ) steht für die Zusammenarbeit der verschiedenen Fachorganisationen aus den Bereichen Arbeitslosenversicherung, Bildung, Invalidenversicherung, Migration und Sozialhilfe. Sie verfolgt das Ziel, die Leistungen der verschiedenen Teilsysteme besser auf einander abzustimmen und die berufliche und soziale Integration der verschiedenen Klientel zu verbessern. Im Rahmen der IIZ werden einerseits auf Führungsebene gemeinsame Strategien entwickelt sowie Angebote und operative Prozesse koordiniert. Auf der operativen Ebene steht die Zusammenarbeit auf Einzelfallebene im Zentrum.

Das Thema Gesundheit in der Sozialhilfe ist von zahlreichen Schnittstellen geprägt – einerseits zur IV, aber auch zu den zahlreichen Akteurinnen und Akteuren aus dem Gesundheitsbereich. Auf Grund dieser zahlreichen Schnittstellen ist das Thema Gesundheit für die interinstitutionelle Zusammenarbeit prädestiniert.

Auf Fallebene sind runde Tische mit allen am Unterstützungsprozess beteiligten Fachpersonen – auch solchen aus dem Gesundheitsbereich – heute bereits gängige Praxis. Auf strategischer Ebene sind jedoch (abgesehen von der IV) die Institutionen aus dem Gesundheitsbereich weder kantonal noch national in die IIZ eingebunden. Hier stellt sich primär auf kantonaler Ebene die Frage, ob das bewährte IIZ-Konzept nicht auch auf die Schnittstelle zwischen dem Sozial- und dem Gesundheitssystem ausgeweitet werden könnte.

5 Anzustrebender Sollzustand

Basierend auf der Analyse in den vorangehenden Kapiteln wird nachfolgend ein Soll-Zustand für den Umgang mit dem Aspekt Gesundheit im Sozialamt der Stadt Bern skizziert. Dieser Soll-Zustand ist als langfristig anzustrebendes Ziel zu verstehen.

Grundsätze

1. Das Sozialamt der Stadt Bern begegnet der zunehmenden Zahl von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen in der Sozialhilfe mit einem **gesundheitsorientierten Fallmanagement** und entwickelt die dafür nötigen methodischen Grundlagen.
2. Die Fachpersonen aus dem Sozialdienst und dem Kompetenzzentrum Arbeit werden in der Fallarbeit durch das **Hinzuziehen von Fachwissen aus dem Gesundheitsbereich** inhaltlich unterstützt. Gerade bei diffusen und komplexen Fällen trägt dieses Gesundheits-Fachwissen zur Klärung der Situation, zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und zu einer angemessenen Unterstützung der betroffenen Klientel bei.
3. Krankheitsbetroffener Klientel wird der **Zugang zur Gesundheitsversorgung** sowie zu **angemessenen Angeboten der beruflichen und sozialen Integration** ermöglicht. Letztere haben auch einen präventiven Charakter und reduzieren (auch bei gesunden Sozialhilfebeziehenden) das Risiko für armutsbedingte Folgeerkrankungen.

Handlungsansätze, Ziele und Potenzial (nach Falltypen)

Die Ausgangslagen und Möglichkeiten der vier in Kapitel 2 eingeführten Falltypen unterscheiden sich teilweise grundlegend – deshalb unterscheiden sich auch die Möglichkeiten in der Fallarbeit mit der jeweiligen Gruppe. Nachfolgend werden für jeden Falltyp Handlungsansätze, Output- und Outcome-Ziele sowie eine Einschätzung des Potenzial festgehalten. Es handelt sich dabei um Empfehlung für die Fallarbeit mit Personen aus der jeweiligen Gruppe. Ob diese Empfehlung in einem spezifischen Fall tatsächlich sinnvoll ist, muss jeweils im konkreten Einzelfall geprüft und entschieden werden.¹³

¹³ Insbesondere muss im Einzelfall auch das Verhältnis zu den Vorgaben aus der Fallsteuerung des Sozialdienstes geklärt werden. Die Fallsteuerung definiert basierend auf den Faktoren «Ressourcen der Klientel» und «Kooperationsbereitschaft der Klientel», wie intensiv mit den jeweiligen Personen gearbeitet wird. Es ist möglich, dass die Vorgaben aus dem Fallsystem in einem Widerspruch zu den hier formulierten Empfehlungen stehen. Im Grundsatz haben die Vorgaben aus der Fallsteuerung Vorrang.

1. «Klare Situation»: <i>Ansatz:</i> berufliche und/oder soziale Integration verbessern <i>Mögliche Output-Ziele:</i> • Abstimmen der Lebensumstände auf die Gesundheitssituation • Teilnahme an Angeboten zur beruflichen und sozialen Integration <i>Mögliche Outcome-Ziele:</i> • Gesundheitssituation stabilisiert • Lebensqualität verbessert • berufliche und soziale Integration verbessert <i>Potenzial:</i> Grösstes Potenzial für eine Verbesserung der Situation.	3. «Komplexe Situation»: <i>Ansatz:</i> medizinische Behandlung und psychosoziale Unterstützung verbessern <i>Mögliche Output-Ziele:</i> • Abstimmen der Lebensumstände auf die Gesundheitssituation • Bessere Koordination der Behandlungen, verbesserte Begleitung • Teilnahme an Angeboten zur sozialen Integration <i>Mögliche Outcome-Ziele:</i> • Gesundheitssituation stabilisiert • Lebensqualität verbessert • Gesundheitskosten reduziert • soziale Integration verbessert <i>Potenzial:</i> Stabilisierung oder gar Verbesserung ist möglich, allerdings mit hohem Ressourceneinsatz verbunden.
2. «Ungeklärte Situation»: <i>Ansatz:</i> Klären (zu «klarer Situation» machen) <i>Mögliche Output-Ziele:</i> • Klärung der Situation • Verbesserung der Ausgangslage für die Unterstützung/Integration <i>Mögliche Outcome-Ziele:</i> • Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung und zu Integrationsangeboten • gezielte Unterstützung <i>Potenzial:</i> Klärung ist realistisch und setzt ggf. neue Ressourcen frei.	4. «Diffuse Situation»: <i>Ansatz:</i> Klären (zu «komplexer Situation» machen) oder ruhen lassen <i>Mögliche Output-Ziele:</i> • Klärung der Situation • Verbesserung der Ausgangslage für die Unterstützung/Integration <i>Mögliche Outcome-Ziele:</i> • Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung und zu Integrationsangeboten • gezielte Unterstützung <i>Potenzial:</i> Aufwand zur Klärung ist gross, Klärung ist nur teilweise möglich, hoher Ressourceneinsatz erforderlich.

Das in der Tabelle beschriebene Potenzial bezieht sich auf Verbesserungsmöglichkeiten auf *individueller* Ebene. Für eine Einschätzung des Potenzials auf *Gesamtebene* der Sozialhilfe muss zusätzlich die Grösse der jeweiligen Typologie-Gruppe berücksichtigt werden: Erst wenn die jeweilige Gruppe auch genügend gross ist, wird das individuelle Potenzial auf Gesamtebene relevant. Da das entsprechende Mengengerüst heute noch nicht bekannt ist, können das Potenzial sowie die Kosten auf Gesamtebene noch nicht abschliessend beurteilt werden.

Spezifische Zielgruppen

Aus fachlicher Sicht sind bei der Umsetzung eines Gesundheitsmanagements in der Sozialhilfe die nachfolgenden Zielgruppen speziell zu berücksichtigen:

Junge Erwachsene

Auf die Gruppe der jungen Erwachsenen soll beim Umsetzen von Massnahmen ein besonderes Augenmerk gelegt werden: Die Chronifizierung der Krankheitssituationen ist in diesem Alter häufig noch weniger stark fortgeschritten und Interventionen im Gesundheitsbereich haben gute Chancen. Gleichzeitig beginnen 50 Prozent aller psychischen Erkrankungen vor dem 15. Lebensjahr, 75 Prozent vor dem 25. Lebensjahr.¹⁴ Bei jungen Erwachsenen ist zudem der langfristige Nutzen von Massnahmen höher, weshalb sich auch höhere Investitionen lohnen.

Langzeitbeziehende

Knapp 50 Prozent der Fälle des Sozialamts der Stadt Bern weist eine Bezugsdauer von mehr als 3 Jahren auf und zählen damit zu den Langzeitbeziehenden. Die Personen aus dieser Gruppe sind statistisch gesehen besonders von gesundheitlichen Problemen betroffen, mehr als 60 Prozent weisen eine gesundheitliche Beeinträchtigung auf (vgl. Kapitel 0). Bei dieser Gruppe ist seitens der fallführenden Sozialarbeitenden entsprechend eine besondere Sensibilität für Gesundheitsfragen erforderlich.

Personen mit psychischen Erkrankungen

Psychische Erkrankungen sind in vielen Fällen schwierig zu erkennen und zu benennen und bleiben deshalb länger unentdeckt, wodurch das Risiko einer Chronifizierung steigt. Der Umgang mit diesen Erkrankungen ist für die Sozialarbeitenden besonders anspruchsvoll, da sie für Aussenstehende und Laien oft wenig greifbar und diffus sind und bei den Betroffenen teilweise als Teil des Krankheitsbilds keine Krankheitseinsicht besteht. Zusätzlich erschwert wird die Situation durch die gesellschaftliche Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen.

Es ist davon auszugehen, dass die Zahl der Klientel mit psychischen Erkrankungen in der Sozialhilfe auf Grund der verschärften Zulassungspraxis bei der IV zugenommen hat und weiter zunehmen wird. Nach Einschätzung des Sozialdiensts liegen bei den Falltypen «Ungeklärt» und «Diffus» in überwiegender Masse psychische Erkrankungen vor. Darum soll bei der Schaffung von Klärungsinstrumenten ein Schwerpunkt auf psychische Erkrankungen gelegt werden.

¹⁴ Baer, Niklas (2018): Bei der Eingliederung gibt es besondere Klippen zu umschiffen, in: ZESO 2/18, Bern: SKOS.

Personen mit muskulo-skelettalen Erkrankungen

Muskulo-skelettale Erkrankungen sind Erkrankungen, Beschwerden und Verletzungen des Haltungs- und Bewegungsapparats wie z.B. Arthrose, Rückenschmerzen, Osteoporose, Arthritis oder Weichteilrheuma. Eine Studie im Auftrag des BSV zum Erfolg der beruflich-sozialen Eingliederung in der IV hat gezeigt, dass bei Personen mit muskulo-skelettalen Erkrankungen häufiger ein Eingliederungserfolg erzielt wird, als bei Personen mit psychischen Erkrankungen (45 gegenüber 25 Prozent). Zudem weisen gemäss dieser Studie Personen, die sowohl körperlich als auch psychisch eingeschränkt sind, deutlich schlechtere Eingliederungsaussichten auf, als nur einfach belastete Personen.¹⁵

Es ist zu vermuten, dass dieser Zusammenhang analog auch für die Sozialhilfeklientel gilt. Systematische Investitionen in die berufliche Integration sind aus ökonomischer Sicht also bei Personen mit muskulo-skelettalen Erkrankungen besonders sinnvoll. Es ist davon auszugehen, dass diese Personen, sofern sie nicht multimorbid sind, vor allem dem Falltyp «Klare Situation» zuzuordnen sind.

Personen mit einer Suchterkrankung

Die Gruppe der Personen mit einer Suchterkrankung ist eine spezielle Untergruppe der krankheitsbetroffenen Sozialhilfebeziehenden. Sie unterscheidet sich in Bezug auf die Möglichkeiten und Bedürfnisse und damit auch in Bezug auf die Anforderungen an die Fallarbeit klar von anderen Untergruppen. Entsprechend werden Personen mit einer Suchterkrankung im Sozialdienst durch eine spezielle Fachstelle betreut.

Für die Unterstützung von Personen mit einer Suchterkrankung besteht ein separates Konzept mit spezifischen methodischen Instrumenten und Unterstützungsangeboten. Entsprechend sind im vorliegenden Grundlagenpapier keine spezifischen Massnahmen für diese Personen vorgesehen. Diese Zielgruppe soll im Grundsatz aber ebenfalls von den neu zu schaffenden, allgemeinen Angeboten profitieren können.

¹⁵ Baer, Niklas et al. (2018): Beruflich-soziale Eingliederung aus Perspektive von IV-Versicherten. Erfolgsfaktoren, Verlauf und Zufriedenheit, Bern: BSV.

6 Massnahmen

Nachfolgend werden verschiedene **Massnahmen** zur Verbesserung des Umgangs mit krankheitsbetroffenen Sozialhilfebeziehenden im Sozialamt der Stadt Bern vorgeschlagen. Die Massnahmen können **drei verschiedenen Handlungsfeldern** zugeordnet werden:

- 1) Grundlagen zum Umgang mit krankheitsbetroffenen Sozialhilfebeziehenden,
- 2) Instrumente zur Klärung der gesundheitlichen Situation im Rahmen der Fallarbeit und
- 3) Angebote zur Unterstützung der betroffenen Klientel.

Bei der Priorisierung der Massnahmen wurde darauf geachtet, dass aus allen drei Handlungsfeldern Massnahmen umgesetzt werden und alle vier Falltypen von den priorisierten Massnahmen profitieren können.

Schaffung der nötigen Grundlagen

Mit folgenden Massnahmen sollen klare Voraussetzungen für den Umgang mit krankheitsbetroffener Klientel im Sozialamt der Stadt Bern geschaffen werden:

Beschreibung	Priorität	Umsetzung	Kosten / Finanzierung
M1 Methodische Grundlagen Sozialamt Die methodischen Grundlagen zum Umgang mit krankheitsbetroffener Klientel im Sozialdienst und im Kompetenzzentrum Arbeit werden auf Basis der in Kapitel 0 skizzierten Ansätze weiterentwickelt.	hoch	2020-2021	Keine Zusatzkosten
M2 Ressourcen für die Fallarbeit Es wird geklärt, welche Ressourcen und Strukturen in der Fallarbeit für die vertiefte Auseinandersetzung mit Gesundheitsthemen nötig sind. Dabei wird u.a. die Schaffung eines spezialisierten Teams für Fälle mit Schwerpunkt Gesundheit oder alternativ eine Berücksichtigung des Themas Gesundheit in der Fallsteuerung geprüft. Ein Pilotversuch wird entwickelt und durchgeführt.	hoch	Vorarbeiten: 2020-2021 Pilotversuch: 2022-2025	Kosten abhängig von konkretem Projekt Antrag auf Finanzierung über Strategie zur beruflichen und sozialen Integration 2022-25
M3 Dossierführung Gesundheit Vorgaben zur Vereinheitlichung der Dossierführung im Bereich Gesundheit innerhalb des Sozialamts werden definiert und eingeführt.	hoch	2020-2021	Keine Zusatzkosten

M4 Schulungen für Fachpersonen Für Fachpersonen im Sozialdienst und im Kompetenzzentrum Arbeit werden Schulungen im Umgang mit krankheitsbetroffener Klientel durchgeführt. Dabei wird eine Zusammenarbeit mit dem Konsiliardienst Klinische Sozialarbeit der UPD angestrebt. Um den konkreten Schulungsbedarf festzulegen, werden die Ergebnisse aus den priorisierten Projekten abgewartet.	mittel	2021	CHF 5000 Finanzierung über Globalbudget SoA
M5 Gesundheit in der interinstitutionellen Zusammenarbeit In den strategischen IIZ-Gremien wird angeregt, das Thema Gesundheit kantonale und nationale auf strategischer Ebene stärker in die interinstitutionelle Zusammenarbeit einzubinden. Formen zur Förderung des Austauschs zwischen Sozial- und Gesundheitsbereich sind zu prüfen.	mittel	2020	Keine Zusatzkosten

Schaffung von Instrumenten zur Klärung

Mit folgenden Massnahmen sollen Instrumenten für die Fallarbeit geschaffen oder erschlossen werden, die eine Klärung der gesundheitlichen Situation ermöglichen:

Beschreibung	Priorität	Umsetzung	Kosten / Finanzierung
M6 Fallcoaching Gesundheit Im Rahmen eines Pilotversuchs können Fachpersonen des Sozialamts ein Fallcoaching durch den Konsiliardienst Klinische Sozialarbeit der UPD in Anspruch nehmen. Das Fallcoaching bietet in ungeklärten und diffusen Fällen einen niederschweligen Zugang zu Fachwissen aus dem Gesundheitsbereich, trägt zur Klärung der Situation bei und zeigt Handlungsoptionen auf.	hoch	2020-2021 <i>Kooperationsprojekt UPD</i>	Zusatzkosten Stadt Bern: CHF 20'000 zu Lasten des Fonds für die Förderung der Vermittlungsfähigkeit von Arbeitslosen
M7 Gesundheitsrevisionen Die Einführung von Gesundheitsrevisionen durch das sozialamtsinternen Revisorats wird geprüft. Das Revisorat würde die fallführenden Sozialarbeitenden auf Antrag dabei unterstützen, Dossiers von Klientel mit einer komplexen Gesundheitsgeschichte aufzuarbeiten und zu bereinigen (u.a.	hoch	2020-2021	Keine Zusatzkosten

durch Abklärungen bei involvierten Ärztinnen und Ärzten). Mögliche Rahmenbedingungen und Kriterien für ein solches Angebot werden definiert und erste Erfahrungen werden gesammelt.			
M8 Weiterentwicklung Angebot Vertrauensärztin/-arzt Das bestehende vertrauensärztliche Angebot wird überprüft und weiterentwickelt. Es wird geklärt, wann und wie das Angebot zum Einsatz kommen soll, insbesondere auch in Abgrenzung zum neuen Angebot «Fallcoaching Gesundheit». Massnahmen zur besseren Nutzung der Empfehlungen der Vertrauensärztinnen und -ärzte in der Fallarbeit werden geprüft.	hoch	2020-2021	Keine Zusatzkosten
M9 Ressourcenorientierte Arztzeugnisse Ein Prozess zur Nutzung von ressourcenorientierten Arztzeugnissen wird entwickelt und eingeführt. Diese Arztzeugnisse zeigen auf, in welchem Rahmen eine gesundheitlich eingeschränkte Person arbeitsfähig ist. Die ressourcenorientierten Arztzeugnisse werden bei den Behandelnden eingefordert, die Vertrauensärztinnen und -ärzte erstellen basierend darauf ein Zumutbarkeitsprofil.	mittel	2020-2021	Keine Zusatzkosten

Schaffung zusätzlicher Unterstützungsangebote

Mit folgenden Massnahmen sollen zusätzliche Angebote zur Unterstützung von krankheitsbetroffener Klientel geschaffen oder erschlossen werden:

Beschreibung	Priorität	Umsetzung	Kosten / Finanzierung
M10 Case Management Gesundheit Der Zugang zu einem sozialtherapeutischen Case Management Gesundheit für Sozialhilfebeziehende mit komplexer Gesundheitssituation wird erschlossen. Hierfür wird die Mitwirkung der Stadt Bern in einem Pilotprojekt der GELIKO angestrebt. Das Case Management verbessert die Koordination der verschiedenen involvierten Akteurinnen und Akteure sowie die psychosoziale Unterstützung der Klientel.	hoch	2020-2023 Mitwirkung vierjähriges Pilotprojekt GELIKO	Zusatzkosten Stadt Bern: CHF 20'000 zu Lasten des Fonds für die Förderung der Vermittlungsfähigkeit von Arbeitslosen

M11 Förderung der Gesundheitskompetenz: Kurse und Begleitung Ein Angebot zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Sozialhilfebeziehenden wird gemeinsam mit dem SRK Kanton Bern entwickelt und pilotiert. Das Angebot besteht aus zwei Teilen: Zuerst erfolgt eine Auseinandersetzung mit der eigenen Gesundheit im Rahmen eines Kurses. Dabei erarbeiten die Teilnehmenden ein persönliches Entwicklungsziel. Anschliessend setzen die Teilnehmenden gemeinsam mit einer freiwilligen Begleitperson des SRK konkrete Massnahmen zur Erreichung des Ziels um.	hoch	2020-2021 Kooperationsprojekt SRK	Keine Zusatzkosten für die Stadt Bern
M12 Aktivierungsangebot «SI plus» Das bestehende Angebot zur sozialen Integration wird erweitert durch ein niederschwelliges Aktivierungsangebot «SI plus». Im Rahmen von SI plus erfolgt die Beschäftigung nicht durch Arbeit, sondern durch Freiwilligen- und Freizeitangebote. Zudem kann SI plus auch nur stunden- oder tageweise genutzt werden. Das Angebot trägt zur Prävention von psychischen und psychosomatischen Folgeerkrankungen auf Grund der persönlichen Belastungssituation bei.	hoch	Vorarbeiten: 2020-2021 Pilotversuch: 2022-2025	Kosten abhängig von konkretem Projekt Antrag zur Finanzierung über Strategie zur beruflichen und sozialen Integration 2022-2025 sowie über BIAS-Mittel

Übersicht Massnahmen und Zielgruppen

Die nachfolgende Darstellung zeigt auf, von welchen der obigen Massnahmen welche Zielgruppen prioritär profitieren können:

Massnahme		Zielgruppe				
		Zielgruppen- übergreifend	«Klare Situation»	«Ungeklärte Situation»	«Komplexe Situation»	«Diffuse Situation»
Grundlagen	M1 Methodische Grundlagen Sozialhilfe	■				
	M2 Ressourcen für Fallarbeit	■				
	M3 Dossierführung Gesundheit	■				
	M4 Schulungen für Fachpersonen	■				
	M5 Interinstitutionelle Zusammenarbeit	■				
Klärung	M6 Fallcoaching Gesundheit			■		■
	M7 Gesundheitsrevisionen			■	■	■
	M8 Vertrauensarzt-Modell			■		■
	M9 Ressourcenorientierte Arztzeugnisse		■		■	
Unterstützung	M10 Case Management Gesundheit				■	■
	M11 Gesundheitskompetenz: Kurs und Begleitung	■				
	M12 Aktivierungsangebote «SI plus»	■				

Kosten und Nutzen

Die grosse Mehrheit der vorgeschlagenen Massnahmen kann **ohne zusätzliche Kosten** im Rahmen bestehender Anstellungen umgesetzt werden. Bei einzelnen Massnahmen, in deren Rahmen ein neues Angebot entwickelt und pilotiert werden soll, entstehen zusätzliche Kosten. Diese können **Dank verschiedenen Kooperationen mit Fachorganisationen** aus dem Gesundheitsbereich sehr gering gehalten werden.

Die zusätzlichen Kosten für die bereits ausgearbeiteten Pilotprojekte M6 und M11 in der Höhe von CHF 40'000 sollen über den Fonds für die Förderung der Vermittelbarkeit von Arbeitslosen finanziert werden. Weitere Projekteideen müssen in einem nächsten Schritt zuerst konkretisiert werden und sollen dann in die Strategie zur Förderung der beruflichen und sozialen Integration in der Stadt Bern 2022-2025 eingebracht werden.

Der **Nutzen** der verschiedenen Massnahmen ist einerseits bei der *krankheitsbetroffenen Klientel* zu erwarten:

- Stabilisierung der Gesundheitssituation dank einer geklärten Situation, einer gezielteren Unterstützung und besser abgestimmten Behandlungen;
- Verbesserung der Lebensqualität dank einer besseren sozialen Integration und besser auf die Gesundheitssituation abgestimmten Lebensumständen;
- Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung dank geklärter Situation und einer besseren Vernetzung mit dem Gesundheitssystem;
- Verbesserung der Chancen auf eine berufliche Integration dank einer stabileren Gesundheitssituation und dank Integrationsangeboten, die den jeweiligen Möglichkeiten angepasst sind.

Gleichzeitig werden die *Sozialarbeitenden* fachlich unterstützt und teilweise entlastet. Schliesslich ist zu erwarten, dass die Verbesserung der Gesamtsituation der Klientel langfristig auch zu *finanziellen Einsparungen* führt. Diese fallen teilweise in der Sozialhilfe an, teilweise aber auch im Gesundheitssystem:

- Eine Verbesserung der Lebensqualität wirkt präventiv und beugt Folgekrankheiten vor, die zu komplexeren Fallkonstellationen führen und das Risiko eines Langzeitbezugs erhöhen.
- Eine engere Begleitung führt zu stabileren Krankheitsverläufen und ermöglicht es, sich anbahnende Krisen frühzeitig zu erkennen und zu intervenieren, bevor Probleme akut werden und dadurch Folgeprobleme entstehen. Dadurch können hohe Folgekosten, zum Beispiel durch eine Hospitalisierung, vermieden werden.
- Eine bessere berufliche Integration erhöht die Chancen auf wirtschaftliche Unabhängigkeit.

Welchen konkreten Nutzen die einzelnen Massnahmen effektiv bringen, ist zum jetzigen Zeitpunkt kaum zu quantifizieren. In der **Evaluation** der Massnahmen soll jedoch ein Schwerpunkt auf die Untersuchung des Nutzens gelegt werden.