



Institut für
Gerontologische
Forschung e.V.

Evaluationsbericht

Arztpraxisinterne Sozialberatung - Gesundheitsförderung und Teilhabe älterer Menschen

Präventive Beratung und Begleitung ermöglicht benachteiligten
Menschen ein Leben in Würde bis zum Lebensende



Der Evaluationsbericht wurde erstellt im Auftrag von soziale Gesundheit e. V.

Mit Unterstützung des Bezirksamtes Lichtenberg, Abt. Familie, Jugend, Gesundheit und Bürgerdienste, OE Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des öffentlichen Gesundheitsdienstes (OE QPK) und gefördert durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung im Rahmen der „Rahmenstrategie 80 plus“.

Vorgelegt durch das
Institut für Gerontologische Forschung e.V.
Torstraße 178
10115 Berlin

Berlin, den 22.12.2020

Kontaktdaten**Institut für Gerontologische Forschung (IGF) e. V.****Torstraße 178****10115 Berlin****Tel.: +49 (0)30 8594908****Fax: +49 (0)30 8594936****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

Inhalt

1	Zusammenfassung und Hintergrund.....	4
2	Zielgruppe, Ziele und Aufbau der arztpraxisinternen Sozialberatung in Lichtenberg im Rahmen der aktuellen Projektförderung.....	6
2.1	Ziele des Projekts	6
2.2	Zielgruppe des Projekts	6
2.3	Aufbau des Projekts	9
3	Methodisches Vorgehen bei der Evaluation	10
4	Zusammenfassung der Evaluationsergebnisse.....	13
4.1	Subjektive Lebensqualität befragter Patient*innen.....	13
4.1.1	Soziodemographische Merkmale	14
4.1.2	Lebensqualität und Gesundheit.....	15
4.1.3	Physische Lebensqualität und Sinnesfunktionen.....	16
4.1.4	Psychische Lebensqualität, Intimität und Tod und Sterben aus Sicht der befragten Patient*innen	17
4.1.5	Autonomie, soziale Beziehungen und soziale Partizipation	19
4.1.6	Leistungen in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft	22
4.1.7	Umweltbezogene Rahmenbedingungen.....	22
4.2	Arztpraxisinterne Sozialberatung aus Sicht der befragten Patient*innen.....	23
4.3	Wahrnehmung sozialer Problemlagen bei älteren Patient*innen in projektbeteiligten Arztpraxen und Einbindung und Wirkungen der arztpraxisinternen Sozialberatung aus Sicht des Praxispersonals.....	25
4.3.1	Wahrnehmung von Problemlagen, die über die medizinische Versorgung hinausgehen	26
4.3.2	Einbindung der Sozialberatung in die Arztpraxen	28
4.3.3	Wirkungen der Sozialberatung auf die ärztliche Behandlung.....	30
5	Fazit	32
6	Literatur	35
7	Anhang.....	36
7.1	Fragebogen Patient*innen	36
7.2	Fragebogen Arztpraxen	40
7.3	Abbildungen zu den Evaluationsergebnissen	44

1 Zusammenfassung und Hintergrund

Mit der steigenden Lebenserwartung und vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung kann für die kommenden Jahre im Gesundheitssystem von einer weiter ansteigenden Zahl von älteren und chronisch kranken Patient*innen ausgegangen werden. Vor diesem Hintergrund mahnt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009) regelmäßig seit den 2000er Jahren zielgerichtete Veränderungen im deutschen Gesundheitswesen an. Für eine adäquate und bedarfsgerechte Versorgung von chronisch und mehrfach erkrankten älteren Patient*innen sollten nach Ansicht der Gutachten des Sachverständigenrats multidisziplinäre und integrierte Ansätze umgesetzt und eine enge Verzahnung von ambulant und stationär erbrachten medizinischen und pflegerischen Leistungen mit Angeboten zur Prävention, zur Rehabilitation, zur Arzneimittelversorgung sowie mit Leistungen von sozialen Einrichtungen und Patientenorganisationen angestrebt werden (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009, S. 93).

Eine zentrale Rolle für die Koordination und Integration von gesundheitlichen, pflegerischen und sozialen Institutionen, Leistungsanbietern und Angeboten wird dabei niedergelassenen Hausarzt*innen im Rahmen ihrer gesundheitlichen Primärversorgung zugeschrieben (vgl. ebd., S. 130). Um dies langfristig umzusetzen ist es einerseits erforderlich, sie in ihrer Koordinations- bzw. Navigationsfunktion zu stärken und andererseits müssen sie selber „zunehmend ihre Kooperation mit anderen Leistungserbringern entwickeln, also in einer Teamversorgung denken“ (ebd., S. 130).

Ein in diese Richtung angelegter Ansatz wird im Berliner Stadtbezirk Lichtenberg verfolgt. Seit dem Jahr 2013 bietet der Verein soziale Gesundheit e. V. in Lichtenberg soziale Beratung und Hilfe vorwiegend für ältere Menschen an. Unterstützt werden ältere Menschen durch die Arbeit des Vereins in sozialen Fragen und Problemen, bei denen sie Beratungsbedarf haben bzw. die sie überfordern. Dazu gehören beispielsweise Fragen zur Pflege im Alter, zum Übergang nach einem Krankenhausaufenthalt, zu körperlichen und psychischen Beschwerden, familiäre Fragen, Probleme oder Unterstützung bei anderen belastenden Lebenssituationen, wie etwa Trauer oder Einsamkeit sowie Fragen zur barrierefreien Gestaltung des Wohnraums.

Angesiedelt war die Sozialberatung von Beginn an in einer Lichtenberger Hausarztpraxis. Die Hausarztpraxis baute mit Hilfe der Sozialberatung kontinuierlich die Zusammenarbeit mit verschiedenen gesundheitlichen, pflegerischen und sozialen Angeboten innerhalb des Bezirks aus. Herausgebildet haben sich auf diese Weise unterschiedliche Versorgungspfade und Präventionsketten, die sich vor allem an ältere Menschen in kritischen Lebenslagen richten. Für sie stellt das Beratungsangebot des Vereins soziale Gesundheit e. V. eine Brücke zwischen der medizinischen Behandlung durch die Praxis und komplementären Möglichkeiten zur Stärkung ihrer Gesundheit und Förderung ihrer Lebensqualität dar.

Die Leistungen des Vereins soziale Gesundheit e. V. waren und sind für die Beratenen/Klient*innen bis heute kostenfrei. Zu Beginn wurde die Initiative ausschließlich über Spenden finanziert. Mit Unterstützung des Bezirksamts Lichtenberg und über eine Projektförderung „Präventionsberatung in Hausarztpraxen für Ältere“ im Rahmen des Aktionsprogramms Gesundheit der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Abteilung Gesundheit, konnte die Beratungstätigkeit mit dem Schwerpunkt der gesundheitlichen Prävention erstmals von Mai bis Dezember 2018 ausgeweitet werden. Auf dieser Grundlage wurde es möglich Kontakte

zu drei weiteren Lichtenberger Arztpraxen aufzubauen, das Angebot dort ebenfalls einzuführen und bedarfsgerecht weiterzuentwickeln. Seit Anfang 2020 wird die „arztpraxisinterne Sozialberatung“ als Modellprojekt mit Mitteln der Stiftung Deutsche Klassenlotterie Berlin gefördert. Umgesetzt werden soll dieses Modell nach dem bei der Lotto-Stiftung vorgelegten Konzept in insgesamt acht Arztpraxen. Angestrebt wird durch soziale Gesundheit e. V. eine Ausweitung des Angebotes auf insgesamt zehn Arztpraxen in Lichtenberg. Die Fördermittel stehen bis Ende des Jahres 2022 zur Verfügung.

Die Umsetzung im Jahr 2020 wurde durch das Institut für Gerontologische Forschung e. V. im Rahmen einer gesonderten Projektförderung finanziert über das Bezirksamt Lichtenberg wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Mit einem im Voraus abgestimmten methodischen Vorgehen sollen während des Projektaufbaus die Qualität des Projektes gefördert, Hinweise zur Zielgruppe erfasst und Wirkungen der Intervention untersucht und mit den Projektzielen abgeglichen werden. Das Ziel der wissenschaftlichen Begleitung, deren Ergebnisse in diesem Bericht dargestellt werden, besteht darin, dem Verein soziale Gesundheit e. V. Hinweise für die weitere Ausgestaltung des Beratungsangebots zu liefern. Die Ergebnisse und Empfehlungen werden auch dem Bezirksamt Lichtenberg zur Verfügung gestellt und können u. a. als Arbeitsgrundlage für die bezirkliche Altenhilfe- und Geriatriekoordination bzw. Seniorengesundheitskoordination dienen.

2 Zielgruppe, Ziele und Aufbau der arztpraxisinternen Sozialberatung in Lichtenberg im Rahmen der aktuellen Projektförderung

Im Rahmen einer Förderung durch die Deutsche Klassenlotterie Berlin wird der Verein soziale Gesundheit e. V. finanziell bei der Durchführung des Projektes „Arztpraxisinterne Sozialberatung - Gesundheitsförderung und Teilhabe älterer Menschen. Präventive Beratung und Begleitung ermöglicht benachteiligten Menschen ein Leben in Würde bis zum Lebensende.“ unterstützt (Förderzeitraum: 01/2020 – 12/2022). Im Folgenden werden die Ziele, die Zielgruppe und der Aufbau des Projektes kurz zusammenfassend dargestellt.

2.1 Ziele des Projekts

Die seit dem Jahr 2013 durch den Verein soziale Gesundheit e. V. gesammelten Erfahrungen im Rahmen ihrer innerhalb von Arztpraxen angesiedelten Beratungstätigkeit haben aus Sicht des Vereins gezeigt, dass für ältere und hochaltrige Menschen im Bezirk Lichtenberg ein über bestehende Beratungs- und Unterstützungsstrukturen hinausgehender Hilfebedarf besteht. Innerhalb des Förderzeitraumes soll daher die arztpraxisinterne Sozialberatung auf zehn Hausarztpraxen im Bezirk Lichtenberg mit einem bedarfsgerechten Case- und Care-Management für hilfe- und unterstützungsbedürftige ältere Patient*innen ausgeweitet werden. Dabei soll das Case- und Care-Management insbesondere in solchen Fällen unterstützen, in denen die Betreuung von Patient*innen deutlich über die rein medizinische Versorgung und die Ressourcen und Fachlichkeit des Personals der Arztpraxen hinausgeht. Durch das Case- und Care-Management der arztpraxisinternen Sozialberatung sollen Schnittstellen zwischen dem medizinischen und pflegerischen Versorgungssystem für die Patient*innen besser ausgestaltet und komplementäre gesundheitliche, präventive und soziale Angebote besser in deren Versorgung eingebunden werden. Gestärkt und unterstützt werden sollen über das Angebot auch die Selbstständigkeit und Hilfe zur Selbsthilfe der Patient*innen und ihre Selbstbestimmung bei der Inanspruchnahme von Hilfen. Ziel ist es, damit die gesundheitliche Lage und die Lebensqualität älterer hilfebedürftiger Patient*innen so zu verbessern bzw. zu erhalten, dass dadurch

- einer Chronifizierung von Erkrankungen entgegengewirkt werden kann,
- Krankenhauseinweisungen aus sozialen Gründen möglichst vermieden werden und
- Pflegeverläufe besser gestaltet werden, um ungewünschte Umzüge in Pflegeheime verhindern zu können.

Auf der anderen Seite sollen die Hausarztpraxen durch das Case- und Care-Management der arztpraxisinternen Sozialberatung entlastet werden. Bei komplexen Versorgungssituationen von älteren Patient*innen sind Hausärzt*innen im Praxisalltag häufig nur eingeschränkt dazu in der Lage ihrer Koordinationsfunktion nach § 73 Abs. 1 SGB V umfassend nachzukommen. Das Case- und Care-Management der arztpraxisinternen Sozialberatung soll sie bei der Planung und Umsetzung einer bedarfsgerechten und patientenorientierten Gesundheitsförderung und Prävention unterstützen.

2.2 Zielgruppe des Projekts

Das Beratungsangebot in den Arztpraxen richtet sich an vulnerable Patient*innen, insbesondere im höheren und höchsten Alter.

Insgesamt lebten im Jahr 2019 nach dem Einwohnerregister des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg im Bezirk Lichtenberg 294.201 Menschen. Der Anteil der im Bezirk lebenden Bevölkerung, die 65 Jahre und älter ist, lag mit 57.367 Personen bei rund 19,5 %. Der Altenquotient (Verhältnis zwischen der Bevölkerungsgruppe „65 Jahre und älter“ und der Bevölkerung im Erwerbsalter „18 bis unter 65 Jahre“) lag mit 30,5 leicht über dem berlinweiten Durchschnitt (29,5). Die Anzahl der Menschen im Alter „65 Jahre und älter“ verteilte sich innerhalb von Lichtenberg unterschiedlich auf die fünf Prognoserräume¹ des Bezirks (vgl. Tab. 1). Den höchsten Anteil von 65-Jährigen und Älteren an der Gesamtbevölkerung wiesen mit 27,4 % (15.697 Personen) der Prognoseraum 1104 Lichtenberg Mitte und mit 26,9 % (15.425 Personen) der Prognoseraum 1103 Lichtenberg Nord auf. Etwas geringer waren die Zahlen jeweils in 1101 Hohenschönhausen Nord (19,2 % und 11.007 Personen) und 1102 Hohenschönhausen Süd (18,0 % und 10.332 Personen). Der geringste Anteil der Altersgruppe lebte im Bezirksvergleich mit 8,6 % (4.906 Personen) in 1105 Lichtenberg Süd.

	65 bis unter 80	80 und mehr	Insgesamt	Anteil in %
Lichtenberg (insgesamt)	39.384	17.983	57.367	
1101 Hohenschönhausen Nord	8.286	2.721	11.007	19,2
1102 Hohenschönhausen Süd	7.589	2.743	10.332	18,0
1103 Lichtenberg Nord	10.126	5.299	15.425	26,9
1104 Lichtenberg Mitte	10.044	5.653	15.697	27,4
1105 Lichtenberg Süd	3.339	1.567	4.906	8,6

Tabelle 1: Bevölkerung „65 Jahre und älter“ innerhalb des Bezirks Lichtenberg nach Angaben des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg zum Stichtag 31.12.2019²

Im Jahr 2018 erhielten rund 3,4 % der älteren Lichtenberger*innen (65 Jahre und älter) Grundversicherung im Alter nach SGB XII (vgl. Bezirksamt Lichtenberg 2020, S. 12 mit Verweis auf das Amt für Statistik Berlin Brandenburg). Bezogen auf einzelne Bezirksregionen waren diese Anteile in Neu-Hohenschönhausen Nord mit 6,4 % und Frankfurter Allee Süd mit 6,1 % bezirksweit am höchsten (ebd., S. 12).

Nach einer im Jahr 2019 vom IGF durchgeführten Untersuchung (Stellmacher und Wolter 2019, unveröffentlicht) konnte die ältere Bevölkerung in Lichtenberg für ihre ambulante medizinische Versorgung auf insgesamt 176 im Bezirk angesiedelte Arztpraxen bzw. Ärzt*innen der Allgemeinmedizin und Inneren Medizin zurückgreifen (vgl. Tab. 2). Zusätzlich sind für die stationäre Versorgung im Bezirk mit dem Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge und dem Sana Klinikum Lichtenberg zwei Krankenhäuser angesiedelt.

¹ Vgl. zu Lebensweltlich orientierten Räumen (LOR) und Prognoserräumen: https://www.stadtentwicklung.berlin.de/planen/basisdaten_stadtentwicklung/lor/

² Vgl. <https://www.statistik-berlin-brandenburg.de>

	Allgemeinmedizin	Innere Medizin	Gesamtergebnis
1101 Hohenschönhausen Nord	20	11	31
1102 Hohenschönhausen Süd	19	16	35
1103 Lichtenberg Nord	20	39	59
1104 Lichtenberg Mitte	20	9	29
1105 Lichtenberg Süd	16	6	22
Lichtenberg (insgesamt)	95	81	176

Tabelle 2: Verteilung von ambulant praktizierenden Ärzten der Allgemeinmedizin und Inneren Medizin im Bezirk Lichtenberg im Jahr 2018 (Stellmacher und Wolter, 2019, unveröffentlicht)

Insbesondere mit dem höheren Lebensalter werden eine Zunahme an gesundheitlichen Einschränkungen, chronische Erkrankungen oder Pflegebedürftigkeit bei älteren Menschen immer wahrscheinlicher und es besteht häufig ein steigender Unterstützungsbedarf. Dementsprechend hat im Bezirk Lichtenberg vor dem Hintergrund des Bevölkerungswachstums und der demographischen Entwicklung zwischen 2011 und 2017 die Anzahl der im Sinne des SGB XI pflegebedürftigen Menschen zugenommen. Waren dies im Jahr 2011 noch 3.833 Personen, so stieg diese Zahl im Bezirk bis zum Jahr 2017 auf insgesamt 5.021 ambulant und stationär pflegerisch versorgte Personen an (Bezirksamt Lichtenberg 2020, S. 39 mit Verweis auf das Amt für Statistik Berlin Brandenburg). Dies entspricht einer Steigerung von rund 31 % innerhalb von 6 Jahren.

Zu Beginn der Evaluation wurden ausführliche Hintergrundgespräche mit Vertreterinnen des Vereins soziale Gesundheit e. V. geführt, in denen sie den Hintergrund des Projektes erläuterten. Im Rahmen der vom Verein seit 2013 durchgeführten Beratungstätigkeit innerhalb von Arztpraxen hat sich für die Mitarbeiter*innen des Vereins der Eindruck erhärtet, dass die Lebensqualität vieler der von ihnen begleiteten älteren Patient*innen erheblich eingeschränkt ist. So nehmen sie, nach eigener Aussage, bei zunehmendem Alter der Patient*innen teilweise einen immer stärker werdenden Rückzug aus dem sozialen Umfeld wahr, der bei Einzelnen bis hin zur sozialen Isolation führen kann. Verbunden ist damit nach Einschätzung der Mitarbeiter*innen, neben der daraus resultierenden Einsamkeit und einem Mangel an menschlicher Zuwendung, oftmals auch eine Überforderung eigenständig Hilfen für die Alltagsbewältigung und für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung in der eigenen Häuslichkeit zu organisieren. In extremen Lebenssituationen zeigten sich die behandelnden Hausarzt*innen teilweise als einzige von außen unterstützende und beratende Kontakte.

Als besonders drastisch wurden von den Mitarbeiter*innen des Vereins soziale Gesundheit e. V. bei ihren Hausbesuchen in der Vergangenheit solche Lebenssituationen wahrgenommen, in denen ältere Menschen seit längerer Zeit ihre Wohnung nicht mehr selbständig verlassen konnten, sie nur unzureichend mit Lebensmitteln und Hygieneartikeln versorgt waren oder trotz eines entsprechenden Bedarfs kein Pflegedienst eingeschaltet wurde. Sehr kritisch zeigten sich ihnen auch Krankenhausentlassungen, bei denen niemand informiert wurde und die medizinische und pflegerische genauso wie die Alltagsversorgung nach der Entlassung ungeklärt waren. Vor dem Hintergrund solcher Erfahrungen richtet sich die arztpraxisinterne Sozialberatung insbesondere an ältere, gesundheitlich beeinträchtigte und sozial isolierte Menschen, die komplexe Unterstützung und Hilfe benötigen sowie an deren Angehörige.

2.3 Aufbau des Projekts

Das Projekt wird seitens des Projektträgers soziale Gesundheit e. V. mit insgesamt 1,5 Stellen (150 % VZÄ) für die Sozialberatung und einer Teilzeitstelle für die Projektleitung (50 % VZÄ) umgesetzt. Alle Stellen waren mit Beginn der Projektlaufzeit zum 1.1.2020 zunächst besetzt. Für die Sozialberatung ergab sich zwischen April und Mitte September aber der Ausfall einer Teilzeitstelle (50 % VZÄ). Die Sozialberatung wird von einer Sozialarbeiterin und einer examinierten Fachkraft der Altenpflege durchgeführt. Die Aufgabe der Projektleitung umfasst, neben dem Aufbau und der Organisation der Sozialberatung in fachlicher und personeller Hinsicht, den Kontaktaufbau und die Kontaktpflege zu den Arztpraxen und die Vernetzung und Bekanntmachung des Angebots.

Unter der Voraussetzung entsprechender räumlicher Möglichkeiten soll laut Konzept in jeder der 10 beteiligten Arztpraxen die Sozialberatung regelmäßig einmal in der Woche im Rahmen einer zweistündigen Sprechstunde angeboten werden. Umgesetzt war dies bis November 2020 entsprechend der Möglichkeiten in vier projektbeteiligten Arztpraxen. In einer weiteren Arztpraxis wird die wöchentliche Sprechstunde voraussichtlich ab dem Jahr 2021 beginnen. Bei fünf weiteren Arztpraxen ist die Sozialberatung gegenwärtig auf Anforderung der Ärzt*innen überwiegend im Rahmen von Hausbesuchen eingebunden. Abhängig von der individuellen Bedarfs- und Problemlage einzelner Patient*innen können die Sozialberaterinnen für einen begrenzten Zeitraum das soziale Fallmanagement für diese übernehmen. Dafür greifen sie auf ihre fachlichen Kompetenzen, verbunden mit ihrem Wissen über wohnortnahe soziale, gesundheitliche und pflegerische Angebots- und Versorgungsstrukturen innerhalb des Bezirks Lichtenbergs sowie ihre Vernetzung mit anderen Akteuren im Bezirk zurück.

Mit diesem Angebot wird die medizinische Behandlung um eine psychosoziale Komponente ergänzt und den Patient*innen im vertrauten Umfeld der Praxis die Möglichkeit zur Besprechung und Lösung von individuell sehr unterschiedlich gelagerten sozialen Problemstellungen angeboten. Um das für die Sozialberatung notwendige Vertrauen aufzubauen und die Bereitschaft der Patient*innen zu erhöhen, auch persönliche Themen zu besprechen, liegen das Beratungsangebot und individuelle Fallmanagement in den Praxen möglichst immer in der Hand der gleichen Sozialberaterin.

Zwischen der Sozialberatung und den Ärzt*innen wird ein regelmäßiger patientenbezogener Austausch angestrebt. In Fallbesprechungen unterstützt die jeweilige Sozialberaterin die Ärzt*innen bei der Abwägung gesundheitsförderlicher, präventiver und rehabilitativer Maßnahmen und bei der Einleitung angezeigter medizinischer, pflegerischer, therapeutischer und psychosozialer Interventionen. Diese enge Verzahnung in den Praxen dient dem Ziel, Hilfen koordiniert zur richtigen Zeit und zuverlässig anbieten sowie Wirkungen und Erfahrungen zu eingeleiteten sozialen Interventionen den Ärzt*innen zurückmelden zu können.

3 Methodisches Vorgehen bei der Evaluation

Die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation durch das Institut für Gerontologische Forschung e. V. erfolgte im Jahr 2020 zwischen Mai und Dezember parallel zur Startphase des Projektes. Als Grundlage für die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation stand das bei der Deutschen Klassenlotterie Berlin durch den Verein soziale Gesundheit e. V. eingereichte Konzept zur Verfügung. Auf dieser Basis wurden in Zusammenarbeit mit Mitarbeiterinnen von soziale Gesundheit e. V. die Ziele, Umsetzungsschritte und die Umsetzung der Evaluation geklärt und geplant. Im Rahmen des Klärungsprozesses zeigte sich, dass das Erkenntnisinteresse der Mitarbeiterinnen von Soziale Gesundheit e. V. in Bezug auf die zu erzielenden Evaluationsergebnisse sehr weitreichend war und teilweise Aspekte umfasste, die mit den eingesetzten Mitteln nicht bearbeitet werden konnten. Besonderes Interesse bestand vor allem in Bezug auf die erzielten Wirkungen der Sozialberatung und des angebotenen Case- und Care-Managements. Dabei stand die Frage im Raum, ob sich u. a. Wirkungen im Hinblick auf den subjektiv erlebten Gesundheitszustand, die Lebensqualität und die Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit der Patient*innen abzeichneten, die auf die Sozialberatung zurückzuführen wären. Wichtig war den Mitarbeiterinnen von Soziale Gesundheit e. V. in Bezug auf die Zusammenarbeit mit den Arztpraxen bspw. auch, Hinweise zum Grad der Einbindung der arztpraxisinternen Sozialberatung und zu den aus der Zusammenarbeit resultierenden Behandlungs- und Entlastungspotentialen zu erhalten. Darüber hinaus bestand der Wunsch von der wissenschaftlichen Begleitung Hinweise zu erhalten, ob durch die Sozialberatung erkennbare Wirkungen auf die Infrastruktur und Informations- und Kommunikationsketten im Gesundheitswesen innerhalb des Bezirks Lichtenberg erzielt würden.

Diesen umfangreichen Erwartungen an die Evaluation konnte angesichts des gerade begonnenen Projektes und vor dem Hintergrund der begrenzten personellen und finanziellen Mittel, die für die wissenschaftliche Begleitung zur Verfügung standen, nur teilweise entsprochen werden. Verabredet wurde daher der Fokus auf die Zusammenarbeit der Sozialberaterinnen mit den beteiligten Arztpraxen sowie auf Rückmeldungen zu den Erwartungen und Einschätzungen der Ärzt*innen in Bezug auf die Umsetzung der Sozialberatung und die Bedarfe ihrer Patient*innen. Zusätzlich sollten die Lebenslage von Patient*innen und deren Erwartungen an, bzw. Erfahrungen mit der Sozialberatung in den Blick genommen werden.

Für die Datenerhebung wurden zwei standardisierte schriftliche Fragebögen (siehe Anhang) erarbeitet, die zwischen August und September 2020 für Befragungen eingesetzt wurden. Ein an die Arztpraxen gerichteter Fragebogen fokussierte mit insgesamt neun teilweise skalierten geschlossen und drei offenen Fragen auf die Einschätzung der Anteile älterer Patient*innen (60+) in den Arztpraxen und der bei ihnen auftretenden sozialen Probleme. Darüber hinaus wurde erfasst, wie die Sozialberatung in die Arztpraxen integriert ist, welche Aspekte der Sozialberatung von Seiten der Arztpraxen als besonders wichtig für die Patient*innen eingeschätzt wurden, wie sich die Sozialberatung innerhalb der Praxis auf die Arbeitsabläufe auswirkt und welche Wirkungen nach Einschätzung des Praxispersonals durch die Sozialberatung erzielt werden. Die an die Arztpraxen gerichteten Fragebögen wurden den dort tätigen Ärzt*innen und weiteren dort angestellten Mitarbeiter*innen zum selbständigen Ausfüllen überlassen. Die Auswertung erfolgte deskriptiv für die geschlossenen und inhaltsanalytisch für die offenen Fragen.

Mit dem zweiten Fragebogen wurden ausschließlich Patient*innen befragt, die eine Sozialberatung in Anspruch genommen hatten. Der Schwerpunkt dieser Befragung lag auf der von den Sozialberaterinnen wahrgenommenen Einschränkung der Lebensqualität bei von ihnen begleiteten Patient*innen. Gleichzeitig wurde der Frage nachgegangen, welche Erwartungen die Patient*innen an die arztpraxisinterne Sozialberatung richteten und ob sich diese aus ihrer Sicht erfüllten.

Der an die Patient*innen (60+) gerichtete Fragebogen basierte auf den 50 skalierten Fragen der deutschen Versionen des WHOQOL³-BREF und des WHOQOL-OLD (vgl. Conrad et al. 2016), die um neun skalierte Fragen zur Einschätzung der Sozialberatung ergänzt wurden. Die von der WHO entwickelten Instrumente WHOQOL-BREF und WHOQOL-OLD dienen der subjektiven Erfassung gesundheitsbezogener Lebensqualität im Erwachsenenalter. Als Ausgangspunkt zur Erfassung von Lebensqualität wird dabei folgende Definition zugrunde gelegt: „Lebensqualität ist die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems und in Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen“ (ebd. S. 12 mit Verweis auf WHOQOL-Projekt).

Vor diesem Hintergrund fokussieren die Instrumente WHOQOL-BREF und WHOQOL-OLD auf die Wahrnehmung von Lebensqualität älterer Menschen entlang der in Tabelle 3 dargestellten Dimensionen⁴. 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 (1 bis 5). Als Beurteilungszeitraum werden immer die „letzten zwei Wochen“ vorgegeben.

WHOQOL-BREF	WHOQOL-OLD
<ul style="list-style-type: none"> • Physische Lebensqualität 	<ul style="list-style-type: none"> • Sinnesfunktionen
<ul style="list-style-type: none"> • Psychische Lebensqualität 	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomie
<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Beziehungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivitäten in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft
<ul style="list-style-type: none"> • Umwelt 	<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Partizipation
<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Einschätzung von Lebensqualität und Gesundheit 	<ul style="list-style-type: none"> • Tod und Sterben
	<ul style="list-style-type: none"> • Intimität

Tabelle 3: Dimensionen des WHOQOL-BREF und WHOQOL-OLD zur subjektiven Wahrnehmung der Lebensqualität von erwachsenen und älteren Menschen (vgl. Conrad et al. 2016).

Die Instrumente WHOQOL-BREF und WHOQOL-OLD wurden im Rahmen dieser Evaluation zu einem Fragebogen zusammengefasst genutzt, da in vergleichbarer Weise im Jahr 2012 über die Befragung von 1.031 Probanden für sechs Altersgruppen ab einem Alter von 60 Jahren bevölkerungsrepräsentative Vergleichsdaten gewonnen wurden (ebd., S. 34). Diese bevölkerungsrepräsentative Stichprobe stellt in Deutschland für die Instrumente WHOQOL-BREF und WHOQOL-OLD die Normstichprobe dar (ebd.), mit der eine Einordnung der in dieser Evaluation erhobenen Daten möglich ist.

³ WHOQOL steht für „World Health Organization Quality of Life“.

⁴ Im WHOQOL-BREF werden diese Dimensionen als Domänen und im WHOQOL-OLD als Facetten bezeichnet.

Die Befragung der älteren Patient*innen (60+) wurde nach einer Einweisung in den Einsatz der Fragebögen und die Befragungstechnik als Face-to-Face-Befragung bzw. im Rahmen einer telefonischen Befragung durch die Sozialberaterinnen der „arztpraxisinternen Sozialberatung“ durchgeführt.

Das Verfahren zur Auswertung der Fragebögen sieht vor, aus allen zu einer Dimension gegebenen Antworten das jeweilige arithmetische Mittel zu bilden und diese Ergebnisse zur Vergleichbarkeit in den Wertebereich von 0 bis 100 zu transformieren. Für jede Dimension ergibt sich so ein Messwert zwischen 0 und 100. Zeigt sich für eine Person in einer der Dimensionen ein hoher Messwert, so steht dies für eine positive Ausprägung bzw. gute Lebensqualität in dieser Dimension. Ist der Messwert niedrig, steht dies für eine negative Ausprägung, bzw. geringe Lebensqualität im jeweiligen Bereich.

Die ermittelten Werte können über Perzentile alters- und geschlechtsbezogen zu Konfidenzintervallen der bundesweiten Normstichprobe in Beziehung gesetzt werden. Die für die Normstichprobe ausgewiesenen Perzentile von 10, 25, 50, 75 und 90 zeigen differenziert nach Altersgruppen der Bevölkerung und dem jeweiligen Geschlecht mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 % an, wie hoch der Anteil an Personen der Normstichprobe ist, der unterhalb der Untergrenze eines Konfidenzintervalls liegt. Bei einem Perzentil von 90 liegen 90 % der Normstichprobe unterhalb der Untergrenze eines Konfidenzintervalls. Bei einem Perzentil von 10 sind dies nur noch 10 %. Jedem im Rahmen der Patientenbefragung dieser Evaluation für die unterschiedlichen Dimensionen ermittelten Mittelwerte kann einem Konfidenzintervall und einem Perzentil der Normstichprobe zugeordnet werden, so dass darüber eine Einordnung des ermittelten Werts bezogen auf die ältere in Deutschland lebende Bevölkerung möglich ist. Ist einem Mittelwert der hier durchgeführten Befragung bspw. ein Perzentil von 50 zugeordnet, bedeutet dies, dass 50 % der erwachsenen Gesamtbevölkerung einen gleichen oder geringeren Wert erzielt haben.

4 Zusammenfassung der Evaluationsergebnisse

4.1 Subjektive Lebensqualität befragter Patient*innen

Insgesamt wurden durch die arztpraxisinterne Sozialberatung im Jahr 2020 im Bezirk Lichtenberg nach Angaben des Vereins soziale Gesundheit e. V. 169 ältere Patient*innen beraten (Stand: 16.12.2020). Dabei bestand zu 54 Patient*innen ein einmaliges Beratungsverhältnis. Sie wurden fallbezogen an andere Dienstleister vermittelt. Bei 115 älteren Patient*innen wurde die arztpraxisinterne Sozialberatung im Sinne des Case-Managements aktiv. Zu solchen komplexeren Betreuungssituationen gehörte beispielsweise die Unterstützung beim Stellen von Anträgen, die Kontaktaufnahme und Begleitung zu Fachberatungsstellen oder die Organisation von Unterstützung bei der Hauswirtschaft und Pflege.

An der Befragung der Patient*innen (Fragebogen siehe Anhang 7.1) durch die Sozialberaterinnen nahmen insgesamt 41 ältere Menschen im Alter von 60 bis 94 Jahren teil. Davon waren 14 Männer und 27 Frauen (vgl. Tab. 4). 17 dieser befragten Patient*innen wurden durch die arztpraxisinterne Sozialberatung einmalig beraten und bei 24 von ihnen wurde eine intensivere Fallberatung umgesetzt. Die Befragung mit den Instrumenten WHOQOL-BREF und WHOQOL-OLD erfolgte in 24 Fällen telefonisch und in 18 Fällen Face-to-Face. Differenziert nach Altersgruppen, sind mit jeweils 13 und 12 Personen die meisten älteren Patient*innen in den Altersgruppen „älter 85 Jahre“ und „76-80 Jahre“ befragt worden. In den weiteren befragten Altersgruppen waren es zwischen minimal 3 und maximal 5 Patient*innen.

Altersgruppe	Männer	Frauen	Gesamt
60-65 Jahre	2	2	4
66-70 Jahre	1	2	3
71-75 Jahre	1	3	4
76-80 Jahre	2	10	12
81-85 Jahre	2	3	5
älter 85 Jahre	6	7	13
Gesamt	14	27	41

Tabelle 4: Anzahl der befragten Patient*innen differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht.

In den folgenden Abschnitten werden zunächst die soziodemographischen Merkmale der befragten Patient*innen vorgestellt und anschließend die Ergebnisse der mit den Instrumenten WHOQOL-BREF und WHOQOL-OLD durchgeführten Befragung mit der von Conrad et al. (2016) veröffentlichten bundesweiten Normstichprobe in Beziehung gesetzt. Die für die Vorstellung der Befragungsergebnisse in den Abschnitten wiedergegebenen Tabellen differenzieren nach Altersgruppen und Geschlecht. Da sich insbesondere in Bezug auf die unterschiedlichen Altersgruppen zumeist nur geringe Unterschiede zeigen und die Anzahl der befragten Patient*innen in manchen Altersgruppen sehr gering war, wird in der schriftlichen Ausführung in dieser Hinsicht, anders als bei geschlechtsbezogenen Unterschieden, nur im Einzelfall auf deutliche Differenzen hingewiesen.

4.1.1 Soziodemographische Merkmale

Tabelle 5 fasst unterschiedliche soziodemographische Merkmale der befragten Patient*innen nach sechs Altersgruppen zusammen. Bezogen auf die Gesamtstichprobe wurden in allen untersuchten Altersgruppen mehr Frauen als Männer befragt. Das Durchschnittsalter der Befragten lag insgesamt bei 79,3 Jahren mit einer Standardabweichung von 8,7 Jahren.

Soziodemographische Merkmale befragter Patient*innen							
	Altersgruppen (alle Angaben in %)						
	60-65 Jahre	66-70 Jahre	71-75 Jahre	76-80 Jahre	81-85 Jahre	> 85 Jahre	Gesamt
Geschlecht							
Männer	46,2	50,0	33,3	40,0	16,7	40,0	35,7
Frauen	53,8	50,0	66,7	60,0	83,3	60,0	64,3
Familienstand							
Ledig	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,4
Geschieden	50,0	0,0	0,0	8,3	0,0	0,0	7,1
Verheiratet	25,0	66,7	80,0	33,3	60,0	53,8	50,0
Verwitwet	0,0	33,3	20,0	58,3	40,0	46,2	40,5
Wohnsituation							
allein lebend	75,0	33,3	20,0	66,7	20,0	46,2	47,6
mit Partner*in	25,0	66,7	80,0	33,3	60,0	53,8	50,0
mit Angehörigen	0,0	0,0	0,0	0,0	20,0	0,0	2,4
Höchster Schulabschluss							
Keine Angabe	0,0	0,0	20,0	0,0	0,0	0,0	2,4
Ohne Schulabschluss	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,7	2,4
Einfacher Schulabschluss	0,0	33,3	20,0	50,0	60,0	76,9	50,0
Mittlerer Schulabschluss	100,0	66,7	20,0	41,7	0,0	0,0	28,6
Abitur	0,0	0,0	40,0	8,3	40,0	15,4	16,7
Pflegegrad							
keiner	50,0	33,3	0,0	50,0	20,0	23,1	31,0
I	50,0	33,3	80,0	16,7	40,0	38,5	38,1
II	0,0	33,3	20,0	25,0	40,0	30,8	26,2
III	0,0	0,0	0,0	8,3	0,0	7,7	4,8

Tabelle 5: Soziodemographische Merkmale der befragten Patient*innen differenziert nach Altersgruppen.

Bei den befragten Männern lag das Durchschnittsalter bei $80 \pm 9,5$ Jahren und bei den Frauen bei den Frauen bei $78,9 \pm 8,3$ Jahren. Insgesamt gaben 90,5 % der Patient*innen zum Zeitpunkt der Befragung an, entweder verheiratet (50 %) oder verwitwet zu sein (40,5 %). Die Hälfte der Befragten (50 %) lebte zusammen mit einer/einem Lebenspartner*in in einem Haushalt. Alle weiteren Personen (mit Ausnahme einer Patientin, die sich ihren Haushalt mit der Tochter teilte) lebten alleine (47,6 %). Bei der Frage nach dem höchsten erreichten Schulabschluss gab die Hälfte der Patient*innen an, über einen einfachen Schulabschluss (Volksschulabschluss, 8. Klasse Polytechnische Oberschule oder Hauptschulabschluss) zu verfügen. 28,6 % haben ihre Schullaufbahn mit einem mittleren Schulabschluss (10. Klasse Polytechnische Oberschule) und

16,7 % mit dem Abitur abgeschlossen. Eine Person verfügt über keinen Schulabschluss und eine weitere machte keine Angabe zu dieser Frage.

Erfragt wurde auch, inwieweit bei den älteren Patient*innen bereits eine Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI vorliegt. Knapp ein Drittel der Patient*innen (31 %) hatte zum Zeitpunkt der Befragung keinen anerkannten Pflegegrad. Eine geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder ihrer Fähigkeiten (Pflegegrad I) hatten 38,1 % der Befragten. 26,2 % der Patient*innen wiesen Pflegegrad II und 4,8 % Pflegegrad III auf. Patient*innen mit höheren Pflegegraden waren in der Befragung nicht vertreten.

4.1.2 Lebensqualität und Gesundheit

Mit dem für diese Evaluation aus den Instrumenten WHOQOL-BREF und WHOQOL-OLD zusammengestellten Fragebogen sind die älteren Patient*innen zunächst allgemein nach einer Einschätzung ihrer Lebensqualität und der Beurteilung ihres Gesundheitszustands befragt worden. Für die Auswertung wurden diese beiden Aspekte zu einem Globalwert zusammengefasst. Diesem jeweils für alle Patient*innen ermittelten Wert sind anschließend die Perzentile der auf die bundesdeutsche Bevölkerung bezogenen Normstichprobe zugeordnet worden (siehe Abschnitt 3). Tabelle 6 zeigt nach Altersgruppen und nach den Geschlechtern differenziert die Anteile der befragten Patient*innen, die den jeweiligen Perzentilen zugeordnet werden konnten.

Dimension „Lebensqualität und Gesundheit“						
Altersgruppe und Geschlecht	Anteil (%) befragter Patient*innen, an den Perzentilen der Normstichprobe					
	Perzentil	10	25	50	75	90
60-65 Jahre		25	50	0	0	25
66-70 Jahre		33	33	0	33	0
71-75 Jahre		25	0	50	0	25
76-80 Jahre		33	25	33	0	8
81-85 Jahre		20	0	40	20	20
älter 85 Jahre		23	23	23	31	0
Frauen		33	22	26	11	7
Männer		14	21	29	21	14
Gesamtergebnis		27	22	27	15	10

Tabelle 6: Zuordnung der Anteile befragter Patient*innen zu den Perzentilen der bundesweiten Normstichprobe (differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht) bei der subjektiven Einschätzung ihrer allgemeinen Lebensqualität und Gesundheit.

Bezogen auf alle Altersgruppen wurden rund 49 % der befragten Patient*innen den Perzentilen 10 und 25 der Normstichprobe zugeordnet und erreichen damit eher niedrigere Werte bei der Bewertung von Lebensqualität und Gesundheit. Sie schätzten ihre Lebensqualität und Gesundheit zum Befragungszeitpunkt eher schlechter ein. 27 % der Befragten wurden mit durchschnittlichen Mittelwerten dem Perzentil 50 der Normstichprobe zugeordnet. Für 25 % der befragten Patient*innen ergaben sich Mittelwerte, die bei der Normstichprobe in die Perzentile 75 bzw. 90 fallen würden, was einer positiveren Bewertung der Lebensqualität und Gesundheit entspricht. Ähnlich spiegeln sich diese Verteilungen auch für die einzelnen Altersgruppen wie-

der. Eine kleine Abweichung gibt es bei der Gruppe der 81 bis 85-jährigen befragten Patient*innen. In dieser Altersgruppe entsprach die Bewertung der Lebensqualität und Gesundheit bei 80 % der Befragten den Perzentilen 50 oder höher.

Leichte Unterschiede in der Bewertung von Lebensqualität und Gesundheit zeigen sich zwischen den Geschlechtern. Insgesamt schätzten die befragten ihre Lebensqualität Männer im Durchschnitt besser ein als die befragten Frauen. Während zusammengenommen 55 % der Patientinnen in der Bewertung ihrer Lebensqualität und Gesundheit den Perzentilen 10 und 25 der Normstichprobe zugeordnet wurden, sind es bei den Männern mit 35 % nur etwas mehr als ein Drittel. Ebenfalls 35 % der männlichen Patienten schätzten ihre Lebensqualität und gesundheitliche Lage tendenziell eher positiver ein (Perzentil 75 oder 90). Bei 18 % der befragten Frauen zeigten sich Mittelwerte, die auf eine positivere Einschätzung ihrer Lebensqualität und Gesundheit verweisen und die sich den Perzentilen 75 und 90 der Normstichprobe zurechnen lassen.

4.1.3 Physische Lebensqualität und Sinnesfunktionen

Mit der Dimension der „Physischen Lebensqualität“ wird über den WHOQOL-BREF subjektiv für eine Person erfasst, ob sie körperlich genug Energie und Ausdauer aufbringen kann, ihren Alltag zu bewältigen oder ob sie sich dabei bspw. durch Schmerzen, Schlafschwierigkeiten, medizinische Behandlungen oder Erkrankungen des Bewegungsapparats eingeschränkt fühlt.

Dimension „Physische Lebensqualität“					
Altersgruppe und Geschlecht	Anteil (%) befragter Patient*innen, an den Perzentilen der Normstichprobe				
Perzentil	10	25	50	75	90
60-65 Jahre	75	0	25	0	0
66-70 Jahre	33	33	33	0	0
71-75 Jahre	50	25	0	0	25
76-80 Jahre	50	17	17	17	0
81-85 Jahre	20	20	60	0	0
älter 85 Jahre	31	46	15	8	0
Frauen	44	19	30	4	4
Männer	36	43	7	14	0
Gesamtergebnis	41	27	22	7	2

Tabelle 7: Zuordnung der Anteile befragter Patient*innen zu den Perzentilen der bundesweiten Normstichprobe (differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht) bei der subjektiven Einschätzung ihrer physischen Lebensqualität.

Tabelle 7 zeigt, dass sich die für diese Dimension ermittelten Werte bei zusammengenommen 68 % der befragten Patient*innen den Perzentilen 10 und 25 der Normstichprobe zuordnen ließen. Dieser Anteil an befragten Patient*innen sieht sich subjektiv eher in einem schlechteren physischen Zustand und fühlt sich nur noch eingeschränkt dazu in der Lage den eigenen Alltag zu bewältigen. Demgegenüber stehen nur 9 % der Befragten, denen die Perzentile 75 und 90 zugeordnet wurden und die sich tendenziell noch in der körperlichen Verfassung sehen, ihr tägliches Leben zu bewältigen.

Bei der Dimension „Physische Lebensqualität“ gibt es zwischen den befragten männlichen und weiblichen Patient*innen leichte Unterschiede. Die befragten Männer sahen sich etwas häufiger als die Frauen im Hinblick auf die eigene Physis nur noch eingeschränkt in der Lage den eigenen Alltags bewältigen zu können. Während 79 % der Antworten von Männern den Perzentilen 10 und 25 der Normstichprobe zugeordnet wurden, waren es 63 % der Antworten der Frauen.

Etwas weitergehend kann mit dem WHOQOL-OLD bei älteren Menschen untersucht werden, wie sich Veränderungen beim Sehen, Hören, Riechen, Schmecken, Appetit und beim Tastsinn auf die Lebensqualität auswirken. Dabei konzentriert sich die Abfrage dieser Dimension auf das Funktionieren und weniger auf die Einschränkung dieser Aspekte. Abgefragt wird, wie sehr die Funktionsfähigkeit der Sinne Einfluss auf die Möglichkeit hat, sich an täglichen Aktivitäten zu beteiligen, wie die Freude daran durch die Sinne beeinflusst ist und ob eine Einschränkung von Sinnen mit einem Gefühl der Vereinsamung begleitet ist. Dabei müssen Sinneseinschränkungen nicht zwangsläufig einen als negativ wahrgenommenen Einfluss auf den Alltag haben, wenn es den befragten Personen gelingt, sich erfolgreich an das Nachlassen ihrer Sinne anzupassen.

Dimension „Sinnesfunktionen“					
Altersgruppe und Geschlecht	Anteil (%) befragter Patient*innen, an den Perzentilen der Normstichprobe				
Perzentil	10	25	50	75	90
60-65 Jahre	50	25	0	0	25
66-70 Jahre	33	33	0	33	0
71-75 Jahre	75	0	25	0	0
76-80 Jahre	50	33	8	0	8
81-85 Jahre	0	100	0	0	0
älter 85 Jahre	38	15	15	15	15
Frauen	52	22	11	11	4
Männer	21	50	7	0	21
Gesamtergebnis	41	32	10	7	10

Tabelle 8: Zuordnung der Anteile befragter Patient*innen zu den Perzentilen der bundesweiten Normstichprobe (differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht) bei der subjektiven Einschätzung ihrer Sinnesfunktionen.

Die aus den Antworten errechneten Mittelwerte von knapp drei Viertel der Befragten, nämlich 73 %, wurden den Perzentilen 10 und 25 zugeordnet und nur 17 % den Perzentilen 75 und 90 (vgl. Tab. 8). Die große Mehrheit der befragten Patient*innen fühlt sich demnach durch die Beeinträchtigung ihrer Sinnesfunktionen in ihrem täglichen Leben oder in ihrer Kommunikation mit anderen Menschen eher eingeschränkt. Das zeigt sich in vergleichbarer Form für alle befragten Altersgruppen und für die beiden Geschlechter.

4.1.4 Psychische Lebensqualität, Intimität und Tod und Sterben aus Sicht der befragten Patient*innen

Dieser Abschnitt fasst die bei der Befragung der Patient*innen erzielten Ergebnisse in den Dimensionen „Psychische Lebensqualität“, „Intimität“ und „Tod und Sterben“ zusammen.

Die Dimension der „Psychischen Lebensqualität“ im WHOQOL-BREF spiegelt wider, wie sehr die befragten Patient*innen in der Lage sind, positive Gefühle zu erleben, ob sie sich mit sich

selber, ihrem Äußeren und ihrem Leben zufrieden zeigen, oder wie sehr ihr Leben durch negative Gefühle gegenüber anderen und sich selber belastet ist.

Dimension „Psychische Lebensqualität“					
Altersgruppe und Geschlecht	Anteil (%) befragter Patient*innen, an den Perzentilen der Normstichprobe				
Perzentil	10	25	50	75	90
60-65 Jahre	75	0	0	25	0
66-70 Jahre	33	33	0	33	0
71-75 Jahre	25	25	25	0	25
76-80 Jahre	50	17	8	25	0
81-85 Jahre	20	20	40	20	0
älter 85 Jahre	23	31	23	23	0
Frauen	41	22	11	22	4
Männer	29	21	29	21	0
Gesamtergebnis	37	22	17	22	2

Tabelle 9: Zuordnung der Anteile befragter Patient*innen zu den Perzentilen der bundesweiten Normstichprobe (differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht) bei der subjektiven Einschätzung ihrer psychischen Lebensqualität.

Im Gegensatz zur physischen Lebensqualität zeigt sich bezogen auf alle befragten Patient*innen eine geringfügig bessere Tendenz (vgl. Tab. 9). Allerdings wurde auch bei dieser Dimension mit 59 % etwas mehr als die Hälfte aller befragten Patient*innen den Perzentilen 10 und 25 der Normstichprobe zugeordnet. Sie schätzten ihre psychische Lebensqualität eher negativer ein. 24 % der befragten Patient*innen hatten demgegenüber eher positive Gefühle und Gedanken und waren mit sich selber vergleichsweise zufrieden.

Dimension „Tod und Sterben“					
Altersgruppe und Geschlecht	Anteil (%) befragter Patient*innen, an den Perzentilen der Normstichprobe				
Perzentil	10	25	50	75	90
60-65 Jahre	50	0	0	0	50
66-70 Jahre	0	100	0	0	0
71-75 Jahre	25	75	0	0	0
76-80 Jahre	67	17	0	0	17
81-85 Jahre	60	20	0	0	20
älter 85 Jahre	31	38	0	31	0
Frauen	56	37	0	0	7
Männer	21	29	0	29	21
Gesamtergebnis	44	34	0	10	12

Tabelle 10: Zuordnung der Anteile befragter Patient*innen zu den Perzentilen der bundesweiten Normstichprobe (differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht) bei ihren subjektiven Ängsten vor Tod und Sterben.

Auch bei dieser Dimension zeigten sich Unterschiede zwischen den befragten Geschlechtern. Die befragten Frauen waren mit 63 % im Vergleich zu den Männern mit 50 % in den Perzentilen 10 und 25 mehrheitlich mit ihrer psychischen Lebensqualität eher unzufriedener.

Deutlich stärker zeigen sich die Unterschiede zwischen den Geschlechtern in der Dimension „Tod und Sterben“. In dieser Dimension werden im Instrument WHOQOL-OLD Ängste und Befürchtungen älterer Menschen vor dem Tod und der Unvermeidbarkeit des Sterbens erfasst. Bei dieser Dimension wurden von den befragten Patient*innen mit 78 % mehr als drei Viertel in den Perzentilen 10 und 25 der Normstichprobe verortet (vgl. Tab. 10). Damit zeigten sich bei der großen Mehrheit der befragten Patient*innen deutliche Ängste und Befürchtungen in Bezug auf den Tod und das Sterben. Weniger ausgeprägt war dies bei den männlichen Befragten (50 %) während sich die befragten Frauen zu 93 % den Perzentilen 10 und 25 der Normstichprobe zurechnen lassen konnte.

Insgesamt positiver beurteilte die Mehrheit der befragten Patient*innen ihre Möglichkeiten enge und intime Beziehungen zu pflegen. Bei dieser Dimension des WHOQOL-OLD wird von einem positiven Einfluss auf die Lebensqualität älterer Menschen durch das Erleben enger und vertrauter Beziehungen, körperlicher Nähe und dem Austausch von Zärtlichkeit ausgegangen.

Für die befragten Patient*innen zeigte sich in dieser Hinsicht eine relativ gleichmäßige Einordnung in die Perzentile der Normstichprobe (vgl. Tab. 11). Zwischen 20 und 22 % der Befragten konnten den Perzentilen 10, 25, 50 und 75 zugeordnet werden und 15 % dem Perzentil 90. Insofern berichteten ähnlich viele ältere Patient*innen von Möglichkeiten, wie von Einschränkungen beim Erleben intimer Beziehungen. In Bezug auf die Möglichkeit enge und vertraute Beziehungen zu erleben, konnten 43 % der befragten Männer in die Perzentile 75 und 90 einsortiert werden, während es bei den Frauen 34 % waren.

Dimension „Intimität“					
Altersgruppe und Geschlecht	Anteil (%) befragter Patient*innen, an den Perzentilen der Normstichprobe				
Perzentil	10	25	50	75	90
60-65 Jahre	25	0	50	25	0
66-70 Jahre	0	0	33	0	67
71-75 Jahre	25	0	0	25	50
76-80 Jahre	25	33	17	17	8
81-85 Jahre	0	20	40	40	0
älter 85 Jahre	23	31	15	23	8
Frauen	22	22	22	19	15
Männer	14	21	21	29	14
Gesamtergebnis	20	22	22	22	15

Tabelle 11: Zuordnung der Anteile befragter Patient*innen zu den Perzentilen der bundesweiten Normstichprobe (differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht) bei der subjektiven Einschätzung ihrer Intimität.

4.1.5 Autonomie, soziale Beziehungen und soziale Partizipation

Die Dimension „Autonomie“ des WHOQOL-OLD geht davon aus, dass ältere Menschen aufgrund von körperlichen und psychischen Einschränkung in ihrer Unabhängigkeit und in Bezug auf die Kontrolle ihres täglichen Lebens eingeschränkt sein können und dass sich dies auf ihre Lebensqualität auswirkt. Einbezogen werden dabei auch Fragen im Hinblick auf damit verbundene Gefühle und die Beeinflussung der persönlichen Würde durch eine möglicherweise gestiegene Abhängigkeit von anderen Menschen.

Dimension „Autonomie“					
Altersgruppe und Geschlecht	Anteil (%) befragter Patient*innen, an den Perzentilen der Normstichprobe				
Perzentil	10	25	50	75	90
60-65 Jahre	50	25	0	25	0
66-70 Jahre	33	33	33	0	0
71-75 Jahre	25	0	50	0	25
76-80 Jahre	25	42	0	17	17
81-85 Jahre	40	0	0	60	0
älter 85 Jahre	54	8	23	15	0
Frauen	44	22	7	22	4
Männer	29	14	29	14	14
Gesamtergebnis	39	20	15	20	7

Tabelle 12: Zuordnung der Anteile befragter Patient*innen zu den Perzentilen der bundesweiten Normstichprobe (differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht) bei der subjektiven Einschätzung ihrer Autonomie.

In Bezug auf ihre Autonomie konnten zum Befragungszeitpunkt 59 % der Patient*innen den Perzentilen 10 und 25, 15 % dem Perzentil 50 und 27 % den Perzentilen 75 und 90 zugerechnet werden (vgl. Tab. 12). Damit gaben mehr als die Hälfte der befragten Patient*an, dass sie sich tendenziell eher als fremdbestimmt bzw. in der Kontrolle über ihr eigenes Leben eingeschränkt erlebten. Die befragten Männer (43 %) fühlten sich dabei gegenüber den Frauen (66 %) in geringerem Umfang betroffen. Sowohl unter den Frauen als auch unter den Männern schätzen jeweils ca. ein Viertel der Befragten ihre Autonomie eher positiv ein. Unterschiede zeichneten sich zwischen den befragten männlichen und weiblichen Patient*innen in Bezug auf die Wahrnehmung ihrer sozialen Beziehungen ab.

Über die Dimension „Soziale Beziehungen“ aus dem WHOQOL-BREF wird herausgearbeitet, wie zufrieden die Befragten mit ihren persönlichen Beziehungen und Freundschaften sind und wie sehr sie sich durch diese Beziehungen unterstützt sehen. Bei dieser Dimension konnte mit 46 % etwas weniger als die Hälfte aller befragten Patient*innen in die Perzentile 10 und 25 der Normstichprobe eingeordnet werden (vgl. Tab. 13). Sie zeigten sich zum Befragungszeitpunkt mit ihren persönlichen Beziehungen in der Tendenz eher unzufrieden. 39 % der Befragten wurden dagegen in die Perzentile 75 und 90 der Normstichprobe eingestuft und waren eher zufrieden mit ihren sozialen Beziehungen. In Bezug auf die Geschlechter wurden mit 56 % eher Frauen als Männer (28 %) in den Perzentilen 10 und 25 verortet. Bei den befragten männlichen Patienten war knapp ein Drittel (29 %) dem Perzentil 50 der Normstichprobe zuzuordnen und war nur mehr oder weniger zufrieden mit den sozialen Beziehungen. Dieser Anteil war bei den Frauen mit 7 % deutlich geringer. Positiver beurteilten ihre persönlichen Beziehungen und Freundschaften im Vergleich 37 % der befragten Frauen und 43 % der Männer.

Dimension „Soziale Beziehungen“					
Altersgruppe und Geschlecht	Anteil (%) befragter Patient*innen, an den Perzentilen der Normstichprobe				
Perzentil	10	25	50	75	90
60-65 Jahre	50	0	50	0	0
66-70 Jahre	0	67	33	0	0
71-75 Jahre	0	25	25	0	50
76-80 Jahre	42	0	8	33	17
81-85 Jahre	40	0	0	60	0
älter 85 Jahre	38	15	8	31	8
Frauen	41	15	7	22	15
Männer	21	7	29	36	7
Gesamtergebnis	34	12	15	27	12

Tabelle 13: Zuordnung der Anteile befragter Patient*innen zu den Perzentilen der bundesweiten Normstichprobe (differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht) bei der subjektiven Einschätzung ihrer sozialen Beziehungen.

Über die sozialen Beziehung hinausgehend nimmt die Dimension „Soziale Partizipation“ aus dem Instrument WHOQOL-OLD in den Blick, wie ältere Menschen ihre Möglichkeiten und Fähigkeiten einschätzen, aktiv sein zu können, ihre Zeit für Dinge zu nutzen, die ihnen wichtig sind, und wie sehr sie sich als Teil einer Gemeinschaft fühlen.

Dimension „Soziale Partizipation“					
Altersgruppe und Geschlecht	Anteil (%) befragter Patient*innen, an den Perzentilen der Normstichprobe				
Perzentil	10	25	50	75	90
60-65 Jahre	50	25	0	25	0
66-70 Jahre	33	67	0	0	0
71-75 Jahre	25	0	50	0	25
76-80 Jahre	50	17	8	17	8
81-85 Jahre	20	40	40	0	0
älter 85 Jahre	8	38	23	23	8
Frauen	37	22	22	15	4
Männer	14	43	14	14	14
Gesamtergebnis	29	29	20	15	7

Tabelle 14: Zuordnung der Anteile befragter Patient*innen zu den Perzentilen der bundesweiten Normstichprobe (differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht) bei der subjektiven Einschätzung ihrer sozialen Partizipation.

Bei dieser Dimension ließen sich, bezogen auf alle befragten Patient*innen, 58 % in die Perzentile 10 und 25, 20 % in das Perzentil 50 und 22 % in die Perzentile 75 und 90 der Normstichprobe einordnen (vgl. Tab. 14). Insofern zeigte sich beim Vergleich der Werte die Mehrheit der Befragten eher unzufriedener mit dem Ausmaß ihrer eigenen Aktivitäten und mit ihren Möglichkeiten zur Teilhabe. Dabei waren die Ergebnisse bei den Perzentilen 10 und 25 für die befragten Männer und Frauen ähnlich. Allerdings konnten mit 28 % mehr Männer als Frauen (19 %) den Perzentilen 75 und 90 der Normstichprobe zugerechnet werden.

4.1.6 Lebensleistungen in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft

Mit dem WHOQOL-OLD wird auch untersucht, wie sehr die befragten Personen mit dem im Verlauf ihres Lebens erreichten Lebensleistungen zufrieden sind, was sie in dieser Hinsicht für ihr zukünftiges Leben erwarten und wie, ihrer Meinung nach, andere ihre Lebensleistungen der Vergangenheit und Gegenwart einschätzen.

Bei dieser Dimension zeigte sich für die befragten Patient*innen ein etwas anderes Bild als bei den anderen untersuchten Dimensionen. Mit 44 % konnte beim Gesichtspunkt der Zufriedenheit mit Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft fast die Hälfte der Befragten den Perzentilen 75 und 90 der Normstichprobe zugerechnet werden (vgl. Tab. 15). Im Gegensatz dazu stehen 39 % der befragten Patient*innen, die sich in die Perzentile 10 und 25 der Normstichprobe einsortieren ließen und sich weniger zufrieden mit den vergangenen, gegenwärtigen und erwarteten Lebensleistungen zeigten. Deutliche Unterschiede werden zwischen den befragten Frauen und Männern sichtbar. Während die Mehrheit der Männer (57 %) in die Perzentile 75 und 90 der Normstichprobe zugeordnet werden konnte, sind es bei den Frauen nur 37 %. Von ihnen fallen 48 % in die Perzentile 10 und 25 der Normstichprobe und waren mit ihrer Vergangenheit, Gegenwart und den Zukunftsaussichten im Vergleich eher weniger zufrieden.

Dimension „Aktivitäten in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft“					
Altersgruppe und Geschlecht	Anteil (%) befragter Patient*innen, an den Perzentilen der Normstichprobe				
	10	25	50	75	90
Perzentil					
60-65 Jahre	25	50	0	25	0
66-70 Jahre	33	0	0	67	0
71-75 Jahre	25	0	0	50	25
76-80 Jahre	42	8	25	0	25
81-85 Jahre	0	20	0	20	60
älter 85 Jahre	15	15	31	38	0
Frauen	33	15	15	22	15
Männer	7	14	21	36	21
Gesamtergebnis	24	15	17	27	17

Tabelle 15: Zuordnung der Anteile befragter Patient*innen zu den Perzentilen der bundesweiten Normstichprobe (differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht) bei der subjektiven Einschätzung ihrer Aktivitäten in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft.

4.1.7 Umweltbezogene Rahmenbedingungen

Die Dimension „Umwelt“ des WHOQOL-BREF liefert als zusammengefasste Kategorie Hinweise zur Zufriedenheit mit den Wohnbedingungen, den zum Leben zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln, dem Zugang zu Gesundheitsangeboten, Informationen und Beförderungsmitteln und den Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung der befragten Personen. Eher unzufrieden zeigten sich in dieser Dimension mit 56 % mehr als die Hälfte der befragten Patient*innen, sie wurden den Perzentilen 10 und 25 zugeordnet (vgl. Tab. 16). Jeweils 22 % der Befragten ließen sich dem Perzentil 50 und zusammengefasst den Perzentilen 75 und 90 der Normstichprobe zuordnen. Sie waren in der Tendenz mehr oder weniger zufrieden bzw. eher zufrieden mit der Qualität ihrer Umweltbedingungen. Bei dieser Dimension ließen mehr der befragten Frauen im Vergleich zu

den Männern eine etwas größere Zufriedenheit erkennen. Die Antworten von 26 % der Frauen und 14 % der Männer konnten den Perzentilen 75 und 90 der Normstichprobe zugewiesen werden. In den Perzentilen 10 und 25 waren es 56 % der Antworten von Frauen und 58 % jener von Männern.

Dimension „Umwelt“					
Altersgruppe und Geschlecht	Anteil (%) befragter Patient*innen, an den Perzentilen der Normstichprobe				
Perzentil	10	25	50	75	90
60-65 Jahre	75	0	0	25	0
66-70 Jahre	33	0	33	33	0
71-75 Jahre	25	25	0	25	25
76-80 Jahre	50	8	25	0	17
81-85 Jahre	20	20	40	20	0
älter 85 Jahre	46	15	23	15	0
Frauen	52	4	19	22	4
Männer	29	29	29	0	14
Gesamtergebnis	44	12	22	15	7

Tabelle 16: Zuordnung der Anteile befragter Patient*innen zu den Perzentilen der bundesweiten Normstichprobe (differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht) bei der subjektiven Einschätzung ihrer Umwelt.

4.2 Arztpraxisinterne Sozialberatung aus Sicht der befragten Patient*innen

Über die Fragen aus dem WHOQOL-BREF und WHOQOL-OLD hinausgehend wurden die älteren Patient*innen zu Einschätzungen in Bezug auf die arztpraxisinterne Sozialberatung und ein damit ursprünglich verbundenes Besuchs- und Begleitangebot⁵ befragt. Dabei zeigten sich bei den befragten Patient*innen teilweise geringe bis durchschnittliche, aber überwiegend positive Erwartungen bzw. Erfahrungen⁶.

68 % der Befragten erwarteten eine Verbesserung ihrer Lebensqualität bzw. konnten bereits deutliche bis sehr deutliche Verbesserungen ihrer **Lebensqualität** durch die Unterstützung der Sozialberatung wahrnehmen. In Bezug auf den Einsatz des Besuchs- und Begleitangebotes erwarteten sogar 73 % eine Verbesserung ihrer Lebensqualität (vgl. Tab. 17).

Etwas zurückhaltender zeigten sich die Einschätzungen der befragten Patient*innen bezüglich der erwarteten bzw. erlebten Unterstützung im Hinblick auf die **Verbesserung ihrer Gesundheit**. Mit jeweils 49 % erwarteten bzw. sahen gleich viele Patient*innen entweder teilweise oder doch deutliche Verbesserungen durch die Unterstützung der Sozialberatung. Von einem Besuchs- und Begleitdienst erwarteten bzw. empfanden 56 % der Befragten eine positive Wirkung auf ihre Gesundheit.

⁵ Das mit der arztpraxisinternen Sozialberatung verknüpfte Begleit- und Besuchsangebot von soziale Gesundheit e. V. musste zu Ende August 2020 wegen personeller Einschränkungen eingestellt werden.

⁶ Die Differenzierung nach Erwartung und Erfahrung war abhängig davon, ob Patient*innen den Fragebogen im Rahmen des ersten Kontakts mit der arztpraxisinternen Sozialberatung bearbeitet haben oder bereits zuvor mit der arztpraxisinternen Sozialberatung im Kontakt standen.

Überwiegend positiv schätzen die Befragten die Wirkung der Sozialberatung auf die **sozialen Beziehungen** ein. 61 % erwarteten Verbesserungen ihrer sozialen Beziehungen durch die Sozialberatung bzw. brachten diese Wirkung damit in Verbindung. 51 % gingen davon aus, dass das Besuchs- und Begleitangebot positive Effekte auf ihre sozialen Beziehungen hatte, bzw. haben würde.

Deutlich zurückhaltender zeigten sich die befragten Patient*innen dagegen bei der Frage zum Einfluss von Sozialberatung und Besuchs- und Begleitdienst auf die Verbesserung ihrer **Aktivitäten**. 20 bzw. 32 % der Befragten erwartete bzw. erlebte einen deutlichen oder sehr deutlich positiven Einfluss der Angebote. Noch skeptischer zeigten sich die Befragten bei der Frage, inwieweit die Sozialberatung und der Besuchs- und Begleitdienst ihre **Möglichkeiten, für ihr Leben Entscheidungen treffen zu können**, positiv beeinflussten. Nur 20 % bewerteten den Einfluss durch die Sozialberatung und 5 % durch den Besuchs- und Begleitdienst in dieser Hinsicht als „deutlich“ (vgl. Tab. 17).

	Gar nicht	Kaum	Zum Teil	Deutlich	Sehr deutlich
Erwarten Sie / Gab es durch die Unterstützung der Sozialberatung eine Verbesserung Ihrer Lebensqualität?	0	7	24	66	2
4. Erwarten Sie / Gab es durch das Besuchs- und Begleitangebot eine Verbesserung Ihrer Lebensqualität?	0	7	20	71	2
5. Erwarten Sie / Gab es durch die Unterstützung der Sozialberatung eine Verbesserung Ihrer Gesundheit?	0	2	49	49	0
6. Erwarten Sie / Gab es durch das Besuchs- und Begleitangebot eine Verbesserung Ihrer Gesundheit?	0	5	39	56	0
29. Erwarten Sie / Gab es durch die Sozialberatung Verbesserungen bei Ihren sozialen Beziehungen?	0	2	37	61	0
30. Erwarten Sie / Gab es durch das Besuchs- und Begleitangebot Verbesserungen bei Ihren sozialen Beziehungen?	0	5	44	51	0
46. Erwarten Sie / Gab es durch die Sozialberatung Verbesserungen bei Ihren Aktivitäten?	0	12	68	20	0
Erwarten Sie / Gab es durch das Besuchs- und Begleitangebot Verbesserungen bei Ihren Aktivitäten?	0	10	59	32	0
58. Erwarten Sie / Gab es durch die Sozialberatung Veränderungen bei der Möglichkeit Entscheidungen für Ihr Leben zu treffen?	7	32	41	20	0
59. Erwarten Sie / Gab es durch das Besuchs- und Begleitangebot Veränderungen bei der Möglichkeit Entscheidungen für Ihr Leben zu treffen?	15	34	46	5	0

Tabelle 17: Anteil (in %) der Einschätzungen befragter Patient*innen im Hinblick auf Potentiale der arztpraxisinternen Sozialberatung und den Besuchs- und Begleitdienst.

4.3 Wahrnehmung sozialer Problemlagen bei älteren Patient*innen in projektbeteiligten Arztpraxen und Einbindung und Wirkungen der arztpraxisinternen Sozialberatung aus Sicht des Praxispersonals

Die Befragung fand in insgesamt neun Arztpraxen zwischen August und September 2020 mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens (siehe Anhang 7.2) statt. Teilgenommen haben an der Befragung insgesamt 20 Personen. Dazu gehörten 12 Ärzt*innen und 8 weitere Personen des Praxispersonals, die sich entweder als medizinische Fachangestellte, Arzthelfer*innen oder Praxismanager*innen beruflich verorteten.

Befragt wurden die Ärzt*innen und das weitere Personal zunächst nach ihrer Einschätzung zum Anteil älterer Patient*innen (60+) in ihren jeweiligen Arztpraxen. Gefragt wurde zudem, wie hoch sie die Anteile derjenigen Patient*innen an der Gesamtzahl ihrer älteren Patient*innen einschätzten, denen die arztpraxisinterne Sozialberatung empfohlen wird, die sie einmalig in Anspruch nehmen und die sie über einen längeren Zeitraum im Sinne eines begleitenden Case-Managements in Anspruch nehmen.

	vom Praxispersonal geschätzter Anteil (in %) älterer Patienten (60+) in der Praxis	vom Praxispersonal geschätzter Anteil (in %) älterer Patient*innen (60+) der Praxis, denen die Sozialberatung empfohlen wird	vom Praxispersonal geschätzter Anteil (in %) älterer Patient*innen, (60+) der Praxis, der die Sozialberatung einmalig nutzt	vom Praxispersonal geschätzter Anteil (in %) ältere Patient*innen (60+) der Praxis, der die Sozialberatung als Case-Management nutzt
Praxis 1	ca. 70	ca. 68	ca. 25	ca. 10
Praxis 2	ca. 53	ca. 41	ca. 33	ca. 20
Praxis 3	ca. 60	ca. 5	ca. 1	ca. 1
Praxis 4	ca. 70	ca. 15	ca. 15	ca. 10
Praxis 5	ca. 70	ca. 15	ca. 5	ca. 10
Praxis 6	ca. 70	ca. 15	ca. 7	ca. 2,5
Praxis 7	ca. 40	ca. 10	0	0
Praxis 8	ca. 10	k. A.	k. A.	k. A.
Praxis 9	ca. 48	ca. 50	ca. 30	ca. 1

Tabelle 18: Durch das Praxispersonal geschätzte Anteile (in %) älterer Patienten (60+) in den Arztpraxen und die Anteile (in %) derjenigen älteren Patienten (60+), denen nach Einschätzung des Praxispersonals die Sozialberatung empfohlen wird, die sie einmalig nutzen und die sie als Case-Management nutzen.

Wie Tabelle 18 zeigt, variieren die Angaben zwischen den Praxen teilweise deutlich. In vier Arztpraxen wird der Anteil älterer Patient*innen auf ca. 70 % geschätzt. Weitere vier Praxen schätzen diesen Anteil zwischen 40 und 60 % ein und bei einer Praxis liegt er geschätzt bei 10 %. Empfohlen wird die arztpraxisinterne Sozialberatung in drei Arztpraxen zwischen rund 40 und 68 % der älteren Patient*innen. In fünf weiteren Praxen lagen diese Anteile zwischen 5 und 15 %. Eine Praxis machte dazu keine Angaben. Einmalig genutzt wird die arztpraxisinterne Sozialberatung bisher in vier Praxen nach Einschätzung der Ärzt*innen und des weiteren Praxispersonals von rund 15 bis 30 % und in drei Praxen von ca. 1 bis 7 % der älteren Patient*innen. In einer Praxis, die auch erst ab November 2020 aktiv in das Modell einbezogen war, wird die arztpraxisinterne Sozialberatung bisher gar nicht genutzt und eine weitere Praxis machte

dazu keine Angabe. Im Sinne eines umfangreicheren Case-Managements wird die arztpraxisinterne Sozialberatung in ebenfalls vier Praxen von geschätzten 10 bis 20 % und in drei Praxen von 1 bis 2,5 % der älteren Patient*innen in Anspruch genommen.

4.3.1 Wahrnehmung von Problemlagen, die über die medizinische Versorgung hinausgehen

Die Ärzt*innen und das Praxispersonal wurden außerdem dazu befragt, wie sehr sie sich bei der Behandlung ihrer älteren Patient*innen (60+) mit unterschiedlichen Problemlagen konfrontiert sehen, die über die medizinische Versorgung hinausgehen, und bei welchen dieser Problemlagen sie eine Fallverantwortung für die arztpraxisinterne Sozialberatung sehen. Tabelle 19 fasst die dabei gegebenen Antworten zusammen.

Probleme ...	Problemlagen älterer Patient*innen (Anteil Zustimmungen in %)					Zuständigkeit Sozialberatung (Anteil Zustimmungen in %)	
	Nie	Selten	Gelegentlich	Häufig	Sehr häufig	Ja	Nein
... mit der Beantragung von Leistungen	0	5	5	55	35	100	0
... mit der Krankenversicherung	10	65	20	0	5	41	59
... mit der Pflegeversicherung	0	0	47	37	16	100	0
... mit der Versorgung mit alltäglichen Gütern	0	10	35	45	10	43	57
... mit der Körperpflege und Hygiene	0	25	50	25	0	22	78
... mit der Ernährung	0	40	30	30	0	64	36
... mit der Bewegung	0	25	45	25	5	36	64
... mit der Begleitung und Betreuung	0	5	30	55	10	72	28
... mit der Beschaffung von Hilfsmitteln	0	10	40	25	25	50	50
... mit übermäßigem Suchtmittelkonsum	15	40	20	25	0	14	86
... in der Beziehung mit Lebenspartner*in	21	53	16	11	0	38	62
... mit Erkrankung der Lebenspartner*in	0	20	50	25	5	69	31
... in der Pflege der Lebenspartner*in	0	0	50	45	5	64	36
... mit häuslicher Gewalt bzw. Gewalt in Pflege	17	78	0	6	0	75	25
... mit Beziehungen zu eigenen Kindern	5	26	53	16	0	50	50
... mit Verlust/Tod der Partner*in	0	0	50	30	20	64	36
... mit Einsamkeit und Pflege von Kontakten	0	10	20	40	30	63	38
... mit der Wohnung bzw. der Wohnsituation	5	42	26	21	5	93	7
... mit Armut bzw. Schulden	5	47	16	26	5	75	25

Tabelle 19: Einschätzungen von befragten Ärzten und Praxispersonal zu über den medizinischen Bereich hinausgehenden Problemlagen von älteren Patient*innen in ihren Arztpraxen (Anteile an Zustimmungen der Ärzte und des weiteren Personals in %).

Für die Mehrheit der befragten Praxen zeigte sich, dass die dort tätigen Ärzt*innen und das weitere Praxispersonal häufig bis sehr häufig Probleme mit der Beantragung von Leistungen

(häufig bis sehr häufig: 90 %), mit Einsamkeit und der Pflege von Kontakten (häufig bis sehr häufig: 70 %) und bei der Begleitung und Betreuung (häufig bis sehr häufig: 65 %) bei den Patient*innen wahrnehmen. Bei der Beantragung von Leistungen zeigen sich ihnen Schwierigkeiten insbesondere im Hinblick auf die Pflegeversicherung (häufig bis sehr häufig: 53 %). Oft wurden von den Ärzt*innen und dem Praxispersonal für die älteren Patient*innen auch Probleme in der Versorgung mit alltäglichen Gütern (häufig bis sehr häufig: 53 %) bei der Beschaffung von Hilfsmitteln (häufig bis sehr häufig: 50%), beim Umgang mit dem Verlust/Tod von Lebenspartnern (häufig bis sehr häufig: 50 %) und in der Pflege von Lebenspartner*innen (häufig bis sehr häufig: 50%) gesehen.

Kaum relevant erschienen den Befragten dagegen Schwierigkeiten der älteren Patient*innen im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt bzw. Gewalt in Pflege (nie bis selten: 95 %), bei Problemen mit den Krankenkassen (nie bis selten: 75 %) und in Bezug auf die Beziehung mit den Lebenspartner*innen (nie bis selten: 74 %).

Eine **eindeutige Fallverantwortung der praxisinternen Sozialberatung** gaben die Ärzt*innen und das Praxispersonal bei Problemen mit der Beantragung von Leistungen insgesamt (100 %) und bei Schwierigkeiten mit der Pflegeversicherung (100 %) an. Überwiegend wurden auch in Bezug auf Probleme mit der Wohnung bzw. der Wohnsituation (93 %), bei häuslicher Gewalt bzw. Gewalt in Pflege (75 %), bei Armut bzw. Schulden (75 %) und ganz allgemein bei der Begleitung und Betreuung (72 %) Aufgaben für die arztpraxisinterne Sozialberatung gesehen. Mehr als die Hälfte der Befragten werteten die Unterstützung bei der Erkrankung des/der Lebenspartner*in (69 %), beim Verlust/Tod des/der Partner*in (64 %), bei Problemen mit der Ernährung (64 %), bei Einsamkeit und Pflege von Kontakten (63 %), bei der Stärkung der Beziehungen zu Kindern der Patient*innen (50 %) und bei der Beschaffung von Hilfsmitteln (50 %) als Aufgaben für die arztpraxisinterne Sozialberatung.

Im geringeren Umfang sahen die Befragten die arztpraxisinterne Sozialberatung in der Unterstützung bei Problemen rund um die Versorgung der Patient*innen mit alltäglichen Gütern (43 %), bei Problemen mit deren Krankenversicherung (41 %), bei Schwierigkeiten in der Beziehung der Patient*innen mit den Lebenspartner*innen (38 %), bei Problemen mit der Bewegung (36 %) oder der Körperpflege und Hygiene (22 %) und bei übermäßigem Suchtmittelkonsum (14 %) gefordert.

Insgesamt zeigten sich bei den durch die Befragung vorgegebenen außerhalb des medizinischen Bereichs liegenden potentiellen Problemlagen kaum Unterschiede im Antwortverhalten von Ärzt*innen und dem weiteren Praxispersonal. Wenn sich leichte Abweichungen ergaben, dann sahen die Ärzt*innen in der Tendenz etwas häufiger soziale Problemlagen für ihre älteren Patient*innen, als das Praxispersonal. Auch hinsichtlich der Fallverantwortung für einzelne potentielle Problemlagen gab es zwischen den Ärzt*innen und dem weiteren Praxispersonal eine weitgehende Übereinstimmung. Allerdings beurteilten die Ärzt*innen im Gegensatz zum Praxispersonal Probleme mit der Ernährung der Patient*innen nicht als Aufgabe für die arztpraxisinterne Sozialberatung. Anders als das Praxispersonal schätzten sie dagegen Probleme der Patient*innen in der Beziehung mit deren Lebenspartner*innen als Aufgabe für die arztpraxisinterne Sozialberatung ein.

4.3.2 Einbindung der Sozialberatung in die Arztpraxen

Insgesamt konnten im Zeitraum vom 1.1.2020 bis 31.12.2020 zehn Arztpraxen⁷ für die Teilnahme am Projekt gewonnen werden. Die von soziale Gesundheit e. V. angestrebte wöchentliche Sprechstunde in den Räumlichkeiten der Arztpraxen war bis zum 30.9.2020 in vier Praxen umgesetzt worden. Die übrigen Praxen wurden regelmäßig aufgesucht und es bestanden fallbezogen telefonische Kontakte und Kontakt per E-Mail.

Über die Befragung der Arztpraxen wurden unterschiedliche Aspekte der Integration der arztpraxisinternen Sozialberatung in den Praxisbetrieb abgefragt. Tabelle 21 zeigt in der Übersicht, welche Einschätzungen dazu innerhalb der Arztpraxen bestanden. Zu berücksichtigen ist bei den Antworten, dass die räumliche und personelle Ausstattung und die Arbeitsorganisation der einzelnen Arztpraxen grundsätzlich sehr verschieden waren. Bei der Einrichtung und Etablierung der Sozialberatung musste darauf in unterschiedlicher Art und Weise eingegangen werden. Insofern vermitteln die folgenden Ergebnisse einen Gesamteindruck, der unter Berücksichtigung der komplexen Einzelsituationen und –absprachen weiter differenziert werden müsste.

	Anteil (in %) an Zustimmungen in den Arztpraxen
Praxispersonal und Sozialberatung haben ihr Menschenbild und ihre medizinethische Grundhaltung aufeinander abgestimmt	50
Die Zusammenarbeit erfolgt auf der Basis eines gemeinsam abgestimmten Konzepts	38
Mündliche Vereinbarungen regeln die Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten	63
Schriftliche Vereinbarungen regeln die Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten	13
Sozialberater*in hat Zugriff auf Patientenakten	38
Ärzt*in hat Zugriff auf Klientendokumentation der Sozialberater*in	0
Sozialberater*in und Praxisteam informieren sich regelmäßig gegenseitig schriftlich zu Fällen	63
Sozialberater*in und Ärzt*in informieren sich regelmäßig gegenseitig schriftlich zu Fällen	50
Sozialberater*in nimmt regelmäßig an Besprechungen des Praxisteams teil	0
Sozialberater*in nimmt regelmäßig an Fallbesprechungen mit Ärzt*in teil	13

Tabelle 20: Strukturelle Verankerung der Sozialberatung im Praxisalltag nach Einschätzung von befragten Ärzt*innen und Praxispersonal (Anteile an Zustimmungen des Personals in %).

50 % der Befragten gaben an, dass zwischen dem Praxispersonal und der Sozialberatung das jeweilige Menschenbild und die medizinethische Grundhaltung aufeinander abgestimmt worden waren. Etwas mehr als ein Drittel (38 %) der Befragten arbeiteten mit der Sozialberatung auf der Basis eines gemeinsam abgestimmten Konzepts zusammen. 63 % der Befragten berichteten mündliche und 13 % schriftliche Vereinbarungen als Grundlage zur Regelung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten. Über ein Drittel, nämlich 38 % der Befragten, gaben an, dass die Sozialberaterinnen einen Zugriff auf Patientenakten hatten. Umgekehrt hatten Ärzt*innen und Praxispersonal keinen Zugriff auf die Klientendokumentation der Sozialberatung (0 %). Wünschenswert wäre in diesem Zusammenhang sicherlich, wenn perspektivisch alle in die Fälle einbezogenen Personen, unter Beachtung von datenschutzrechtlichen Fragen,

⁷ Die Befragung wurde in neun von zehn Arztpraxen durchgeführt, da eine Arztpraxis während der Projektlaufzeit den Praxisbetrieb eingestellt hat.

über eine gemeinsame Akte Zugriff auf die für sie jeweils relevanten Informationen hätten. Um relevante Informationen zu Patient*innen weiterzugeben werden bisher andere Kommunikationsformate genutzt. So wurde der gegenseitige schriftliche Informationsaustausch zu einzelnen Fällen zwischen Sozialberatung und Praxisteam von 63 % und zwischen Sozialberatung und den Ärzt*innen von 50 % der Befragten bestätigt. Eine Teilnahme der Sozialberatung an regelmäßigen Besprechungen des Praxisteams fand nicht statt (0 %) und die regelmäßige Teilnahme an Fallbesprechungen mit Ärzt*innen berichteten 13 % der Befragten.

Insgesamt liefern diese Ergebnisse einen kleinen Eindruck zur gegenwärtigen Verankerung der arztinternen Sozialberatung in den projektbeteiligten Arztpraxen und zeigen Ansatzpunkte für die qualitative Weiterentwicklung. Dabei deuten sich als Handlungsfelder eine weitergehende Klärung und Differenzierung der Rollen der Beteiligten, die gegenseitige Vermittlung von professionsorientierten Handlungsweisen und die Etablierung von Kommunikationswegen als Handlungsfelder an. Da professionelle Sozialarbeit im direkten Zusammenhang mit ambulanten Arztpraxen in Deutschland bisher kaum etabliert ist, kann dafür kaum auf bestehende Erfahrungen zurückgegriffen werden. Hinweise könnten aber die Erfahrungen bieten, die im Rahmen der Etablierung der professionellen Sozialarbeit im stationären Bereich in den Krankenhäusern gemacht wurden.

Der Einsatz der Sozialberater*innen ...	stimmt nicht	stimmt selten	stimmt gelegentlich	stimmt größtenteils	stimmt
... dient den Zwecken der Praxis.	5	0	5	37	53
... trägt zur Patientenbindung bei.	5	0	15	40	40
... entlastet das Praxispersonal	0	0	26	32	42
... verbessert das Arbeitsklima in der Praxis.	22	11	0	44	22
... führt zu Veränderungen bei den Aufgaben des Praxispersonals.	5	16	37	32	11
... erhöht die Kompetenzen des Praxispersonals.	16	16	11	42	16
... führt zu Verzögerungen und vermehrten Rückfragen im Praxisbetrieb.	68	26	5	0	0
... erschwert die Terminplanung und -vergabe.	85	15	0	0	0
... führt zu Unklarheiten und Fehlern im Praxisbetrieb.	79	21	0	0	0

Tabelle 21: Wirkungen der Sozialberatung auf den Praxisalltag nach Einschätzung von befragten Ärzten und Praxispersonal (Anteile an Zustimmungen des Personals in %).

Das bei den am Projekt beteiligten Arztpraxen ein deutliches Interesse an der weiteren Etablierung und Professionalisierung der arztpraxisinternen Sozialberatung besteht, kam im Rahmen der Befragung über Hinweise aus den offenen Fragen deutlich zum Ausdruck. Unterschiedlichen Praxen verwiesen dabei darauf, dass bisher gute Erfahrungen mit der arztpraxisinternen Sozialberatung gemacht worden seien, die Sozialberatung als eine Bereicherung für die Praxis und die älteren Patient*innen angesehen würde und sie den Praxisbetrieb und das Personal entlaste. Gewünscht wurde von Seiten der Praxen teilweise ein weiterer Ausbau der Zusammenarbeit, mehr regelmäßige kurze Absprachen und Fallbesprechungen, die Organisation von fallbezogenen Videokonferenzen mit der Sozialberatung und auch mit anderen Ärzt*innen/Praxen, eine häufigere Anwesenheit der Sozialberater*innen in der Arztpraxis oder den Aufbau und die Weiterentwicklung einer gemeinsamen Dokumentation.

4.3.3 Wirkungen der Sozialberatung auf die ärztliche Behandlung

Die Ärzt*innen und weiteren Praxismitarbeiter*innen wurden auch dazu befragt, welche Wirkungen sich durch den Einsatz der arztpraxisinternen Sozialberatung für die ärztliche Behandlung ergeben.

Der Einsatz der Sozialberater*innen ...	stimmt nicht	stimmt selten	stimmt gelegentlich	stimmt größtenteils	stimmt
... verbessert die Kenntnis zum häuslichen und familiären Umfeld.	0	0	15	40	45
... verbessert die Diagnostik und Therapie.	0	21	42	21	16
... verbessert die fortgesetzte ärztliche Betreuung und Versorgungsqualität für die Patient*innen.	0	0	5	45	50
... verbessert die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen.	0	0	25	20	55
... ermöglicht die gezielte Integration nicht-ärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.	0	0	0	25	75
... verbessert Gesundheitsverhalten und –kompetenz der Patient*innen	0	5	50	35	10
... verbessert die psychosoziale Gesundheit der Patient*innen.	0	0	0	50	50
... erhöht die Lebensqualität der Patient*innen.	0	0	0	40	60
... verbessert insgesamt den Behandlungserfolg.	0	0	5	40	55

Tabelle 22: Wirkungen der Sozialberatung auf die Behandlung älterer Patient*innen, die sie nach Einschätzung von befragten Ärzten und Praxispersonal ergeben (Anteile an Zustimmungen des Personals in %).

Überwiegend waren die Ärzt*innen und weiteren Mitarbeiter*innen in den Arztpraxen der Meinung, dass die arztpraxisinterne Sozialberatung eine gezielte Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen ermöglicht (75 % der Befragten stimmten dem zu, 25 % stimmten größtenteils zu) und sich dadurch die Lebensqualität der Patient*innen (60 % stimmten zu, 40 % stimmten größtenteils zu) und ihre psychosoziale Gesundheit (50 % stimmten zu, 50 % stimmten größtenteils zu) verbessert. Insgesamt ermögliche das Angebot der Sozialberatung eine Verbesserung der fortgesetzten ärztlichen Betreuung und Versorgungsqualität in den Arztpraxen (45 % stimmten zu, 50 % stimmten größtenteils zu) sowie des Behandlungserfolgs (55 % stimmten zu, 40 % stimmten größtenteils zu). Durch die arztpraxisinterne Sozialberatung sahen die Befragten eine verbesserte Chance, Kenntnisse zum häuslichen und familiären Umfeld der Patient*innen gewinnen zu können (45 % stimmten zu, 40 % stimmten größtenteils zu). Geringer wurde der Einfluss der arztpraxisinternen Sozialberatung auf die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen eingeschätzt (55 % stimmten dem zu, 20 % stimmten größtenteils zu und 25 % nur gelegentlich). Ebenfalls geringer wurde der Einfluss auf die Verbesserung des Gesundheitsverhaltens und der Gesundheitskompetenz der Patient*innen eingeschätzt (35 % stimmten dem größtenteils zu, 50 % nur gelegentlich und 5 % eher selten). Ein deutlich geringerer Einfluss der arztpraxisinternen Sozialberatung wurde insgesamt auf die medizinische Diagnostik und Therapie gesehen. Für 42 % der Befragten stimmte dies gelegentlich und für 21 % nur selten.

In den offenen Fragen des Fragebogens wiesen unterschiedliche Ärzt*innen und auch das weitere Praxispersonal darauf hin, dass die Sozialberatung von vielen älteren Patient*innen sehr positiv angenommen werde und die Patient*innen für diese Möglichkeit sehr dankbar seien.

Ein Problem blieben aber einzelne Patient*innen, die eigentlich Hilfe benötigen würden, jedoch nicht genug Vertrauen in die Beratung setzten und diese bisher noch ablehnten. Als besonders problematisch wurde von einer Praxis die Situation von alleinstehenden älteren Patienten ohne Familie oder Kinder geschildert. Gerade in der aktuellen „Coronazeit“ benötigten sie niedrighschwellige Hilfe, Unterstützung und Kontakte.

Ärzt*innen und das weiteren Praxispersonal aus mehreren Arztpraxen stellten fest, dass sich mit der Einbindung der Sozialberatung in den Praxisbetrieb für die Praxen eine Optimierung und deutliche Verbesserung der Patientenversorgung biete und dadurch eine erforderliche, aber im allgemeinen Praxisbetrieb zu zeitintensive Betreuung von Patient*innen möglich werde. Ihrer Einschätzung nach erhielten die Patient*innen mit der arztpraxisinternen Sozialberatung einen schnelleren Zugang zu notwendiger Unterstützung und Hilfe bei der für sie oft unübersichtlichen Beantragung von Hilfen und Leistungen. Die für viele ältere Patient*innen meist schwer zu bewältigende Kommunikation mit Ämtern, Kassen und anderen Behörden könne durch die arztpraxisinterne Sozialberatung kompetent und fallbezogen verbessert werden und die Patient*innen hätten durch den Einsatz der Sozialberater*innen weniger und kürzere Wege. Fallbezogen könnten dadurch schneller Problemlösungen herbeigeführt und die Lebensqualität der Patient*innen verbessert werden.

Erkennbar wurde für die Ärzt*innen und das weitere Praxispersonal teilweise eine Verbesserung der physischen und psychischen „Zustände“ der Patienten, wodurch ihre Selbstständigkeit erhalten bliebe, sie wieder mobiler werden und Tendenzen der sozialen Isolation abgeschwächt werden könnten. Ein langfristiger Mehrwert der arztpraxisinternen Sozialberatung wurde durch die befragten Ärzt*innen und das weitere Praxispersonal in der Verminderung bzw. dem Hinausschieben der Pflegebedürftigkeit und in der Vermeidung von Heimeinweisungen gesehen. Aus mehreren Arztpraxen wurde über offenen Fragen des Fragebogens die Vermutung geäußert, dass mit einem breiteren Ausbau und einer gesicherten Finanzierung der arztpraxisinternen Sozialberatung nicht nur die Lebensqualität älterer Patient*innen verbessert und die Arztpraxen entlastet werden könnten, sondern durch eine Verbesserung von Lebensqualität und Gesundheit der Zielgruppe mittelfristig möglicherweise auch Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gesenkt werden könnten.

5 Fazit

Im Rahmen der medizinischen Behandlung von älteren Patient*innen zeigen sich neben altersbedingten gesundheitlichen Problemen und chronischen Erkrankungen immer wieder auch soziale Problemlagen, die sich belastend auf deren Lebensqualität und Gesundheit auswirken. Arztpraxen der primären ambulanten medizinischen Versorgung stellt diese Situation fachlich und organisatorisch vor große Herausforderungen. Um betroffenen älteren Patient*innen gezielt gesundheitsförderlich wirkende soziale Angebote empfehlen oder sie dorthin vermitteln zu können, ist eine enge Zusammenarbeit mit entsprechend spezialisierten Einrichtungen und Beratungsstellen, wie beispielsweise den Pflegestützpunkten, hilfreich. In der hausärztlichen Praxis bestehen oftmals nur wenige Kooperationen mit Beratungs- und Unterstützungsangeboten im Quartier. Professionelle Sozialberatungen, die innerhalb von Hausarztpraxen angeboten werden, sind bislang unüblich. Dabei verfügen gerade Sozialarbeiter*innen „über wichtige Schlüsselkompetenzen für die multiprofessionelle Primärversorgung“ (Hartung und Scheider 2016, S. 366) von älteren Patient*innen. Insofern wird mit der im Berliner Bezirk Lichtenberg umgesetzten arztpraxisinternen Sozialberatung ein in Deutschland für den ambulanten medizinischen Bereich bisher noch kaum erprobter Weg beschritten.

Eine zentrale Annahme für die durch die Lottostiftung als Modellprojekt finanzierte und durch das Bezirksamt Lichtenberg unterstützte Einrichtung der arztpraxisinternen Sozialberatung war der Eindruck des Vereins soziale Gesundheit e. V., wonach ältere bis hochaltrige Patient*innen in ihrer Lebensqualität derart eingeschränkt sein können, dass daraus gesundheitliche Folgen resultieren können. Vor diesem Hintergrund ist im Rahmen der hier dokumentierten Evaluation zunächst der Frage nachgegangen worden, inwiefern sich bei älteren, durch die arztpraxisinterne Sozialberatung begleiteten Patient*innen tatsächlich Einschränkungen in ihrer Lebensqualität zeigten und wie sie ihre Gesundheit aus subjektiver Sicht einschätzten. Dazu wurden in einem Fragebogen u.a. die deutschsprachigen WHO-Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität im Alter, WHOQOL-BREF und WHOQOL-OLD eingesetzt. Mit diesen Instrumenten wurden insgesamt 41 der durch soziale Gesundheit e. V. beratenen Patient*innen zu verschiedenen Facetten ihrer Lebensqualität befragt, davon 17 Personen im Rahmen einer einmaligen Sozialberatung und 24 im Laufe eines Casemanagements.

Die Ergebnisse der Befragung der Patient*innen weisen im Vergleich mit Referenzwerten einer bundesweiten Normstichprobe darauf hin, dass der größte Teil von ihnen die eigene Lebensqualität in unterschiedlichen Dimensionen als eingeschränkt wahrnimmt. So zeigten sich in der Befragung mehr als die Hälfte der befragten Patient*innen zwar mit der eigenen Lebensleistung eher zufrieden, ein Großteil von ihnen nahm aber Einschränkungen bei der physischen Lebensqualität und bei den Sinnesfunktionen wahr. In mehr als drei Viertel der Antworten wurden Ängste und Befürchtungen im Hinblick auf das eigene Sterben und den Tod deutlich. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten bewertete die eigene psychische Lebensqualität, die Möglichkeiten zur unabhängigen und autonomen Lebensführung, zur sozialen Teilhabe und Rahmenbedingungen, wie etwa die Wohnsituation, die finanzielle Lage sowie den Zugang zu Gesundheitsdiensten, Informationen, Beförderungsmitteln und Freizeitaktivitäten, eher negativ. Etwas weniger als die Hälfte der befragten Patient*innen fühlte sich in sozialen und intimen Beziehungen deutlich eingeschränkt.

Wenige Unterschiede zeigten sich für die verschiedenen mit dem WHOQOL-BREF und WHOQOL-OLD betrachteten Facetten der Lebensqualität beim Blick auf unterschiedlichen Altersgruppen. Dies könnte mit der These im Zusammenhang stehen, der zufolge ältere Menschen mit zunehmendem Alter über die Fähigkeit verfügen, sich über selbstbezogene Regulationsprozesse an ihre jeweiligen Lebensumstände anzupassen (vgl. Baltes; Pearlman und Uhlmann 1991 zitiert nach Conrad et al. 2016). Unterschiede zeigten sich dagegen bei einigen Fragekategorien zwischen den Geschlechtern: Tendenziell schätzten die männlichen Befragten ihre Lebensqualität besser ein. Die Gründe dafür können vielfältig und komplex sein. Denkbar sind geschlechtsspezifische Benachteiligungen oder Kombinationen von beeinflussenden Faktoren wie die sozioökonomische Lage und die soziale Einbindung, körperliche und gesundheitliche Voraussetzungen oder zwischen den Geschlechtern differierende Altersbilder (vgl. u. a. Engel 2012) bzw. eine zwischen Männern und Frauen unterschiedliche Art oder Intensität, sich mit den Lebensumständen im Alter auseinanderzusetzen.

Die Rückmeldungen der befragten Patient*innen zeigen, dass die mit der arztpraxisinterne Sozialberatung anvisierte Zielgruppe älterer Patient*innen, die subjektiv Einschränkungen ihrer Lebensqualität und Gesundheit erleben, durch das Beratungsangebot erreicht wird. Die Befragung der Patient*innen ermöglicht auch Rückschlüsse auf die Frage, ob die arztpraxisinterne Sozialberatung ihr Ziel erreicht, die Lebensqualität von älteren Patient*innen durch komplementäre gesundheitliche, präventive und soziale Angebote zu verbessern (vgl. S. 7). Zwei Drittel der Befragten gaben an, durch die Aktivitäten der arztpraxisinternen Sozialberatung eine Verbesserung ihrer persönlichen Lebensqualität zu erwarten bzw. eine solche wahrgenommen zu haben (vgl. dazu S. 25f). Die Hälfte der befragten Patient*innen ging zusätzlich auch von einem positiven Einfluss auf die eigene Gesundheit aus, bzw. führte einen solchen, subjektiv wahrgenommenen Effekt auf die arztpraxisinterne Sozialberatung zurück. Mehr als die Hälfte der Befragten sah zusätzlich auch einen positiven Einfluss auf die eigenen sozialen Beziehungen. Keine Hinweise lieferten die Ergebnisse der Befragung allerdings dazu, worauf die Patient*innen den positiven Einfluss der arztpraxisinternen Sozialberatung im Einzelnen zurückführen und welche ihrer spezifischen Bedarfe durch dieses Angebot gedeckt werden können. Zu Klärung solcher Fragen wäre eine weiter in die Tiefe gehende Analyse bzw. zusätzliche Erhebungen erforderlich.

Der positive Einfluss der arztpraxisinternen Sozialberatung auf die Lebensqualität und Gesundheit der älteren Patient*innen wurde von 8 Praxismitarbeiter*innen und 12 Ärzt*innen, die im Rahmen der Untersuchung befragt wurden, bestätigt. Sie sahen bei einigen ihrer älteren Patient*innen (60+) gesundheitsbeeinflussende soziale Probleme und schwierige Lebenslagen, die in Zusammenarbeit mit der arztpraxisinternen Sozialberatung besser bearbeitet werden können. Einige der befragten Ärzt*innen, bzw. Vertreter*innen des weiteren Praxispersonals vertraten die Ansicht, dass mit der arztpraxisinternen Sozialberatung für die Patient*innen wirksam und leicht zugänglich eine Lücke bei der sozialen und psychosozialen Versorgung geschlossen werden kann. Hervorgehoben wurde dabei u. a. die Möglichkeit, auf diesem Wege Unterstützung bei der für die Patient*innen oft unübersichtlichen Beantragung von pflegerischen Leistungen anbieten zu können. Mit einer schneller erfolgenden und fallbezogen gezielt umgesetzten sozialen Unterstützung könnte nach Einschätzungen aus den Arztpraxen die Pflegeprävalenz bei den älteren Patient*innen gesenkt und möglicherweise sogar Heimeinweisungen verringert werden. Hier treffen sich die Einschätzungen der Ärzte und des medizinischen Per-

sonals mit der von soziale Gesundheit e. V. für die arztpraxisinterne Sozialberatung formulierten Zielvorstellung, wonach durch das Angebot einer Chronifizierung von Erkrankungen entgegengewirkt, Krankenhauseinweisungen aus sozialen Gründen möglichst vermieden, Pflegeverläufe besser gestaltet und ungewünschte Umzüge in Pflegeheime im Idealfall verhindert werden können (vgl. S. 7).

Insgesamt erlebten die Ärzt*innen und das weitere Praxispersonal die arztpraxisinterne Sozialberatung zum Zeitpunkt der Befragung als eine Unterstützung für die Arztpraxen, die den Praxisbetrieb und das Personal entlasten können. Allerdings variierte die Inanspruchnahme der arztpraxisinternen Sozialberatung zwischen den beteiligten Arztpraxen. Dies ist vermutlich auf die je nach Arztpraxis etwas anders zusammengesetzte Gruppe der zu behandelnden Patient*innen und deren unterschiedliche Bedarfe, die jeweiligen Rahmenbedingungen für die Umsetzung der arztpraxisinternen Sozialberatung und die unterschiedlichen Startzeitpunkte des Angebots in den einzelnen Arztpraxen im Jahr 2020 zurückzuführen. Von Seiten der Arztpraxen bestand in diesem Zusammenhang teilweise deutlich der Wunsch nach einem weiteren Ausbau der Zusammenarbeit in den kommenden Projektphasen und einer noch engeren Einbindung der Sozialberater*innen in die organisatorischen Abläufe des Praxisbetriebs. Für die Bewertung der Umsetzung der arztpraxisinternen Sozialberatung, ihre Einbettung in übergeordnete und sozialräumliche Strukturen sowie zur Beurteilung der nachhaltigen Wirkungen der arztpraxisinternen Sozialberatung sind weitere Untersuchungen empfehlenswert.

In der vorliegenden Untersuchung konnten auf Grund des zu Beginn festgelegten Untersuchungsdesigns und -umfangs die Wirkungen der Covid 19-Pandemie auf die Situation der Patient*innen und der Arztpraxen nur begrenzt berücksichtigt werden. Mit der Pandemie einhergehende Einschränkungen beeinflussten das Projekt im Berichtszeitraum in unterschiedlicher Weise. Projektaktivitäten im persönlichen Kontakt konnten zeitweise nur entsprechend der Pandemieauflagen umgesetzt werden. Die mit diesem Bericht vorgestellte Befragung wurde im Sommer 2020 durchgeführt, als im Vergleich zu den Phasen des Lockdowns im Frühjahr und Herbst/Winter 2020 nur wenige Kontaktbeschränkungen galten und das öffentliche Leben etwas weniger beeinträchtigt war.

6 Literatur

Baltes, P. (1993): The Aging Mind: Potential and Limits. In: *The Gerontologist* (33), S. 580–594.

Bezirksamt Lichtenberg (Hg.) (2020): Gesundheitsbericht Lichtenberg 2019. Abteilung Familie, Jugend, Gesundheit und Bürgerdienste (QPK). Berlin.

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.

Engel, Petra (2012): Geschlechtsspezifika Sozialer (Alten-)Arbeit. In: Gabriele Kleiner (Hg.): *Alter(n) bewegt. Perspektiven der Sozialen Arbeit auf Lebenslagen und Lebenswelten*. Wiesbaden: Springer VS, S. 37–77.

Hartung, Michael; Scheider, Nils (2016): Sozialarbeit und hausärztliche Versorgung: eine Literaturübersicht. In: *Z Allg Med* (92 (9)), S. 363–366.

Pearlman, R.; Uhlmann, R. (1991): Quality of Life in Elderly, Chronically Ill Outpatients. In: *Journal of Gerontology* (46), M31-M38.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hg.) (2009): *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009 Kurzfassung*. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Nomos Verlag (Bundestags-Drucksache 16/13770).

Stellmacher, Thorsten; Wolter, Birgit (2019, unveröffentlicht): *Gesundheitsbezogene Angebote für ältere Menschen mit Migrationshintergrund, ihre Bedürfnisse und Bedarfe sowie ihre Inanspruchnahme der Angebote in den Bezirken Neukölln und Lichtenberg. Eine Bedarfsanalyse in Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung*. Berlin.

7 Anhang

7.1 Fragebogen Patient*innen

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): _____

Diese Befragung des Klienten findet im Rahmen des Erstkontakts zur Sozialberatung statt.

Sozialberatungen in Hausarztpraxen sind bisher nicht üblich. 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. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig. **Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an Ihr Leben während der vergangenen zwei Wochen. Kreuzen Sie auf der Skala an, die für Sie am ehesten zutrifft.**

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

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

	Gar nicht	Kaum	Zum Teil	Deutlich	Sehr deutlich
3. Erwarten Sie / Gab es durch die Unterstützung der Sozialberatung eine Verbesserung Ihrer Lebensqualität?	<input type="checkbox"/>				
4. Erwarten Sie / Gab es durch das Besuchs- und Begleitangebot eine Verbesserung Ihrer Lebensqualität?	<input type="checkbox"/>				
5. Erwarten Sie / Gab es durch die Unterstützung der Sozialberatung eine Verbesserung Ihrer Gesundheit?	<input type="checkbox"/>				
6. Erwarten Sie / Gab es durch das Besuchs- und Begleitangebot eine Verbesserung Ihrer Gesundheit?	<input type="checkbox"/>				

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

	Gar nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
7. Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?	<input type="checkbox"/>				
8. Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?	<input type="checkbox"/>				
9. Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?	<input type="checkbox"/>				
10. Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	<input type="checkbox"/>				
11. Wie gut können Sie sich konzentrieren?	<input type="checkbox"/>				
12. Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	<input type="checkbox"/>				
13. Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	<input type="checkbox"/>				

	Gar nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
14. Inwieweit erfahren Sie in Ihrem Leben ein Gefühl von Gemeinschaft?	<input type="checkbox"/>				
15. Inwieweit erfahren Sie Liebe in Ihrem Leben?	<input type="checkbox"/>				

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

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

	Gar nicht	Kaum	Zum Teil	Deutlich	Sehr deutlich
29. Erwarten Sie / Gab es durch die Sozialberatung Verbesserungen bei Ihren sozialen Beziehungen?	<input type="checkbox"/>				
30. Erwarten Sie / Gab es durch das Besuchs- und Begleitangebot Verbesserungen bei Ihren sozialen Beziehungen?	<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- zufrieden	Unzufrie- den	Mal so, mal so	Zufrieden	Sehr zu- frieden
31. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?	<input type="checkbox"/>				
32. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	<input type="checkbox"/>				
33. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	<input type="checkbox"/>				
34. Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	<input type="checkbox"/>				
35. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	<input type="checkbox"/>				
36. Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	<input type="checkbox"/>				
37. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?	<input type="checkbox"/>				
38. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?	<input type="checkbox"/>				
39. Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	<input type="checkbox"/>				
40. Wie zufrieden sind Sie mit dem, was Sie im Leben erreicht haben?	<input type="checkbox"/>				
41. Wie zufrieden sind Sie mit der Art und Weise, wie Sie Ihre Zeit nutzen?	<input type="checkbox"/>				
42. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Maß an Aktivität?	<input type="checkbox"/>				
43. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, an öffentlichen Aktivitäten teilnehmen zu können?	<input type="checkbox"/>				

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

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

	Gar nicht	Kaum	Zum Teil	Deutlich	Sehr deutlich
46. Erwarten Sie / Gab es durch die Sozialberatung Verbesserungen bei Ihren Aktivitäten?	<input type="checkbox"/>				
47. Erwarten Sie / Gab es durch das Besuchs- und Begleitangebot Verbesserungen bei Ihren Aktivitäten?	<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	Zeitweilig	Oftmals	Immer
48. Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?	<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
49. Wie sehr beeinflussen Beeinträchtigungen Ihrer Sinnesfunktionen (z. B. Hören, Sehen, Schmecken, Riechen, Tasten) Ihr tägliches Leben?	<input type="checkbox"/>				
50. Wie sehr beeinträchtigt das Nachlassen von z. B. Hören, Sehen, Schmecken, Riechen, Tasten Ihre Fähigkeit an Aktivitäten teilzunehmen?	<input type="checkbox"/>				

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

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

	Gar nicht	Kaum	Zum Teil	Deutlich	Sehr deutlich
58. Erwarten Sie / Gab es durch die Sozialberatung Veränderungen bei der Möglichkeit Entscheidungen für Ihr Leben zu treffen?	<input type="checkbox"/>				
59. Erwarten Sie / Gab es durch das Besuchs- und Begleitangebot Veränderungen bei der Möglichkeit Entscheidungen für Ihr Leben zu treffen?	<input type="checkbox"/>				

60. Haben Sie noch weitere Hinweise oder Anmerkungen?
--

7.2 Fragebogen Arztpraxen

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

Zusammen mit gesundheitlichen Problemen älterer Patient*innen zeigen sich immer wieder auch soziale Belastungen und Schwierigkeiten im Rahmen von Behandlungsverläufen. Da Hausärzt*innen in der Regel keine Sozialberater*innen sind, besteht in solchen Fällen eine realistische Hilfe und Unterstützung in der Zusammenarbeit mit entsprechenden Einrichtungen und Beratungsstellen. Sozialberatungen in Hausarztpraxen selber sind bisher eher nicht üblich. Mit dieser Befragung soll untersucht werden, welche Potentiale die arztpraxisinterne Sozialberatung in allgemeinmedizinischen Arztpraxen in Lichtenberg für die Patient*innen und für die Praxen bietet. Bitte unterstützen Sie uns durch Ihre Rückmeldung. Die Auswertung der Antworten erfolgt anonymisiert.

Ihre Funktion in der Arztpraxis: _____

Wie hoch ist etwa der Anteil älterer Patient*innen (60+) in der Arztpraxis: _____ %

Soziale Probleme von Patient*innen in der Arztpraxis

1. Wie häufig zeigen sich bei älteren Patient*innen (60+) in Ihrer Praxis soziale Belastungen und Schwierigkeiten?

Bei rund _____ % der älteren Männer.

Bei rund _____ % der älteren Frauen.

2. Wie stark sehen Sie sich bei ihren älteren Patient*innen (60+) mit einem der folgenden Probleme konfrontiert? [Bitte kreuzen Sie auf der Skala von 1 (nie) bis 5 (sehr häufig) an.]

Probleme ...	1	2	3	4	5	Sehen Sie bei diesem Problem eine Fallverantwortung für die arztpraxisinterne Sozialberatung?		
						Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Event. <input type="checkbox"/>
... mit der Beantragung von Leistungen	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Event. <input type="checkbox"/>				
... mit der Krankenversicherung	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Event. <input type="checkbox"/>				
... mit der Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Event. <input type="checkbox"/>				
... mit der Versorgung mit alltäglichen Gütern	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Event. <input type="checkbox"/>				
... mit der Körperpflege und Hygiene	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Event. <input type="checkbox"/>				
... mit der Ernährung	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Event. <input type="checkbox"/>				
... mit der Bewegung	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Event. <input type="checkbox"/>				
... mit der Begleitung und Betreuung	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Event. <input type="checkbox"/>				
... mit der Beschaffung von Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Event. <input type="checkbox"/>				
... mit übermäßigem Suchtmittelkonsum	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Event. <input type="checkbox"/>				
... in der Beziehung mit Lebenspartner*in	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Event. <input type="checkbox"/>				
... mit Erkrankung der Lebenspartner*in	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Event. <input type="checkbox"/>				
... in der Pflege der Lebenspartner*in	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Event. <input type="checkbox"/>				
... mit häuslicher Gewalt bzw. Gewalt in Pflege	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Event. <input type="checkbox"/>				
... mit Beziehungen zu eigenen Kindern	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Event. <input type="checkbox"/>				
... mit Verlust/Tod der Partner*in	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Event. <input type="checkbox"/>				
... mit Einsamkeit und Pflege von Kontakten	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Event. <input type="checkbox"/>				
... mit der Wohnung bzw. der Wohnsituation	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Event. <input type="checkbox"/>				
... mit Armut bzw. Schulden	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Event. <input type="checkbox"/>				

Anderes, nämlich:

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 Praxisteam 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:	_____

3. 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 <u>einmalig</u> in Anspruch nehmen? | Anteil in Prozent: _____%* |
| ... die die Sozialberatung <u>mehrfach und als Case-Management</u> in Anspruch nehmen? | Anteil in Prozent: _____%* |

* bezogen auf alle älteren Patient*innen der Praxis

4. 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"/>				
... trägt zur Patientenbindung bei.	<input type="checkbox"/>				
... entlastet das Praxispersonal.	<input type="checkbox"/>				
... verbessert das Arbeitsklima in der Praxis.	<input type="checkbox"/>				
... führt zu Veränderungen bei den Aufgaben des Praxispersonals.	<input type="checkbox"/>				
... erhöht die Kompetenzen des Praxispersonals.	<input type="checkbox"/>				
... führt zu Verzögerungen und vermehrten Rückfragen im Praxisbetrieb.	<input type="checkbox"/>				
... erschwert die Terminplanung und -vergabe.	<input type="checkbox"/>				
... führt zu Unklarheiten und Fehlern im Praxisbetrieb.	<input type="checkbox"/>				
Anderes, nämlich:					

5. 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"/>				
... verbessert die Diagnostik und Therapie.	<input type="checkbox"/>				
... verbessert die fortgesetzte ärztliche Betreuung und Versorgungsqualität für die Patient*innen.	<input type="checkbox"/>				
... verbessert die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen.	<input type="checkbox"/>				
... ermöglicht die gezielte Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.	<input type="checkbox"/>				
... verbessert Gesundheitsverhalten und -kompetenz der Patient*innen	<input type="checkbox"/>				
... verbessert die psychosoziale Gesundheit der Patient*innen.	<input type="checkbox"/>				
... erhöht die Lebensqualität der Patient*innen.	<input type="checkbox"/>				
... verbessert insgesamt den Behandlungserfolg.	<input type="checkbox"/>				
Anderes, nämlich:					

- 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?**

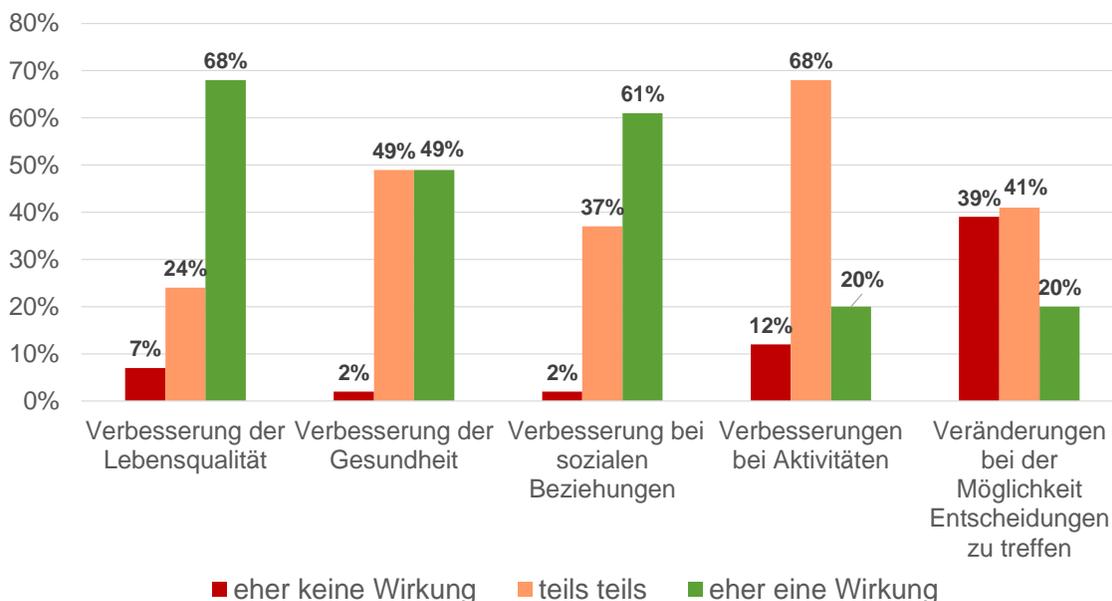
- 2. Was ist Ihrer Meinung nach notwendig, damit sich eine arztpraxisinterne Sozialberatung in anderen allgemeinmedizinischen Arztpraxen stärker durchsetzen kann?**

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

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Evaluationsergebnisse: Befragung Patient*innen

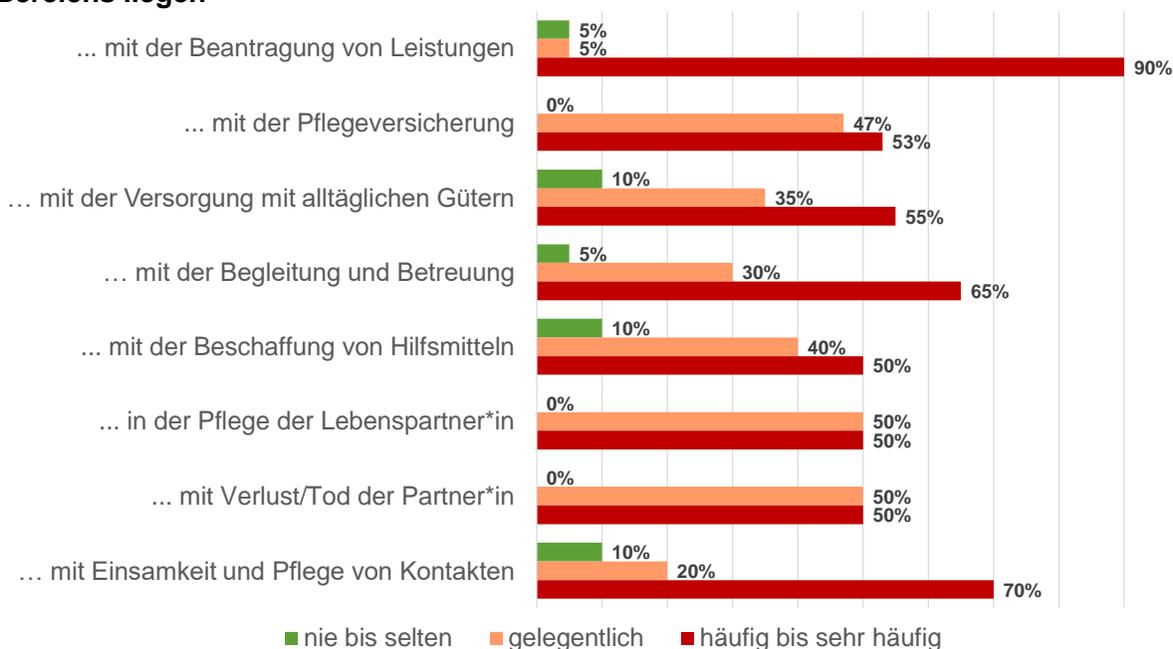
Subjektive Einschätzungen durch ältere im Rahmen der Untersuchung befragte Patient*innen (n=41) zur Wirkung der arztpraxisinternen Sozialberatung



Evaluationsergebnisse (2020) des IGF e. V. zur „arztpraxisinternen Sozialberatung“

Evaluationsergebnisse: Befragung Arztpraxen

Einschätzung von Ärzt*innen (n=12) und des weiteren Praxispersonals (n=8) zur Konfrontation mit Problemlagen von Patient*innen die außerhalb des medizinischen Bereichs liegen



Evaluationsergebnisse (2020) des IGF e. V. zur „arztpraxisinternen Sozialberatung“

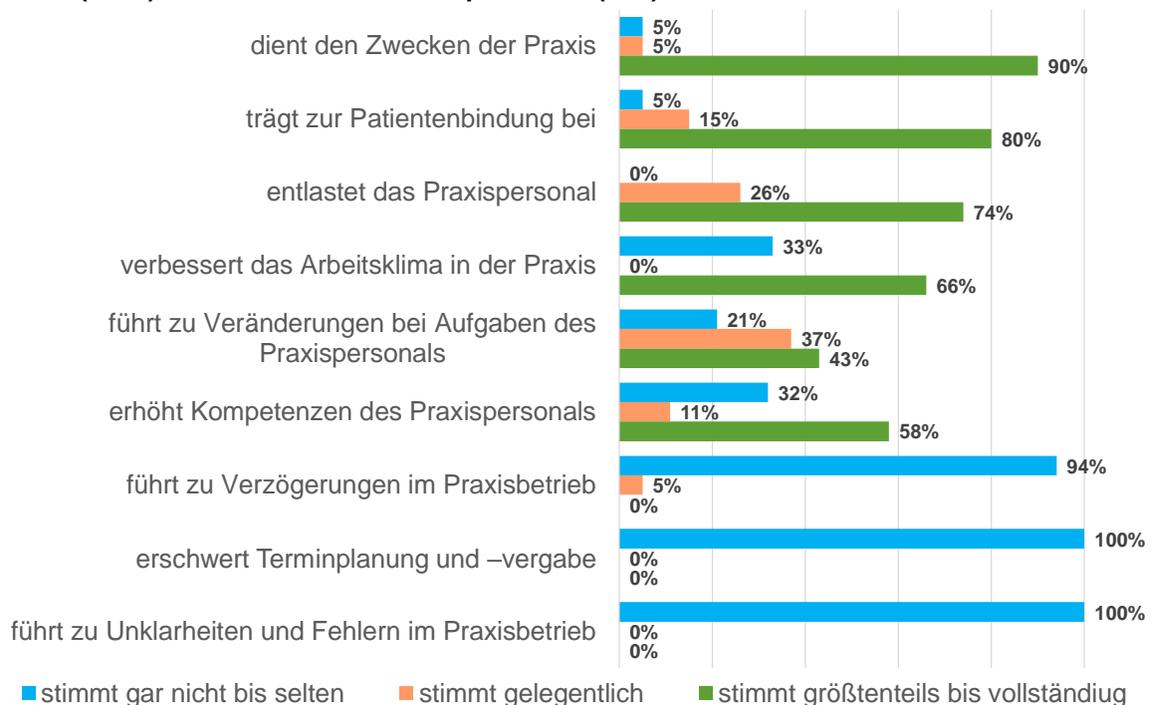
Wahrnehmung zur strukturellen Verankerung der arztpraxisinternen Sozialberatung im Praxisalltag durch befragte Ärzt*innen (n=12) und des weiteren Praxispersonals (n=8)



Evaluationsergebnisse (2020) des IGF e. V. zur „arztpraxisinternen Sozialberatung“

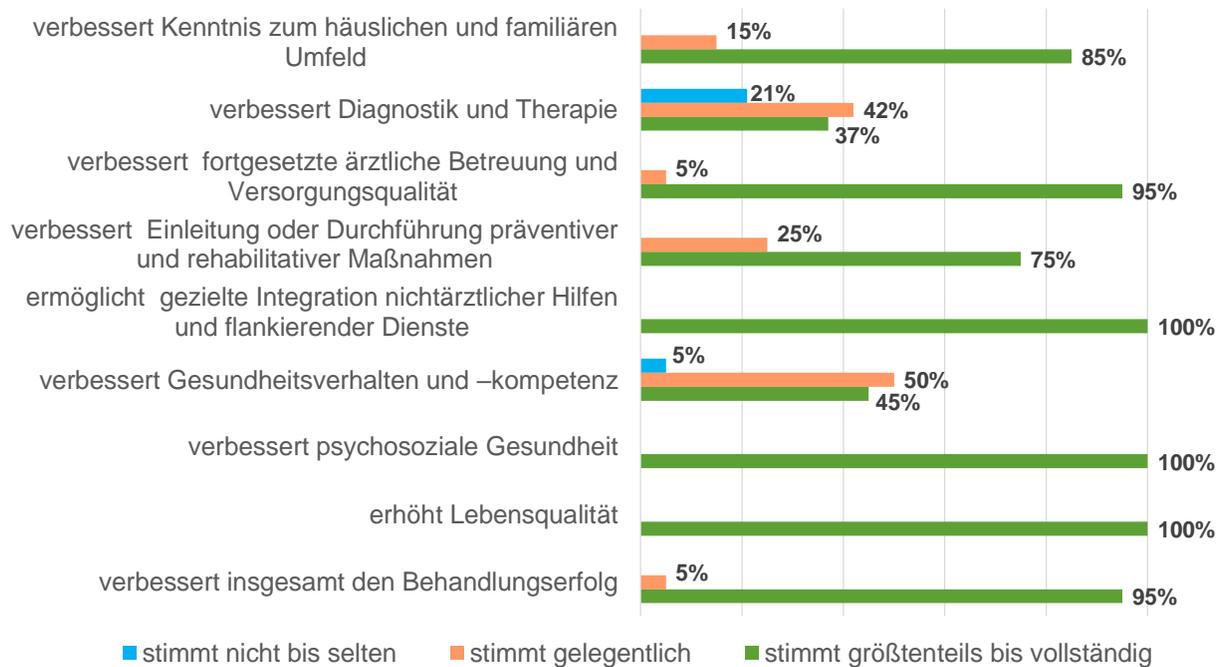
Evaluationsergebnisse: Befragung Arztpraxen

Wirkungen der arztpraxisinternen Sozialberatung im Praxisalltag nach dem Eindruck der befragten Ärzt*innen (n=12) und des weiteren Praxispersonals (n=8)



Evaluationsergebnisse (2020) des IGF e. V. zur „arztpraxisinternen Sozialberatung“

Wirkung der arztpraxisinternen Sozialberatung auf die medizinische Behandlung nach dem Eindruck der befragten Ärzt*innen (n=12) und des weiteren Praxispersonals (n=8)



Evaluationsergebnisse (2020) des IGF e. V. zur „arztpraxisinternen Sozialberatung“

