



Institut für
Gerontologische
Forschung e.V.

Wissenschaftliche Begleitung der Arztpraxisinternen Sozialberatung - Gesundheitsförderung und Teilhabe älterer Menschen

Bericht zum Zeitraum 1.1.-31.12.2021

BERLIN





Im Auftrag des Bezirksamtes Lichtenberg, Abteilung Familie, Jugend und Gesundheit, OE Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des öffentlichen Gesundheitsdienstes (OE QPK)

Gefördert durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung im Rahmen des "Aktionsprogramm Gesundheit"

Vorgelegt durch das
Institut für Gerontologische Forschung e. V.
Thorsten Stellmacher, Dr. Birgit Wolter
Torstraße 178
10115 Berlin

Berlin, den 15.1.2022

Kontaktdaten

Institut für Gerontologische Forschung (IGF) e. V.
Torstraße 178
10115 Berlin
Tel.: +49 (0)30 859 49 08
Fax: +49 (0)30 859 49 36
sekretariat@igfberlin.de
www.igfberlin.de

**Unterschriftsberechtigte
Person:**

Dr. Birgit Wolter
(Vorstand IGF e.V.)
Tel.: +49 (0)30 859 49 08
Fax: +49 (0)30 859 49 36
wolter@igfberlin.de

**Ansprechpartner bei
Rückfragen:**

Thorsten Stellmacher
Tel.: +49 (0)30 859 49 08
Fax: +49 (0)30 859 49 36
stellmacher@igfberlin.de

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	4
1.1	Anlage der wissenschaftlichen Begleitung.....	4
1.2	Aufbau Bericht.....	4
2	Hintergrund.....	5
3	Projekt Arztpraxisinterne Sozialberatung.....	10
4	Methodisches Vorgehen der wissenschaftlichen Begleitung im Jahr 2021.....	13
4.1	Schriftliche Befragung von Ärzt*innen und Personal in den beteiligten Arztpraxen.....	13
4.2	Durchführung von leitfadengestützten Interviews.....	14
4.3	Schriftliche Befragung von älteren Patient*innen (60+).....	14
5	Ergebnisse aus Befragungen und Interviews.....	18
5.1	Befragung der Arztpraxen (Ärzt*innen und Praxispersonal).....	18
5.1.1	Umsetzung der Sozialberatung in den Arztpraxen.....	18
5.1.2	Wirkungen der Sozialberatung.....	21
5.2	Leitfadengestützte Interviews.....	24
5.2.1	Quartiere und Akteure.....	24
5.2.2	Vernetzung und Kooperationspartner der Arztpraxen.....	25
5.2.3	Versorgungssituation und Versorgungsbedarfe.....	26
5.2.4	Arztpraxisinterne Sozialberatung: Angebot und Umsetzung.....	27
5.2.5	Wirkungen der Arztpraxisinternen Sozialberatung für die Arztpraxen.....	28
5.2.6	Wirkungen der Arztpraxisinternen Sozialberatung auf die Patient*innen.....	29
5.2.7	Ausblick und Nachhaltigkeit.....	30
5.3	Befragung der Patient*innen.....	30
5.3.1	Soziodemographische Merkmale der befragten Patient*innen.....	30
5.3.2	Lebenssituation von Patient*innen.....	32
5.3.3	Bedürfnisse von Patient*innen und Erwartungen an die Sozialberatung.....	32
5.3.4	Wahrgenommene Resultate und erlebte Unterstützungsleistungen.....	33
5.3.5	Entwicklung unterschiedlicher Aspekte der Lebensqualität.....	34
6	Diskussion der Ergebnisse und Empfehlungen.....	36
6.1	Diskussion der Ergebnisse.....	36
6.2	Handlungsempfehlungen.....	40
7	Fazit.....	42
8	Literaturverzeichnis.....	43
9	Anhang.....	47

1 Einleitung

1.1 Anlage der wissenschaftlichen Begleitung

Das Modellprojekt „Arztpraxisinterne Sozialberatung in Lichtenberg“ wird seit Januar 2020 mit Fördermitteln der Deutschen Klassenlotterie und mit Unterstützung des Bezirksamts Lichtenberg von Berlin durch den Verein soziale Gesundheit e. V. umgesetzt. Die wissenschaftliche Begleitung erfolgte 2021 weiterhin durch das Institut für Gerontologische Forschung e. V. (IGF e. V.), das bereits 2020 das Vorhaben als wissenschaftlicher Partner unterstützte. Da die Förderung der Deutschen Klassenlotterie keine wissenschaftliche Begleitung vorsah, wurde diese 2020 im Rahmen eines Auftrags an das IGF e. V. durchgeführt und aus Mitteln der "Rahmenstrategie 80plus" der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung gefördert. In Abstimmung mit dem Projektträger und dem Zuwendungsgeber wurden für das jeweilige Projektjahr in Abhängigkeit der zur Verfügung stehenden Mittel die zu untersuchenden Fragestellungen ausgewählt und jährliche Arbeitspakete geplant, die mit der Berichtlegung zum Ende des Projektjahres abgeschlossen wurden. Die Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitung bestand auch 2021 darin, den Projektträger soziale Gesundheit e. V. bei der Umsetzung des Modellvorhabens zu unterstützen und ihm vor dem Hintergrund fachlicher und methodischer Erkenntnisse Empfehlungen zur erfolgreichen Durchführung des Projektes zu geben.

Die wissenschaftliche Begleitung befasste sich 2020 schwerpunktmäßig mit der Zusammenarbeit der Sozialberater*innen mit den beteiligten Arztpraxen sowie den Erwartungen und Einschätzungen der Ärzt*innen in Bezug auf die Umsetzung der Sozialberatung und die Bedarfe der älteren Patient*innen. Ein besonderer Fokus lag zudem auf der Erfassung der Lebensqualität von jenen älteren Patient*innen, die die Sozialberatung in Anspruch nahmen, und ihren Erwartungen an bzw. Erfahrungen mit der Sozialberatung. Für die Datenerhebung wurden zwei standardisierte schriftliche Fragebögen erarbeitet, die sich einerseits an die Arztpraxen und andererseits an die Patient*innen richteten. Der an die Patient*innen gerichtete Fragebogen basierte auf der deutschen Version des WHOQOL-BREF¹ und des WHOQOL-OLD (vgl. Conrad et al. 2016), der einer subjektiven Erfassung gesundheitsbezogener Lebensqualität im Erwachsenenalter dient und für das Projekt angepasst wurde. Die Ergebnisse der Befragungen wurden in einem Bericht niedergelegt, der dem Auftraggeber Anfang 2021 übergeben wurde. 2021 wurden die Befragungen der Ärzt*innen sowie des medizinischen Personals und der Patient*innen wiederholt, teilweise in leicht abgewandelter Form.

1.2 Aufbau Bericht

Der vorliegende Bericht stellt die Aktivitäten und Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung vom 1.1. bis 31.12.2021 dar. Zunächst wird in Kapitel 2 der Kontext skizziert, in den sich das Projekt einbettet und ein Überblick über die Ergebnisse ausgewählter wissenschaftlicher Studien und Analysen gegeben. Dabei liegt der Schwerpunkt auf der Relevanz sozialer Anliegen in der Arbeit von Ärzt*innen sowie den Chancen und Herausforderungen einer interdisziplinären Zusammenarbeit mit Fachkräften der Sozialen Arbeit. In Kapitel 3 werden Ziele, Aufbau und Arbeitsstand des Projektes „Arztpraxisinterne Sozialarbeit in Lichtenberg“ kurz vorgestellt. Kapitel 4 beschreibt das methodische Vorgehen der wissenschaftlichen Begleitung im Projektjahr 2021 und in Kapitel 5 werden die Ergebnisse der einzelnen Erhebungen präsentiert. In Kapitel 6 werden die Ergebnisse diskutiert und Empfehlungen für die weitere Projektumsetzung abgeleitet. Kapitel 7 schließt den Bericht mit einem Fazit ab.

¹ Die Instrumente werden im Kapitel 4.3 ausführlicher dargestellt.

2 Hintergrund

Der überwiegende Teil der älteren Menschen wird regelmäßig ambulant in (Haus-)Arztpraxen behandelt. Dem Arztreport der Barmer Ersatzkasse zufolge hatten 2017 deutschlandweit innerhalb der Altersgruppe „65 Jahre und älter“ zwischen 94,2 % (65- bis 69-jährige Männer) und 98,6 % (über 90-jährige Frauen) der Versicherten mindestens einen Arztkontakt im Jahr (Grobe et al. 2019). Obwohl diese Daten auf der Auswertung der Zahlen von nur einer Krankenversicherung beruhen, dürften die Unterschiede zu anderen Versicherten gering sein. Ambulant praktizierende Ärzt*innen sowie das weitere medizinische Fachpersonal sind damit regelmäßige Kontaktpersonen der meisten älteren Menschen und nehmen eine zentrale Position an der Schnittstelle zum Gesundheits- und Versorgungssystem ein. Dabei erfüllen insbesondere Hausärzt*innen die ihnen zugedachte Aufgabe als primäre Anlaufstelle für die medizinische Versorgung der Patient*innen (vgl. u. a. Prütz und Rommel 2017, S. 88; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009, S. 311). Das beinhaltet, die Gesundheitsprobleme auf Grundlage einer umfassenden Diagnose ganzheitlich in den Blick zu nehmen, die Patient*innen durch das Gesundheits- und Versorgungssystem zu leiten und alle jeweils erforderlichen Behandlungsschritte zu koordinieren (Rosenbrock und Gerlinger 2006, S. 123). Rosenbrock und Gerlinger bewerten die Koordinierungsfunktion insbesondere bei älteren Patient*innen als besonders wichtig, weil mit steigendem Alter chronische Erkrankungen und Multimorbidität zunehmen und üblicherweise eine Behandlung erforderlich wird, die unterschiedliche medizinische und nichtmedizinische Disziplinen einbezieht. Daher müssen sich Hausärzt*innen auch bei einer fachlichen Spezialisierung einen übergreifenden Blick auf die Versorgung von Patient*innen bewahren (ebd.).

Dieser umfangreiche hausärztliche Versorgungsauftrag ist im Sozialgesetzbuch V (SGB V) verankert. Ganz allgemein umfasst die ärztliche Behandlung nach § 28 Abs. 1 SGB V alle zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßigen und ausreichenden Tätigkeiten. Bei niedergelassenen Hausärzt*innen gehören dazu nach § 73 Abs. 1 SGB V

- die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung von Patient*innen in Diagnostik und Therapie unter Einbeziehung von Kenntnissen zu deren häuslichem und familiärem Umfeld,
- die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen einschließlich der Vermittlung von aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungsterminen bei Fachärztinnen und -ärzten,
- die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung, der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung,
- die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen und
- die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.

Ihre Leistungen sollen die Hausärzt*innen in ausreichender, zweckmäßiger und wirtschaftlicher Form erbringen (vgl. § 72 Abs. 2 SGB V). Um dies wohnortnah zu gewährleisten, werden auf Grundlage der bundesweit gültigen Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) auf Landesebene zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Bedarfspläne abgestimmt, über die regionale Anforderungen und Besonderheiten berücksichtigt werden sollen (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) 2021). Dabei sieht die Bedarfsplanungs-Richtlinie für die Niederlassung von Hausärzt*innen im Vergleich zu

den ambulant tätigen Fachärzt*innen die am kleinräumlichsten zugeschnittenen Planungsbereiche vor (ebd.).

Trotz dieser normativen Rahmung bleiben die Chancen auf ein gesundes Leben und eine gute Versorgung im Alter in Deutschland strukturell ungleich verteilt. Durchschnittlich wurden im Jahr 2018 bundesweit pro niedergelassenem Arzt bzw. niedergelassener Ärztin täglich 52,5 Patient*innen hausärztlich und 37,2 Patient*innen fachärztlich ambulant behandelt (infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft 2018, S. 36). Im Jahr 2017 lag die Konsultationszeit in Deutschland mit im Mittel 7,6 Minuten pro Patient*in bei einem internationalen Vergleich im Mittelfeld (Irving et al. 2017). Diese Zahlen variieren allerdings von Praxis zu Praxis und unterscheiden sich im regionalen Vergleich, da trotz der Bedarfsplanungs-Richtlinie bei den niedergelassenen Hausärzt*innen auf Ebene der Landkreise eine sehr heterogene Versorgungslandschaft besteht. So wurde im Jahr 2019 im Kreis Tuttlingen mit 4,6 Hausärzt*innen je 10.000 Einwohner*innen deutschlandweit die geringste Versorgungsquote erreicht, während sie in der kreisfreien Stadt Amberg mit 8,9 Hausärzt*innen je 10.000 Einwohner*innen am höchsten war. Berlin liegt mit einer Versorgungsdichte von 6,4 Hausärzt*innen pro 10.000 Einwohner*innen im Mittelfeld² (eigene Berechnung nach Daten des Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) 2022).

Als problematisch bei der gegenwärtigen hausärztlichen Versorgung von Patient*innen zeigt sich, dass bundesweit im Jahr 2019/2020 insgesamt 3.570 hausärztliche Niederlassungsmöglichkeiten nicht besetzt waren (Nolting et al. 2021, S. 38). Diese Situation wird sich in den nächsten Jahren voraussichtlich noch weiter zuspitzen. Die demografische Entwicklung und eine steigende Lebenserwartung führen zu einem weiter anwachsenden medizinischen Versorgungsbedarf insbesondere bei älteren Patient*innen. Damit werden sich das Arbeitsaufkommen und die Belastungen in vielen Hausarztpraxen weiter erhöhen (vgl. zur bedarfsgerechten Versorgung Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014 und 2009). Gleichzeitig bringt die demografische Entwicklung auch eine Alterung von Ärzt*innen und des Praxispersonals selbst mit sich, was in der Folge zu einer Aufgabe von Praxisstandorten führen kann, wenn keine Nachfolger*innen gefunden werden (vgl. u. a. van den Bussche 2019). Dementsprechend gehen Nolting et al. (2021) in einer Prognose für die Robert-Bosch-Stiftung für das Jahr 2035 von bundesweit 10.850 unbesetzten Hausarztstühlen aus. Dabei wird ein Erodieren der ambulanten medizinischen Versorgungsstrukturen insbesondere in ländlichen Räumen und in Stadtteilen mit einer eher einkommenschwachen bzw. sich in einer vergleichsweise schwierigen sozialen Lage befindlichen Bevölkerung erwartet (Nolting et al. 2021).

Damit stellt neben den strukturellen Rahmenbedingungen der sozioökonomische Status einen bedeutsamen Einflussfaktor für die ungleiche Chancenverteilung bei der Gesundheit älterer Menschen dar. Ein niedriger sozioökonomischer Status, der vor allem über die Faktoren Bildung, Beruf und Einkommen beschrieben wird, geht zudem häufiger einher mit chronischen Erkrankungen, funktionellen Einschränkungen oder Behinderungen sowie einem geringeren seelischen Wohlbefinden (Lampert und Hoebel 2019). Zudem erschweren Armut und geringe Bildung das Leben mit gesundheitlichen Einschränkungen und den Zugang zu Unterstützungsangeboten. Ältere Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status nehmen eher Barrieren im Zugang zum Versorgungssystem wahr (ebd.). So berichten Pflegekräfte von den Schwierigkeiten, mit denen Pflegebedürftige mit geringer Bildung konfrontiert sind, wenn sie Formulare verstehen oder ausfüllen sollen, um Geld- oder Sachleistungen zu beantragen (Möller et al. 2013). Ein Praxisforschungsprojekt von Klein et al. (2021)

² Für die Bezirksebene bietet das BBSR keine Daten an.

zeigte, dass vor allem jene Personen, die großen Unterstützungsbedarf haben, häufig keinen Zugang zu hilfreichen Angeboten der Sozialen Arbeit finden.

Strukturelle Schwächen und Versorgungsdefizite sowie höhere Versorgungsbedarfe bei den Patient*innen stellen wiederum Ärzt*innen vor erhöhte fachliche und organisatorische Anforderungen. Bereits 2001 wies der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen auf Qualitätsprobleme bei der Ausgestaltung der ambulanten medizinischen Versorgung hin (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001). Rosenbrock und Gerlinger (2006, S. 153) benennen in dieser Hinsicht bspw. eine unzureichende Berücksichtigung von psychischen und sozialen Dimensionen der Krankheitsentstehung, des Krankseins und der Krankheitsbewältigung oder eine teilweise Vernachlässigung von präventiven, gesundheitsfördernden und rehabilitativen Maßnahmen insbesondere bei chronisch kranken Patient*innen.

Insbesondere Hausärzt*innen sind mit den psychosozialen Anliegen ihrer Patient*innen konfrontiert. Der Umgang mit den damit verbundenen Herausforderungen „gehört zum hausärztlichen Alltag“ (Zimmermann et al. 2018). Problematische Lebenslagen der Patient*innen können sich negativ auf die individuelle Gesundheit oder eine Genesung auswirken. Ärzt*innen müssen daher als Angehörige des Versorgungssystems auch auf soziale Anliegen und Beratungsbedarfe reagieren, die nicht selten ihre Kompetenzen überschreiten. Die Ergebnisse einer Studie von Jobst und Joos (2014), in der 1.706 Patientenanliegen ausgewertet wurden, weisen auf die Bedeutung sozialer Aspekte in ärztlichen Konsultationen hin. Danach beanspruchten in ca. 30 % der in der Studie beobachteten Fälle soziale Anliegen mehr als die Hälfte der Konsultationszeit und 14,4 % der in der Befragung erfassten Konsultationen hatten nicht krankheitsbedingte, sondern soziale Gründe. Ähnliche Ergebnisse berichtet Ruegg, demzufolge jede dritte Konsultation von Hausärzt*innen wegen sozialer Anliegen von diesen als „belastend“ eingeschätzt wird (Rüegg 2021, S. 4, mit Verweis auf Mota et al. 2019).

Die Integration sozialer Anliegen in eine ambulante medizinische Versorgung ist in dem geltenden Abrechnungssystem weder zeitlich noch fachlich vorgesehen. Zudem erschwert ein enger Zeitrahmen für die Konsultationen auch ohne die Thematisierung sozialer Anliegen Behandlungen, besonders wenn sprachliche Barrieren oder kognitive Einschränkungen vorliegen. In einer bereits 2004 in den USA durchgeführten Studie zeigte sich, dass die größte Herausforderung bei der medizinischen Versorgung älterer Menschen aus Sicht von Ärzt*innen und Pflegepersonal durch den Zeitdruck bei der Behandlung entstand (Keefe et al. 2009, S. 587). Die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitssystems auch in Deutschland dürfte diese Herausforderung nur noch größer gemacht haben. Zudem sind Ärzt*innen häufig nicht ausreichend qualifiziert, um adäquat auf soziale Anliegen reagieren zu können. So verweisen Jobst und Joost auf eine eigene Studie von 2007, wonach nicht krankheitsbezogene Themen in der Konsultation die Ärzt*innen improvisieren ließen und „[b]eliebiges Handeln nach Tagesform und Gestimmtheit [...] einen eher unprofessionellen Umgang mit den nicht krankheitsbezogenen [sozialen] Patientenanliegen [markierten].“ (Jobst und Joos 2014, S. 497). Als problematisch bezeichnen die Autor*innen eine „gewisse Selbstverständlichkeit“, mit der in diesen Fällen längerfristige Krankschreibungen oder die Gabe von Beruhigungsmitteln erfolgten (ebd.). Eine Weiterleitung an (soziale) Beratungsstellen finde selten statt bzw. sei durch eine Fragmentierung und Fluktuation bei den Angeboten erschwert. Häufig wissen Hausärzt*innen weder von der Existenz von Beratungsstellen noch kennen sie deren Adressen oder Schwerpunkte (Jobst und Coppola 2021). Ein Ergebnis einer Befragung von Zimmermann et al. unter Hausärzt*innen aus dem Jahr 2015 war der Wunsch der Befragten nach der Unterstützung durch eine „institutionalisierte Ansprechperson“ bei sozialen Fragen (Zimmermann et al. 2018).

Eine stärkere interdisziplinäre Zusammenarbeit von sozialer Arbeit und Gesundheitswesen wird daher von unterschiedlicher Seite gefordert. So plädiert Franzkowiak (2020) mit Blick auf den Bereich der Prävention für eine soziale Gesundheitsarbeit als feste Komponente der Gesundheitsversorgung. Dadurch könnte, nach seiner Einschätzung, das oft zu eng, weil rein medizinisch geführte Verständnis von Prävention geweitet werden. Nach Auffassung des DVSG Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (2013) kann mit einer Integration einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit in ambulante Behandlungsprozesse ein Setting etabliert werden, das im Hinblick auf die Patient*innen unter anderem dazu beiträgt,

- verschiedene Dimensionen des Informationsbedarfs bzw. der Belastungssituation von Patient*innen zu klären,
- bei der Bewältigung von Erkrankungen und gesundheitlichen Einschränkungen gezielt zu begleiten und zu unterstützen,
- die Teilhabe an Gemeinschaft und Gesellschaft trotz Erkrankung zu fördern und zu stärken,
- alltagspraktische Unterstützung zu organisieren,
- die Wohnsituation einzuschätzen und Wohnungsanpassungen vorzuschlagen,
- Ansprüche und Zugangswege zu Leistungen der Sozialgesetzbücher darzustellen,
- bei der Wahrung von Patientenrechten und weiteren Rechtsansprüchen zu unterstützen,
- Selbsthilfeangebote zu vermitteln und die Selbsthilfearbeit zu fördern.

Über eine Einbindung von Sozialer Arbeit in die Behandlung von Patient*innen könnte die Lebenswelt Älterer besser mit in den Blick genommen, stärker intervenierend agiert und soziale Ungleichheit besser adressiert werden (ebd.). Hämel und Gerlinger (2020) argumentieren für die Stärkung multiprofessioneller Teams (darin eine Profession: Soziale Arbeit) bei der Primärversorgung. Dabei verweisen sie einerseits auf gute Erfahrungen aus anderen Ländern und andererseits auf zu erwartende positive Effekte für die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen. Ähnlich wie Ruegg gehen sie davon aus, dass interprofessionelle Teams die Gesundheitsversorgung verbessern und besser auf komplexe Problemlagen und Multimorbidität reagieren können (Rüegg 2021, S. 4 mit Verweis auf Fraser et al. 2018; Hämel und Gerlinger 2020).

Auch im Nationalen Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ wird eine Überwindung der sektoralen Aufteilung des Gesundheitswesens und eine Verbindung präventiver, therapeutischer, rehabilitativer, pflegerischer und beratender Dienstleistungen gefordert und in diesem Zusammenhang ausdrücklich auf kontextbezogene Ansätze (Setting-Ansätze) verwiesen (Bundesministerium für Gesundheit 2012, S. 12). Insbesondere sozial benachteiligte ältere Menschen können von wohnortnahen, lebensweltbezogenen Angeboten profitieren (Lampert und Hoebel 2019).

In den letzten Jahren wurde in unterschiedlichen Formen eine Öffnung von Praxen und eine Zusammenarbeit mit nichtärztlichen Berufsgruppen erprobt. Dabei ging es primär um Delegationsmodelle, bei denen speziell qualifizierte Medizinische Fachangestellte (MFA), Versorgungsassistent*innen in der Hausarztpraxis (VERAH) oder nichtärztliche Praxisassistent*innen (NäPä) ärztlich angeordnet und verantwortet spezifische Leistungen erbrachten, um die Hausarztpraxen zu entlasten (Günther et al. 2019; Mergenthal und Güthlin 2018). Weitere regionale bzw. fachspezifische Formen der Umsetzung waren bzw. sind bspw. AGnEs („Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte systemische Intervention“), EVA („Entlastende Versorgungsassistentin“) oder MoPra („Mobile Praxisassistentin“) (ebd.). Das Spektrum der Leistungen ist einerseits relativ umfangreich und reicht von Aufgaben des Praxismanagements über die Assistenz bei Untersuchungen, Behandlungen und chirurgischen Eingriffen bis hin zur Unterstützung beim Medikations- und Impfmanagement, bei der Wundbehandlung oder bei der Hausbesuchstätigkeit (vgl. Günther 2019). Andererseits orientieren sich diese Modelle zumeist eng an typisch medizinischen

Behandlungsaufgaben und weniger an weitergehenden psychosozialen Versorgungsbedarfen, wie sie sich bei älteren Patient*innen verstärkt ergeben können.

Modellprojekte, in denen Ärzt*innen im Umgang mit sozialen Anliegen unterstützt oder entlastet werden bzw. in denen eine Zusammenarbeit von Fachkräften aus dem medizinischen, pflegerischen oder sozialarbeiterischen Bereich professionalisiert wird, finden sich in Deutschland bislang hingegen selten. Hosek et al. (2020) stellen für die Schweiz eine Projektkonzeption zur Integration von Sozialberatung in die hausärztliche Versorgung vor, die bisher aber nicht erprobt werden konnte. Einen weiteren Ansatz, um Patient*innen durch ihre Hausärzt*innen an soziale Angebote zu vermitteln, stellt das sogenannte „soziale Rezept“ dar. Es basiert auf dem aus Großbritannien stammenden und dort in zahlreichen Kommunen erprobten *social prescribing*, mit dem eine Überweisung bspw. an Beratungseinrichtungen, ehrenamtliche Initiativen oder Selbsthilfegruppen erfolgen kann. Der Ansatz erfreut sich in Großbritannien zunehmender Popularität (Woodall et al. 2018). Ein Programm in Nordengland arbeitet dabei mit *wellbeing coordinators*, die eine Vermittlung der Patient*innen in soziale Angebote übernehmen (ebd.). Gegenwärtig liegen noch wenige Studien vor, die eine Evidenz dieser Ansätze belegen (Bickerdike et al. 2017). Anknüpfend an die internationalen Konzepte zum *social prescribing* führt ein Forschungsverbund der Charité Berlin und der Fachhochschule Münster zurzeit einen systematischen Review zur Wirksamkeit solcher „präventiver gemeindebasierter psychosozialer Überweisungs-Interventionen“ durch.³

Grundsätzlich wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Bereichen Gesundheitsversorgung und Soziale Arbeit aber auch als voraussetzungsvoll beschrieben. Einer Befragung von Sozialberater*innen zufolge sind eine fehlende Erreichbarkeit und ein geringes Problembewusstsein von Ärzt*innen Hinderungsgründe für eine gelingende Zusammenarbeit (Jobst und Coppola 2021). Nach Einschätzung von Keefe et al. (2009) bräuchten die Anbieter*innen medizinischer Leistungen, insbesondere die Ärzt*innen, mehr Informationen über die Kompetenzen und das Rollenverständnis von Sozialarbeiter*innen. Ein gemeinsames Arbeiten in räumlicher Nähe wäre hierbei hilfreich (ebd.). Allerdings weisen Keefe et al. auch auf die Sorge der Ärzt*innen hin, dass die interdisziplinäre Abstimmung (zu) viel Zeit in Anspruch nehmen könnte: „*I would prefer the e-mail route rather than very long, winding conversations.*“ (Keefe et al. 2009, S. 590).

Dieser knappe Überblick über Studien zum Thema zeigt einerseits die Relevanz und andererseits die Defizite und Herausforderungen einer Zusammenarbeit von Sozialer Arbeit und Gesundheitswesen. Das Modellvorhaben „Arztpraxisinterne Sozialberatung in Lichtenberg“ erprobt die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Fachkräften des Gesundheitswesens und der Sozialen Arbeit sowie die Integration von Sozialberatungen in die am Projekt beteiligten Hausarztpraxen. Im folgenden Kapitel wird zunächst der aktuelle Stand des Projektes kurz skizziert, um dann die Inhalte der wissenschaftlichen Begleitung aus dem Jahr 2021 vorzustellen.

³ Laufzeit 2020-2021, gefördert vom BMBF. Weitere Informationen unter: <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/spi-re-soziales-rezept-systematischer-review-zur-wirksamkeit-von-praeventiven-11418.php> [letzter Zugriff: 17.12.2021]

3 Projekt Arztpraxisinterne Sozialberatung

Das Projekt „Arztpraxisinterne Sozialberatung in Lichtenberg“ erprobt ein Beratungsangebot zu sozialen Anliegen für ältere Menschen, das in Hausarztpraxen im Berliner Bezirk Lichtenberg angesiedelt ist. Anlass des Projektes war die Erfahrung des Vereins soziale Gesundheit e. V., dass ältere und hochaltrige Menschen im Bezirk einen über bestehende Beratungs- und Unterstützungsstrukturen hinausgehenden Hilfebedarf haben und teilweise nur schwer Zugang zu bestehenden Angeboten finden. Um ihnen bei Bedarf einen niedrigschwelligen Zugang zu Hilfe und Unterstützung zu ermöglichen, wird in den am Projekt beteiligten Arztpraxen eine Sozialberatung durch externe Sozialberater*innen angeboten. Diese beraten vor allem ältere Menschen zu möglichen Unterstützungsleistungen sowie präventiven und gesundheitsförderlichen Angeboten, leiten sie an zuständige Einrichtungen im Bezirk weiter, unterstützen sie beim Ausfüllen von Formularen und Beantragen von Leistungen und suchen sie bei Bedarf in ihrer Häuslichkeit auf.⁴

Umgesetzt wird das Modellprojekt durch den Träger soziale Gesundheit e. V. mit Fördermitteln der Deutschen Klassenlotterie Berlin und mit Unterstützung durch das Bezirksamt Lichtenberg (Förderzeitraum 2020-2022). Beim Projektträger wurden dafür insgesamt drei Teilzeitstellen für die Projektleitung und die Sozialberatung eingerichtet. Die Aufgabe der Projektleitung umfasst, neben dem Aufbau und der Organisation der Sozialberatung, den Kontaktaufbau und die Kontaktpflege zu den Arztpraxen, die Vernetzung und Bekanntmachung des Angebots und die Qualitätssicherung. Die Sozialberatung wurde bis zum 31.5.2021 durch eine Sozialarbeiterin abgedeckt, die aber krankheitsbedingt aus dem Projekt ausschied. Aktuell sind die Stellen der Sozialberatung seit 1.4.2021 durch eine Sozialarbeiterin (zunächst geringfügig beschäftigt und seit 1.7.2021 in Teilzeit) und seit dem 1.7.2021 zusätzlich durch eine studierte Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin (in Teilzeit) besetzt.

Die am Projekt beteiligten Arztpraxen befinden sich in den Prognoseräumen⁵ Hohenschönhausen Süd und Nord sowie Lichtenberg Nord und Mitte des Bezirks Lichtenberg. 2021 wurde mit 14 Hausarzt*innen, die in einer Gemeinschaftspraxis, zwei medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und sechs Einzelpraxen praktizieren, zusammengearbeitet (vgl. Tab. 1). In einer Einzelpraxis, in einem MVZ und in der Gemeinschaftspraxis mit fünf projektbeteiligten Ärzt*innen bestand die räumliche Möglichkeit, einmal wöchentlich eine zweistündige Sprechstunde anzubieten. Dabei dienten die Räumlichkeiten innerhalb der Einzelpraxis als zentraler Projektstandort, an dem die Mitarbeiter*innen teilweise auch außerhalb der vereinbarten Sprechzeiten anwesend und ansprechbar waren. Bei allen anderen beteiligten Praxen bestanden nicht die räumlichen und technischen Möglichkeiten, um eine Sprechstunde vor Ort anbieten zu können. In diesen Fällen wurde der Kontakt zwischen den Sozialberater*innen und den Patient*innen über die Arztpraxen vermittelt, und die Beratungen erfolgten im Allgemeinen telefonisch oder als Hausbesuche. Dabei zogen diese Arztpraxen die Sozialberatung insbesondere bei komplexen Beratungs-, Unterstützungs- und Versorgungsfällen hinzu.

⁴ Eine detailliertere Darstellung zur Zielgruppe und den Zielen der Arztpraxisinternen Sozialberatung in Lichtenberg erfolgte im Bericht der wissenschaftlichen Begleitung im Jahr 2020.

⁵ Seit dem Jahr 2006 besteht mit den Lebensweltlich orientierten Räumen (LOR) eine kleinräumlich orientierte Grundlage für die Planung, Prognose und Beobachtung demografischer und sozialer Entwicklungen in Berlin mit einer räumlichen Ausdifferenzierung unterhalb der Bezirke auf den drei Bezugsebenen „Prognoseräume“, „Bezirksregionen“ und „Planungsräume“. Prognoseräume stellen dabei die übergeordnete räumliche Einheit dar.

	Anzahl beteiligter Praxen	Anzahl behandelnder Ärzt*innen	Anzahl wöchentlicher Sprechzeiten der Sozialberatung vor Ort
Einzelpraxen	6	6	1
Gemeinschaftspraxen	1	5	1
MVZ	2	3	1
Insgesamt	9	14	3

Tabelle 1: Anzahl der in das Projekt einbezogenen Hausarztpraxen, behandelnden Ärzt*innen und den vor Ort durch die Sozialberatung angebotenen Sprechzeiten.

Das Angebot der Sozialberatung basiert mit der einmaligen Beratung bzw. Erstberatung einerseits und dem Case- und Care-Management andererseits im Wesentlichen auf zwei grundlegenden Bausteinen. Im Rahmen der in telefonischen oder persönlichen Kontakten durchgeführten einmaligen Beratung bzw. Erstberatung geht es zunächst darum, die individuelle gesundheitliche bzw. lebensweltliche Situation der Patient*innen zu verstehen und zu ermitteln, welche Unterstützungsbedarfe bestehen könnten. Im Ergebnis kann dabei die Einschätzung stehen, dass Patient*innen bzw. deren Angehörige in der Lage sind, sich selber gut um ihre Angelegenheit zu kümmern und ihnen lediglich weiterführende Informationen oder Hinweise zu anderen Beratungs- oder Anlaufstellen fehlen.

Wenn in der Erstberatung der Eindruck entsteht, dass die gesundheitliche und soziale Lebenslage oder die aktuelle Versorgungssituation umfangreichere und komplexere Unterstützungsleistungen erfordern, wird eine prozesshafte Begleitung der Patient*innen in Form eines Case- und Care-Managements angeboten. Dabei wird die Arztpraxisinterne Sozialberatung für durchschnittlich drei Monate als formale Schnittstelle zwischen dem gesundheitlichen, pflegerischen und sozialen Versorgungssystem sowie weiteren Angeboten und den Patient*innen etabliert. Die Sozialberatung dient dem Ziel, komplementäre präventive, soziale, gesundheitliche, pflegerische und alltagsbezogene Hilfe- und Unterstützungsleistungen in die Versorgung der älteren Patient*innen einzubinden. Hierbei sollen die Selbständigkeit und die Hilfe zur Selbsthilfe der Patient*innen sowie ihre Selbstbestimmung bei der Inanspruchnahme von Hilfen gestärkt werden. Während des Case- und Care-Managements erfolgen zu mindestens drei Zeitpunkten Rückmeldungen an die behandelnden Hausärzt*innen der Patient*innen zum jeweiligen Status der Prozessbegleitung: Zunächst nach dem Erstgespräch, ein zweites Mal, wenn im Detail geklärt ist, welche Interventionen angestrebt und umgesetzt werden und schließlich zum Abschluss des Case- und Care-Managements. Die Sozialberater*innen führen persönliche Gespräche mit den Ärzt*innen und verfassen schriftliche Patientenberichte. 2021 wurden insgesamt 145 ältere Patient*innen beraten. Eine ausschließlich einmalige Beratung bzw. Erstberatung erfolgte dabei in 34 Fällen und 111 Patient*innen wurden im Rahmen des Case- und Care-Managements begleitet.

Erschwerend für den Projektaufbau waren die in immer wieder unterschiedlicher Form geltenden strengen Kontaktbeschränkungen auf Grund der Covid-19-Pandemie. Selbst wenn diese zwischenzeitlich gelockert wurden, konnte sich das Angebot in den Arztpraxen nicht in der gewünschten und ursprünglich geplanten Form entwickeln und eine Präsenz in den Praxen nicht kontinuierlich angeboten werden. Darüber hinaus führten die Befürchtungen mancher Patient*innen, sich in den Praxen anzustecken, dazu, dass viele Beratungen im Jahr 2021 telefonisch angeboten wurden.

Insgesamt war die pandemische Situation aber auch ein maßgeblicher Antreiber für die Weiterentwicklung der Angebote der Sozialberatung. Aus den Kontaktbeschränkungen resultierte für viele ältere Patient*innen eine zunehmende Isolation, verbunden mit einer oftmals deutlich erkennbaren Verschlechterung ihrer Lebenslage. Erkennbar wurden für die Sozialberater*innen

unterschiedlich ausgeprägte Formen von Unterversorgung im Hinblick auf die Alltagsbewältigung, die soziale Teilhabe und die Pflege. Mit einer zunehmenden Kontakt- und Bewegungsarmut verstärkte sich mit Blick auf die Zielgruppe teilweise auch der Eindruck eines sich deutlich verschlechternden Gesundheitszustands. Nach längeren Phasen der sozialen Isolation und der Zurückgezogenheit bestand bei einigen Patient*innen Angst, wieder die Wohnung zu verlassen und physisch mit anderen Menschen in Kontakt zu treten.

Die Sozialberater*innen reagierten auf diese Bedarfslage mit unterschiedlichen Maßnahmen, die über den ursprünglichen konzeptionellen Rahmen des Modellprojekts hinausgingen. Umgesetzt wurden bspw. eine erweiterte Rufbereitschaft von täglich 08.00 Uhr bis 19.00 Uhr, proaktive Anrufe bei den unterstützten Patient*innen, ein vermehrter Appell zum Aufsuchen von Ärzt*innen und die Begleitung dabei sowie das Beschaffen und Weiterleiten von Überweisungen, Befunden und Rezepten. Spaziergangs-Tandems von älteren und jüngeren Menschen und Rollator-Trainings dienten der Motivation älterer Patient*innen, ihre Wohnung wieder selbstständig zu verlassen. Deutlich intensiver als vor der Pandemie leisteten die Sozialberater*innen auch Unterstützung bei der Entlassung älterer Patient*innen nach einem Krankenhausaufenthalt.

Da der weitere Verlauf der Pandemie und die damit verbundenen Regulierungen kaum abschätzbar sind, wird seitens des Projektträgers darauf hingewiesen, dass der Verlauf des Modellprojekts auch weiterhin schwer planbar ist und situationsabhängig versucht werden muss, jeweils flexible Lösungen und Formen der Unterstützung zu finden.

4 Methodisches Vorgehen der wissenschaftlichen Begleitung im Jahr 2021

Der inhaltliche Schwerpunkt der wissenschaftlichen Begleitung lag auf der Integration der Arztpraxisinternen Sozialberatung in den Arztpraxen. Von besonderem Interesse war dabei, ob und wie es gelang, das Angebot (auch unter den Bedingungen der Pandemie) in den teilnehmenden Praxen zu etablieren, und wie es von den beteiligten Ärzt*innen sowie dem medizinischen Fachpersonal bewertet wurde. Hierbei wurde an die Ergebnisse der schriftlichen Befragung in den Arztpraxen von 2020 angeknüpft. Diese Befragung wurde in leicht veränderter Form wiederholt und zusätzlich wurden vertiefende Interviews mit ausgewählten Ärzt*innen durchgeführt.

In Interviews mit kommunalen Vertreter*innen wurden die Nachhaltigkeit des Modellvorhabens, die Perspektive der Kommune auf das Projekt und die Möglichkeiten einer Einbettung des Angebots in kommunale Strukturen thematisiert.

Darüber hinaus wurde der Frage nachgegangen, ob positive Effekte der Sozialberatung bei den beratenen Personen zu erkennen sind, etwa in der Bewertung der subjektiven Gesundheit oder der Lebensqualität. Hierfür wurden schriftliche Befragungen der Beratenen jeweils zu Beginn und zum Ende eines Beratungsprozesses durchgeführt.

An dieser Stelle muss erneut darauf hingewiesen werden, dass die Umsetzung des Modellprojektes und die Durchführung der Erhebungen im zweiten Jahr der Covid-19-Pandemie erfolgten. Diese traf – in Wellen und unterschiedlich stark – sowohl ältere Menschen als auch die Hausarztpraxen erheblich. Aufgrund der hohen Exponiertheit vor allem hochaltriger oder vorerkrankter älterer Menschen in der Pandemie, waren diese großen physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt. Diesen Einfluss auf die Bewertung der Lebensqualität der älteren Patient*innen herauszufiltern, war im Rahmen dieser Studie nicht möglich. Auch waren und sind die Ärzt*innen und das Praxispersonal in der Pandemie durch zusätzliche Anforderungen (erkrankte Patient*innen und Mitarbeiter*innen, Impfungen) belastet und konnten daher nur im begrenzten Rahmen Zeit und Ressourcen für die Zusammenarbeit mit der wissenschaftlichen Begleitung aufbringen. Es war eine Herausforderung, Ärzt*innen, Praxispersonal und Patient*innen trotz der Kontaktbeschränkungen und beschriebenen Belastungen für eine Teilnahme an der Studie zu gewinnen und teilweise mussten daher Kompromisse bei der Umsetzung eingegangen werden.

Auch die Umsetzung des Modellprojektes war, wie im Abschnitt 3 dargestellt, durch die Pandemie beeinflusst (Erkrankungen, Kontaktbeschränkungen) und es mussten durch den Verein soziale Gesundheit e. V. Anpassungen des Konzeptes gemacht werden. Dementsprechend variierten die Aktivitäten der Sozialberatung in den beteiligten Praxen, so dass die Ergebnisse der Untersuchung im Detail nicht immer vergleichbar sind. Insofern muss das im Folgenden dargestellte methodische Vorgehen für diese Untersuchung genauso wie die erzielten Ergebnisse auch vor dem Hintergrund dieser Einschränkungen eingeordnet werden.

4.1 Schriftliche Befragung von Ärzt*innen und Personal in den beteiligten Arztpraxen

Für die Datenerhebung wurde ein standardisierter schriftlicher Fragebogen (siehe Anhang) verwendet, der auf den (leicht angepassten) Fragen aus der Befragung der Arztpraxen im Jahr 2020 basierte. Der Fragebogen bestand aus insgesamt 20, teilweise skalierten, geschlossenen und drei offenen Fragen. Im Zentrum standen Fragen zur Integration und Wirkung der Sozialberatung in die Arztpraxen. Die an

die Arztpraxen gerichteten Fragebögen wurden den dort tätigen Ärzt*innen und dem Praxispersonal zum selbständigen Ausfüllen überlassen.

An der schriftlichen Befragung beteiligten sich sieben der neun projektbeteiligten Arztpraxen. Die Verteilung und Rückgabe der Fragebögen erfolgte durch den Verein soziale Gesundheit e. V. zwischen Juli und September 2021. Insgesamt wurden 20 Fragebögen an die projektbeteiligten Arztpraxen ausgegeben. Ausgewertet werden konnten 14 Fragebögen aus sieben Arztpraxen, was einem Rücklauf von 70 % entspricht. Zu den an der Befragung beteiligten Personen gehörten sieben Ärzt*innen und sieben Personen des Praxispersonals, die sich entweder als medizinische Fachangestellte, Arzthelfer*innen oder Praxismanager*innen beruflich verorteten.

Die Auswertung der Fragebögen erfolgte deskriptiv für die geschlossenen und inhaltsanalytisch für die offenen Fragen.

4.2 Durchführung von leitfadengestützten Interviews

Insgesamt wurden sieben leitfadengestützte Interviews durchgeführt, davon vier Interviews mit Ärzt*innen, zwei Interviews mit kommunalen Vertreter*innen (Bezirk und Land) und ein Interview mit den Sozialberater*innen von soziale Gesundheit e. V. Der Kontakt zu den interviewten Ärzt*innen wurde durch den Projektträger vorbereitet. Es war geplant, drei bis vier Vertreter*innen aus unterschiedlichen Praxen zu interviewen. Der Zugang zu den potentiellen Interviewpartner*innen gestaltete sich allerdings schwierig, so dass schließlich drei der vier Interviews mit Angehörigen einer Gemeinschaftspraxis erfolgten und damit (in Abstimmung mit dem Projektträger und dem Zuwendungsgeber) nur in zwei unterschiedlichen Praxen Interviews geführt wurden.

Für die Interviews wurde ein einheitlicher Gesprächsleitfaden entwickelt, der dem jeweiligen fachlichen Hintergrund der Interviewperson angepasst wurde (s. Anhang). Die Interviews dauerten zwischen 45 Minuten und 1 ½ Stunden. Vier der Interviews wurden per Videokonferenz und drei Interviews in Präsenz durchgeführt. Fünf Interviews wurden aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert. Zwei Interviews wurden auf Wunsch der Interviewpartner*innen nicht aufgenommen; von diesen Gesprächen wurden Mitschriften erstellt.

Die Auswertung erfolgte inhaltsanalytisch nach Mayring (2008). Alle Dokumente wurden mit MAXQDA codiert. Die Hauptkategorien des Codiersystems wurden dafür auf Grundlage der Interviewleitfäden entwickelt. Unterkategorien wurden sowohl deduktiv als auch induktiv aus den Interviewergebnissen gebildet. Insofern bündeln die dargestellten Ergebnisse die Breite des Interviewmaterials unter bestimmten Aspekten und stellen eine sinnerhaltende Zusammenfassung der Interviewergebnisse dar.

4.3 Schriftliche Befragung von älteren Patient*innen (60+)

Im Fokus der Befragung der älteren Menschen stand das Interesse, ob durch die Sozialberatung bei den beratenen Personen positive Effekte, etwa in der Bewertung der subjektiven Gesundheit oder der Lebensqualität, zu erkennen sind.

Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Ansätze zur Definition von Lebensqualität (bspw. in Hinblick auf Wohlstand, (Lebens-)Zufriedenheit, subjektives Wohlbefinden, funktionalen Status, subjektiven Gesundheitszustand oder persönliches Glück) werden verschiedene Instrumente mit teilweise differierenden Indikatoren zur Messung von Lebensqualität eingesetzt (zur historischen Genese und zu unterschiedlichen Definitionen, Modellen, Indikatoren vgl. u. a. Winkler 2020; zum Spektrum verschiedener gesundheitsbezogener Instrumente vgl. u. a. Kramer et al. 2014). Ein breit angelegter Ansatz stammt von der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Sie definiert Lebensqualität als die individuelle Wahrnehmung einer Lebenslage im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems, in dem die Einzelnen leben, und in Verbindung mit ihren persönlichen Zielen,

Erwartungen, Standards und Bedürfnissen. Beeinflusst wird die Lebensqualität dabei durch die physische und psychische Gesundheit des Einzelnen, der Möglichkeit zur Selbstbestimmung, seine sozialen Verbindungen, seinen persönlichen Glauben und die Umweltbedingungen, denen die einzelne Person ausgesetzt ist (World Health Organization 1997, S. 1).⁶

Auf Grundlage dieser Definition wurden durch die WHO unterschiedliche Instrumente (WHOQOL-100, WHOQOL-BREF und WHOQOL-OLD) entwickelt (ebd.). Der in dieser Untersuchung an die Patient*innen (60+) gerichtete Fragebogen basiert auf den 50 skalierten Fragen der deutschen Versionen des WHOQOL⁷-BREF und des WHOQOL-OLD (vgl. Conrad et al. 2016). Diese Fragen wurden um fünf skalierte und zwei offene Fragen zur Einschätzung der Sozialberatung ergänzt (s. Anhang).

Die Instrumente WHOQOL-BREF und WHOQOL-OLD fokussieren auf die Wahrnehmung von Lebensqualität älterer Menschen entlang der in Tabelle 2 dargestellten Dimensionen⁸. Innerhalb der Fragebögen zielen immer mehrere unterschiedliche Fragen auf jeweils eine dieser Dimensionen. Für die Beurteilung der Ausprägung dieser Dimensionen setzen beide Instrumente fünfstufige Antwortskalen ein. Als Beurteilungszeitraum werden immer die „letzten zwei Wochen“ vorgegeben.

WHOQOL-BREF	WHOQOL-OLD
• Physische Lebensqualität	• Sinnesfunktionen
• Psychische Lebensqualität	• Autonomie
• Soziale Beziehungen	• Aktivitäten in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft
• Umwelt	• Soziale Partizipation
• Allgemeine Einschätzung von Lebensqualität und Gesundheit	• Tod und Sterben
	• Intimität

Tabelle 2: Dimensionen des WHOQOL-BREF und WHOQOL-OLD zur subjektiven Wahrnehmung der Lebensqualität von erwachsenen und älteren Menschen (vgl. Conrad et al. 2016).

Um einen Eindruck von den Wirkungen der Sozialberatung erfassen zu können, sollte der Fragebogen jeweils zu Beginn und zum Ende eines Beratungsprozesses von den Patient*innen ausgefüllt werden. Die Befragung erfolgte nach einer Einweisung in den Einsatz der Fragebögen und die Befragungstechnik als Face-to-Face-Befragung bzw. im Rahmen einer telefonischen Befragung durch die Sozialberater*innen (s. Fragebogen im Anhang). Insgesamt nahmen 32 Patient*innen im Alter von 64 bis 92 Jahren an der Befragung teil; davon wurden 28 Patient*innen zu zwei Zeitpunkten befragt: Einmal zum Beginn des Case-Managements und einmal zu dessen Abschluss. Vier Patient*innen wurden einmalig befragt: Drei zu Beginn und eine Person zum Abschluss des Case-Managements. Von den insgesamt 60 zwischen Januar und September 2021 durchgeführten Befragungen erfolgten 28 im persönlichen Kontakt (Face-to-Face) und 32 telefonisch. Dabei verteilten sich die Befragungen nicht kontinuierlich über den Befragungszeitraum (vgl. Abb. 1).

⁶ Wiedergegeben ist an dieser Stelle eine Übersetzung. Im Original definiert die WHO Lebensqualität „as individuals perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person's physical health, psychological state, level of independence, features social relationships, personal beliefs and their relationship to salient of their environment.“

⁷ WHOQOL steht für „World Health Organization Quality of Life“.

⁸ Im WHOQOL-BREF werden diese Dimensionen als „Domänen“ und im WHOQL-OLD als „Facetten“ bezeichnet.

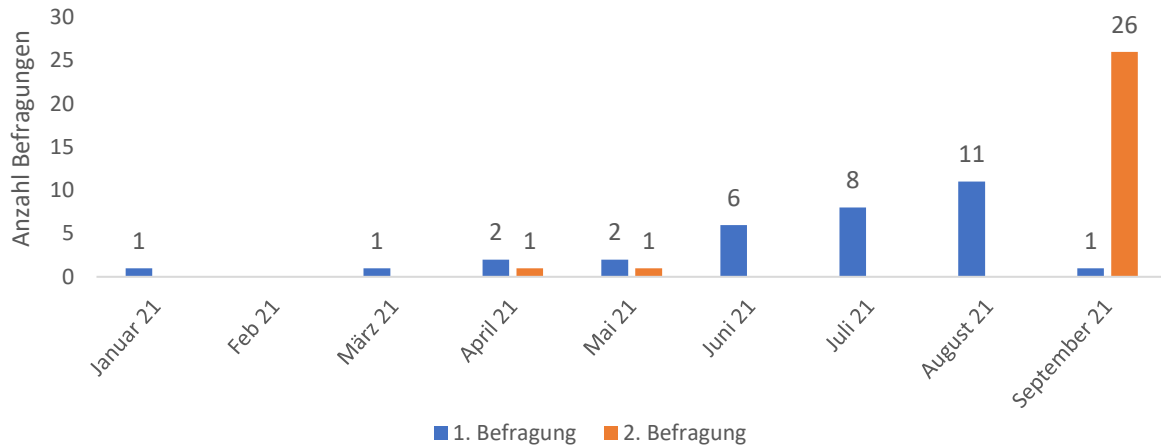


Abbildung 1: Befragungszeitraum und Verteilung der Befragung der Patient*innen über den Befragungszeitraum Januar bis September 2021

Der Zeitraum zwischen den ersten und zweiten Befragungen lag durchschnittlich bei 9,24 ($\sigma=4,06$) Wochen bzw. 64,71 ($\sigma=28,43$) Tagen. Der geringste zeitliche Abstand zwischen den zwei Befragungsterminen war ca. 3 Wochen (22 Tage) und der längste knapp 22 Wochen (153 Tage) (vgl. Abb 2).

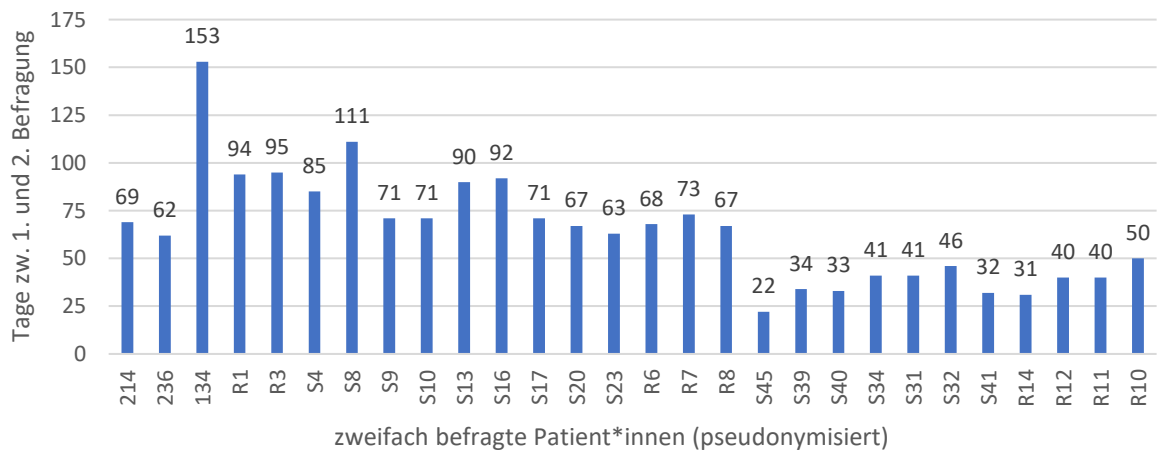


Abbildung 2: Zeitraum zwischen der ersten und zweiten Befragung der Patient*innen (pseudonymisiert) in Tagen.

Von den 32 befragten älteren Patient*innen waren 19 Frauen und 13 Männer (vgl. Tab 3). In allen Altersgruppen, mit Ausnahme der 76- bis 80-Jährigen, wurden mehr Frauen als Männer befragt. In der Altersgruppe „66 bis 70 Jahre“ wurde kein Mann erreicht.

Am häufigsten wurden mit jeweils zehn und acht Personen Patient*innen aus den Altersgruppen „81-85 Jahre“ und „älter 85 Jahre“ befragt. In den weiteren Altersgruppen waren es zwischen zwei und fünf Patient*innen.

	Frauen	Männer	Insgesamt
60-65 Jahre	1	1	2
66-70 Jahre	3	-	3
71-75 Jahre	3	1	4
76-80 Jahre	1 (2)	3	4 (5)
81-85 Jahre	6	3 (4)	9 (10)
älter 85 Jahre	3 (4)	3 (4)	6 (8)
Gesamtergebnis	17 (19)	11 (13)	28 (32)

Tabelle 3: Anzahl der befragten Patient*innen differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht. Ohne Klammern die Anzahl der zweimal befragten Patient*innen, mit Klammern die Gesamtanzahl der Befragten.

Die Auswertung der Fragebögen erfolgte für die geschlossenen Fragen deskriptiv und für die offenen Fragen inhaltsanalytisch. Dabei folgt sie im Hinblick auf die Dimensionen der Lebensqualität den Vorgaben zur Anwendung von WHOQOL-BREF und WHOQOL-OLD (vgl. Conrad et al. 2016). Zur Interpretation der Befragungsergebnisse muss einschränkend darauf hingewiesen werden, dass die Befragungen durch eine unbestimmbare Anzahl von unkontrollierbaren Faktoren beeinflusst waren. Diese standen entweder im direkten Zusammenhang mit den befragten Personen selber oder ergaben sich aus den Rahmenbedingungen der Befragung. Unkontrollierbare personenbezogene Einflussfaktoren sind bspw. die individuelle Stimmungslage der Patient*innen im Moment der Befragung, ihre grundlegende Haltung gegenüber einer solchen Form der Untersuchung oder ihr bewusst bzw. unbewusst gesteuertes Antwortverhalten als Reaktion auf eine vermutete soziale Erwünschtheit. Als äußere Faktoren konnten sich etwa die Form der Befragung (telefonisch oder persönlich), der Befragungszeitpunkt (Jahres- und Tageszeit), die Befragungsdauer oder auch die Art wie und ob die Interviewer*innen die Fragen gestellt und ggf. erläutert haben, beeinflussend auswirken. So hat sich bspw. von Seiten der Interviewer*innen gezeigt, dass sie Fragen zu bestimmten Themenkomplexen, wie etwa zu Tod und Sterben, abhängig von ihrem jeweiligen Eindruck der seelischen Verfassung der Patient*innen, gar nicht erst gestellt haben. Unter anderem daraus resultieren für die Berechnung der Domänen und Facetten des WHOQOL-BREF und OLD fehlende Werte und damit unterschiedliche Ergebnisse.

Vorsicht bei der Interpretation der Ergebnisse ist insbesondere beim Vergleich der zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten bei den Patient*innen erhobenen Daten geboten. Selbst wenn direkt nach Wirkungen der Arztpraxisinternen Sozialberatung gefragt wurde, muss ein Zusammenhang nicht zwingend gegeben sein, sondern wird von den Befragten lediglich hergestellt. Auch beim Vergleich der unterschiedlichen Dimensionen der Lebensqualität zu den zwei verschiedenen Befragungszeitpunkten kann nur bedingt ein kausaler Zusammenhang angenommen werden. Insofern stellten die Befragungsergebnisse zu den Domänen und Facetten des WHOQOL-BREF und OLD keinesfalls *tatsächliche* Veränderungen und unmittelbare Wirkungen dar, sondern können lediglich als erste Indizien für *mögliche* Veränderungen und Wirkungen angesehen werden.

5 Ergebnisse aus Befragungen und Interviews

5.1 Befragung der Arztpraxen (Ärzt*innen und Praxispersonal)

In der schriftlichen Befragung wurden Ärzt*innen und Praxispersonal der beteiligten Arztpraxen zur Umsetzung des Angebotes und zu den von ihnen wahrgenommenen Wirkungen der Sozialberatung befragt. Der Fragebogen bot ihnen die Möglichkeit, zu diesen Aspekten auf geschlossene und offene Fragen zu antworten. An der Befragung nahmen mit sieben Ärzt*innen und sieben Praxismitarbeiter*innen insgesamt 14 Personen teil (vgl. Kap. 4.1).

5.1.1 Umsetzung der Sozialberatung in den Arztpraxen

Im ersten Teil des Fragebogens wurde nach der Integration der Sozialberatung in den Arztpraxen gefragt. Hierbei ging es darum herauszuarbeiten, ob und wie sich das Angebot in den Praxen etablierte, wie es genutzt wurde und wie sich die Zusammenarbeit mit den Sozialberater*innen gestaltete.

Auf die Frage nach der Etablierung der Sozialberatung in ihren Praxen während der vergangenen 1 ½ Jahre antworteten acht der 14 Befragten, dass sich das Angebot stark bis sehr stark etablieren konnte. Fünf weiteren Befragten zufolge etablierte es sich zumindest teilweise (vgl. Tab 4). Einen negativen Einfluss der Covid-19-Pandemie auf die Etablierung der Sozialberatung gab es aus Sicht von acht Befragten kaum, lediglich drei Personen nahmen einen starken oder sehr starken negativen Einfluss der Pandemie wahr.

	gar nicht	kaum	Teilweise	stark	sehr stark
Wie hat sich die Arztpraxisinterne Sozialberatung (ASoB) zur Versorgung älterer Patient*innen in den letzten 1 ½ Jahren in Ihrer Arztpraxis etabliert?	-	1	5	6	2
War die Etablierung der Arztpraxisinternen Sozialberatung (ASoB) durch die Corona-Situation negativ beeinflusst?	-	8	3	2	1
Wie intensiv nutzen Sie die Arztpraxisinterne Sozialberatung (ASoB) bei der Versorgung Ihrer älteren Patient*innen in Ihrer Praxis?	-	-	7	3	4
Wird die Arztpraxisinterne Sozialberatung (ASoB) in Ihrer Praxis von älteren Patient*innen gezielt angefragt?	1	6	3	4	-
Wie kooperativ erleben Sie die Mitarbeiter*innen der Arztpraxisinternen Sozialberatung (ASoB)?	-	-	2	3	9
Wie flexibel erleben Sie die Mitarbeiter*innen der Arztpraxisinternen Sozialberatung (ASoB)?	-	-	2	7	5
Wie kompetent erleben Sie die Mitarbeiter*innen der Arztpraxisinternen Sozialberatung (ASoB)?	-	-	2	5	7

Tabelle 4: Integration der Arztpraxisinternen Sozialberatung in den Arztpraxen⁹

Die Nutzung der Sozialberatung war in den Praxen unterschiedlich stark ausgeprägt: Während sieben Personen angaben, dass die Beratung in ihrer Praxis bei der Versorgung ihrer älteren Patient*innen intensiv bis sehr intensiv genutzt wurde, nutzten sieben weitere Befragte das Angebot nur teilweise.

⁹ Die Fallzahl kann durch fehlende Angaben in den Fragebögen variieren. Beachtet werden muss auch, dass die Fallzahlen sich nicht auf die Anzahl der Praxen, sondern auf Nennungen durch die dort beschäftigten Ärzt*innen und Praxismitarbeiter*innen beziehen. Mehrere Nennungen können, müssen aber nicht aus einer Praxis kommen. Dabei können Ärzt*innen und Mitarbeiter*innen aus einer Praxis auch unterschiedliche Eindrücke wiedergeben. Das gilt auch für die Darstellung aller weiteren Befragungsergebnisse zur Umsetzung des Modellprojekts in den Arztpraxen.

Eine aktive Nachfrage der Beratung durch die Patient*innen erfolgte nach Angabe von zehn Befragten nicht, kaum oder nur teilweise. Die Mitarbeiter*innen der Sozialberatung wurden von den Befragten überwiegend als kooperativ, flexibel und kompetent eingeschätzt.

In einem weiteren Fragenkomplex wurde nach der strukturellen Einbindung der Sozialberatung in den Praxen gefragt (vgl. Tab 5). Zwei Fragen zielten darauf ab, ob es eine grundsätzliche, inhaltliche Abstimmung zwischen den Praxen und den Sozialberater*innen gegeben hat. Zwei Ärzt*innen und eine Vertreter*in des Praxispersonals stimmten der Aussage zu, dass zwischen Ärzt*innen bzw. dem Praxispersonal und den Sozialberater*innen das Menschenbild und die medizinethische Grundhaltung aufeinander abgestimmt worden sind. Fünf Befragte (drei Ärzt*innen und zwei Vertreter*innen des Praxispersonals) gaben an, dass die Zusammenarbeit auf Basis eines gemeinsamen Konzeptes erfolgt. Überwiegend wird die Zusammenarbeit durch mündliche Vereinbarungen geregelt (zehn Befragte) und nur teilweise durch schriftliche Vereinbarungen (fünf Befragte).

Vier Befragten (einer Ärzt*in und drei Praxismitarbeiter*innen) zufolge hatten die Sozialberater*innen Zugriff auf Patientenakten, hingegen gab nur ein*e Vertreter*in des Praxispersonals an, dass ein Zugriff auf die Klientendokumentation der Sozialberatung bestand. Sieben Befragte gaben an, dass die Sozialberater*innen die jeweilige Praxis durch eine patientenorientierte Fall- und Bedarfsplanung unterstützten. Ein gegenseitiger schriftlicher Informationsaustausch zu einzelnen Fällen zwischen Sozialberater*innen und Praxisteam wurde von fünf Personen (zwei Ärzt*innen und drei Praxismitarbeiter*innen) und zwischen Sozialberater*innen und den Ärzt*innen von sechs Personen (zwei Ärzt*innen und vier Praxismitarbeiter*innen) benannt. Eine regelmäßige Teilnahme der Berater*innen an Besprechungen des Praxisteams bzw. an Fallbesprechungen mit Ärzt*innen gaben jeweils drei Personen an.

	Zustimmung insg.	Zustimmung Ärzt*innen	Zustimmung Praxispersonal
Praxispersonal und Sozialberatung haben ihr Menschenbild und ihre medizinethische Grundhaltung aufeinander abgestimmt	3	2	1
Die Zusammenarbeit erfolgt auf der Basis eines gemeinsam abgestimmten Konzeptes	5	3	2
Mündliche Vereinbarungen regeln die Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten	10	5	5
Schriftliche Vereinbarungen regeln die Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten	5	2	3
Sozialberater*in hat Zugriff auf Patientenakten	4	1	3
Ärzt*in hat Zugriff auf Klientendokumentation der Sozialberater*in	1	-	1
Sozialberater*in unterstützt durch eine patientenorientierte Fall- und Bedarfsplanung	7	4	3
Sozialberater*in und Praxisteam informieren sich regelmäßig gegenseitig schriftlich zu Fällen	5	2	3
Sozialberater*in und Ärzt*in informieren sich regelmäßig gegenseitig schriftlich zu Fällen	6	2	4
Sozialberater*in nimmt regelmäßig an Besprechungen des Praxisteams teil	3	2	1
Sozialberater*in nimmt regelmäßig an Fallbesprechungen mit Ärzt*in teil	3	1	2

Tabelle 5: Strukturelle Verankerung der Sozialberatung im Praxisalltag

In dem Fragebogen wurde auch um eine Schätzung gebeten, wie hoch jeweils der Anteil derjenigen älteren Patient*innen ist, denen die Arztpraxisinterne Sozialberatung empfohlen wurde und die diese einmalig bzw. über einen längeren Zeitraum im Sinne eines begleitenden Case-Managements in Anspruch genommen haben. In Tabelle 6 werden die Häufigkeiten nach Praxen ausgewertet. Deutlich

werden hierbei die Unterschiede in der Umsetzung und Nutzung des Angebotes zwischen den Praxen. Während in einer Praxis die Beratung durchschnittlich der Hälfte aller älteren Patient*innen empfohlen wurde (Praxis 1), waren es in vier weiteren Praxen zwischen 10 % und 25 % und in zwei Praxen zwischen 2 % und 5 % der älteren Patient*innen. Um den Umfang der Beratung einschätzen zu können, ist es zudem interessant, wie viele der Beratungen einmalig erfolgen und wie häufig ein Case-Management, d. h. eine Begleitung der älteren Patient*innen über einen längeren Zeitraum, stattfindet. In vier Praxen (Praxis 1, 3, 5 und 6) erfolgte die Sozialberatung etwa im gleichen Umfang als einmalige Beratung und als Case-Management. In jeweils einer Praxis wurde die Beratung hingegen vor allem als einmaliges (Praxis 7) bzw. begleitendes (Praxis 4) Angebot genutzt.

	geschätzter Anteil an Gesamtzahl älterer Patient*innen (60+), denen die Sozialberatung empfohlen wird	geschätzter Anteil an Gesamtzahl älterer Patient*innen (60+), der die Sozialberatung einmalig nutzt	Geschätzter Anteil an Gesamtzahl älterer Patient*innen (60+), der die Sozialberatung als Case-Management nutzt
Praxis 1	50,0 %	22,5 %	22,5 %
Praxis 2	2,0 %	-	-
Praxis 3	10,0 %	4,0 %	2,5 %
Praxis 4	25,0 %	5,0 %	20,0 %
Praxis 5	10,0 %	5,0 %	5,0 %
Praxis 6	5,0 %	2,0 %	3,0 %
Praxis 7	20,0 %	13,0 %	5,0 %

Tabelle 6: Geschätzte Anteile älterer Patienten (60+) in den Arztpraxen und die Anteile derjenigen, denen Sozialberatung empfohlen wird, die sie einmalig nutzen und die sie als Case-Management nutzen.

In Hinblick auf die Inhalte der Sozialberatung wurden die Befragten außerdem gebeten, sieben für das Case- und Care-Management typische Aufgabenbereiche nach ihrer Bedeutung für die Sozialberatung in einer Arztpraxis zu sortieren. Zur Erläuterung wurden den Aufgabenbereichen beispielhafte Aktivitäten zugeordnet. Bei diesem Ranking wurden von den meisten Befragten an vordersten Stellen das Beraten (z. B. „Informationen für Patient*innen bereitstellen“ und „Kontakte zu anderen Beratungsangeboten aufbauen, dazu beraten und weiterleiten“) und das Vernetzen (z. B. „Schnittstellen zu professionellen medizinischen Diensten und zur Pflege aufbauen, gestalten und besser miteinander verzahnen“) genannt (vgl. Tab. 7).

Als weitere wichtige Aufgaben der Sozialberatung wurden das Beschaffen (z. B. „Materielle und finanzielle Hilfen erschließen“ und „bei der Beantragung von Leistungen oder Hilfsmitteln unterstützen“), das Aktivieren (z. B. „Selbsthilfepotentiale der Patient*innen stärken“ oder „Gesundheitsverhalten und -kompetenzen fördern“) und das Einbinden (z. B. „Zugänge zu niedrigschwelligen Hilfsangeboten, zur Alltagsunterstützung oder zu Betreuungs- und Besuchsdiensten schaffen“) gewählt. Nachgeordnet waren hingegen das Begleiten (z. B. „Patient*innen zu anderen Terminen begleiten“) und das Moderieren (z. B. „Familienangehörige, Nachbarn, Freunde, etc. für die Versorgung bzw. die Hilfeprozesse aktivieren“).

	als wichtig angesehen	teilweise als wichtig angesehen	als weniger wichtig angesehen
Beraten – (z. B. Informationen für Patient*innen bereitstellen und Kontakte zu anderen Beratungsangeboten aufbauen, dazu beraten und weiterleiten)	13 (92,9 %)	1 (7,1 %)	0
Beschaffen – (z. B. materielle und finanzielle Hilfen erschließen und bei der Beantragung von Leistungen oder Hilfsmitteln unterstützen)	11 (78,6 %)	3 (21,4 %)	0
Begleiten – (z. B. Patient*innen zu anderen Terminen begleiten)	6 (42,9 %)	6 (42,9 %)	2 (14,3 %)
Aktivieren – (z. B. Selbsthilfepotentiale der Patient*innen stärken oder Gesundheitsverhalten und –kompetenzen fördern)	7 (53,8 %)	5 (38,5 %)	1 (7,7 %)
Moderieren – (z. B. Familienangehörige, Nachbarn, Freunde, etc. für die Versorgung bzw. die Hilfeprozesse aktivieren)	7 (53,8 %)	4 (30,8 %)	2 (15,4 %)
Einbinden – (z. B. Zugänge zu niedrigschwelligen Hilfsangeboten, zur Alltagsunterstützung oder zu Betreuungs- und Besuchsdiensten schaffen)	11 (78,6 %)	3 (21,4 %)	0
Vernetzen – (z. B. Schnittstellen zu professionellen medizinischen Diensten und zur Pflege aufbauen, gestalten und besser miteinander verzahnen)	12 (85,7 %)	2 (14,3 %)	0

Tabelle 7: Anzahl, wie häufig für das Case- und Care-Management typische Aufgabenbereiche für die Sozialberatung in einer Arztpraxis als bedeutsam angesehen werden.

Insgesamt zeigte sich die deutliche Mehrheit der Befragten mit der Arbeit der Sozialberater*innen „stark“ bis „sehr stark“ zufrieden. Lediglich eine Person war nur teilweise zufrieden (vgl. Tab. 8). 11 Befragte gaben an, „stark“ oder „sehr stark“ eine höhere Patientenzufriedenheit feststellen zu können.

	gar nicht	kaum	teilweise	stark	sehr stark
Sind Sie insgesamt mit der Arbeit der Arztpraxisinternen Sozialberatung (ASoB) zufrieden?	-	-	1 (7,1 %)	7 (50,0 %)	6 (42,9 %)
Stellen Sie eine höhere Patientenzufriedenheit durch die Arbeit der Arztpraxisinternen Sozialberatung (ASoB) fest?	-	-	3 (21,4 %)	7 (50,0 %)	4 (28,6 %)

Tabelle 8: Zufriedenheit mit der Arztpraxisinternen Sozialberatung und Patientenzufriedenheit aus Sicht der schriftlich befragten Ärzt*innen bzw. des Praxispersonal.

5.1.2 Wirkungen der Sozialberatung

Im zweiten Teil des Fragebogens wurde um eine Einschätzung der Wirkungen der Sozialberatung auf die Praxis selbst sowie auf die Patient*innen gebeten.

Die Wirkungen der Sozialberatung auf den Praxisalltag und die Versorgung der Patient*innen wurde von den Befragten überwiegend positiv bewertet. Mit zwölf Ärzt*innen bzw. Praxismitarbeiter*innen war die deutliche Mehrheit der Befragten der Auffassung, dass die Sozialberatung größtenteils oder ganz den Zwecken der jeweiligen Praxis dient (vgl. Tab. 9). Lediglich eine Person vertrat eine gegenteilige Meinung. Nach dem Eindruck von etwas mehr als drei Vierteln der Befragten (11 Personen) trägt der Einsatz der Sozialberater*innen zur Bindung der Patient*innen an die Arztpraxis bei. Drei Befragten zufolge wurde diese Wirkung lediglich selten oder gelegentlich erzielt. Ebenfalls eine deutliche Mehrheit stimmte größtenteils (drei Personen) oder ganz (zehn Personen) der Aussage zu, dass die Sozialberatung das Praxispersonal entlastet.

Auf das Arbeitsklima in den Praxen hatte die Sozialberatung, der Befragung zufolge, hingegen keinen eindeutigen Einfluss. Vier der Befragten (zwei Ärzt*innen und zwei Praxismitarbeiter*innen) stimmten

der Aussage, dass der Einsatz der Sozialberater*innen das Arbeitsklima verbessert, „gar nicht“ bzw. „eher nicht“ zu, vier weitere sahen dies „teilweise“ als richtig an (zwei Ärzt*innen und zwei Praxismitarbeiter*innen) und für fünf Personen traf dies „größtenteils“ bzw. ganz zu (drei Ärzt*innen und zwei Praxismitarbeiter*innen). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Sozialberater*innen nur einen Teil ihrer Arbeitszeit in den Praxen verbrachten und dies auch nur in einigen der beteiligten Praxen.

Nach Einschätzung von sechs Befragten führte die Sozialberatung zu Veränderungen bei den Aufgaben des Praxispersonals. Sieben Befragte nahmen beim Praxispersonal eine Kompetenzerhöhung wahr. Hierbei zeigten sich keine Unterschiede in den Antworten zwischen den Ärzt*innen und dem Praxispersonal. Negative Auswirkungen auf den Praxisbetrieb, etwa Verzögerungen oder vermehrte Rückfragen, eine erschwerte Terminplanung oder das Auftreten von Unklarheiten oder Fehlern, entstanden nach Angabe der Befragten durch die Sozialberatung selten oder nie. Hingegen stimmten alle Befragten größtenteils oder ganz der Aussage zu, dass die Sozialberatung eine an den Patient*innen orientierte Fall- und Bedarfsplanung unterstützte.

Der Einsatz der Sozialberater*innen ...	stimmt nicht	stimmt selten	stimmt gelegentlich	stimmt größtenteils	stimmt
... dient den Zwecken der Praxis.	1 (7,7 %)	-	-	2 (15,4 %)	10 (76,9 %)
... trägt zur Patientenbindung bei.	-	1 (7,1 %)	2 (14,3 %)	6 (42,9 %)	5 (35,7 %)
... entlastet das Praxispersonal	-	1 (7,1 %)	-	3 (21,4 %)	10 (71,4 %)
... verbessert das Arbeitsklima in der Praxis.	2 (15,4 %)	2 (15,4 %)	4 (30,8 %)	1 (7,7 %)	4 (30,8 %)
... führt zu Veränderungen bei den Aufgaben des Praxispersonals.	4 (28,6 %)	1 (7,1 %)	3 (21,4 %)	6 (42,9 %)	-
... erhöht die Kompetenzen des Praxispersonals.	3 (21,4 %)	2 (14,3 %)	2 (14,3 %)	6 (42,9 %)	1 (7,1 %)
... führt zu Verzögerungen und vermehrten Rückfragen im Praxisbetrieb.	10 (71,4 %)	4 (28,6 %)	-	-	-
... erschwert die Terminplanung und -vergabe.	12 (85,7 %)	2 (14,3 %)	-	-	-
... führt zu Unklarheiten und Fehlern im Praxisbetrieb.	13 (92,9 %)	1 (7,1 %)	-	-	-
... unterstützt durch eine am Patienten orientierte Fall- und Bedarfsplanung.	-	-	-	6 (42,9 %)	8 (57,1 %)

Tabelle 9: Wirkungen der Sozialberatung auf den Praxisalltag nach Einschätzung von befragten Ärzt*innen und Praxispersonal.

Zusätzlich wurde in der Befragung um eine Einschätzung der Wirkung der Sozialberatung auf die Patient*innen gebeten (vgl. Tab. 10). Acht der 14 Befragten (vier Ärzt*innen und vier Praxismitarbeiter*innen) stimmten größtenteils oder ganz der Aussage zu, dass die Sozialberatung die Kenntnis zum häuslichen oder familiären Umfeld der Patient*innen verbessert. Während der Einfluss der Sozialberatung auf die Diagnostik und Therapie unterschiedlich und tendenziell nicht sehr hoch eingeschätzt wurde (drei Ärzt*innen und ein*e Praxismitarbeiter*in sahen einen positiven, drei Praxismitarbeiter*innen einen gelegentlichen und eine Mehrheit von vier Ärzt*innen und drei Praxismitarbeiter*innen gar keinen bis kaum einen Einfluss), wurde eine Verbesserung der ärztlichen Betreuung und Versorgungsqualität von neun Personen größtenteils oder ganz gesehen (vier Ärzt*innen und fünf Praxismitarbeiter*innen) und von vier Befragten zumindest gelegentlich. Auch auf die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen wirkte sich die

Sozialberatung, den Befragten zufolge, überwiegend günstig aus. Acht Befragte stimmten dem größtenteils oder ganz zu (fünf Ärzt*innen und drei Praxismitarbeiter*innen) und vier Befragte gelegentlich (ein*e Ärzt*in und drei Praxismitarbeiter*innen).

Aus Sicht von zehn Befragten (sieben Ärzt*innen und drei Praxismitarbeiter*innen) nahm die Sozialberatung eine vermittelnde Funktion zwischen Arztpraxis, externen komplementären Diensten und Angeboten sowie älteren Patient*innen ein. Für vier Praxismitarbeiter*innen traf dies „selten“ oder „gelegentlich“ zu. Hingegen stimmten 12 Befragte größtenteils oder ganz der Aussage zu, dass durch die Sozialberatung nichtärztliche Hilfen und flankierende Dienste gezielt in die Behandlung integriert werden konnten.

Während nur fünf Befragte der Aussage größtenteils oder ganz zustimmten, dass die Sozialberatung das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskompetenz der Patient*innen verbesserte, nahmen zwölf Befragte eine Verbesserung der psychosozialen Gesundheit der Patient*innen in Folge der Sozialberatung wahr. Außerdem wurde um eine (Fremd-)Einschätzung der Veränderung von Lebensqualität bei den Patient*innen gebeten. 13 Befragte schätzten, dass die Sozialberatung die Lebensqualität der Patient*innen größtenteils oder ganz erhöhte. Alle Befragten stimmten zudem größtenteils oder ganz der Aussage zu, dass die Sozialberatung den Behandlungserfolg insgesamt verbesserte.

Der Einsatz der Sozialberater*innen ...	stimmt nicht	stimmt selten	stimmt gelegentlich	stimmt größtenteils	stimmt
... verbessert die Kenntnis zum häuslichen und familiären Umfeld.	1	-	5	3	5
... verbessert die Diagnostik und Therapie.	3	4	3	2	2
... verbessert die fortgesetzte ärztliche Betreuung und Versorgungsqualität für die Patient*innen.	-	1	4	2	7
... verbessert die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen.	-	-	4	2	6
... nimmt eine vermittelnde Funktion zwischen Arztpraxis, externen komplementären Diensten und Angeboten und älteren Patient*innen ein?	-	2	2	3	7
... ermöglicht die gezielte Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.	-	-	-	5	7
... verbessert Gesundheitsverhalten und –kompetenz der Patient*innen	-	1	8	3	2
... verbessert die psychosoziale Gesundheit der Patient*innen.	-	-	2	5	7
... erhöht die Lebensqualität der Patient*innen.	-	-	1	5	8
... verbessert insgesamt den Behandlungserfolg.	-	-	-	6	8

Tabelle 10: Wirkungen der Sozialberatung auf die Behandlung älterer Patient*innen, die sie nach Einschätzung von befragten Ärzt*innen und Praxispersonal ergeben.

Im offenen Bereich des Fragebogens wurde, ergänzend zu diesen überwiegend positiven Einschätzungen, angegeben, dass durch die Sozialberatung „weniger Konsultationen in der Praxis notwendig“ waren, sich eine „Verbesserung der Gesundheit der Patient*innen bis hin zur Vermeidung von bestimmten Behandlungen/Medikationen“ zeigte und auch „Einweisungen ins Krankenhaus verhindert“ werden konnten. Es wurde hervorgehoben, dass durch die Einbindung der Sozialberatung „ein ganzheitlicher Blick auf medizinische, psychosoziale und soziale Faktoren besser möglich“ wird,

„Patient*innen leichter stabilisiert“ werden konnten und sich damit ihre „Lebensqualität erkennbar verbessert“ hätte. Die Sozialberatung wirkte sich auf die „Leistungsfähigkeit“ und den „Erhalt der Selbständigkeit im Alter“ aus.

Fallbezogen konnten durch das Angebot der Arztpraxisinternen Sozialberatung die Teilhabechancen der Patient*innen gefördert und der „Zugang zu Ressourcen der pflegerischen Versorgung und der gesundheitlichen Betreuung“ ermöglicht werden. Dafür benötigten die Patient*innen und auch ihre Angehörigen „Unterstützung beim Ausfüllen von Anträgen und Dokumenten“. Gelobt wurden die „leichte Erreichbarkeit und Verfügbarkeit“ der Sozialberater*innen, z. B. eine „meist kurzfristige Wahrnehmung von Termin zur Beratung und zum Hausbesuch bei Patienten“.

Es bestand aber auch der Eindruck, „viele Praxen [würden] das Angebot gar nicht kennen“. Aus einer Praxis wurde hervorgehoben, „sie selber [hätten] nur durch Zufall davon erfahren“. Gewünscht wurde deshalb eine „Verbesserung der Information“ über das Angebot und bspw. die „Vorstellung bei Weiterbildungen, damit die Sozialberatung bei anderen Praxen bekannt wird“. Gefordert wurde auch eine „Personalaufstockung der Sozialberatung“ und dass „die Sozialberatung [...] als integraler Bestandteil der hausärztlichen Betreuung gewertet werden [...] und entsprechend von den Krankenkassen und medizinischen Institutionen anerkannt und auch materiell unterstützt werden“ muss.

5.2 Leitfadengestützte Interviews

Um einzelne Aspekte, die in den Fragebögen thematisiert wurden, ausführlicher zu beleuchten und um auch die Perspektive der Sozialberater*innen selbst sowie von Vertreter*innen der Kommune kennenzulernen, wurden zusätzlich zu den schriftlichen Befragungen sieben leitfadengestützte Interviews durchgeführt (vgl. Kap. 4.2). Die Gespräche fanden zwischen Juni und Oktober mit vier Ärzt*innen aus zwei unterschiedlichen Praxen, zwei Kommunalvertreter*innen des Bezirks und der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung sowie den Seniorenberater*innen statt. Die Ergebnisse aus den Interviews werden im Folgenden unter den Aspekten „Quartier und Akteure“, „Vernetzung und Kooperationspartner der Arztpraxen“, „Versorgungssituation und Versorgungsbedarfe“, „Arztpraxisinterne Sozialberatung: Angebot und Umsetzung“, „Wirkungen der Arztpraxisinternen Sozialberatung für die Arztpraxen“, „Wirkungen der Arztpraxisinternen Sozialberatung auf die Patient*innen“ und „Ausblick und Nachhaltigkeit“ zusammengefasst.

5.2.1 Quartiere und Akteure

Die Interviewpartner*innen beschrieben das Versorgungsangebot der Quartiere, in denen das Modellprojekt umgesetzt wird, (und in Lichtenberg insgesamt) grundsätzlich als gut. Hervorgehoben wurden vor allem die guten Nahverkehrsverbindungen, durch die das Stadtzentrum schnell zu erreichen sei. In einem Interview wurde allerdings kritisiert, dass verschiedene Geschäfte in einem Einkaufszentrum und auch ein Zentrum der Volkssolidarität geschlossen worden seien. Es fehlten, nach Einschätzung der interviewten Person, soziale und kulturelle Angebote für ältere Menschen. In dem Einkaufszentrum hätten sich die älteren Menschen früher gerne aufgehalten und auf den dortigen Bänken sitzend das Treiben beobachtet. Dies sei jedoch gegenwärtig durch die Pandemie-Situation nicht möglich. In einem weiteren Gespräch wurde auf das Fehlen eines Seniorencafés hingewiesen, das sicherlich gut ankommen würde, denn „[d]iese Wohngebietsgaststätte, das ist lange her, das ist Geschichte. Das gibt es ja alles nicht mehr, wo man mal zwanglos so zusammensitzen kann.“ [IVPR-Z448-449]. Ein*e Interviewpartner*in plädierte dafür, dass Vereine verstärkt Angebote für ältere Menschen schaffen sollten, auch im Bereich des ehrenamtlichen Engagements. In diesem Zusammenhang wurde die Bedeutung generationenübergreifender Kontakte für ältere Menschen betont. Außer in Vereinen könnten diese beispielsweise auch in Nachbarschafts- oder Stadtteilzentren

stärker gefördert werden. Mit Blick auf die ältere Bevölkerung hoben einige Gesprächspartner*innen grundsätzlich die Notwendigkeit von zugehenden Angeboten hervor.

Der Wohnungsbestand in den Quartieren besteht überwiegend aus mehrgeschossigen Mietwohnhäusern, die nach dem Zweiten Weltkrieg errichtet worden sind. Nach Eindruck der Interviewpartner*innen leben die älteren Menschen gerne in den Quartieren und sind mit diesen älter geworden. Nach dem Auszug der Kinder oder einer Verwitwung bewohnen sie die Wohnungen häufig alleine. Ein*e Gesprächspartner*in problematisierte in diesem Zusammenhang, dass die Wohnungen für alleinstehende Ältere oft zu groß seien, während junge Familien keine angemessen großen Wohnungen finden könnten. Nach Einschätzung der Interviewpartner*innen ist der Wohnungsbestand in den Quartieren überwiegend in einem guten Zustand. Allerdings wurde sowohl in Hinblick auf die Wohnungen bzw. die Zugänge zu den Wohnungen und Gebäuden als auch bezogen auf den ÖPNV eine teilweise geringe Barrierefreiheit kritisiert. Diese führe dazu, dass mobilitätseingeschränkte Personen mitunter nicht oder nur mit Unterstützung ihre Wohnungen verlassen könnten.

Die Ärzt*innen, mit denen Interviews geführt wurden, sind in Lichtenberg Nord und Hohenschönhausen Nord in einer Einzel- und einer Gemeinschaftspraxis tätig. Beide Praxen wurden als Hausarztpraxen nach der Wende gegründet, und alle Interviewpartner*innen sind bereits seit 20 Jahren und länger im Quartier tätig. Insbesondere die Gemeinschaftspraxis verfügt über einen Einzugsbereich, der über das eigentliche Quartier hinausgeht. Nach Aussage in einem Interview lebt ca. ein Drittel der Patient*innen im Umland. Hierbei handelt es sich überwiegend um Personen, die aus Hohenschönhausen weggezogen sind, aber ihre Praxisanbindung behielten. Während die Gemeinschaftspraxis in einem Ärztehaus angesiedelt ist, befindet sich die Einzelpraxis in einem Wohngebäude. Aus Sicht der Interviewpartner*innen der Gemeinschaftspraxis bietet die Niederlassung in einem Ärztehaus zahlreiche Vorteile; so wird bspw. auf die kurzen Wege und den kollegialen Austausch verwiesen. Das Ärztehaus sei für die Bevölkerung „eine bekannte Hausnummer“ [IVPB-Z31] und verfüge über eine gute Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr. Im Gegensatz dazu betonte ein*e weitere Interviewpartner*in, dass eine Hausarztpraxis im Wohnumfeld angesiedelt sein sollte, um weite Anfahrtswege für die Patient*innen zu vermeiden. Das Ärztehaus sei für viele Personen nur mit der Straßenbahn erreichbar, was für einige Ältere problematisch sei. In sämtlichen Interviews wurde auf den bereits hohen und weiter ansteigenden Anteil älterer Menschen unter den Patient*innen hingewiesen, die häufig schon lange in den Quartieren leben und mit diesen verwurzelt seien.

5.2.2 Vernetzung und Kooperationspartner der Arztpraxen

Hausarzt*innen sind wichtige Akteure im Quartier – gerade für ältere Menschen - und daher grundsätzlich relevante Partner in sozialraumbezogenen Netzwerken. In einem Interview wurde daher darauf hingewiesen, dass sie selbst als Netzwerkpartner*innen für Dritte interessant seien und aufgrund ihrer herausgehobenen und vertrauenswürdigen Position im Kontakt zu älteren Menschen diese über Angebote informieren oder sie weiterleiten könnten.

Auf die Frage nach (wichtigen) Einrichtungen im Quartier wurde in allen Gesprächen der Pflegestützpunkt genannt, an den ältere Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen vermittelt werden können. Die Ärzt*innen der Gemeinschaftspraxis arbeiten durch die Lage ihrer Praxis im Ärztehaus zudem mit der dort ansässigen Pflegestation sowie mit anderen Facharztpraxen zusammen. Die ärztlichen Interviewpartner*innen berichteten außerdem über eine gute Zusammenarbeit mit dem lokalen Krankenhaus. Als weitere wichtige Einrichtungen für eine Zusammenarbeit im Quartier wurden Ergo- und Physiotherapiepraxen sowie die Suchtberatung genannt. Allgemein wurde in den Gesprächen darauf hingewiesen, dass mögliche Kooperationen von den Bedarfen der Patient*innen

abhängen. Während die Ärzt*innen sich im Hinblick auf mögliche Kooperationspartner für Arztpraxen eher auf Einrichtungen aus dem Bereich der Pflege und Gesundheitsversorgung konzentrierten, nannten die nicht-ärztlichen Gesprächspartner*innen auch Träger der Freien Wohlfahrtspflege, Freizeiteinrichtungen, Nachbarschafts- und Stadtteilzentren, Wohnungsbaugesellschaften, Vereine und Verbände.

Gegenwärtig informieren die Ärzt*innen nach eigener Aussage ihre Patient*innen selten zu nicht-medizinischen Angeboten im Quartier. Lediglich ein Kino hatte aus eigener Initiative im Wartebereich einer Praxis Flyer ausgelegt. Dabei verfügt die Gemeinschaftspraxis mit einem Fernseher im Wartezimmer, über den Informationen für die Patient*innen gesendet werden können, über gute technische Voraussetzungen, um über Angebote im Quartier zu informieren.

5.2.3 Versorgungssituation und Versorgungsbedarfe

Mit zunehmender Alterung der Bevölkerung ist der Hilfebedarf der Patient*innen insgesamt größer geworden. Die Ärzt*innen werden im wachsenden Ausmaß mit chronischen und Alterserkrankungen konfrontiert. Eine*r der Interviewpartner*innen berichtete, *„im Moment wirklich sehr, sehr häufig auf Kapazitätsgrenzen“* zu stoßen [IVPB-Z47-51]. In einem Interview wurde zudem von Sprachbarrieren berichtet, die bei der Behandlung von älteren Russlanddeutschen oder asiatisch-stämmigen Älteren bestehen.

Viele der älteren Patient*innen sind alleinstehend oder verwitwet, und manche haben zudem nur wenig Kontakt zu ihren Angehörigen, so dass sie von Einsamkeit oder sozialer Isolation bedroht sind. Die Pandemie hat diese Situation teilweise noch verstärkt oder auch dazu geführt, dass sich manche ältere Menschen aus Angst vor Ansteckung nicht in die Arztpraxis getraut hätten. Häufig sind die älteren Patient*innen, nach Wahrnehmung der Interviewpartner*innen, mit sozialen Problemen konfrontiert und können teilweise ihre Versorgung kaum mehr eigenständig sicherstellen. Insbesondere alleinstehende Ältere sind dem Risiko von Unterversorgung, Einsamkeit und sozialer Isolation ausgesetzt, was teilweise erst bei Hausbesuchen auffalle. Daher sind die Ärzt*innen zunehmend mit sozialen Fragen konfrontiert, was aus Sicht einer interviewten Person auch richtig sei, denn: *„Es geht ja nicht nur darum eine Tablette aufzuschreiben, sondern es geht auch darum zu schauen, kommt derjenige zu Hause klar, kommt der im Alltag klar. Das sind ja Dinge, die auch ganz wichtig sind.“* [IVPB-Z78-80]. Obwohl in den Interviews die gute Zusammenarbeit mit der örtlichen Klinik betont wurde, wurde allgemein auf ein häufig unzureichendes Entlassmanagement von Kliniken hingewiesen, das die häusliche Situation bei der Entlassung zu wenig berücksichtigt.

Sowohl die älteren Menschen selbst als auch ihre Angehörigen kennen nach Einschätzung der interviewten Ärzt*innen Unterstützungsmöglichkeiten häufig nicht, oder sie seien sich unsicher, welche Leistungen ihnen zustehen. Viele seien zudem mit bürokratischen Anforderungen, etwa bei der Beantragung von Leistungen, Therapien oder Hilfs- und Heilmitteln, überfordert und benötigten hierbei Unterstützung. Aus Sicht der Sozialberater*innen besteht teilweise eine erst zu überwindende Diskrepanz zwischen bestehenden Versorgungsbedarfen der älteren Menschen und ihrer Bereitschaft, Hilfe anzunehmen.

Während die Versorgungsbedarfe insbesondere der älteren Menschen wachsen, wird die gesundheitliche und medizinische Versorgungssituation als *„immer katastrophaler“* geschildert, weil viele Ärzt*innen in Rente gehen [IVPM-Z472-474]. Die Praxen leiden unter Personalmangel und es sei schwer, neue Kolleg*innen zu finden. Gleichzeitig werde die Versorgung der Patient*innen von Kliniken und Facharztpraxen teilweise auch dann auf Hausarztpraxen verlagert, wenn die Zuständigkeit eigentlich bei jenen läge: *„Da wird vieles auf die Hausärzte abgeschoben“* [IVPM-Z223]. Deutlich kritisiert wurde in den Interviews mit den Ärzt*innen zudem die *„Ökonomisierung der medizinischen*

Versorgung“, die gepaart mit dem Fachkräftemangel zu einer „Minderversorgung der Patienten“ führe [IVPB-Z129].

Altersbedingt wurden von einer interviewten Person bereits keine Haus- oder Heimbefuche mehr durchgeführt, obwohl Hausbesuche gerade für älteren Patient*innen von großer Bedeutung sein können: „Es gibt ja viele Arztpraxen, Hausarztpraxen, die gar keine Hausbesuche mehr machen, und das geht ja eigentlich auch nicht.“ [IVPR-Z539-540]. Eine Unterstützung der Patient*innen bei der Beantragung von Leistungen oder für eine Besprechung von sozialen Anliegen sei von den Ärzt*innen häufig nicht zu leisten: „Die Zeit haben Sie nicht. Die brauchen Sie, um die Praxis am Laufen zu haben, die brauchen Sie um Patienten, die krank sind [zu behandeln]“ [IVPM-Z124-126]. Außerdem habe sich das Sozialrecht aus Sicht einer interviewten Person so „dramatisch“ verändert, dass eine Ärztin oder ein Arzt die Feinheiten nicht kennen könne, um die Patient*innen angemessen unterstützen zu können.

Die kommunalen Gesprächspartner*innen betonten, dass der Ärztemangel und die Ärzteversorgung im Bezirk ebenso wie die unsichere Zukunft der pflegerischen Versorgung drängende Probleme seien. Nicht nur im Bezirk, auch berlinweit steige die Zahl der Hochaltrigen und damit die Gefahr weiter ungedeckter Versorgungs- und Pflegebedarfe. Gegenwärtig spiele die informelle Pflege, nach Einschätzung einer interviewten Person, noch eine große Rolle, die Pflegebereitschaft von Angehörigen gehe aber tendenziell zurück. Zugleich schwinden, auch in Folge der Covid-19-Pandemie, die verfügbaren Haushaltsmittel, so dass zu fragen sei, ob das System nicht jetzt schon überlastet sei.

5.2.4 Arztpraxisinterne Sozialberatung: Angebot und Umsetzung

In beiden Praxen, die an den Interviews teilnahmen, wird die Sozialberatung einmal in der Woche zu einem festen, zweistündigen Termin durchgeführt. Während der Pandemie erfolgten die Beratungen zum Teil telefonisch. Die Patient*innen werden überwiegend von ihren behandelnden Ärzt*innen an die Sozialberatung vermittelt. Dieser Zugang zur Beratung erschien einer interviewten Person besonders niedrigschwellig. Die Terminvergabe erfolgt zunächst über die an der „Anmeldung“ tätigen Mitarbeiter*innen der Praxen, die auch die mitzubringenden Unterlagen mit den Patient*innen abstimmen. Folgetermine werden durch die Sozialberater*innen eigenständig vereinbart.

Beraten wurden überwiegend ältere Menschen oder ihre Angehörigen, die Patient*innen der Praxen sind. Allerdings wurden in der Einzelpraxis auch Personen beraten, die nicht zum Patientenstamm zählten. Nach dem Eindruck der interviewten Ärzt*innen hat sich das Angebot der Sozialberatung inzwischen im Quartier herumgesprochen, so dass sie teilweise auch proaktiv wegen einer Beratung angefragt würden. „Das Ergebnis ist für die Patienten positiv und dann spricht sich das herum und die Leute sagen, ja, ich möchte auch mal mit denen reden.“ [IVPM-Z251-252] Im Eingangsbereich der Einzelpraxis wird zudem durch ein Schild auf das Angebot aufmerksam gemacht.

In beiden Praxen verfügen die Sozialberater*innen über einen eigenen Raum, den sie für die Beratungen nutzen können, sowie über einen eigenen Computer. Sie haben außerdem Zugriff auf die Patientenakten. Die Beratungen erfolgen entweder zu den Sprechzeiten in der Praxis, telefonisch oder bei Hausbesuchen. In den Beratungen ging es vor allem um die Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen, z. B. für Hilfs- und Heilmittel, Leistungen der Beihilfe oder aus der Pflegeversicherung, Schwerbehindertenausweise oder Kuren, sowie um Hilfe beim Ausfüllen von Formularen, bspw. von Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten. Zudem unterstützten die Sozialberater*innen bei der Suche nach einem Pflegeplatz oder berieten bei der Gestaltung der häuslichen Wohnsituation. Hausbesuche wurden insbesondere bei jenen Älteren durchgeführt, die nicht in die Praxis kommen konnten oder „wo es vielleicht mal wichtig ist, das häusliche Umfeld mit zu beurteilen.“ [IVPR-Z141-142]. Außerdem leiteten die Sozialberater*innen die älteren Menschen bei Bedarf auch an Angebote

für Teilhabe und Geselligkeit weiter. Nach eigener Einschätzung konnten die Sozialberater*innen somit den Patient*innen eine ganzheitliche Begleitung anbieten.

Von den Beratungen und Hausbesuchen erstellten die Sozialberater*innen jeweils kurze Dokumentationen (Berichte), die in den Patientenakten abgelegt wurden. Außerdem führten sie regelmäßige Gespräche mit den jeweils zuständigen Ärzt*innen. Nach Erfahrung der Sozialberater*innen bevorzugen diese einen unbürokratischen und direkten Austausch. Aus Sicht einer*s Ärzt*in und auch aus der Perspektive der Sozialberater*innen gestaltet sich die Zusammenarbeit als „Teamarbeit“ bzw. „auf Augenhöhe“. Belastungen, die durch das Beratungsangebot für die Praxen entstehen, wurden in den Interviews nicht genannt. Die Sozialberatung laufe „nebenbei“, sie habe kaum Auswirkungen auf den Praxisbetrieb. Die Sozialberater*innen seien bei akuten Problemen immer bemüht, schnell Lösungen zu finden.

Das Ziel der Sozialberatung besteht aus Sicht der Interviewpartner*innen darin, den älteren Menschen und ihren Angehörigen „den Weg [zu] zeigen“ [IVPM-Z338-343], sie zu aktivieren, aufzuklären und zur Selbstsorge zu ermutigen. Die Beratung sollte die Selbstbestimmung, den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit und die soziale Teilhabe fördern. Insofern seien die Sozialberater*innen „Generalistinnen“ die sich in vielen Bereichen auskennen bzw. wissen sollten, an welche Akteure sie weiterleiten können. In mehreren Interviews wurden außerdem eine psychosoziale Betreuung und Beziehungsarbeit als Aufgaben der Sozialberater*innen angesprochen. Eine interviewte Person wies zudem darauf hin, dass das Thema „Gewalt“ (sowohl innerhalb von Familien als auch in Pflegearrangements) von den Sozialberater*innen in den Blick genommen werden müsse.

Die Sozialberater*innen sollten aus Sicht der Interviewpartner*innen über sozialarbeiterische und Beratungskompetenzen verfügen. Sie sollten Grundkenntnisse zu den relevanten Antragsverfahren (in den Bereichen Gesundheitsversorgung und Pflege) besitzen sowie einen Überblick über die wichtigen Ansprechpartner*innen, Akteure und Angebote im Quartier haben. Außerdem sollten sie emphatisch sein, aber zugleich ein professionelles Verhältnis zwischen Nähe und Distanz im Kontakt mit den älteren Menschen wahren können. Hierfür sei eine Reflektion der eigenen Rolle wichtig.

Nach Angabe der Sozialberater*innen führen diese einmal wöchentlich interne Fallbesprechungen durch, in denen einzelne Beratungsfälle ausführlich analysiert werden. In den Interviews wurde die Bedeutung „de[s] Blick[s] von außen“ sowie einer Reflektion der eigenen Arbeit betont. Dies könnte im Rahmen kollegialer Fallberatungen, (externer) Supervisionen oder mit Hilfe einer Fachaufsicht für die Qualitätssicherung erfolgen. Des Weiteren wurde darauf hingewiesen, dass ein schlüssiges Konzept sowie eine kontinuierliche Qualitätssicherung, die Qualitätsstandards formuliert und ihre Einhaltung überprüft, bspw. ein Qualitätsmanagement mit Blick auf die Dimensionen „Strukturqualität“, „Prozessqualität“ und „Ergebnisqualität“, wichtige Voraussetzungen für die gelingende Umsetzung des Projektes seien. Ein gut vernetztes, transparentes und Fehler reflektierendes Vorgehen sei hierbei hilfreich. Die Vernetzung im Quartier sei zudem wichtig, um den Aufbau von Doppelstrukturen zu vermeiden und Unterstützungsbedürftige erfolgreich weiterleiten zu können.

5.2.5 Wirkungen der Arztpraxisinternen Sozialberatung für die Arztpraxen

Die interviewten Ärzt*innen zeigten sich mit dem Angebot der Arztpraxisinternen Sozialberatung durchgehend zufrieden. Alle Interviewpartner*innen wiesen auf die fachliche und zeitliche Entlastung hin, die durch die Sozialberatung erzielt wurde. Soziale Anliegen, die mit zunehmendem Alter und wachsenden gesundheitlichen Beschwerden der Patient*innen häufiger würden, könnten durch die Sozialberatung erfasst und Unterstützungsleistungen vorbereitet werden. Die Ärzt*innen betonten insbesondere die Entlastung bei der Antragstellung: „... und wenn Sie da stundenlang mit den Patienten sitzen, die Zeit haben Sie nicht. Die brauchen Sie, um die Praxis am Laufen zu haben, die brauchen Sie

[für] Patienten, die krank sind." [IVPM-Z113-133]. Das gemeinsame Ausfüllen von Formularen oder auch die Suche nach Pflegeplätzen „sprengt ja die gesamte Sprechstunde“ [IVPW-Z291-297]. Hingegen würden jetzt bereits (von den Sozialberater*innen mit den Patient*innen) vorbereitete und ausgefüllte Unterlagen, bspw. zur Patientenverfügung, vorgelegt werden, die die Ärztin bzw. der Arzt lediglich prüfen müsse. Durch die Sozialberater*innen würden Abläufe bei der Beantragung von Leistungen (als Beispiel wurden Dauerverordnungen für Arztfahrten genannt) einfacher und die praxisinterne Logistik erleichtert. Zudem würden die Mitarbeiter*innen der Praxen entlastet, weil sie Anbieter und Adressen für Weiterleitungen nicht mehr selbst recherchieren oder die Kontakte nicht selbst herstellen müssten.

Teilweise nahmen sich die Ärzt*innen als fachlich überfordert wahr, wenn es um soziale Anliegen geht. Angebote im Quartier, aber auch gesetzliche Rahmenbedingungen seien ihnen häufig nicht oder nur teilweise bekannt: „*Es sind auch Dinge dabei, wo wir einfach auch nicht mehr den Überblick haben. Weil sich doch laufend [ein] Gesetz ändert, eine Vorschrift sich ändert.*“ [IVPM-Z279-282]. Durch die Sozialberater*innen könnten Fragen der Patient*innen beantwortet werden, bei denen man „*gar nicht in der Materie drinsteckt*“, z. B. wenn es um Unterstützungsmöglichkeiten gehe [IVPB-Z92]. Zudem sei mit den Kompetenzen der Sozialberater*innen in der Praxis für alle Mitarbeitenden sozialwissenschaftliches Fachwissen leicht verfügbar.

Durch die Sozialberater*innen erhielten die Ärzt*innen Hintergrundinformationen zur jeweiligen Lebenslage, zu bestehenden (oder fehlenden) informellen Unterstützungsmöglichkeiten oder der Wohnsituation der Patient*innen. Dieses Wissen erleichtere, nach Aussage einer/s interviewten Ärzt*in, die Behandlung. Damit sei eine bessere Versorgung möglich und „*wenn sowas direkt in der Arztpraxis erfolgt [...] für die Patienten ist das auch sehr viel vertrauenserweckender.*“ [IVPR-Z100-103]. Die Patient*innen müssten ihre (teils intimen) Anliegen nicht einer weiteren, fremden Person schildern. In einem Interview wurde zudem darauf hingewiesen, dass auch das Vertrauen in eine Praxis steigen könne, wenn diese ein umfassendes Beratungsangebot biete.

5.2.6 Wirkungen der Arztpraxisinternen Sozialberatung auf die Patient*innen

Aus Sicht der interviewten Ärzt*innen wurde das Angebot von den Patient*innen sehr positiv angenommen: „*Viele sind einfach dankbar, dass ihnen da auch geholfen wird und dass [...] das läuft und Anträge sind gestellt und dann läuft das alles*“ [IVPW-Z460-466]. Betont wird, dass sich mit dem praxisinternen Angebot der Zugang zu sozialer Beratung für die Patient*innen erleichtert und diese auch eher angenommen wird, „*als wenn sie jetzt da noch irgendwo weiter fahren müssen.*“ [IVPW-Z445-446].

Durch die Sozialberatung erhielten die Patient*innen einen Zugang zu Unterstützungsangeboten. Manche von ihnen stünden „*vor einem riesen Berg von Angst*“ und benötigten eine sehr intensive Begleitung [IVPM-Z324-330]. Im Alltag seien Kinder oder Nachbar*innen oft nicht verfügbar, um bspw. Angebote im Internet zu recherchieren. Die Sozialberater*innen seien daher wichtige Ansprechpartner*innen, mit denen die Patient*innen ihre Fragen unkompliziert klären könnten. Nach Einschätzung einer/s interviewten Ärzt*in fühlten sich viele Patient*innen nach der Beratung sicherer und wüssten, was sie tun könnten. Besonders ältere Menschen, die sozial isoliert sind, seien froh, eine Ansprechperson zu haben.

Dieses Gefühl von Sicherheit – in einem Interview wurde von „*sozialer und psychischer Geborgenheit*“ [IVPR-Z348-350] gesprochen – könne aus Sicht der ärztlichen Interviewpartner*innen auch eine positive Wirkung auf die allgemeine Gesundheit haben. Die Patient*innen würden sich „*wohl fühlen*“, weil sie umsorgt würden. Eine Last falle von ihnen weg und sie würden sich „*beruhigen*“. Eine geringere (seelische) Belastung wirke sich teilweise auch auf ihre körperliche Gesundheit günstig aus, z. B. auf Herzbeschwerden oder den Blutdruck [IVPW-Z468-478]. Darüber hinaus stehe durch die

Unterstützung der Sozialberater*innen bei den sozialen Fragen den Ärzt*innen mehr Zeit für die medizinische Behandlung der körperlichen Beschwerden zur Verfügung.

5.2.7 Ausblick und Nachhaltigkeit

Die interviewten Ärzt*innen würden die Sozialberatung gerne dauerhaft für ihre Praxen erhalten. In den Interviews gingen sie davon aus, dass das Angebot auch für weitere Praxen interessant wäre. Auch wenn sich das Angebot in der Bevölkerung herumspreche, sei es unter Kolleg*innen aber noch relativ unbekannt: „*Dass das noch nicht so publik ist, dass es die Möglichkeit gibt. Ansonsten würden das, glaube ich, viele Kollegen dankend annehmen.*“ [IVPB-Z365-368]. Nach Einschätzung mehrerer Interviewpartner*innen könnte der geringe Bekanntheitsgrad der Sozialberatung mit der Pandemie-Situation zusammenhängen. Allerdings wurde in einzelnen Interviews auch darauf hingewiesen, dass Ärzt*innen als Kooperationspartner*innen schwer zu gewinnen seien, da sie zeitlich sehr eingebunden seien. Möglicherweise könnten sie die Zusammenarbeit mit den Sozialberater*innen als zu aufwändig einschätzen und das Angebot weniger als Mehrwert denn als „Mehrarbeit“ sehen. Daher sollte die Öffentlichkeitsarbeit für das Modellvorhaben intensiviert und der Mehrwert deutlich herausgestellt werden.

Die Ausstattung der Sozialberater*innen mit einem eigenen Raum und eigener Informations- und Kommunikationstechnik erscheint für eine reibungslose Umsetzung des Angebotes förderlich. Dies würde aus Sicht der Interviewpartner*innen für kleinere Praxen aber eine Herausforderung darstellen, da ihre Räumlichkeiten oft beschränkt wären. Insofern würde sich das Angebot eher für Gemeinschaftspraxen, Ärztehäuser oder Medizinische Versorgungszentren eignen, in denen sich mehrere Praxen die Sozialberatung teilen könnten. Wenn sich aber mehrere Einzelpraxen zusammenschließen würden, könnte sich das Angebot auch für kleinere Praxen „rentieren“ [IVPW-Z734-746]. In einem Interview wurde auf bestehende Netzwerke von kleineren Praxen hingewiesen, die gegenwärtig vor allem der gemeinsamen Materialbeschaffung dienen, in denen aber auch ein Angebot wie die Sozialberatung geteilt werden könnte.

Aus Sicht der Interviewpartner*innen stellt die langfristige Finanzierung der Sozialberatung für eine nachhaltige Etablierung des Angebotes ein zentrales Problem dar. Daher bräuchte es einen „*Extratopf, der das bezuschusst*“ [IVPB-Z374-377]. Eine langfristige finanzielle Unterstützung der Sozialberatung, am besten als Regelfinanzierung, wurde in mehreren Interviews gewünscht. Jedoch blieben die Aussagen, wie die Finanzierung erfolgen könnte, vage. In einem Interview wurde vorgeschlagen, dass beim Hausärzterverband für eine Finanzierung geworben werden sollte, um in einem weiteren Schritt eine Finanzierung durch die Krankenkassen zu erreichen. Gleichzeitig wurde darauf hingewiesen, dass es durch die Pandemie zurzeit besonders schwierig sei, für neue Projekte eine Regelfinanzierung zu erreichen.

5.3 Befragung der Patient*innen

Um Effekte der Sozialberatung bei den Patient*innen, etwa in der Bewertung der subjektiven Gesundheit oder der Lebensqualität, zu erkennen, wurden insgesamt 32 Patient*innen aus den am Modellvorhaben beteiligten Arztpraxen befragt (vgl. Kap. 4.3). Die Befragungsergebnisse werden im Folgenden zusammenfassend dargestellt.

5.3.1 Soziodemographische Merkmale der befragten Patient*innen

Tabelle 11 stellt unterschiedliche soziodemographische Merkmale zu den befragten Patient*innen nach sechs Altersgruppen zusammen. Das Durchschnittsalter der Befragten lag insgesamt bei 79,1 Jahren mit einer Standardabweichung von $\sigma=7,6$ Jahren. Bei den befragten Frauen lag es bei 77,6 Jahren ($\sigma=7,6$ Jahre) und bei den Männern bei 81,2 Jahren ($\sigma=7,1$ Jahre).

Soziodemographische Merkmale der befragten Patient*innen							
	60-65 Jahre	66-70 Jahre	71-75 Jahre	76-80 Jahre	81-85 Jahre	>85 Jahre	Gesamt
Geschlecht							
Weiblich	3,1%	9,4%	9,4%	6,3%	18,8%	12,5%	59,4%
männlich	3,1%	0,0%	3,1%	9,4%	12,5%	12,5%	40,6%
Familienstand							
Keine Angabe	0,0%	0,0%	0,0%	3,1%	0,0%	3,1%	6,3%
Verheiratet	0,0%	6,3%	3,1%	3,1%	15,6%	9,4%	37,5%
In Partnerschaft	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,1%	0,0%	3,1%
Verwitwet	3,1%	3,1%	3,1%	9,4%	9,4%	9,4%	37,5%
Geschieden	3,1%	0,0%	3,1%	0,0%	3,1%	3,1%	12,5%
Ledig	0,0%	0,0%	3,1%	0,0%	0,0%	0,0%	3,1%
Wohnsituation							
Alleinlebend	3,1%	0,0%	9,4%	9,4%	12,5%	12,5%	46,9%
Gemeinschaftlich lebend	3,1%	9,4%	3,1%	6,3%	18,8%	12,5%	53,1%
Höchster Schulabschluss							
Keine Angabe	0,0%	0,0%	0,0%	6,3%	0,0%	15,6%	21,9%
Ohne Schulabschluss	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Einfacher Schulabschluss	0,0%	3,1%	9,4%	0,0%	15,6%	3,1%	31,3%
Mittlerer Schulabschluss	3,1%	6,3%	3,1%	9,4%	6,3%	3,1%	31,3%
Abitur	3,1%	0,0%	0,0%	0,0%	9,4%	3,1%	15,6%
Pflegegrad und Behinderung							
Keiner	6,3%	9,4%	12,5%	9,4%	25,0%	18,8%	81,3%
I	0,0%	0,0%	0,0%	6,3%	0,0%	6,3%	12,5%
II	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6,3%	0,0%	6,3%
Überprüfung bzw. Beantragung eines Pflegegrads	0,0%	3,1%	6,3%	15,6%	18,8%	18,8%	62,5%
Überprüfung bzw. Beantragung eines Grads der Behinderung	3,1%	0,0%	9,4%	6,3%	12,5%	12,5%	43,8%

Tabelle 11: Soziodemographische Merkmale der befragten Patient*innen nach Altersgruppen.

Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (53,1 %) gab zum Befragungszeitpunkt an alleine zu leben. Dabei war der Anteil der allein lebenden Frauen mit 60 % höher als bei den Männern. Insgesamt 37,5 % der Patient*innen waren zum Zeitpunkt der Befragung verheiratet und 3,1 % lebten in einer nicht ehelichen Partnerschaft. Weitere 53,1 % der älteren Patient*innen waren entweder verwitwet (37,5 %), geschieden (12,5 %) oder ledig (3,1 %). Dabei lag der Anteil bei den verwitweten Frauen mit 55,6 % über dem der Männer (44,4 %). 6,3 % der Befragten machten keine Angaben zu ihrem Familienstand.

Zur Frage nach dem höchsten erreichten Schulabschluss gaben jeweils 31,3 % der älteren Patient*innen an, über einen einfachen Schulabschluss (Volksschulabschluss, 8. Klasse Polytechnische Oberschule oder Hauptschulabschluss) oder über einen mittleren Schulabschluss (10. Klasse Polytechnische Oberschule) zu verfügen. 15,6 % verfügten über die Hochschulreife und 21,9 % der Befragten machten keine Angabe zu ihrem Schulabschluss.

Zum Zeitpunkt der Befragung hatten 81,3 % der Patient*innen (noch) keinen Pflegegrad, 12,5 % Pflegegrad I und 6,3 % Pflegegrad II. Nahezu zwei Drittel, nämlich 62,5 % der Befragten, wurden bei der

Beantragung oder Prüfung eines Pflegegrades von den Sozialberater*innen unterstützt. Bei etwas weniger als der Hälfte der befragten Patient*innen wurde auch die Anerkennung eines Grades der Behinderung angestrebt.

5.3.2 Lebenssituation von Patient*innen

Im offenen Fragebereich berichteten einige Patient*innen bei der Erstbefragung von ihrer aktuellen Lebenssituation. Beschrieben wurde dabei bspw. die schlechte gesundheitliche Lage, die Einsamkeit und das Alleinsein insbesondere nach dem Versterben von Lebenspartner*innen, die mit einem Umzug und dem unbekanntem neuen Wohnumfeld verbundenen Probleme und Sorgen, die durch die Covid-19-Pandemie erlebten Einschränkungen, die Verschlechterung der Mobilität oder auch die Angst „*wie Verwandte zu lange zu leben und dann an Maschinen zu hängen*“¹⁰. Einige Patient*innen äußerten sich aber auch „*im Großen und Ganzen zufrieden*“ mit ihrer gegenwärtigen Lebenssituation und in der Rückschau auf ihr Leben. Erwähnt wurden schöne Lebenserfahrungen, die empfundene Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens und die Auseinandersetzung mit der letzten Phase des Lebens, mit dem Tod und dem Sterben. Mehrere der befragten Patient*innen äußerten die Hoffnung, trotz einer sich verschlechternden Gesundheit in Zukunft noch einmal reisen zu können.

5.3.3 Bedürfnisse von Patient*innen und Erwartungen an die Sozialberatung

Mit einer der offenen Fragen wurden die Patient*innen nach den Erwartungen befragt, die sie an die Arztpraxisinterne Sozialberatung haben. Hierbei wurden einerseits allgemeine und teilweise auch sehr konkrete Informations- und Beratungsbedarfe im Hinblick auf Gesundheit, Pflege und Alltagsgestaltung benannt und andererseits die Organisation von praktischen Hilfen. Geäußert wurde der Wunsch nach vertrauensvollen „*persönlichen Gesprächen*“ mit „*zugewandten, freundlichen und zuverlässigen*“ Berater*innen. Dabei wollten viele der befragten Patient*innen „*Klarheit und Ordnung*“ für ihr Leben haben und besser verstehen, welche Leistungen sie wann und wo beantragen können. Teilweise wurde deutlich, dass die Befragten bislang „*versucht [haben] vieles selber zu machen*“ und sich dabei aber überfordert fühlten. Von der Arztpraxisinternen Sozialberatung wünschten sie sich „*Wortgebungshilfen*“, Unterstützung beim „*Schreibkram*“ und beim „*Kümmern um Angelegenheiten*“, also bspw. bei der Beantragung und Anerkennung eines Pflege- bzw. Behindertengrads, bei Wohnangelegenheiten oder beim Ausfüllen von Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen. Sie hofften auf „*Hinweise, Tipps, Ratschläge, Information und Beschreibungshilfen*“, wie sie ihren „*Lebensabend*“ besser organisieren und ihre „*Lebensqualität*“ unter anderem durch unterstützende Hilfen im Haushalt verbessern können.

Einige Patient*innen schilderten auch Bedürfnisse im Hinblick auf ihre seelische Gesundheit. Genannt wurde der Wunsch „*jemanden zum reden*“ zu haben. Die Arztpraxisinterne Sozialberatung solle ihnen beistehen, ihnen „*Wege aus der Einsamkeit aufzeigen*“ und „*da sein, wenn es schlecht geht*“.

In der ersten Befragung, die zu Beginn der Begleitung durch die Sozialberater*innen durchgeführt wurde, hatten knapp drei Viertel der befragten Patient*innen (74,2 %) hohe Erwartungen im Hinblick auf die Verbesserung ihrer Lebensqualität. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten, nämlich 58 %, erwarteten positive Wirkungen in Bezug auf ihre Gesundheit. Zurückhaltender schätzten sie die Potentiale der Arztpraxisinternen Sozialberatung ein, zur Verbesserung der persönlichen Aktivitäten beitragen zu können (41,9 %) und die Entscheidungsfindung bei lebensbezogenen Fragen zu

¹⁰ Die im Folgenden genutzten Zitate aus der schriftlichen Befragung der Patient*innen können einzelnen befragten Patient*innen zugeordnet werden. Da es sich vor allem um kurze Passagen handelt, die in den Originaldokumenten leicht auffindbar sind, wurde an dieser Stelle zur leichteren Lesbarkeit und zum Erhalt des Textflusses auf Quellenangaben verzichtet.

unterstützen (35,5 %). Etwa ein Sechstel der Befragten (16,1 %) erhoffte sich eine positive Wirkung auf die sozialen Beziehungen (vgl. Tab 12).

Erwarten Sie durch die Unterstützung der Sozialberatung	Gar nicht	Kaum	Zum Teil	Deutlich	Sehr deutlich
... eine Verbesserung Ihrer Lebensqualität?	3,2%	3,2%	19,4%	71,0%	3,2%
... eine Verbesserung Ihrer Gesundheit?	12,9%	16,1%	12,9%	54,8%	3,2%
... Verbesserungen bei Ihren sozialen Beziehungen?	6,5%	19,4%	38,7%	12,9%	3,2%
... Verbesserungen bei Ihren Aktivitäten?	0,0%	9,7%	38,7%	38,7%	3,2%
... Veränderungen bei der Möglichkeit Entscheidungen für Ihr Leben zu treffen?	0,0%	16,1%	35,5%	35,5%	0,0%

Tabelle 12: Anteile der Patient*innen mit Erwartungen zur Unterstützung durch die Arztpraxisinterne Sozialberatung bei der ersten Befragung

5.3.4 Wahrgenommene Resultate und erlebte Unterstützungsleistungen

Die geschlossenen Fragen der zweiten Befragung, die am Ende der Begleitung durchgeführt wurde, vermitteln einen Eindruck, wie die Patient*innen die Wirkung der Arztpraxisinternen Sozialberatung auf bestimmter Aspekte ihres Lebens einschätzten (vgl. Tab 13). Während, wie oben geschildert, zu Beginn der Beratung etwa drei Viertel der Patient*innen eine deutliche oder sehr deutliche Verbesserung ihrer Lebensqualität durch die Sozialberatung erwarteten, war dieser Effekt in der zweiten Befragung für knapp zwei Drittel der befragten Patient*innen (60,7 %), „deutlich“ oder „sehr deutlich“ und für etwa ein Drittel (32,1 %) „teilweise“ eingetreten. Auch in Bezug auf gesundheitliche Effekte war der Einfluss der Sozialberatung etwas geringer, als zu Beginn von den Patient*innen erhofft: Positive Wirkungen auf ihre Gesundheit erwarteten in der ersten Befragung 58 % der Befragten. Nach Abschluss der Begleitung nahmen 46,4 % deutliche bis sehr deutliche und 32,1 % teilweise Verbesserungen wahr.

Gab es durch die Unterstützung der Sozialberatung	Gar nicht	Kaum	Zum Teil	Deutlich	Sehr deutlich
... eine Verbesserung Ihrer Lebensqualität?	0,0%	7,1%	32,1%	57,1%	3,6%
... eine Verbesserung Ihrer Gesundheit?	0,0%	21,4%	32,1%	39,3%	7,1%
... Verbesserungen bei Ihren sozialen Beziehungen?	0,0%	17,9%	53,6%	25,0%	3,6%
... Verbesserungen bei Ihren Aktivitäten?	0,0%	21,4%	32,1%	42,9%	3,6%
... Veränderungen bei der Möglichkeit Entscheidungen für Ihr Leben zu treffen?	0,0%	7,4%	51,9%	40,7%	0,0%

Tabelle 13: Anteile der Patient*innen mit Einschätzungen zur Unterstützung durch die Arztpraxisinterne Sozialberatung bei der zweiten Befragung

Im Gegensatz dazu verbesserten sich nach Einschätzung von mehr Befragten durch die Unterstützung der Sozialberater*innen die Aktivitäten „deutlich“ oder „sehr deutlich“ (46,5 %) als zunächst erwartet (41,9 %). In Hinblick auf die Verbesserung der sozialen Beziehungen durch die Sozialberatung erhöhte sich die Anzahl derjenigen, die eine deutliche oder sehr deutliche Verbesserung wahrnahmen, bei der zweiten Befragung (28,6 %) erheblich - im Gegensatz zur jenen, die einen entsprechenden Effekt in der ersten Befragung erwarteten (16,1 %). Die Möglichkeit, Entscheidungen für das eigene Leben zu treffen, wurde durch die Sozialberatung bei 40,7 % der Befragten „deutlich“ oder „sehr deutlich“ verändert; erwartet hatten diesen Effekt in der ersten Befragung 35,5 %.

Die zweite Befragung der Patient*innen fokussierte bei den offenen Fragen nicht mehr auf Erwartungen, sondern auf Unterstützungsleistungen und Resultate, die sich durch die Sozialberatung für die Befragten ergeben hatten. Dabei wurden zahlreiche konkrete Ergebnisse genannt. Ganz allgemein wurde Zufriedenheit geäußert, dass „auch alte Menschen unterstützt“ und „man nicht

alleine gelassen“ wurde; dass mit den Sozialberater*innen „*persönliche Gespräche*“ geführt und durch sie „*Impulse*“ gegeben wurden, „*jemand da ist und sich kümmert*“, „*Zusammenhänge und Abläufe*“ verständlich erklärt und „*Möglichkeiten*“ zur Absicherung und Verbesserung der aktuellen Lebenssituation aufgezeigt wurden. Es bestand der Eindruck, „*ernst genommen*“ zu werden und ein „*offenes Ohr*“ zu finden. Die Sozialberater*innen hätten „*richtig hingeguckt*“, dadurch hätten persönliche Angelegenheiten sortiert und „*Ordnung geschaffen*“ werden können. Hervorgehoben wurde in einem Fall auch, dass in die Beratung die Angehörigen (erwachsene Kinder) einbezogen und durch die Beratung und die Unterstützung entlastet wurden.

Die Patient*innen gaben weiterhin an, „*Unterstützung bei [der] Antragsstellung*“ sowie bei der Erstellung von Vorsorgevollmachten, Patientenverfügungen und Betreuungsvollmachten erhalten zu haben. Die „*MDK-Vorbereitung [wurde als] sehr gut*“ bewertet, insbesondere der „*Beistand bei der telefonischen MDK-Begutachtung*“. Insgesamt wurde in vielen Fällen die Anerkennung eines Grads der Behinderung (GdB) und der „*Erhalt des ersehnten Pflegegrades und die Nutzung ambulanter Hilfen*“ als zentrales Ergebnis der Unterstützung durch die Sozialberater*innen genannt. Den Patient*innen wurden Bescheide erläutert und in Einzelfällen ein „*Widerspruch für [die] Pflegegraderhöhung geschrieben*“. In einem Fall erfolgte die (erfolgreiche) Unterstützung bei der Suche nach einem „*freien Platz im Pflegeheim*“.

Neben der Vermittlung von ambulanten Pflegeleistungen und Tagespflegen unterstützten die Sozialberater*innen bei der Organisation von Krankentransporten, Begleit- und Fahrdiensten, Hausnotrufdiensten, hauswirtschaftlichen Dienstleistungen und Mittagstischen. Die Befragten äußerten sich zufrieden zu „*Hausbesuchen*“ der Sozialberater*innen und dem Anbahnen von „*Aktivitäten*“ oder der Vermittlung von „*Spaziergängen [mit einer] Ehrenamtlerin*“.

Eine befragte Person stellte mit Blick auf die Arztpraxisinterne Sozialberatung insgesamt fest, dass „*man an der Gesundheit nicht viel ändern [kann], aber man kann sich nicht so alleine damit fühlen*.“ Andere Patient*innen versicherten, dass sie sich „*immer wieder an [die Sozialberater*innen] wenden*“ würden, und wünschten, dass „*jede Arztpraxis dieses Angebot der Sozialberatung innehaben sollte*.“

5.3.5 Entwicklung unterschiedlicher Aspekte der Lebensqualität

Mit den für diese Untersuchung genutzten Instrumenten WHOQOL-BREF und WHOQOL-OLD wurden die älteren Patient*innen gezielt um Einschätzungen zu unterschiedlichen Aspekten ihrer Lebensqualität gebeten. Für die Auswertung wurden die bei den zweifach befragten Patient*innen ermittelten Domänen- und Facetten-Werte herangezogen und die Veränderungen zwischen Erst- und Zweitbefragung miteinander verglichen. Tabelle 14 gibt die Häufigkeit der Erhöhung bzw. der Verringerung von Domänen- und Facetten-Werten zwischen den Befragungen an. Wiedergegeben ist auch die Anzahl der jeweils berücksichtigten Patient*innen, da durch fehlende Angaben in den Domänen und Facetten die Daten von Patient*innen für den Vergleich der Erst- und Zweitbefragung unterschiedlich vorlagen. Insgesamt ergaben sich bei diesem Vergleich bei sieben Domänen bzw. Facetten mehr Erhöhungen (Verbesserungen) zwischen den Befragungen, für zwei Domänen bzw. Facetten mehr Verringerungen (Verschlechterungen) und für zwei weitere Domänen bzw. Facetten die gleiche Anzahl von Erhöhungen und Verringerungen.

Domäne bzw. Facette des WHOQOL-BREF und WHOQOL-OLD	Anzahl der einbezogenen Patient*innen	Häufigkeit der Erhöhung des Domänen- bzw. Facetten-Werts	Häufigkeit der Verringerung des Domänen- bzw. Facetten-Werts	Häufigkeit unveränderter Domänen- bzw. Facetten-Werte	Differenz zwischen Erhöhung und Verringerung
Physische Lebensqualität	27	12	11	4	1
Psychische Lebensqualität	22	16	5	1	11
Soziale Beziehungen	18	8	6	4	2
Umwelt	26	10	15	1	-5
Globalwerte	28	17	6	5	11
Sinnesfunktionen	24	19	1	4	18
Autonomie	24	10	13	1	-3
Aktivitäten	23	12	8	3	4
Soziale Partizipation	27	14	9	4	5
Tod und Sterben	14	7	7	0	0
Intimität	27	11	11	5	0

Tabelle 14: Anzahl der Erhöhung bzw. der Verringerung von Domänen- und Facetten-Werten des WHOQOL-BREF und WHOQOL-OLD zwischen Erst- und Abschlussbefragung der zweifach befragten Patient*innen

Mehr Verringerungen (also Verschlechterungen) zeigen sich für die Domäne „Umwelt“ und die Facette „Autonomie“. Das heißt, dass sich nach der Zweitbefragung mehr Patient*innen mit umweltbezogenen Aspekten (z. B. Wohnbedingungen, Zugang zu Gesundheitsdiensten, Informationen, Beförderungsmöglichkeiten, Freizeitangeboten oder finanziellen Mitteln) und mit ihrer Möglichkeit, selbstbestimmt Kontrolle über das eigene Leben zu haben, unzufrieden zeigten als zum Beginn der Befragung. Eine jeweils gleiche Anzahl an Patient*innen blickte nach der Zweitbefragung entweder besorgter oder umgekehrt gelassener auf den (eigenen) „Tod und das Sterben“. Ebenfalls gleich viele Patient*innen nahmen im Vergleich zur ersten Befragung nach der zweiten Befragung entweder mehr oder umgekehrt weniger Nähe zu anderen Menschen wahr (Facette „Intimität“). Etwas häufiger zeigten sich Erhöhungen (Verbesserungen) bei den Facetten „Aktivitäten“ und „Soziale Partizipation“. Besonders häufig waren Erhöhungen (Verbesserungen) bei der Facette „Sinnesfunktionen“ und den Domänen „Psychische Lebensqualität“ und dem „Globalwert“, der sich aus der subjektiven Einschätzung der Gesundheit und Lebensqualität ergibt. Bei diesen drei letztgenannten Aspekten zeigte sich bezogen auf die gesamte Stichprobe (für die gesamte Gruppe der zweifach befragten Patient*innen) ein signifikanter Unterschied zwischen Erst- und Zweitbefragung.¹¹

¹¹ Die Häufigkeit der Unterschiede zwischen der ersten und zweiten Befragung ist wegen der geringen Stichprobengröße mit dem nichtparametrischen Vorzeichentest (Binominaltest) für abhängige Stichproben im Hinblick auf ihre Signifikanz geprüft worden. Dabei wurde das Signifikanzniveau (Alpha) wegen einer vorhandenen Wirkungsvermutung auf 0,025 abgesenkt.

6 Diskussion der Ergebnisse und Empfehlungen

In diesem Kapitel werden einzelne Aspekte aus der Untersuchung herausgehoben und zur Diskussion gestellt. Auch wenn sich dabei verallgemeinernde Aussagen wegen des geringen Umfangs der Stichprobe(n) und der begrenzten Anzahl an geführten Interviews verbieten, sollen damit Anzeichen einer Wirkung der Sozialberatung beschrieben und zusätzlich im Kontext der in Kapitel 2 zusammengefassten Fachdiskussion eingeordnet werden. Auf dieser Grundlage werden abschließend Empfehlungen für die weitere Entwicklung des Modellprojekts bzw. für eine Nutzung der Ergebnisse gegeben.

6.1 Diskussion der Ergebnisse

Die Umsetzung der Sozialberatung in den Arztpraxen war auch im Jahr 2021 deutlich von den Einschränkungen der Covid-19-Pandemie beeinflusst. Sie wirkte sich genauso, wie die räumliche und personelle Ausstattung und die Arbeitsorganisation innerhalb der einzelnen Arztpraxen, in unterschiedlicher Form auf die Integration und Arbeitsmöglichkeiten der Arztpraxisinternen Sozialberatung aus. Insofern vermitteln die dargestellten Ergebnisse einen Eindruck von der Umsetzung des Modellvorhabens, ohne dabei die komplexen, sich immer wieder an das Pandemiegeschehen anpassenden Absprachen zwischen der Sozialberatung und den Arztpraxen im Detail nachzuzeichnen. Wie in Kapitel 3 ausgeführt, konnten bspw. nur in einigen Praxen wie vorgesehen, feste Sprechzeiten der Sozialberatung vor Ort angeboten werden. Zeitweise wurden auch diese durch telefonische Beratungen ersetzt. Dennoch wurden 2021 zahlreiche Beratungen durch die Sozialberater*innen realisiert, die überwiegend als Beratungsprozesse im Case-Management durchgeführt wurden. Dies könnte eine Begründung dafür sein, dass in der schriftlichen Befragung nur drei Personen einen deutlich negativen Einfluss der Pandemie auf die Umsetzung des Modellvorhabens wahrnahmen.

In Bezug auf die Integration der Sozialberatung in den Praxisbetrieb wurden weder in der Befragung noch in den Interviews negative Aspekte thematisiert. Durch die Sozialberatung entstanden, den Aussagen der befragten Ärzt*innen zufolge, keine Verzögerungen oder vermehrte Rückfragen. Eine erschwerte Terminplanung oder -vergabe oder Unklarheiten und Fehler im Praxisbetrieb wurden nicht berichtet. Insofern war die Integration der Sozialberatung trotz unterschiedlicher Voraussetzungen in den beteiligten Arztpraxen und mit verschiedenen Kompromissen aus einem rein organisatorischen Blickwinkel betrachtet gut umsetzbar. Förderlich war dabei sicherlich die selbständige und flexible Arbeitsweise der Sozialberater*innen. Abgesehen von der Terminvergabe für den ersten Beratungstermin erfolgte ihre Arbeit relativ unabhängig vom Praxisbetrieb, wobei den Ärzt*innen regelmäßig schriftlich oder mündlich von den Beratungen und Interventionen berichtet wurde. Den Sozialberater*innen standen in den Praxen, mit deren Ärzt*innen Interviews geführt wurden, eigene Räume sowie Informations- und Kommunikationstechnik zur Verfügung, was in diesen Praxen die reibungslose Integration der Sozialberatung in den Praxisbetrieb sicherlich zusätzlich befördert hat. Hingewiesen wurde in den Interviews aber auch darauf, dass eine Ausweitung bzw. Verstetigung des Angebotes durch ein Qualitätsmanagement gerahmt werden müsste, das Strukturen und Abläufe weiter optimiert und standardisiert.

In Anspruch genommen wurde die Sozialberatung in den am Modellvorhaben beteiligten Praxen bisher vor allem von älteren Patient*innen und pflegenden Angehörigen, die von den Ärzt*innen auf dieses Angebot hingewiesen bzw. an die Sozialberater*innen vermittelt wurden. Nach Aussage der Ärzt*innen gab es bisher selten aktive Nachfragen nach dem Beratungsangebot. Allerdings hoben in den Interviews verschiedene Ärzt*innen hervor, dass sich das Angebot im Quartier langsam herumsprechen würde und daher mit einer wachsenden Nachfrage zu rechnen sei.

Die Ergebnisse sowohl der Befragungen von Ärzt*innen und Patient*innen als auch der Interviews mit Ärzt*innen und weiteren Akteuren weisen auf verschiedene positive Effekte der Sozialberatung hin, die bereits in anderen wissenschaftlichen Arbeiten zum Thema erörtert wurden. Die Aussagen der an der Studie beteiligten Ärzt*innen stützen bspw. die Ergebnisse der Studien von Zimmermann et al. (2018), Jobst und Joos (2014) oder Möller et al. (2013), wonach (ältere) Patient*innen bei ärztlichen Konsultationen auch soziale Anliegen vorbringen, die für die Ärzt*innen eine Heraus- wenn nicht gar eine Überforderung darstellen. Wie bereits in der Literatur beschrieben, wurde hier insbesondere die Beantragung von Sozial-, Gesundheits- und Pflegeleistungen und die Vermittlung von Patient*innen an komplementäre Dienste und Angebote im Hinblick auf eine Verbesserung der jeweiligen Versorgungslage genannt. Insofern ist gut nachvollziehbar, dass die in der Studie befragten Ärzt*innen die Information und Beratung ihrer Patient*innen sowie die Vernetzung der jeweiligen Hausarztpraxis mit anderen Akteuren im Quartier, an die eine Weiterleitung erfolgen könnte, als zentrale Aufgaben der Sozialberater*innen angesehen haben.

Mehrere Aussagen in den Befragungen und Interviews verweisen darauf, dass die Sozialberatung zu einer direkten zeitlichen Entlastung der Ärzt*innen und des Praxispersonals führt, weil etwa erforderliche Anträge oder Formulare bearbeitet bzw. Antragsverfahren in Gang gesetzt wurden oder Patient*innen bei größeren Gesprächsbedarfen an die Sozialberater*innen vermittelt werden konnten. Bestätigt wird damit der Hinweis von Hosek et al. (2020, S. 1319), wonach durch die Zusammenarbeit zwischen Hausärzt*innen und Sozialarbeitenden erstere von zeitaufwändigen sozialen Koordinations- und Betreuungsaufgaben entlastet werden.

Als unterstützend und entlastend wurden von den Ärzt*innen auch die Hausbesuche der Sozialberater*innen geschildert. Die Sozialberater*innen konnten sich dadurch einen Eindruck von den Wohnverhältnissen der älteren Patient*innen verschaffen, diesen an die behandelnden Ärzt*innen zurückmelden und ggf. die Notwendigkeit von Wohnanpassungsmaßnahmen oder die Beantragung eines Pflegegrades besser beurteilen. Solche Hausbesuche erhalten insbesondere dann eine zusätzliche Bedeutung, wenn Ärzt*innen selbst seltener Hausbesuche durchführen, wie eine Interviewpartnerin berichtete (vgl. zum Rückgang von Hausbesuchen durch Ärzt*innen u. a. Bundesregierung 2018).

Auch wurde hervorgehoben, dass die Behandlung der Patient*innen durch die Rückmeldungen der Sozialberater*innen besser auf deren Lebenslage und Familiensituation abgestimmt werden kann. Insofern wirkt die Einbindung der sozialen Perspektive, wie von Pauls (2011, zit. nach Steinle et al. 2016) beschrieben *„einer Verengung der Gesundheitsarbeit auf ausschließlich somatische (Medizin) und psychische Aspekte (Psychotherapie) [...] entgegen.“*

Die Beratung und Begleitung durch die Sozialberater*innen hat nach dem Eindruck der Ärzt*innen spürbar positive Effekte auf die Patient*innen. Durch die Beratungsgespräche und die Mobilisierung von praktischen Hilfen und Unterstützungsleistungen wurden insbesondere Verbesserungen der seelischen Gesundheit bzw. der Stimmungslage der Patient*innen wahrgenommen, was sich nach Aussage einer*s Ärzt*in wiederum positiv auf die physische Gesundheit auswirken kann. Die Antworten aus der Befragung der Patient*innen verstärken diesen Eindruck zusätzlich. Mehrfach wurden von ihnen seelische Entlastungen thematisiert, die auf die Unterstützung durch die Sozialberatung zurückgeführt wurden. Insbesondere wenn die persönliche Lebenssituation und gesundheitliche Lage von Patient*innen als schwierig und überfordernd wahrgenommen wurde, bestand für sie mit der Sozialberatung ein Unterstützungsangebot, das beim *„Sortieren“*, *„Ordnung schaffen“* oder *„Kümmern“* geholfen hat. Mehrfach wurde von Patient*innen darauf hingewiesen, dass mit den Sozialberater*innen *„jemand da sei“* oder man *„sich nicht so alleine fühle“*.

Als besondere Stärke der Arztpraxisinternen Sozialberatung wurden in den Interviews insbesondere die kurzen Kommunikationswege und engen Arbeitsbeziehungen zwischen den Ärzt*innen, Praxismitarbeiter*innen und Sozialberater*innen angesehen. Dabei wurde durch die Interviews mit den Ärzt*innen der Eindruck verstärkt, dass für sie mit der praxisinternen Sozialberatung im Unterschied zu externen Beratungsstellen die Vermittlung von Patient*innen und eine Delegation bei sozialen Indikationen deutlich erleichtert wird. Durch die direkte Anbindung der Sozialberatung an das medizinische Praxisteam ließen sich auch Interventionen zur Förderung der gesundheitlichen und sozialen Lage von Patient*innen zumeist zeitnah, unkompliziert und transparent im persönlichen und fachlichen Austausch abstimmen. Erleichtert wird den Ärzt*innen damit die ihnen im Rahmen der Primärversorgung zugeordnete Aufgabe zur ganzheitlichen Diagnostik und zur Kontrolle von Behandlungs- und Versorgungsschritten. Sie können leichter nachvollziehen und beeinflussen, ob Patient*innen eine Beratung bzw. das Case-Management in Anspruch nehmen, welche sozialen Bedarfe und Prioritäten bestehen und welche Schritte in diesem Zusammenhang eingeleitet werden müssen.

Die Schilderungen der Ärzt*innen legen nahe, dass die Bereitschaft der Patient*innen zur Inanspruchnahme und die tatsächliche Inanspruchnahme von sozialer Beratung und Hilfe- und Unterstützungsleistungen durch die räumliche und organisatorische Nähe der Arztpraxisinternen Sozialberatung zunimmt. Die Ergebnisse der Befragungen weisen zudem darauf hin, dass auch die telefonische Kontaktaufnahme der Sozialberater*innen mit den Patient*innen, die durch die Arztpraxen vermittelt und während der Pandemie bevorzugt umgesetzt wurde, erfolgreich umgesetzt wurde. Von der gezielten Vermittlung durch die Ärzt*innen können insbesondere ältere Patient*innen profitieren, die Schwierigkeiten bzw. Hemmnisse bei der Selbstorganisation zeigen; denen es schwer fällt, eigenständig Kontakt und Vertrauen zu externen Beratungsinstitutionen aufzubauen; die ungerne fremde Hilfe annehmen oder die auf schlechte Erfahrungen mit Hilfe- und Unterstützungsangeboten zurückblicken. Für sie eröffnet sich mit der Arztpraxisinternen Sozialberatung eine niedrigschwellige und lebensweltlich orientierte Zugangsmöglichkeit zu sozialer Beratung und Unterstützung, die nach Ansicht der interviewten Ärzt*innen zur Stabilisierung dieser Patient*innen als dringend erforderlich angesehen wird, aber von den Ärzt*innen selber bzw. dem Praxispersonal nicht geleistet werden kann. Ansatzweise durchbrochen werden kann so das Präventionsdilemma (Ullrich 2005; Altgeld 2021) wonach vor allem die Zielgruppen mit größten gesundheitlichen Problemen am schwersten zu erreichen sind.

Die Ergebnisse dieser Studie weisen auf einen positiven Einfluss der Sozialberatung auf die Lebensqualität der älteren Patient*innen hin. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Dimension „Lebensqualität“ insgesamt schwer zu fassen ist und zudem Einflüsse auf die Lebensqualität kaum isoliert zu identifizieren sind. Insgesamt zeigt die Befragung der Patient*innen, dass viele von ihnen ihre Lebensqualität und Gesundheit in unterschiedlicher Weise als eingeschränkt erlebten. Bei vielen Aspekten konnten sich für sie die in die Sozialberatung gesetzten Erwartungen erfüllen, wurden sehr konkrete Unterstützungsleistungen berichtet und zeigte sich für die Gruppe der zweifach befragten Patient*innen nach der zweiten Befragung eine positivere Beurteilung der Mehrzahl der Dimensionen der Lebensqualität des WHOQOL-BREF und WHOQOL-OLD als noch bei der Erstbefragung. Besonders deutlich ist dies unter anderem im Hinblick auf die subjektive Einschätzung der Gesundheit und Lebensqualität und bei der psychischen Lebensqualität. Obwohl sich die Bewertung von Gesundheit und Lebensqualität mit dem WHO-Instrument verbesserten, wurden für einige der Patient*innen die Erwartungen in eine Steigerung der Lebensqualität durch die Sozialberatung nicht ganz erfüllt. Im Vergleich der Ergebnisse aus der Erst- und Zweitbefragung zeigte sich, dass zu Beginn der Beratung ca. 75 % der älteren Patient*innen eine Verbesserung ihrer Lebensqualität erwarteten. Nach dem Ende des Beratungsprozesses gaben 61 % der Befragten an, dass sie eine Verbesserung ihrer Lebensqualität

wahrnahmen. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass sich weitere Einflussfaktoren, wie wachsende gesundheitliche Einschränkungen oder die anhaltende pandemische Situation, zusätzlich negativ auf die Wahrnehmung der Lebensqualität auswirken konnten. Insofern stellt eine subjektiv wahrgenommene Steigerung der Lebensqualität von über der Hälfte der Befragten eine sehr positiv zu bewertende Wirkung des Beratungsangebotes dar.

In der zweiten Befragung gaben mehr Patient*innen an, unzufrieden mit ihrer Umwelt zu sein als zu Beginn der Beratung. Für diese Ergebnisse können unterschiedliche Gründe verantwortlich sein. So könnten eine sich weiter verschlechternde Gesundheit und zunehmende gesundheitliche Einschränkungen – die möglicherweise der Anlass für eine Inanspruchnahme der Sozialberatung waren – die Lebensqualität beeinträchtigen. Eine bessere Informiertheit über Unterstützungsleistungen könnte dann zu Unzufriedenheit führen, wenn daraus keine konkreten Hilfen entstehen, etwa weil Anträge abgelehnt werden oder keine angemessenen Angebote zur Verfügung stehen. Zudem wäre zu reflektieren, welche Erwartungen zu Beginn der Beratung geweckt und gegebenenfalls nicht erfüllt werden (konnten).

Der hohe Stellenwert, den die Arztpraxisinterne Sozialberatung bei den interviewten Ärzt*innen einnimmt, wurde auch durch die vorgebrachte Sorge deutlich, wonach das Modellprojekt nach dessen Abschluss vor dem Hintergrund einer ungeklärten Finanzierung nicht mehr weitergeführt werden könnte. Sehr klar gewünscht wurde von den Ärzt*innen die langfristige Implementierung der Sozialberatung in ihren Praxen. Dafür wurden aber keine konkreten Finanzierungsmöglichkeiten gesehen. Zwar bestanden Ideen, wonach eine gemeinsam durch mehrere Praxen, bspw. in Ärztehäusern oder Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), getragene Sozialberatung etabliert werden könnte; eine tatsächliche Umsetzung solcher Vorstellungen wurde aber eher als unrealistisch und organisatorisch nicht leistbar eingeschätzt. Als zentrale Akteure wurden im Hinblick auf die Finanzierung der Arztpraxisinternen Sozialberatung die Kranken- und Pflegekassen angesehen. Diese wurden bei Finanzierungsfragen an der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Sozialsystem aber tendenziell als blockierend wahrgenommen. Vorgeschlagen wurde daher bspw. die Unterstützung durch den Hausärzterverband zu suchen, um die Kassen als Partner zu gewinnen.

Nach Abschluss der wissenschaftlichen Begleitung wurde der Koalitionsvertrag der neuen Landesregierung für Berlin beschlossen. Dieser stellt in Aussicht, dass ein Landesprogramm geschaffen wird:

„Die Koalition wird die in den letzten Jahren gewonnenen Erfahrungen aus den bisherigen Projekten niedrighschwelliger Angebote zur multiprofessionellen Gesundheitsversorgung in Gesundheitszentren wie in Neukölln oder Kombi-Praxen mit Sozialberatung in Lichtenberg in ein Landesprogramm für Integrierte Gesundheitszentren überführen und in den Bezirken skalieren.“ (Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD) et al. 2021).

Mit dieser Aussicht ergeben sich voraussichtlich neue Perspektiven für eine ergänzende Finanzierung der Arztpraxisinternen Sozialberatung, die in den Befragungen und Interviews noch nicht thematisiert werden konnten.

6.2 Handlungsempfehlungen

Vernetzung von Hausärzt*innen im Quartier durch Arztpraxisinterne Sozialberatung stärken und als Element einer integrierten Gesamtstrategie verfolgen

Die Befragungen und Interviews mit den Ärzt*innen zeigen ein deutliches Interesse daran, präventive, gesundheitsförderliche, pflegerische und soziale Angebote im Wohnumfeld ihrer Patient*innen zielgerichtet zu deren Wohl und für die Verbesserung von deren Gesundheit und Lebensqualität zu nutzen. Dafür scheint es ihnen wichtig zu sein, vertrauensvolle Kontakte zu vielfältigen Unterstützungsangeboten öffentlicher und privater Träger zu etablieren und ihre Hausarztpraxen entsprechend zu vernetzen. Dieses Signal steht im Widerspruch zu der Erfahrung, dass Ärzt*innen nur schwer für die Netzwerkarbeit in gerontopsychiatrischen-geriatrischen Verbänden zu gewinnen sind (vgl. Prognos AG 2017, S. 57). In diesem Zusammenhang wird auf die geringen Zeitressourcen von Mediziner*innen hingewiesen (ebd., S. 66). Mögliche, aber nicht näher erfragte Gründe für die Beteiligung der Ärzt*innen im Modellprojekt und ihre Einstellung zum Thema „Vernetzung“ könnten sein, dass sie über ein besonders hohes Engagement verfügen, seit langem in ihren Quartieren arbeiten und mit diesen bzw. den dort lebenden Patient*innen besonders eng verbunden sind. Zudem wurden sie, zumindest teilweise, durch eine persönliche Ansprache für das Projekt gewonnen.

Ärzt*innen und auch ihre Praxismitarbeiter*innen bringen im laufenden Praxisbetrieb kaum Zeit für Vernetzungsaktivitäten oder die Recherche von Angeboten und Dienstleistungen auf. Es fehlt ihnen häufig an einer unterstützenden Struktur, über die sie sich einen Überblick zu entsprechenden Angeboten und Trägern verschaffen und Vertrauen aufbauen können. Die Sozialberater*innen, mit denen sie in diesem Modellvorhaben eng zusammenarbeiten und im persönlichen Kontakt stehen, können diese Lücke schließen und qualifizierte Angebote identifizieren und empfehlen, um so Patient*innen weiterleiten zu können.

Dieses Prinzip der Schnittstellen- und Vermittlungsfunktion durch Sozialberater*innen könnte im Rahmen einer integrierten bezirklichen und idealerweise auch berlinweiten Gesamtstrategie für den ambulanten medizinischen Bereich deutlich stärker ausgebaut werden. Dabei wären Sozialberater*innen an dieser Schnittstelle nicht als Konkurrenz zu bestehenden Beratungs- und Vernetzungsstellen, sondern als sinnvolle Ergänzung mit einem spezifischen Zugang zum ambulanten medizinischen Bereich zu verstehen. Von einer Ausweitung und Standardisierung der Arztpraxisinternen Sozialberatung könnten nicht nur die am Modellvorhaben beteiligten Hausarztpraxen, sondern der gesamte Bereich des Gesundheitswesens sowie Beratungs- und Unterstützungsangebote profitieren. Das Wissen der Sozialberater*innen um die Bedarfe aus den Hausarztpraxen und aus dem Umgang mit den Patient*innen könnte gezielt genutzt werden, um die unterschiedlichen Angebote auf bezirklicher und landesweiter Ebene im Sinne einer integrierten Fachplanung aufeinander abzustimmen bzw. bedarfsgerecht (weiter-) zu entwickeln.

Steigerung der Bekanntheit der Arztpraxisinternen Sozialberatung

Die Chancen und Möglichkeiten, die sich Hausärzt*innen durch eine engere Zusammenarbeit mit Sozialarbeiter*innen für das Wohl ihrer Patient*innen bieten, müssten innerhalb der Hausärzteschaft unbedingt bekannter gemacht werden. Neben Veröffentlichungen in Fachpublikationen zum Thema sollte dafür insbesondere die Zusammenarbeit mit dem Hausärzteverband und den Ärztekammern gesucht werden. Denkbar wäre auch die Thematisierung des Umgangs mit sozialen Problemen von Patient*innen im Rahmen fachlicher Fortbildungen. Entsprechende Fortbildungsmodule müssten dafür ausgebaut bzw. entwickelt werden.

Erfahrungen der Arztpraxisinternen Sozialberatung beim Zugang zu vulnerablen Zielgruppen für andere präventive und gesundheitsförderliche Interventionen nutzen

Mit dem Modellvorhaben der Arztpraxisinternen Sozialberatung wird im Bezirk Lichtenberg gegenwärtig sehr erfolgreich ein spezifischer Zugang zu besonders vulnerablen älteren Patient*innen geschaffen und erprobt. Da diese Zielgruppe für gesundheitsförderliche Interventionen als besonders schwer zugänglich gilt, sollten die im Modellvorhaben gemachten Erfahrungen zur Schaffung des Zugangs auch für andere an ältere Menschen gerichtete präventive Maßnahmen aufbereitet und genutzt werden. Um bspw. die Inanspruchnahme der durch die Malteser eingerichteten „Berliner Hausbesuche“ weiter zu fördern, bestehende Zugangswege zu nutzen und Synergien zu erzeugen, könnten in den Regionen, in denen die Arztpraxisinterne Sozialberatung präsent ist, beide Angebote systematisch aufeinander abgestimmt und miteinander verzahnt werden.

Nachhaltige finanzielle Förderung

Wenn das Modell der Arztpraxisinternen Sozialberatung nachhaltig und als ergänzendes Element einer integrierten Gesamtstrategie verfolgt werden soll, muss eine entsprechende Finanzierungstrategie auf den Weg gebracht werden. Vor dem Hintergrund des lt. Koalitionsvertrag geplanten Landesprogramms für Integrierte Gesundheitszentren (Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD) et al. 2021, S. 38) zeichnen sich neue Voraussetzungen für eine ergänzende Finanzierung ab, die weiter konkretisiert werden müssten. Für den kurzfristigen Erhalt des Angebotes über das Jahr 2022 hinaus sind weitere Finanzierungsquellen unabdingbar. Darüber hinaus ist eine nachhaltige Erweiterung des Angebotes auf weitere Arztpraxen und Zielgruppen sowie eine dauerhafte Implementierung nur durch eine Regelfinanzierung zu erreichen. Anregungen für die weitere Ausgestaltung und Implementierung der Arztpraxisinternen Sozialberatung bzw. von Integrierten Gesundheitszentren können möglicherweise aus dem in Kapitel 2 erwähnten Literatur-Review des Forschungsverbunds der Charité Berlin und der Fachhochschule Münster zur Wirksamkeit „präventiver gemeindebasierter psychosozialer Überweisungs-Interventionen“ gewonnen werden .

Weiterer Forschungs- und Entwicklungsbedarf

Mit Blick auf eine mögliche Ergänzung der Arztpraxisinternen Sozialberatung durch ein Landesprogramm für Integrierte Gesundheitszentren sollte eine weitere wissenschaftliche Begleitung, bspw. im Rahmen einer formativen Evaluation, erwogen werden. Deren Ziel sollte es sein, den Aufbau von Integrierten Gesundheitszentren auf Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse zu begleiten, das Erreichen der angestrebten Ziele mit Hilfe zuvor festgelegter Indikatoren zu überprüfen sowie die Qualität der Entwicklungsprozesse zu sichern. Eine formative Evaluation, die prozessbegleitend, bedarfsorientiert und partizipativ angelegt ist, könnte zudem eine Grundlage für ein Konzept sein, mit dessen Hilfe sich weitere Finanzierungsquellen erschließen lassen. Die arztpraxisinterne Sozialberatung wird dahingehend im Jahr 2022 genauer analysiert und beschrieben.

7 Fazit

Die Arztpraxisinterne Sozialberatung befand sich 2021 noch im Aufbau und war zugleich in der Umsetzung von den Einschränkungen und Herausforderungen der Covid-19-Pandemie betroffen. Auch die Erhebungen, die von der wissenschaftlichen Begleitung durchgeführt wurden, waren davon beeinflusst. Dennoch gelang es wie geplant, in schriftlichen Befragungen sowie Interviews zahlreiche unterschiedliche Daten und Aussagen zur Umsetzung und zu angenommenen Wirkungen des Modellprojektes zu erheben. Durch die Interviews mit den Ärzt*innen konnten deren Aussagen in der schriftlichen Befragung besser eingeordnet bzw. hinterfragt werden. Diese Möglichkeit war bei der Befragung der Patient*innen aufgrund geringer finanzieller Ressourcen für die wissenschaftliche Begleitung des Modellprojektes nicht gegeben. Daher mussten diese Ergebnisse der schriftlichen Befragung der Patient*innen für sich stehen und konnten nicht durch Ergebnisse aus vertiefenden Interviews unteretzt werden. Trotz solcher und der in Kapitel 4 beschriebenen Limitationen und methodischen Beschränkungen bei der hier vorgestellten Untersuchung deuten sich bei der Auswertung und Diskussion der Ergebnisse zahlreiche positive Wirkungen der Sozialberatung an, sowohl aus Sicht der Ärzt*innen als auch für die Patient*innen. Die Annahme von positiven Effekten einer Integration der Sozialen Arbeit in das Gesundheitswesen, die in der Fachliteratur diskutiert wird, wird mit der vorliegenden Studie gestärkt. Die Ergebnisse sind damit anschlussfähig an die aktuelle Literatur zum Thema. Dementsprechend sind die Handlungsempfehlungen im Hinblick auf eine Ausweitung des Angebotes verfasst.

8 Literaturverzeichnis

Altgeld, Thomas (2021): Präventionsparadox und Präventionsdilemma: Konsequenzen für die Praxis. In: Henning Schmidt-Semisch und Friedrich Schorb (Hg.): Public Health. Disziplin - Praxis - Politik. Wiesbaden, Heidelberg: Springer VS (Sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung), S. 215–232.

Bickerdike, Liz; Booth, Alison; Wilson, Paul M.; Farley, Kate; Wright, Kath (2017): Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. In: *BMJ Open* 7 (4), e013384. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-013384.

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (2022): Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung. INKAR. Hausärzte je 10.000 Einwohner. Bonn.

Bundesministerium für Gesundheit (2012): Nationales Gesundheitsziel Gesund älter werden. Berlin. Online verfügbar unter http://gesundheitsziele.de//cms/medium/814/Gesund_aelter_werden_020512.pdf, zuletzt geprüft am 13.01.2022.

Bundesregierung (Hg.) (2018): Honorarrückzahlungsforderungen gegen Hausärztinnen und Hausärzte wegen mengenüberschreitung bei Hausbesuchen. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE. - Drucksache 19/2158 -. Berlin. Online verfügbar unter <https://dserver.bundestag.de/btd/19/026/1902683.pdf>, zuletzt geprüft am 13.01.2022.

Conrad, Ines; Matschinger, Herbert; Kilian, Reinhold; Riedel-Heller, Steffi (2016): WHOQOL-OLD und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachigen Versionen der WHO-Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität im Alter. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (Hg.) (2013): Anforderungen an die Weiterentwicklung der ambulanten gesundheitsbezogenen Beratungslandschaft - Zugang für sozial benachteiligte Gruppen verbessern. Berlin. Online verfügbar unter <https://dvsg.org/veroeffentlichungen/stellungnahmen-und-positionen/>, zuletzt geprüft am 20.12.2021.

Franzkowiak, Peter (2020): Krankheitsprävention und Soziale Gesundheitsarbeit im Alter. In: Kirsten Aner und Ute Karl (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter, 149-157. 2. Aufl. Wiesbaden: Springer VS.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2021): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung, Bedarfsplanungs-Richtlinie, vom 15.07.2021. In: Bundesanzeiger (BAnz AT 29.09.2021 B2). Online verfügbar unter <https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/bedarfsplanungsrichtlinie/>, zuletzt geprüft am 13.01.2022.

Grobe, Thomas G.; Steinmann, Susanne; Szecsenyi, Joachim (2019): Arztreport 2019. Hg. v. Barmer. Siegburg (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 14).

Günther, Hans-Joachim; Bader, Claudia; Erlenberg, Rosa Maria; Hagl, Cornelia; Schirmacher, Bianca; Schuster, Andreas (2019): Von AGnES bis PA — Arztassistentenberufe in Deutschland: Wer hat noch den Überblick? In: *MMW Fortschritte der Medizin* 161 (Suppl 7), S. 21–30. DOI: 10.1007/s15006-019-1175-3.

Hämel, Kerstin; Gerlinger, Thomas (2020): Primärversorgung als Modell zur Gesundheitsversorgung alter Menschen. In: *Pro Alter* 2/2020, 2020, S. 14–18.

Hosek, Martin; Honegger, Erich; Stadler, Andy (2020): Bessere Behandlung durch Sozialberatung in der Hausarztpraxis. In: *Bulletin des Medecins Suisses - Schweizerische Ärztezeitung* (41), S. 1318–1320. Online verfügbar unter <https://doi.org/10.4414/saez.2020.19125>.

infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft (2018): Ärztemonitor 2018. Ergebnisse für haus- und Fachärzte. Tabellenband. Hg. v. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und verband der niedergelassenen Ärzte Deutschland e. V. (NAV-Virchow-Bund). Bonn. Online verfügbar unter <https://www.kbv.de/html/aerztemonitor.php>, zuletzt geprüft am 20.12.2021.

Irving, Greg; Neves, Ana Luisa; Dambha-Miller, Hajira; Oishi, Ai; Tagashira, Hiroko; Verho, Anistasiya; Holden, John (2017): International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. In: *BMJ Open* 7 (10), e017902. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-017902.

Jobst, Detmer; Coppola, Alawia (2021): Sozialarbeit und hausärztliche Medizin. Ein exploratorischer Survey über Kontakte und Kooperationen. In: *Z Allg Med* 97 (4), S. 150–154.

Jobst, Detmer; Joos, Stefanie (2014): Soziale Patientenliegen - eine Erhebung in Hausarztpraxen. In: *ZFA* (90), S. 496–501.

Keefe, Bronwyn; Geron, Scott Miyake; Enguidanos, Susan (2009): Integrating social workers into primary care: physician and nurse perceptions of roles, benefits, and challenges. In: *Social work in health care* 48 (6), S. 579–596. DOI: 10.1080/00981380902765592.

Klein, Ludger; Merkle, Maïke; Molter, Sarah (2021): Schwierige Zugänge älterer Menschen zu Angeboten der Sozialen Arbeit. Abschlussbericht eines Praxisforschungsprojektes. Hg. v. Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V. Frankfurt a. M. (ISS-aktuell, 1/2021).

Kramer, L.; Furi, J.; Stute, P. (2014): Die gesundheitsbezogene Lebensqualität. In: *Gynäkologische Endokrinologie* 12 (2), S. 119–123. DOI: 10.1007/s10304-014-0631-5.

Lampert, Thomas; Hoebel, Jens (2019): Sozioökonomische Unterschiede in der Gesundheit und Pflegebedürftigkeit älterer Menschen. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 62 (3), S. 238–246. DOI: 10.1007/s00103-019-02917-x.

Mayring, Philipp (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10. Aufl. Weinheim [u.a.]: Beltz (Beltz Pädagogik).

Mergenthal, Karola; Güthlin, Corina (2018): Umsetzung von Delegationskonzepten – So klappt es in der Hausarztpraxis. In: Mario A. Pfannstiel, Axel Focke und Harald Mehlich (Hg.): Management von Gesundheitsregionen IV. Controlling von Gesundheitsnetzen – Ergebnisse einer Pilotuntersuchung zur Erfolgsmessung. S. 153-172. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 89–100.

Möller, A.; Osterfeld, A.; Büscher, A. (2013): Soziale Ungleichheit in der ambulanten Pflege. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 46 (4), S. 312–316. DOI: 10.1007/s00391-013-0500-1.

Nolting, Hans-Dieter; Ochmann, Richard; Zich, Karsten (2021): Gesundheitszentren für Deutschland. Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann. Studie. Hg. v. Robert Bosch Stiftung. Stuttgart. Online verfügbar unter https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/Studie_Primaerversorgung_Gesundheitszentren-fuer-Deutschland.pdf, zuletzt geprüft am 13.08.2021.

Prognos AG (2017): Gerontopsychiatrisch-Geriatriische Verbünd (GGV). Analyse der Ist-Situation und Weiterentwicklung der Verbundarbeit. Abschlussbericht. Berlin.

Prütz, Franziska; Rommel, Alexandra (2017): Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in Deutschland. In: *Journal of Health Monitoring* (2(4)), S. 88–94. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-116.

Rosenbrock, Rolf; Gerlinger, Thomas (2006): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber (Programmbereich Gesundheit). Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-456-84225-7>.

Rüegg, René (2021): Soziale Arbeit in der Arztpraxis. Berner Fachhochschule.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. Bonn. Online verfügbar unter <https://www.svr-gesundheit.de/gutachten/gutachten-2000/2001/>, zuletzt geprüft am 20.12.2021.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hg.) (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Berlin (Bundestags-Drucksache 16/13770). Online verfügbar unter <https://dserver.bundestag.de/btd/16/137/1613770.pdf>.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Bonn. Online verfügbar unter <https://www.svr-gesundheit.de/gutachten/gutachten-2014/>, zuletzt geprüft am 20.12.2021.

Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD); Bündnis 90/Die Grünen Landesverband Berlin; DIE LINKE Landesverband Berlin (Hg.) (2021): Zukunftshauptstadt Berlin. Sozial. Ökologisch. Vielfältig. Wirtschaftsstark. Koalitionsvertrag 2021-2026. Berlin, zuletzt geprüft am 23.02.2022.

Steinle, Johannes; Schmid Perpetua; Kern, Axel Olaf (2016): Soziale Arbeit im Krankenhaus - zwischen pejorativer Konnotation und Innovation -. Hg. v. Center for Health and Social Policy (CHSP) at Weingarten University. Ravensburg-Weingarten (CHSP Working Paper, 3).

Ullrich, Bauer (2005): Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung. 1st ed. 2005. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; Imprint VS Verlag für Sozialwissenschaften (Springer eBook Collection).

van den Bussche, Hendrik (2019): Die Zukunftsprobleme der hausärztlichen Versorgung in Deutschland: Aktuelle Trends und notwendige Maßnahmen. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* (62), S. 1129–1137. Online verfügbar unter <https://www.springermedizin.de/die-zukunftsprobleme-der-hausaerztlichen-versorgung-in-deutschla/17075924?fulltextView=true>, zuletzt geprüft am 07.06.2021.

Winkler, Romana (2020): Lebensqualität pflegebedürftiger älterer Menschen. Eine Längsschnittstudie unter Berücksichtigung des Pflegeheiminzugs. 1st ed. 2020. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; Imprint: Springer VS.

Woodall, James; Trigwell, Joanne; Bunyan, Ann-Marie; Raine, Gary; Eaton, Victoria; Davis, Joanne et al. (2018): Understanding the effectiveness and mechanisms of a social prescribing service: a mixed method analysis. In: *BMC health services research* 18 (1), S. 604. DOI: 10.1186/s12913-018-3437-7.

World Health Organization (Hg.) (1997): Measuring Quality of Life. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Online verfügbar unter https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf.

Zimmermann, Thomas; Mews, Claudia; Kloppe, Thomas; Tetzlaff, Britta; Hadwiger, Moritz; Knesebeck, Olaf von dem; Scherer, Martin (2018): Soziale Probleme in der hausärztlichen Versorgung – Häufigkeit, Reaktionen, Handlungsoptionen und erwünschter Unterstützungsbedarf aus der Sicht von Hausärztinnen und Hausärzten. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 131-132, S. 81–89. DOI: 10.1016/j.zefq.2018.01.008.

9 Anhang

Evaluation der arztpraxisinternen Sozialberatung mit gerontologischem Case- und Care-Management in Lichtenberger Arztpraxen (ID-Arztpraxis von Sozialberater/in einzutragen: _____)

Sehr geehrte Teilnehmende an dem Projekt „Arztpraxisinterne Sozialberatung“,

im letzten Jahr haben Sie uns in der Befragung unterstützt, mit der wir Ihre Perspektive auf das Projekt erhoben haben. Wir haben von Ihnen viele hilfreiche Antworten und Anmerkungen erhalten. Wir bitten Sie nun, erneut den (etwas gekürzten) Fragebogen auszufüllen und uns an Ihren Erfahrungen teilhaben zu lassen. Die Auswertung der Antworten erfolgt anonymisiert. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihre Funktion in der Arztpraxis: _____

Sozialberatung in Ihrer Praxis

1. Wie ist die Sozialberatung in Ihrer Praxis eingebunden? [Mehrere Nennungen sind möglich.]

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Praxispersonal und Sozialberatung haben ihr Menschenbild und ihre medizinethische Grundhaltung aufeinander abgestimmt | <input type="checkbox"/> Ärzt*in hat Zugriff auf Klientendokumentation der Sozialberater*in |
| <input type="checkbox"/> die Zusammenarbeit erfolgt auf der Basis eines gemeinsam abgestimmten Konzepts | <input type="checkbox"/> Sozialberater*in und Praxisteam informieren sich regelmäßig gegenseitig schriftlich zu Fällen |
| <input type="checkbox"/> mündliche Vereinbarungen regeln die Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten | <input type="checkbox"/> Sozialberater*in und Ärzt*in informieren sich regelmäßig gegenseitig schriftlich zu Fällen |
| <input type="checkbox"/> schriftliche Vereinbarungen regeln die Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten | <input type="checkbox"/> Sozialberater*in nimmt regelmäßig an Besprechungen des Praxisteams teil |
| <input type="checkbox"/> Sozialberater*in hat Zugriff auf Patientenakten | <input type="checkbox"/> Sozialberater*in nimmt regelmäßig an Fallbesprechungen mit Ärzt*in teil |

Anderes, nämlich:

2. Das Case-Management der Sozialberatung umfasst im Anschluss an eine Bedarfserhebung unterschiedliche Aufgaben. Welche der folgenden Aufgaben sind Ihnen in Ihrer Praxis für die Patient*innen wie wichtig? [Bitte ordnen Sie den genannten Aspekten einen Rang von 1 - *sehr wichtig*, bis 7 bzw. 8 - *weniger wichtig* zu.]

Aspekt der Sozialberatung im Praxisalltag	Rang
1. Beraten – (z. B. Informationen für Patient*innen bereitstellen und Kontakte zu anderen Beratungsangeboten aufbauen, dazu beraten und weiterleiten)	_____
2. Beschaffen – (z. B. Materielle und finanzielle Hilfen erschließen und bei der Beantragung von Leistungen oder Hilfsmitteln unterstützen)	_____
3. Begleiten – (z. B. Patient*innen zu anderen Terminen begleiten)	_____
4. Aktivieren – (z. B. Selbsthilfepotentiale der Patient*innen stärken oder Gesundheitsverhalten und –kompetenzen fördern)	_____
5. Moderieren – (z. B. Familienangehörige, Nachbarn, Freunde, etc. für die Versorgung bzw. die Hilfeprozesse aktivieren)	_____
6. Einbinden – (z. B. Zugänge zu niedrigschwelligen Hilfsangeboten, zur Alltagsunterstützung oder zu Betreuungs- und Besuchsdiensten schaffen)	_____
7. Vernetzen – (z. B. Schnittstellen zu professionellen medizinischen Diensten und zur Pflege aufbauen, gestalten und besser miteinander verzahnen)	_____
8. Anderes, nämlich:	_____

1. Wie hoch schätzen Sie den Anteil an älteren Patient*innen (60+) in Ihrer Praxis ...

- ... denen Sie die Sozialberatung empfehlen? Anteil in Prozent: _____ %*
- ... die die Sozialberatung einmalig in Anspruch nehmen? Anteil in Prozent: _____ %*
- ... die die Sozialberatung mehrfach und als Case-Management in Anspruch nehmen? Anteil in Prozent: _____ %*

* bezogen auf alle älteren Patient*innen der Praxis

2. Wie wirkt die Einbindung der Sozialberatung auf Ihre Praxis und deren Organisation? [Bitte kreuzen Sie auf der Skala von 1 (stimmt nicht) bis 5 (stimmt) an, wie sehr Sie der Aussage zustimmen.]

Der Einsatz der Sozialberater*innen ...	stimmt nicht	stimmt selten	stimmt gelegentlich	stimmt größtenteils	stimmt
... dient den Zwecken der Praxis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... trägt zur Patientenbindung bei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... entlastet das Praxispersonal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... verbessert das Arbeitsklima in der Praxis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... führt zu Veränderungen bei den Aufgaben des Praxispersonals.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... erhöht die Kompetenzen des Praxispersonals.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... führt zu Verzögerungen und vermehrten Rückfragen im Praxisbetrieb.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... erschwert die Terminplanung und -vergabe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... führt zu Unklarheiten und Fehlern im Praxisbetrieb.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes, nämlich:					

3. Welche Wirkung zeigt die Einbindung der Sozialberatung auf die ärztliche Behandlung Ihrer Einschätzung nach? [Bitte kreuzen Sie auf der Skala von 1 (stimmt nicht) bis 5 (stimmt) an, wie sehr Sie der Aussage zustimmen.]

Der Einsatz der Sozialberater*innen ...	stimmt nicht	stimmt selten	stimmt gelegentlich	stimmt größtenteils	stimmt
... verbessert die Kenntnis zum häuslichen und familiären Umfeld.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... verbessert die Diagnostik und Therapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... verbessert die fortgesetzte ärztliche Betreuung und Versorgungsqualität für die Patient*innen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... verbessert die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ermöglicht die gezielte Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... verbessert Gesundheitsverhalten und -kompetenz der Patient*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... verbessert die psychosoziale Gesundheit der Patient*innen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... erhöht die Lebensqualität der Patient*innen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... verbessert insgesamt den Behandlungserfolg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes, nämlich:					

Hinweise zur Sozialberatung in Arztpraxis

1. Welchen langfristigen Mehrwert sehen Sie durch die arztpraxisinterne Sozialberatung in allgemeinmedizinischen Arztpraxen für die Patient*innen, für ihre Praxis und bei einer Ausweitung und allgemeinen Etablierung für die Kostenträger und auf gesamtgesellschaftlicher Ebene?

2. Was ist Ihrer Meinung nach notwendig, damit sich eine arztpraxisinterne Sozialberatung in anderen allgemeinmedizinischen Arztpraxen stärker durchsetzen kann?

3. Welche weiteren Hinweise, Erfahrungen, Anregungen oder Kritiken zur arztpraxisinternen Sozialberatung in allgemeinmedizinischen Arztpraxen haben Sie?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Gesprächsleitfaden für Interviews mit den ausgewählten Ärzt*innen

1. Einstieg

- Erläuterung unseres Anliegens und unsere Verbindung zum Projekt „Arztpraxisinterne Sozialberatung in Lichtenberg“

2. Allgemeiner Hintergrund zur Arztpraxis

Wir möchten gerne zunächst einen kleinen Überblick über Ihre Praxis erhalten:

- Seit wann besteht die Praxis und seit wann sind Sie dort tätig?
- Welche Gesundheits- und Versorgungsangebote bieten Sie Ihren Patient*innen an?
- Wieviel und welches Personal ist in Ihrer Praxis tätig?
- Wie viele Patient*innen betreut Ihre Praxis etwa?
- Kommen Ihre Patient*innen überwiegend aus dem direkten Umfeld der Praxis bzw. aus Lichtenberg?
- Wie hoch schätzen Sie den Anteil älterer Patient*innen (zwischen 60 und 80 Jahren und älter als 80 Jahre) in Ihrer Praxis?

3. Einbindung der Sozialberatung in die Praxis

Uns interessiert, wie und warum das Angebot einer Sozialberatung in Ihrer Praxis umgesetzt wird. Hierzu haben wir einige Fragen:

- Was hat Sie bewogen, die Sozialberatung in Ihrer Arztpraxis mit einzubinden, bzw. sich an den Modellvorhaben zu beteiligen?
- Wie ist die arztpraxisinterne Sozialberatung in Ihrer Arztpraxis eingebunden bzw. wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit der arztpraxisinterne Sozialberatung?
- Was sind typische Aufgaben, die durch Ihre Arztpraxis für die Patient*innen übernommen werden, die Ihrer Ansicht nach aber nicht in den Bereich der hausärztlichen medizinischen Behandlung, sondern in den Bereich der Sozialberatung fallen?
- Wie wirkt sich die Einbindung auf Ihren Praxisalltag/-betrieb und deren Organisation aus?
- Welche Vorteile bietet die Zusammenarbeit Ihrer Ansicht nach?
- Welche Probleme sehen Sie aktuell bei der Zusammenarbeit mit der arztpraxisinternen Sozialberatung? Welche Entwicklungswünsche bzw. Verbesserungsvorschläge haben Sie im Hinblick auf Zusammenarbeit mit der arztpraxisinterne Sozialberatung?
- Welche mittel-/langfristige Perspektive sehen Sie für die Sozialberatung in Ihrer Arztpraxis bzw. bezogen auf die medizinische Versorgung von Patient*innen im Allgemeinen?
- Welche Hilfe- und Unterstützungsbedarfe sehen Sie bei Ihren älteren Patientinnen?
- Wirkt sich die Sozialberatung gesundheitsförderlich auf die Patient*innen aus und, wenn ja, inwieweit?
- Nehmen nur Patient*innen Arztpraxis die arztpraxisinterne Sozialberatung in Anspruch oder nutzen auch Personen von außen die arztpraxisinterne Sozialberatung?

4. Allgemeiner Hintergrund zum Umfeld in dem die Arztpraxis angesiedelt ist und zur Lebenssituation der älteren Patient*innen

Wir möchten gerne noch besser verstehen, in welchem sozialen Umfeld Ihre Praxis liegt und aus welchen Lebenslagen die älteren Patient*innen Ihre Dienste in Anspruch nehmen:

- Wie würden Sie das Umfeld in dem Ihre Arztpraxis angesiedelt ist beschreiben?
- Wie würden Sie die Lebenssituation älterer Menschen, die ihre Arztpraxis aufsuchen ganz allgemein beschreiben?
- Wie schätzen Sie die Gesundheit und die gesundheitliche Versorgungssituation Ihrer älteren Patient*innen ein?
- Welche Probleme sehen Sie bei Ihren älteren Patient*innen im Hinblick auf Prävention und Gesundheitsförderung (→ gut/schlecht informiert, aktiv/passiv, eigenverantwortlich/unselbständig)?
- Mit welchen Institutionen aus dem Umfeld Ihrer Praxis arbeiten Sie, neben der arztinternen Sozialberatung, zur Verbesserung der Versorgungssituation Ihrer älteren Patient*innen zusammen?
- Welche Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung aus dem Umfeld Ihrer Praxis sehen Sie für Ihre älteren Patient*innen als besonders wirksam an, bzw. welche Angebote sollte es geben?

5. Abschlussfrage

- Gibt es über das bisher gefragte hinaus noch etwas, was sie uns im Hinblick auf die arztpraxisinterne Sozialberatung bzw. im Hinblick auf die Gesundheit und Lebensqualität ihrer älteren Patientinnen mit auf den Weg geben wollen?

Gesprächsleitfaden für Interviews mit Vertreter*innen der Kommune (Senat, Bezirk)**1. Einstieg**

Erläuterung der Arztpraxisinternen Sozialberatung in Lichtenberg, unseres Anliegen und unsere Verbindung zum Projekt.

- Erzählen Sie uns doch ganz kurz etwas zu Ihren beruflichen Aufgabenfeldern und welche Verbindungen sich daraus zum Thema „Prävention und Gesundheitsversorgung im Alter“ und zum Modellvorhaben „Arztpraxisinterne Sozialberatung“ ergeben.

2. Kontext: Versorgung älterer und hochaltriger Menschen in Lichtenberg

- Wie schätzen Sie ganz allgemein die Versorgungs- und Unterstützungsbedarfe von älteren und hochaltrigen Menschen in Lichtenberg ein und welche Entwicklungen erwarten Sie in den kommenden Jahren?
- Vor welche Herausforderungen sehen Sie den Sozial-, Gesundheits- und Pflegebereich in Lichtenberg im Hinblick auf die soziale, medizinische und pflegerische Versorgung von älteren und hochaltrigen Menschen gestellt?
- Welche wohnortnahen präventiven, sozialen und medizinischen Angebote sind aus Ihrer Sicht für ältere und hochaltrige Menschen besonders wirksam?

3. Modellvorhaben „Arztpraxisinterne Sozialberatung“

- Wie bewerten Sie das Angebot einer Arztpraxisinternen Sozialberatung im Kontext der Versorgungslandschaft im Bezirk Lichtenberg?
- Was sind Ihrer Meinung nach wichtige Aufgaben einer Arztpraxisinternen Sozialberatung?
- Gibt es aus Ihrer Sicht bestimmte Gruppen älterer Menschen, die von der Arztpraxisinternen Sozialberatung besonders profitieren könnten?
- Worin könnte nach Ihrer Einschätzung ein Mehrwert für Arztpraxen bestehen, die eine Arztpraxisinterne Sozialberatung anbieten?
- Mit welchen Einrichtungen aus dem Umfeld von Arztpraxen sollte die Arztpraxisinterne Sozialberatung idealerweise zusammenarbeiten und sich vernetzen?
- Was wären Ihrer Einschätzung nach wichtige Kriterien um die Qualität der Arztpraxisinternen Sozialberatung zu sichern?
- Welche besonderen Fähigkeiten und Kompetenzen sollten Sozialarbeiter*innen ihrer Meinung nach für die Arztpraxisinterne Sozialberatung mitbringen?

4. Nachhaltigkeit des Modellvorhabens

- Wie könnte sich die Arztpraxisinterne Sozialberatung aus Ihrer Sicht in die Versorgungslandschaft im Bezirk Lichtenberg einbetten?
- Welche mittel-/langfristige Perspektive sehen Sie für eine Etablierung der Arztpraxisinternen Sozialberatung in Lichtenberg?
- Welche Hürden stehen aus Ihrer Sicht einer Etablierung entgegen?
- Wie könnte man diese Hürden überwinden?

5. Abschlussfrage

- Gibt es über das bisher Gefragte hinaus noch etwas, das Sie uns in Hinblick auf die Arztpraxisinterne Sozialberatung mit auf den Weg geben wollen?

Evaluation der arztpraxisinternen Sozialberatung mit gerontologischem Case- und Care-Management in Lichtenberger Arztpraxen

Dieser Fragebogen richtet sich an Personen, die 60 Jahre und älter sind.

ID-Nr. des Klienten (von Sozialberater/in auszufüllen): _____ Datum: _____

- Diese Befragung des Klienten findet zum Beginn des Case-und-Care-Managements der Sozialberatung statt.
- Diese Befragung des Klienten findet zum Abschluss des Case-und-Care-Managements der Sozialberatung statt.

Mit dieser Befragung werden Fragen zu Ihrer Lebenszufriedenheit gestellt und es wird untersucht, welche Potentiale die arztpraxisinterne Sozialberatung in Lichtenberger Arztpraxen bietet. Bitte unterstützen Sie uns durch Ihre Rückmeldung. Die Auswertung der Antworten erfolgt anonymisiert.

Bitte beantworten Sie alle Fragen auf der Grundlage Ihrer eigenen Beurteilungskriterien, Hoffnungen, Vorlieben und Interessen. Lesen Sie jede Frage sorgfältig. **Denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an Ihr Leben während der vergangenen zwei Wochen. Kreuzen Sie auf der Skala an, welche Antwortmöglichkeit für Sie am ehesten zutrifft.**

1. Welche Erwartungen haben Sie an die arztpraxisinterne Sozialberatung / bzw. Welche Resultate konnten durch die arztpraxisinterne Sozialberatung erzielt werden?

	Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr gut
2. Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Mal so, mal so	Zufrieden	Sehr zufrieden
3. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Gar nicht	Kaum	Zum Teil	Deutlich	Sehr deutlich
4. Erwarten Sie / Gab es durch die Unterstützung der Sozialberatung eine Verbesserung Ihrer Lebensqualität?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Erwarten Sie / Gab es durch die Unterstützung der Sozialberatung eine Verbesserung Ihrer Gesundheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In den folgenden Fragen geht es darum, **wie intensiv Sie bestimmte Dinge während der vergangenen zwei Wochen erlebt haben.**

	Gar nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
6. Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Gar nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
9. Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wie gut können Sie sich konzentrieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Inwieweit erfahren Sie in Ihrem Leben ein Gefühl von Gemeinschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Inwieweit erfahren Sie Liebe in Ihrem Leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Gar nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
15. Inwieweit haben Sie die Möglichkeit, anderen Menschen Ihre Liebe zu geben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Inwieweit haben Sie die Möglichkeit, die Liebe anderer Menschen zu erfahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In den folgenden Fragen geht es darum, **wie sie gegenwärtig (während der vergangenen zwei Wochen) ihr Leben bewerten.**

	Gar nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
17. Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Inwieweit sind Ihre Möglichkeiten sich mit Anderen zu unterhalten durch Probleme mit Ihren Sinnesfunktionen (z. B. Hören, Sehen) eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. In welchem Umfang sind Sie in der Lage die Dinge zu tun, die Sie gern tun wollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Inwieweit sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, weiterhin im Leben etwas zu erreichen, zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Haben Sie das Gefühl, dass Sie im Leben die Anerkennung bekamen, die Sie verdient haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Haben Sie im Allgemeinen genug zu tun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr gut
27. Wie gut können Sie sich fortbewegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Gar nicht	Kaum	Zum Teil	Deutlich	Sehr deutlich
28. Erwarten Sie / Gab es durch die Unterstützung der Sozialberatung Verbesserungen bei Ihren sozialen Beziehungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In den folgenden Fragen geht es darum, **wie zufrieden, glücklich oder gut Sie sich während der vergangenen zwei Wochen hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben.**

	Sehr un- zufrie- den	Unzufrie- den	Mal so, mal so	Zufrie- den	Sehr zu- frieden
29. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Wie zufrieden sind Sie mit dem, was Sie im Leben erreicht haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Wie zufrieden sind Sie mit der Art und Weise, wie Sie Ihre Zeit nutzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Maß an Aktivität?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, an öffentlichen Aktivitäten teilnehmen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sehr unglück- lich	Relativ unglück- lich	Mal so, mal so	Relativ glücklich	Sehr glücklich
42. Wie glücklich sind Sie bei dem Gedanken an Dinge, die Sie noch erwarten können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sehr schlecht	Schlecht	Mittel- mäßig	Gut	Sehr Gut
43. Wie beurteilen Sie Ihre Sinnesfunktionen (z. B. Hören, Sehen, Schmecken, Riechen, Tasten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Gar nicht	Kaum	Zum Teil	Deutlich	Sehr deutlich
44. Erwarten Sie / Gab es durch die Unterstützung der Sozialberatung Verbesserungen bei Ihren Aktivitäten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In der folgenden Frage geht es darum, **wie oft sich während der vergangenen zwei Wochen bei Ihnen negative Gefühle eingestellt haben, wie zum Beispiel Angst oder Traurigkeit.**

	Niemals	Nicht oft	Zeitwei- lig	Oftmals	Immer
45. Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In den folgenden Fragen geht es darum, **wie Sie während der vergangenen zwei Wochen zum Beispiel Ihre Entscheidungsfreiheit und das Gefühle der Kontrolle in Ihrem Leben erlebt haben.**

	Gar nicht	Ein wenig	Zeitweilig	Oftmals	Immer
46. Wie sehr beeinflussen Beeinträchtigungen Ihrer Sinnesfunktionen (z. B. Hören, Sehen, Schmecken, Riechen, Tasten) Ihr tägliches Leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Wie sehr beeinträchtigt das Nachlassen von z. B. Hören, Sehen, Schmecken, Riechen, Tasten Ihre Fähigkeit an Aktivitäten teilzunehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Gar keinen	Wenig	Mäßig viel	Ziemlich viel	Äußerst viel
48. Wie viel Freiraum haben Sie, um Ihre eigenen Entscheidungen zu treffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

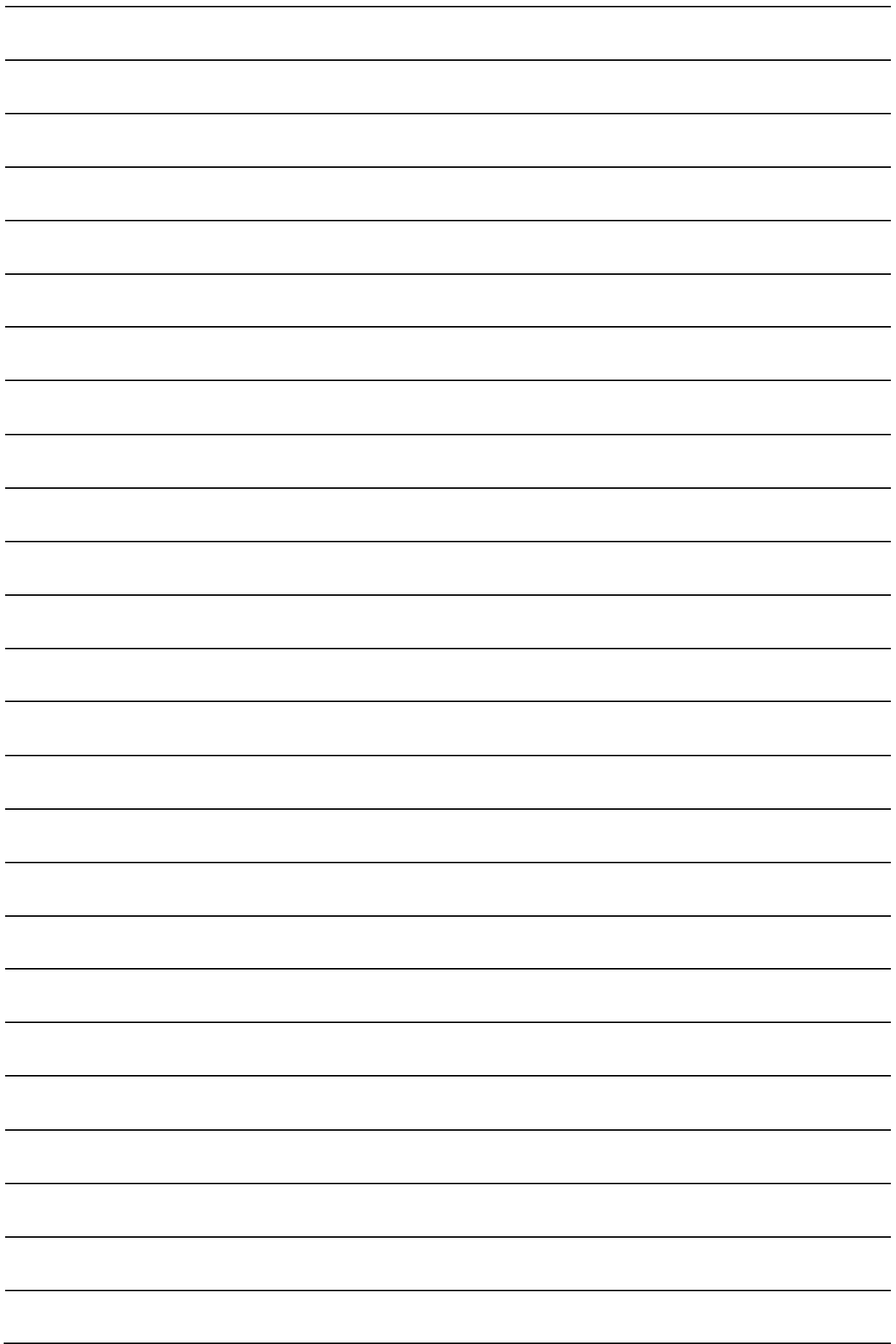
	Gar nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
49. In welchem Umfang können Sie Ihre Zukunft beeinflussen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Glauben Sie, dass die Menschen in Ihrer Umgebung Ihre Unabhängigkeit respektieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Wie sehr machen Sie sich darüber Sorgen, wie Sie sterben werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Wie sehr fürchten Sie sich davor, keinen Einfluss darauf zu haben, wie Sie sterben werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Haben Sie Angst vor dem Sterben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Wie sehr fürchten Sie sich davor, dass Ihr Tod von Schmerzen begleitet sein könnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Gar nicht	Kaum	Zum Teil	Deutlich	Sehr deutlich
55. Erwarten Sie / Gab es durch die Unterstützung der Sozialberatung Veränderungen bei der Möglichkeit Entscheidungen für Ihr Leben zu treffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56. Welche Aktivitäten der arztpraxisinternen Sozialberatung waren für Sie besonders wirkungsvoll?

57. Haben Sie noch weitere Hinweise zu Ihrer Lebensqualität, zur Zufriedenheit mit Ihrer Gesundheit oder zur arztpraxisinternen Sozialberatung?

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.



BERLIN	
Bezirksamt Lichtenberg	



Institut für
Gerontologische
Forschung e.V.

BERLIN	
Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung	