



Soziale Arbeit in der Arztpraxis

Forschungsbericht

Autorenschaft: René Rüegg, Katharina Eiler, Fabienne Schüpbach, Christoph Gehrlach

14. März 2022

Impressum

Autorenschaft

René Rüegg, Berner Fachhochschule (BFH)
Katharina Eiler, Berner Fachhochschule (BFH)
Fabienne Schüpbach, Berner Fachhochschule (BFH)
Christoph Gehrlach, Berner Fachhochschule (BFH)

Kontakt

Berner Fachhochschule
Departement Soziale Arbeit
Tel. direkt: +41 31 848 36 60
E-Mail: rene.rueegg@bfh.ch

Finanzierung

Schweizerische Agentur für Innovationsförderung

Vorwort

Dieser Bericht wurde im Rahmen eines Projekts realisiert, das von der Schweizerischen Agentur für Innovationsförderung (Innosuisse) finanziert wurde. Das zweijährige Innovations- und Forschungsprojekt wurde zusammen mit der Caritas beider Basel, dem Gesundheitspunkt Oberägeri, der Psychotherapeutischen Praxis in Zollikofen (P PiZ) und dem Sozialberatungsbüro Bärn (SoBü Bärn) umgesetzt. Allen beteiligten Personen der vier Pionierangebote gebührt eine grosse Anerkennung für ihr Engagement für eine konsequente, patientenorientierte Gesundheitsversorgung sowie für ihre Sorge um die Patienten und Patientinnen in ihren verschiedensten Lebenslagen.

Die vorliegende Studie wird um einen zweiten Bericht ergänzt, der in die fachlichen und organisatorischen Grundlagen Sozialer Arbeit in der Arztpraxis einführt. Dieser richtet sich in erster Linie an Fachkräfte der Praxis, die sich für die Umsetzung der Sozialen Arbeit in der Arztpraxis interessieren. Sie finden dort die theoretischen Grundlagen der sozialen Arbeit in der Arztpraxis sowie praktische Erfahrungen aus den vier Pioniermodellen. Alle Publikationen, die im Zusammenhang mit dem Projekt entstanden sind, sind über die URL bfh.ch/soziale-arbeit/arztpraxis online zugänglich.

An dieser Stelle muss auf ein ungelöstes begriffliches Problem hingewiesen werden. Die am Projekt beteiligten Pilotprojekte bilden eine Vielfalt von Angebotsformen ab. Es wird nicht nur Soziale Arbeit *in* der Arztpraxis, sondern auch Soziale Arbeit *für* die Arztpraxis angeboten. Die gesamte Vielfalt dieser Modelle wird mit dem Begriff «Soziale Arbeit in der Arztpraxis» abgedeckt.

Inhaltsverzeichnis

1	Management Summary	5
2	Ausgangslage	7
	2.1 Forschungsziel	8
	2.2 Forschungsfragen	8
3	Methodisches Vorgehen	9
	3.1 Datenerhebung	9
	3.1.1 Befragung der Patientinnen und Patienten	9
	3.1.2 Befragung der Ärztinnen und Ärzte	11
	3.1.3 Interviews mit Experten und Expertinnen	12
	3.2 Analysen und ihre Interpretation	13
4	Ergebnisse: Befragung der Patientinnen und Patienten und Überweisungsschreiben	15
	4.1 Stichprobe	15
	4.2 Medizinische Diagnosen und Überweisungsgründe	17
	4.3 Nutzung medizinischer Dienstleistungen	21
	4.4 Gesundheit und gesundheitliche Lebensqualität	22
	4.5 Soziale Lebensqualität	25
	4.6 Zufriedenheit und Selbsteinschätzungen	27
	4.7 Zusammenfassung	29
5	Ergebnisse: Befragung der Ärzte und Ärztinnen	31
	5.1 Stichprobe	31
	5.2 Nutzen für die Patientinnen und Patienten	31
	5.3 Nutzen für die Ärzteschaft	33
	5.4 Nutzen für die Arztpraxis	34
	5.5 Zusammenfassung	35
6	Synthese und Ausblick	37
7	Abbildungsverzeichnis	39
8	Tabellenverzeichnis	39
9	Glossar	40
10	Literaturverzeichnis	41

1 Management Summary

Die Soziale Arbeit in der Arztpraxis ist in der Schweiz ein noch wenig bekanntes Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit. Hierzulande sind erst wenige Modelle bekannt, in denen Sozialberatungen direkt in einer Arztpraxis oder in enger Zusammenarbeit mit einer Arztpraxis angeboten werden. Alle bestehenden Angebote sind aus dem Bedürfnis entstanden, eine ganzheitliche und patientenorientierte Grundversorgung zu gewährleisten. Sie wurden von engagierten Ärztinnen und Ärzten sowie von Sozialarbeitenden entwickelt und aufgebaut.

Im vorliegenden Forschungsbericht werden die Ergebnisse einer Begleitforschung präsentiert, die mit vier Praxispartnerinnen durchgeführt wurde. Das Ziel der Studie war, mehr über die Patienten und Patientinnen in der Sozialberatung zu erfahren und deren soziale, psychische und körperliche Veränderungen über die Zeit während und nach einer Sozialberatung abzubilden. Des Weiteren wurde der Frage nachgegangen, welchen Nutzen eine Sozialberatung in der Arztpraxis für die Ärzteschaft bringt. Methodisch basiert die Studie auf einer Befragung der Patientinnen und Patienten mit Längsschnittdesign, einer quantitativen Befragung der Ärzteschaft und qualitativen Interviews mit Expertinnen und Experten.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass der grösste Teil der Patientinnen und Patienten, die von den Ärzten und Ärztinnen an die Sozialberatung überwiesen werden, an einer oder mehreren chronischen Erkrankungen leidet. In Bezug auf ihre allgemeine Gesundheit, ihre finanziellen Verhältnisse und ihre Wohnsituation leben diese Menschen in überdurchschnittlich schwierigen Verhältnissen. Die häufigsten Diagnosen bei einer Überweisung sind psychische Erkrankungen und Schmerzerkrankungen. Die häufigsten Indikationen für eine Überweisung sind finanzielle Probleme oder Probleme mit Versicherungen, im Alltag oder mit der Erwerbsarbeit.

Die Analysen der Längsschnittdaten zeigen insbesondere zwei deutliche Ergebnisse: In der Zeitspanne vom Beginn der Sozialberatung bis zwei Monate nach der Sozialberatung hat sich erstens die psychische Gesundheit der Patientinnen und Patienten verbessert. Diese Verbesserung wird in den Dimensionen «Nervosität, Ängstlichkeit und Anspannung», «Sorgen nicht stoppen können» und «Schwierigkeiten einzuschlafen» deutlich sichtbar. In derselben Zeitspanne konnte zweitens eine statistisch signifikante Abnahme von ärztlichen Terminen beobachtet werden. Sowohl die Anzahl Besuche bei der Hausärztin/beim Hausarzt als auch die Anzahl Besuche bei anderen medizinischen Dienstleistenden haben um einen respektive zwei Besuch(e) abgenommen. Weil diese Patientinnen und Patienten überwiegend an chronischen Krankheiten leiden und der allgemeine Gesundheitszustand in derselben Zeitspanne stabil geblieben ist, können die Veränderungen auf die Sozialberatung zurückgeführt werden.

Die Befragung der Ärzte und Ärztinnen zeigt, dass die Sozialberatung auch einen Nutzen für die Ärzteschaft bringt. Die Befragten schreiben der Sozialberatung insbesondere eine höhere Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten, eine höhere Autonomie der Patienten und Patientinnen und eine verbesserte Versorgungsqualität zu. Die verbesserte Versorgungsqualität zeigt sich unter anderem an der gewonnenen Zeit, die die Ärztinnen und Ärzte für die medizinischen Anliegen der Patienten und Patientinnen aufwenden können. Weiter gaben fast alle befragten Ärztinnen und Ärzte an, dass sich aufgrund der Zusammenarbeit mit einer

Sozialberatung ihre Arbeitszufriedenheit erhöht habe. Rund zwei Drittel gaben an, dass die Sozialberatung auch die Wirtschaftlichkeit der Arztpraxis verbessere.

Die vorliegenden Ergebnisse werden einerseits durch die Interviews mit Expertinnen und Experten und andererseits durch die aktuelle Studienlage gestützt. Letztere bestätigt, dass sich eine Grundversorgung mit Sozialer Arbeit positiv auf die psychische Gesundheit der Patienten und Patientinnen auswirkt. Ebenso wird ihr das Potenzial zugeschrieben, sowohl die Nutzung medizinischer Dienstleistungen als auch die Gesundheitskosten reduzieren zu können.

Aufgrund der vorliegenden Datenlage muss die Soziale Arbeit in der Arztpraxis als vielversprechendes Modell einer patientennahen und effizienten Grundversorgung betrachtet werden. Die Soziale Arbeit sollte in der Arztpraxis eine verstärkte Verbreitung finden, zumal die Umsetzung niederschwellig und flexibel gestaltet werden kann und die Grundlagen für eine erfolgreiche Zusammenarbeit vorhanden sind¹.

¹ Siehe bfh.ch/soziale-arbeit/arztpraxis für den Bericht über die Grundlagen und Einführung von Sozialer Arbeit in der Arztpraxis (Rüegg, Eiler & Gehrlach, 2022).

2 Ausgangslage

Seit mehreren Jahren wird sowohl vom Bund als auch von den Kantonen eine stärkere interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen gefordert. Nicht nur die Zahl der chronisch und mehrfach erkrankten Menschen nimmt zu, sondern auch ein sich abzeichnender Fachkräftemangel fordert neue und innovative Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit (GDK, 2019; BAG, 2016). Die zunehmende Bedeutung sozialer Faktoren von Gesundheit und Krankheit erfordert, dass die interprofessionellen Teams mit Expertinnen und Experten für soziale Anliegen der Patientinnen und Patienten ergänzt werden müssen. Die Früherkennung dieser Anliegen und ihre professionelle Bearbeitung können gesundheitlich-soziale Abwärtsspiralen verhindern: Das Haushaltsbudget kann stabilisiert, Behandlung und Pflege können sichergestellt, der Arbeitsplatz kann erhalten und das soziale Netz kann aufrechterhalten werden (Edwards & Openshaw, 2019; Miller, 2019).

Studien zeigen, dass soziale Anliegen der erkrankten Personen auch in den Sprechstunden der medizinischen und psychiatrischen Grundversorgung eine Rolle spielen und viel Zeit in Anspruch nehmen (Zimmermann et al., 2018; Jobst & Joos, 2014). In einer Studie von Jobst und Joos (2014) äusserten Patienten und Patientinnen in jeder siebten Sprechstunde soziale Anliegen. Eine weitere Studie aus Lausanne berichtet davon, dass jede dritte Konsultation als «schwierig» eingestuft wird, wobei prekäre soziale Verhältnisse und riskantes Verhalten wichtige Merkmale waren (Mota et al., 2019). Patientinnen und Patienten vertrauen ihren Ärzten und Ärztinnen sehr. Deswegen werden diese medizinischen Fachpersonen in der Grundversorgung häufig mit Problemen konfrontiert, die ausserhalb der Sprechstunde entweder mit einem Tabu oder mit Stigmata behaftet sind. Gerade bei diesen, mehrheitlich sozialen Themen wünscht sich die Mehrheit der niedergelassenen Ärzteschaft mehr Unterstützung (Pahud, 2019).

Soziale Arbeit in der Arztpraxis ist wichtig, denn so lässt sich auf das zunehmende Bedürfnis reagieren, das Gesundheits- und Sozialwesen besser zu vernetzen, um sozial-gesundheitliche Problemlagen früh erkennen und bearbeiten zu können. Aus diesen Gründen sind in den letzten Jahren verschiedene Initiativen entstanden, in denen eine Sozialberatung direkt in den Praxisräumen oder in enger Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen angeboten wird. Die unterschiedlichen Angebote sind voneinander unabhängig und «bottom-up» organisiert: Sie sind aufgrund des Bedürfnisses nach einer patientennahen und ganzheitlichen Versorgung entstanden.

Im vorliegenden Forschungsbericht wird auf der Grundlage einer Befragung der Patientinnen und Patienten, einer quantitativen Befragung der Ärzteschaft und qualitativer Interviews mit Experten und Expertinnen die Wirkung und der Nutzen der Sozialen Arbeit in der Arztpraxis geschätzt. In den folgenden zwei Unterkapiteln werden das Forschungsziel und die Forschungsfragen erläutert. Im Kapitel 3 wird die methodische Vorgehensweise vorgestellt. Zudem wird eine Hilfestellung zur Interpretation der Analysen gegeben. In den Kapiteln 4 und 5 werden die Ergebnisse der Befragung sowohl der Patientinnen und Patienten als auch der

Ärzeschaft vorgestellt. Diese werden mit Zitaten aus den Interviews mit Experten und Expertinnen bereichert. Im Kapitel 6 werden die Ergebnisse zusammengefasst und mit dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse verglichen. Zum Schluss richtet sich der Blick auf weitere Forschungsfragen.

2.1 Forschungsziel

Die Begleitforschung zur Sozialen Arbeit in der Arztpraxis hat sich zum Ziel gesetzt, eine umfassende Nutzen- und Wirkungsschätzung durchzuführen. Mittels einer Längsschnittbefragung der Patienten und Patientinnen, einer Befragung der Ärztinnen und Ärzte und qualitativer Interviews wurde eine Schätzung des sozialen, gesundheitlichen und gesellschaftlichen Gewinns einer Sozialberatung in der medizinischen und psychiatrischen Grundversorgung geplant und umgesetzt. Neben der Nutzen- und Wirkungsanalyse werden auch Hintergrundangaben über das Kollektiv der Patienten und Patientinnen sowie Evaluationsdaten gesammelt. Diese Angaben können für die Weiterentwicklung der bestehenden Angebote sowie für ihre Multiplikation verwendet werden.

2.2 Forschungsfragen

Die folgenden Forschungsfragen stehen im Zentrum des Berichts:

1. Mit welchen medizinischen Diagnosen und welchen sozialen Anliegen kommen die Patientinnen und Patienten in die Sozialberatung?
2. Wie verändert sich bei den Patienten und Patientinnen die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen während einer Sozialberatung?
3. Wie verändern sich die Gesundheit und die soziale Lebensqualität der Patientinnen und Patienten während einer Sozialberatung?
4. Wie zufrieden sind die Patienten und Patientinnen mit dem Angebot der Sozialberatung?
5. Welchen Nutzen haben die Ärztinnen und Ärzte vom Angebot der Sozialberatung, und wie zufrieden sind sie damit?

3 Methodisches Vorgehen

Für die Erforschung der Sozialen Arbeit in der Arztpraxis konnten ursprünglich fünf Praxispartnerinnen gefunden werden. Eine Praxis musste wegen eines beendeten Leistungsvertrags mit dem Kanton das Angebot der Sozialberatung einstellen. Das Projekt konnte mit den folgenden Praxispartnerinnen weitergeführt werden:

- Caritas beider Basel
- Gesundheitspunkt Oberägeri
- Psychotherapeutische Praxis in Zollikofen
- Sozialberatungsbüro Bärn (SoBü Bärn)

Alle Partnerinnen haben sich selbst um die Organisation und die Finanzierung ihres Angebots gekümmert. Die Zusammenarbeit mit der Forschungsinstitution Berner Fachhochschule (BFH) erfolgte ausschliesslich, um die Ziele, die für das Innosuisse-Projekt definiert worden waren, zu verfolgen. Zusammen mit der BFH haben sich die Projektpartnerinnen mit dem methodischen Vorgehen der Studie (z. B. den zu erhebenden Indikatoren) auseinandergesetzt. Des Weiteren wurde zusammen ein einheitliches Datenerhebungsverfahren und ein – so weit wie nötig – einheitliches Überweisungsschreiben für die Überweisung an die Sozialberatung erarbeitet². In den folgenden Kapiteln wird die Erhebung der verwendeten Daten beschrieben.

3.1 Datenerhebung

Die Auswertungen der Studie basieren auf drei verschiedenen Datenquellen: einer Befragung der Patienten und Patientinnen, einer Befragung der Ärztinnen und Ärzte und Interviews mit Experten und Expertinnen. Die jeweiligen Erhebungsdesigns werden in den folgenden Kapiteln vorgestellt.

3.1.1 Befragung der Patientinnen und Patienten

Die Befragung wurde als Längsschnittbefragung entworfen, damit ein Verlauf der Indikatoren über einen Beratungszyklus untersucht werden kann. Drei Erhebungszeitpunkte wurden geplant: Als Erstes wurden die Patienten und Patientinnen vor dem Beginn einer Sozialberatung befragt (Eintrittsbefragung). Wenn die Beratung mehrere Sitzungen umfasste, wurde nach Beratungsabschluss eine zweite Befragung durchgeführt (Austrittsbefragung). Zwei bis drei Monate nach dem Beratungsabschluss wurden die Teilnehmenden zur dritten und letzten Befragung eingeladen, die entweder per Briefpost, online oder telefonisch durchgeführt wurde. Aufgrund des geringen Rücklaufs auf analogem und digitalem Weg wurden ungefähr 80 Prozent der Nachbefragungen telefonisch von Mitarbeitenden der BFH durchgeführt. Zum Zeitpunkt der Erhebungsphase standen alle Fragebogen auf Deutsch und Französisch zur Verfügung.

² Siehe Rüegg, Eiler & Gehrlach (2022): «Soziale Arbeit in der Arztpraxis. Einführung und Grundlagen» auf bfh.ch/soziale-arbeit/arztpraxis.

Die Fragebogen dieser Befragung wurden im Frühling 2020 entwickelt, ins Französische übersetzt und im darauffolgenden Herbst mit Klienten und Klientinnen der Sozialberatungen getestet. Aufgrund des Pretests wurde der Fragebogen gekürzt, ergänzt und wo nötig sprachlich vereinfacht. Ab dem 01. Januar 2021 standen die Fragebögen allen Projektpartnerinnen in Papierform zur Verfügung. Im Laufe des Jahres wurden die Eintritts- und Nachbefragung auch als Online-Fragebogen von der BFH zur Verfügung gestellt. Da die Daten des Pretests ebenfalls in die Auswertungen aufgenommen werden konnten, dauerte die Erhebungsphase von Anfang September 2020 bis Ende Januar 2022 (17 Monate).

Für den Fragebogen der Patientinnen und Patienten wurden grösstenteils Indikatoren aus bestehenden sozialwissenschaftlichen Umfragen und Zufriedenheitsbefragungen verwendet. Für die Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde das verbreitete und validierte Instrument HRQOL-4 (*health-related quality of life*) verwendet. Die Fragen des GAD-7 (*generalized anxiety disorder scale*) waren etwas zu umfassend und passten nicht exakt zu den lebensweltlichen Themen der Patienten und Patientinnen. Deshalb wurden diese Indikatoren gekürzt und leicht geändert. Die Evaluationsfragen zum Angebot der Sozialen Arbeit in der Arztpraxis wurden eigens für die Befragung entwickelt. In der Tabelle 1 werden einige Beispielfragen aus dem Fragebogen präsentiert:

Tabelle 1: Auszug aus dem Fragebogen für Patientinnen und Patienten

Frage	Antwortkategorien
Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen Wie oft waren Sie in den letzten drei Monaten beim Hausarzt?	<ul style="list-style-type: none"> - ...-mal - nie - keine Antwort
Psychische Gesundheit (GAD-7, modifiziert) Wie oft haben Sie sich im Verlauf der letzten zwei Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt gefühlt? <ul style="list-style-type: none"> - Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung - nicht in der Lage sein, Sorgen stoppen oder kontrollieren zu können - Einschlafschwierigkeiten - bei der Bewältigung des Alltags schnell an eigene Grenzen stossen 	<ul style="list-style-type: none"> - überhaupt nicht - an einzelnen Tagen - an mehr als der Hälfte der Tage - beinahe jeden Tag - keine Antwort
Evaluation der Sozialberatung Wie hat sich die Sozialberatung ausgewirkt? Wohlbefinden <ul style="list-style-type: none"> - körperliche Gesundheit - psychische Gesundheit - soziales Leben - finanzielle Situation 	<ul style="list-style-type: none"> - positiv - neutral - negativ - keine Antwort
Finanzielle Situation (IHP-2016) Gab es in den letzten drei Monaten Zeiten, in denen Sie ernste Probleme hatten, die Rechnungen für Miete, Strom, Krankenkasse oder andere medizinische Rechnungen zu bezahlen?	<ul style="list-style-type: none"> - ja - nein - weiss nicht

3.1.2 Befragung der Ärztinnen und Ärzte

Diese Befragung wurde als Querschnittsbefragung designt und online durchgeführt. Dabei wurden Fragen zu drei Themenkomplexen gestellt: Erstens wurde erfragt, welchen Nutzen die Ärztinnen und Ärzte in einer Sozialberatung sehen. Zweitens wurde in der Befragung nach dem wahrgenommenen Nutzen der Beratung auf die Patienten und Patientinnen aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte gefragt. Drittens wurde erhoben, wie zufrieden die Ärzteschaft mit dem Angebot ist, welche Weiterentwicklungen geplant sind und welcher Anpassungsbedarf besteht. In der Tabelle 2 werden einige Beispielfragen aus dem Fragebogen präsentiert.

Tabelle 2: Auszug aus dem Fragebogen der Ärztinnen und Ärzte

Frage	Antwortkategorien
<p>Zufriedenheit mit der Sozialberatung</p> <p>Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit dem Angebot der Sozialberatung?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ...-mal - nie - keine Antwort
<p>Nutzen für die Patienten und Patientinnen</p> <p>Welche Veränderung(en) nehmen Sie bei Ihren Patientinnen und Patienten nach einem Kontakt mit der Sozialberatung wahr?</p> <ul style="list-style-type: none"> - erhöhte allgemeine Zufriedenheit - erhöhtes psychisches Wohlbefinden - erhöhtes Selbstbewusstsein - erhöhte Autonomie - bessere Behandlungstreue 	<ul style="list-style-type: none"> - mehr als die Hälfte der Patienten/Patientinnen - etwa die Hälfte der Patientinnen/Patienten - weniger als die Hälfte der Patienten/Patientinnen - keine sichtbare Veränderung
<p>Nutzen für die Arztpraxis</p> <p>Welche Veränderungen nehmen Sie seit der Einführung der Sozialberatung in Ihrer Praxis wahr?</p> <ul style="list-style-type: none"> - verbesserte Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten - verbesserte Versorgungsqualität - erhöhte Wirtschaftlichkeit 	<ul style="list-style-type: none"> - stimme zu - stimme eher zu - teils/teils - stimme eher nicht zu - stimme nicht zu - keine Antwort

Die Befragung der Ärzte und Ärztinnen wurde am 29. Dezember 2021 online verschickt. Am 11. Januar 2022 wurde ein Reminder versandt, und am 14. Januar 2022 wurde die Befragung abgeschlossen. Für die Ärztinnen und Ärzte war die Befragung anonym und freiwillig. Um Rückschlüsse auf einzelne Personen auszuschliessen, wurde bei der Ärztebefragung auf die Erhebung soziodemografischer Daten verzichtet.

3.1.3 Interviews mit Experten und Expertinnen

Vor den eigentlichen Befragungen der Patienten und Patientinnen wie auch der Ärztinnen und Ärzte wurde mit je einer Ärztin/einem Arzt der Praxispartnerinnen ein Interview durchgeführt. Die Interviews dienten dem Zweck, mehr über die Zusammenarbeit zwischen der Ärzteschaft und den Sozialarbeitenden zu erfahren. Weiter ermöglichten die Interviews, das Potenzial und die Grenzen der Sozialberatung für die Patientinnen und Patienten, die Ärzteschaft und die Arztpraxen auszuloten. Die Ergebnisse der Interviews wurden bei der Zusammenstellung der Indikatoren in beiden Befragungen berücksichtigt.

Neben den Ärzten und Ärztinnen, die direkt mit den Praxispartnerinnen zusammenarbeiten (siehe Kapitel 3), wurden zwei weitere Interviews mit Ärzten durchgeführt, die nicht Partner des Innosuisse-Projektes waren. Aufgrund ihrer Erfahrungen mit Sozialarbeiterinnen waren sie wichtige Informanten für unsere Fragestellungen. Ihre Erfahrungen ergänzen diejenigen der anderen Interviewpartner*innen, weshalb auch ihre Stimmen in den Ergebnissen erscheinen. Ein Auszug aus dem Interviewleitfaden wird im Folgenden präsentiert:

- Mit welchen nicht-medizinischen Anliegen Ihrer Patienten und Patientinnen werden Sie in den Sprechstunden konfrontiert?
- Wenn Sie sich diese nicht-medizinischen Anliegen vergegenwärtigen – bei welchen Anliegen empfehlen Sie den Patientinnen und Patienten eine Sozialberatung?
- Welche Vorteile versprechen Sie sich von der engen Zusammenarbeit mit einer Sozialberatung?
- Anhand welcher Merkmale/Indikatoren würden Sie den Erfolg der Sozialberatung messen wollen?

3.2 Analysen und ihre Interpretation

Für die Analysen wurden Auswertungstypen der deskriptiven und vergleichenden Sozialwissenschaft verwendet. Um die kategorialen Indikatoren abzubilden, wurden Balkendiagramme erstellt. Für die kontinuierlichen Indikatoren wurden Diagramme mit Mittelwert und Konfidenzintervall erstellt.

- *Balkendiagramme* eignen sich besonders für kategoriale Antwortkategorien, zumal die Anteile der einzelnen Antwortkategorien direkt sichtbar werden. Die Ergebnisse lassen sich auf einen Blick lesen und interpretieren.
- *Mittelwertdiagramme* eignen sich besonders für kontinuierliche Indikatoren. Der Konfidenzintervall gibt an, in welchem Bereich sich der «wahre» Mittelwert in der Gesamtpopulation befindet.

Weil die Analysen teilweise mit relativ kleinen Stichproben durchgeführt wurden, fallen die Konfidenzintervalle verhältnismässig gross aus. Wegen der tiefen statistischen Power können kleine Differenzen (z. B. zwischen den drei Erhebungswellen der Befragung der Patienten und Patientinnen) nicht auf statistische Signifikanz getestet werden. Mit anderen Worten ist es bei kleinen Unterschieden möglich, dass sie zwar in Wahrheit bestehen, aber wegen der kleinen Stichprobe statistisch nicht erkannt werden.

Weiter muss betont werden, dass es sich bei der Befragung der Patientinnen und Patienten nicht um eine repräsentative Stichprobe aller Klienten und Klientinnen der Sozialberatung handelt. Sprachbarrieren, grosse psychische Belastungen oder ein hohes Alter mit einhergehenden kognitiven Einschränkungen haben vielfach die Teilnahme an den Befragungen verhindert. Inwieweit die Ergebnisse dieser Personengruppen anders ausfallen würden, ist schwierig abzuschätzen. Weitere Anstrengungen sind nötig, um den Nutzen für diese Personengruppe zu erforschen.

Für eine erste Einschätzung der Wirkung und des Nutzens Sozialer Arbeit in der Arztpraxis können die Ergebnisse als zuverlässig betrachtet werden. Dies gilt insbesondere für die Resultate, die über verschiedene Indikatoren hinweg zu gleichen Ergebnissen geführt haben: Sie können als robust bewertet werden. Etwas mehr Vorsicht ist bei Analysen geboten, die

sich auf weniger als 20 Fälle beziehen. Die Reduktion der analysierten Daten ist entweder durch fehlende Werte oder durch eine vorangehende Filterfrage (z. B. Fragen an erwerbstätige Personen) entstanden.

4 Ergebnisse: Befragung der Patientinnen und Patienten und Überweisungsschreiben

4.1 Stichprobe

Über den Erhebungszeitraum von knapp 1.5 Jahren wurden 56 Eintrittsbefragungen, sechs Austrittsbefragungen und 36 Nachbefragungen durchgeführt. Von zusätzlichen 29 Patienten und Patientinnen sind nur die Angaben aus dem Überweisungsschreiben vorhanden. In diesen Dokumenten werden die Gründe festgehalten, die zur Überweisung an die Sozialberatung geführt haben. Zudem werden die wichtigsten medizinischen Diagnosen aus der ärztlichen Sprechstunde aufgeführt.

Nicht alle Patientinnen und Patienten, die im Erhebungszeitraum eine Sozialberatung der Pilotprojekte in Anspruch genommen haben, konnten an den Befragungen teilnehmen. Die Gründe dafür sind vielfältig und werden im Folgenden aufgelistet:

- geringes Sprachverständnis oder Analphabetismus,
- Kurzberatung,
- hohes Alter mit kognitiven Einschränkungen,
- hohe psychische Belastungen,
- Beratung von Angehörigen.

Diese Hürden zeigen, dass die Sozialarbeiter*innen oft mit komplexen Lebenssituationen und Menschen mit besonderen Bedürfnissen konfrontiert sind. In vielen Fällen sei eine vierseitige Befragung nur deshalb nicht möglich, weil die Belastungen der Patienten und Patientinnen derart hoch seien, dass eine Befragung nicht zumutbar sei. Wie der geringe Rücklauf der Austrittsbefragung zeigt, stellt nach Angaben der Sozialarbeitenden eine dreimalige Befragung ebenfalls eine hohe Hürde dar, die die beraterische Beziehung beeinträchtigt hätte.

Auf der Grundlage der verfügbaren Daten wurden vier verschiedene Samples gebildet.

- Sample 1: medizinische Diagnosen und Überweisungsgründe (n = 61)
- Sample 2: Merkmale der Patientinnen und Patienten beim Eintritt (n = 56)
- Sample 3: Panelisten und Panelistinnen mit einer Eintritts- und einer Austrittsbefragung (n = 34)
- Sample 4: Evaluationsfragen der Austrittsbefragung (n = 36)

Bei allen Analysen, die mit dem Sample der Panelistinnen und Panelisten durchgeführt worden sind (Sample 3), sind nur diejenigen Personen berücksichtigt worden, für die gültige Werte in beiden Wellen vorhanden sind. Da keine Datenimputation angewendet wurde, sind in den Längsschnittdaten die Anzahl Fälle etwas weniger. In der sind die Merkmale der beiden Samples 2 (Merkmale der Patientinnen und Patienten) und 3 (Panelisten) zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 3: Stichprobenbeschreibung

Tabellenkopf	Sample 2: Patientenmerk- male		Sample 3: Panelisten		Schweizer Bevölkerung (BFS) ³
	n	Prozent ^a	n	Prozent ^a	Prozent
Total	56	100 %	34	100 %	
Geschlecht					
weiblich	34	60.7 %	25	75.8 %	
männlich	17	30.4 %	8	24.2 %	
ohne Angabe	5	8.9 %	-	-	
Alter					
18-39	18	33.3 %	9	26.5 %	
40-59	22	40.7 %	13	38.2 %	
> 59	14	25.9 %	12	35.3 %	
Ausbildung					
Grundschule, keine Ausbildung	10	18.1 %	5	14.7 %	11.6 %
Sekundarstufe II (Maturitätsschule, Fach- mittelschule oder berufliche Grundbil- dung)	32	58.1 %	20	58.8 %	44.7 %
Tertiärstufe (höhere Berufsbildung und Hochschulen)	13	23.6 %	9	26.5 %	43.7 %
Erwerbstätigkeit					
nein	19	41.3 %	14	46.7 %	
ja	10	21.7 %	7	23.3 %	
ja, (teilweise) arbeitsunfähig	17	37.0 %	9	30.0 %	
Kinder (0-18 Jahre)					
ja	17	30.4 %	8	25.0 %	
nein	34	60.7 %	24	75.0 %	
Schweizer Bürgerrecht					
ja	37	68.5 %	24	72.7 %	ca. 75 %
nein	17	31.5 %	9	27.3 %	ca. 25 %
Wohnsituation					
zufrieden	40	76.9 %	26	78.8 %	
unzufrieden	12	23.1 %	7	21.2 %	6.5 %
Finanzielle Schwierigkeiten^b					
nein	21	42.0 %	16	50.0 %	
ja	29	58.0 %	16	50.0 %	12.7 %
Selbstwahrnehmung der Gesundheit bei Eintritt					
gut - ausgezeichnet	24	48.0 %	19	57.6 %	85 %
weniger gut - schlecht	26	52.0 %	14	42.4 %	

Bemerkungen: ^{a)} Gültige Prozente (ohne fehlende Werte). ^{b)} In der BFH-Studie wurde nach ernsthaften Schwierigkeiten gefragt, in den letzten drei Monaten, Rechnungen für Miete, Strom, Krankenkasse oder medizinische Leistungen zu bezahlen. Das Bundesamt für Statistik (BFS) befragte die Bevölkerung, ob es im Haushalt schwierig ist, finanziell über die Runden zu kommen.

³ BFS 2021, 2019.

Tabelle 3 Tabelle 3 zeigt, dass die Patienten und Patientinnen der Sozialberatungen mehrheitlich weiblich sind und die Altersklasse der 40- bis 59-Jährigen gegenüber den jüngeren und älteren Altersklassen leicht übervertreten ist. Der Vergleich mit den Daten des Bundesamtes für Statistik (BFS, 2019) zeigt einerseits, dass diese Personen überdurchschnittlich häufig mittlere oder tiefe Bildungsabschlüsse aufweisen. Andererseits zeigt die Darstellung auch, dass bei den Patientinnen und Patienten alle Bildungsniveaus vertreten sind.

Etwas mehr als die Hälfte der Befragten ist erwerbstätig. Von diesen erwerbstätigen Personen sind deutlich mehr als die Hälfte teilweise oder vollständig arbeitsunfähig. Rund ein Drittel hat minderjährige Kinder. Knapp jede*r Dritte hat kein Schweizer Bürgerrecht. Der Vergleich mit den BFS-Daten zeigt, dass die Verteilung des Bürgerrechtsstatus in etwa mit der der schweizerischen Gesamtbevölkerung übereinstimmt.

Der Vergleich mit den BFS-Daten zeigt weiter, dass die Patienten und Patientinnen der Sozialberatungen dreimal häufiger mit ihrer Wohnsituation unzufrieden sind, über viermal häufiger von finanziellen Schwierigkeiten berichten und ihre Gesundheit deutlich schlechter einschätzen als die schweizerische Gesamtbevölkerung. Diese Ergebnisse zeigen, dass überwiegend Personen aus schwierigen Lebensverhältnissen und mit einem schlechten Gesundheitszustand an die Sozialberatung überwiesen werden.

Der Vergleich der beiden Samples 2 und 3 zeigt, dass die Panelisten und Panelistinnen die Gesamtheit der befragten Patientinnen und Patienten gut repräsentieren. Bei keinem der analysierten Personenmerkmale sind starke Differenzen zwischen den beiden Samples festzustellen. Tendenziell sind die Befragten häufiger männlich, etwas älter, verfügen über einen etwas höheren Bildungsabschluss und sind etwas weniger häufig erwerbstätig. Weiter haben sie weniger häufig minderjährige Kinder, weniger finanzielle Schwierigkeiten und einen besseren allgemeinen Gesundheitszustand.

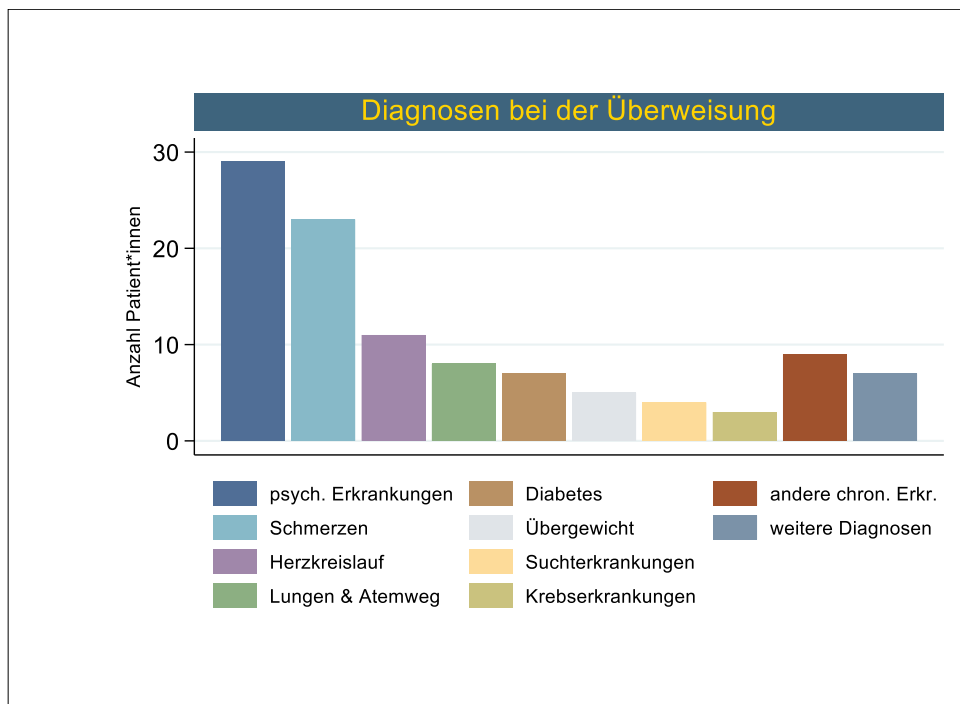
4.2 Medizinische Diagnosen und Überweisungsgründe

Alle Praxispartnerinnen haben ein einheitliches Überweisungsschreiben verwendet, das von den überweisenden Ärztinnen und Ärzten ausgefüllt worden ist. Darin sind die wichtigsten Angaben zu den Patienten und Patientinnen enthalten: Bemerkungen zum Befund, Medikamente, der Auftrag an die Sozialberatung sowie die wichtigsten medizinischen Diagnosen und sozialen Themen, die zur Überweisung geführt haben. Die Diagnosen und Überweisungsgründe wurden der BFH anonymisiert zur Verfügung gestellt und folgend als Sample 1 ausgewertet.

In der Abbildung 1 wird ersichtlich, dass etwa die Hälfte der Patientinnen und Patienten an einer psychischen Erkrankung oder Demenz leiden. Etwa ein Drittel der Befragten hat Probleme in Zusammenhang mit Schmerzen, rheumatischen Erkrankungen oder Erkrankungen des Bewegungsapparates. Andere aufgeführte Diagnosen sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Lungen- und Atemwegserkrankungen, Diabetes und Stoffwechselerkrankungen, Übergewicht, Suchterkrankungen, Krebserkrankungen oder andere chronische Erkrankungen (z. B. chronische Darmkrankheit, Eisenmangel, Hirnschlag oder geriatrische Probleme). Unter weiteren

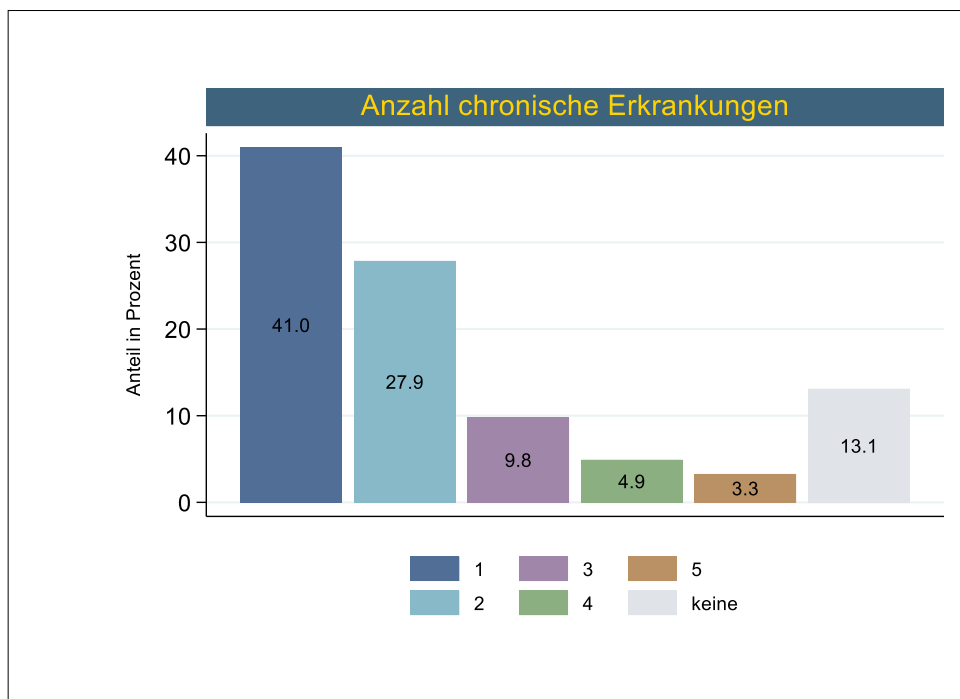
Diagnosen finden sich Infekte, allgemeine Überforderung und Erschöpfung, lange Arbeitsunfähigkeit und unzureichende Deutschkenntnisse.

Abbildung 1: Diagnosen bei der Überweisung (Mehrfachantwort möglich, n = 61)



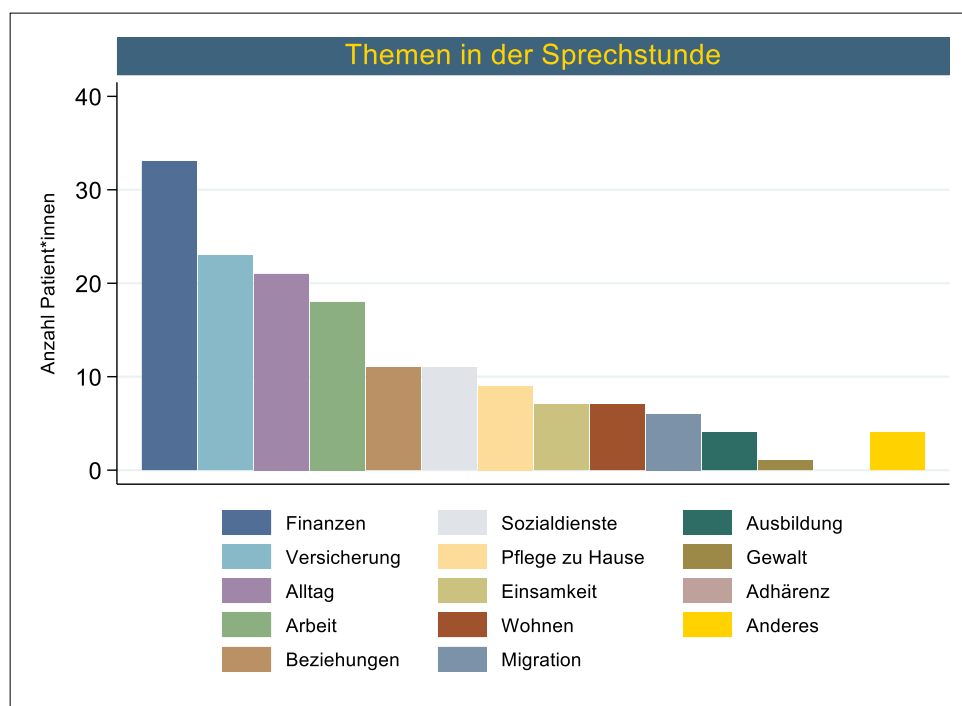
Aus Abbildung 2 wird ersichtlich, dass der überaus grösste Teil der Patienten und Patientinnen an mindestens einer chronischen Erkrankung leidet (86.9 %). Fast jede*r Zweite (45.9 %) leidet zudem an mindestens zwei chronischen Erkrankungen, die in Abbildung 1 aufgelistet sind (ohne «weitere Diagnosen»).

Abbildung 2: Anteile der Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen (n = 61)



In der Abbildung 3 wird ersichtlich, welche Themen in der ärztlichen Sprechstunde zu einer Überweisung an die Sozialberatung geführt haben. Die Analyse zeigt, dass jede*r Zweite mit finanziellen Problemen oder Schulden an die Sozialberatung überwiesen wird. Ebenfalls häufig sind Fragen zu Versicherungen, Entlastungsbedarf im Alltag oder Probleme am Arbeitsplatz, die bei jedem oder jeder Dritten als Überweisungsgrund angegeben werden. Weitere Überweisungsgründe sind Beziehung und Familie, Zusammenarbeit mit Sozialdiensten, die Pflege zu Hause, Vereinsamung, Wohnen und Heimeintritt, Integration und Migration, Ausbildung und Gewalt oder Missbrauch. Weitere Themen, die zu einer Überweisung zur Sozialberatung geführt haben, sind Alkoholkonsum, Ängste und Sorgen. Sie sind durch die Kategorie «Anderes» erfasst. Ausserdem wurde angegeben, dass einige Personen wieder lernen wollen, Vertrauen und soziale Kontakte herzustellen.

Abbildung 3: Gründe für eine Überweisung an die Sozialberatung (Mehrfachantwort möglich, n = 61)



Die häufigsten Gründe für Überweisungen spiegeln sich auch in den Interviews mit der Ärzteschaft wider:

«Also die Versicherungen beschäftigen uns sehr. Auch der schlechte Umgang der Versicherer mit Leuten, die längere Zeit arbeitsunfähig geschrieben sind, setzen die Leute unter Druck. Wenn man sie psychisch aufgebaut hat, erhalten sie von der Versicherung einen Brief, und dann kann man wieder von vorne beginnen.» (Arzt)

«Es sind sehr häufig Fragen zu Sozialversicherungen. Über das KVG weiss ich noch einigermaßen Bescheid. Aber wenn es um die IV geht – IV, nicht IV, wie viel Prozent – und wie man das am besten macht, damit es nicht kontraproduktiv ist, brauche ich Unterstützung. Selten sind Fragen um Betreuung im Alter, Kinderbetreuung und Familienpflege.» (Ärztin)

«Das können ganz banale Dinge sein: Der Patient hat den Arbeitsplatz verloren oder eine Mobbing-Situation auf der Arbeit. Also Arbeitsplatz ist ein wichtiger Punkt. (...) Dann Themen

von häuslicher Gewalt. (...) Angehörigenarbeit machen wir auch, Vermitteln von Angehörigenstellen, von sekundären Hilfsstrukturen.» (Arzt)

«Es geht um Beratungen zur Berentung, AHV-Bezügen oder Vorrenten. Weitere Themen sind Überschuldung, Sozialversicherungen und Krankenkassen. Aber auch die Zusammenarbeit mit den Sozialämtern, ich denke, das gibt es auch viel Kontakt.» (Arzt)

Wie im letzten Zitat und in der Abbildung 3 ersichtlich wird, gehört die Zusammenarbeit mit Sozialdiensten zu den häufigsten Überweisungsgründen. Weitere Interviewpassagen verdeutlichen die Hürden für die Kontaktaufnahme mit Sozialdiensten. Diese sind nicht nur bei den Patienten und Patientinnen, sondern auch in Form von Ressourcenknappheit bei den Arztpraxen vorhanden:

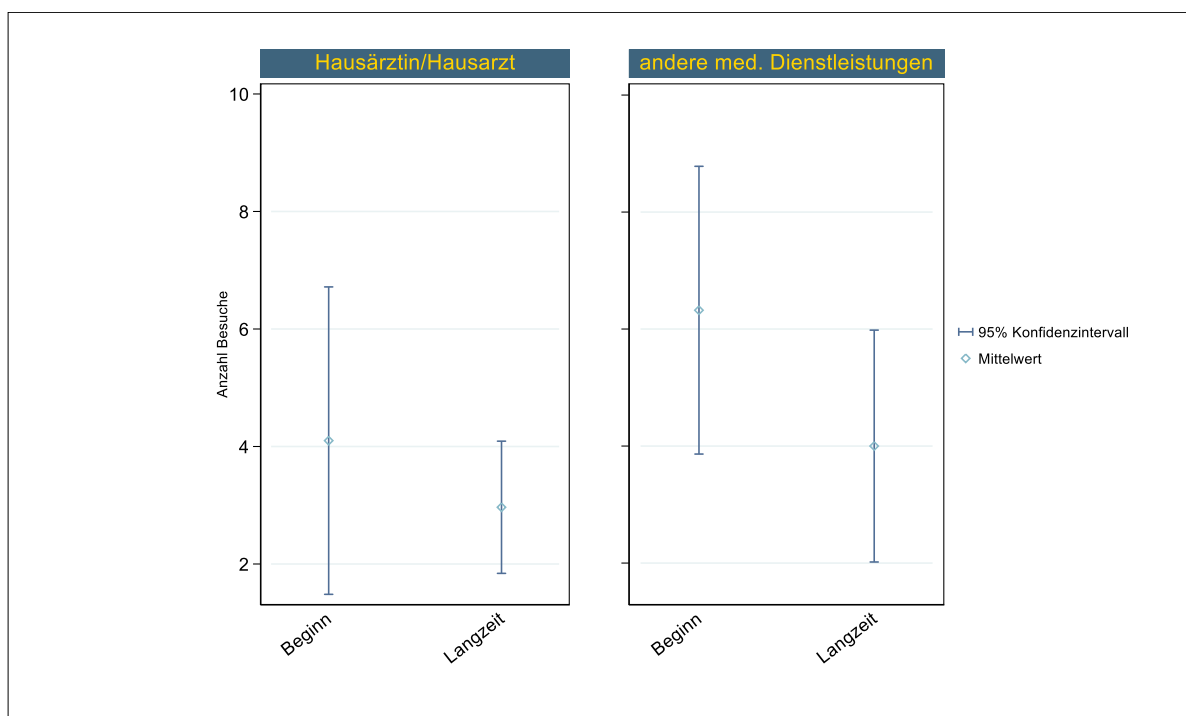
«Also wissen Sie, dann schaffe ich mir noch mehr Arbeit. Da habe ich gedacht, warum habe ich das gemacht?» (Kinderärztin in: Weber-Hallauer, 2021, S. 46)

«Die Stigmatisierung, zum Sozialdienst zu gehen, ist bei den Patienten, Patientinnen wahrscheinlich noch viel schlimmer als der Gang zur Psychotherapie. Und wenn es ein Beratungsangebot in der Praxis gibt, ist die Schwelle extrem viel tiefer.» (Arzt)

4.3 Nutzung medizinischer Dienstleistungen

Über die Befragung der Patienten und Patientinnen wurden die Besuche beim Hausarzt, die Besuche bei anderen medizinischen Dienstleistern und die Anzahl notfallmässiger Eintritte in Spitälern und Kliniken erhoben. Dabei wurde nach der Anzahl Besuche in den letzten drei Monaten gefragt. Die Abbildung 4 zeigt, dass sich im Verlauf einer Sozialberatung die Anzahl der Besuche beim Hausarzt oder bei der Hausärztin signifikant verringert haben. Dies gilt auch für andere medizinische Dienstleistungen. Der Hausarzt oder die Hausärztin sind nicht mehr vier-, sondern durchschnittlich nur noch dreimal konsultiert worden. Andere medizinische Leistungen (psychiatrische und psychologische Hilfe, Spital- und Klinikaufenthalte [ohne Corona-Tests]) haben von über sechs auf vier Besuche abgenommen.

Abbildung 4: Veränderung der Nutzung medizinischer Dienstleistungen (n = 29, 31)



Notfallmässige Spitaleintritte sind bei den 34 Panelistinnen und Panelisten von 19 auf vier gesunken. Notfallmässige Eintritte in psychiatrische Kliniken sind von fünf auf einen gesunken. Beide Veränderungen sind – möglicherweise wegen der geringen Fallzahl – nicht statistisch signifikant. Dass die Sozialberatung in der Arztpraxis stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken das Potenzial hat, stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken zu verhindern, zeigt das Zitat eines Psychiaters mit einer Sozialarbeiterin in seiner Praxis:

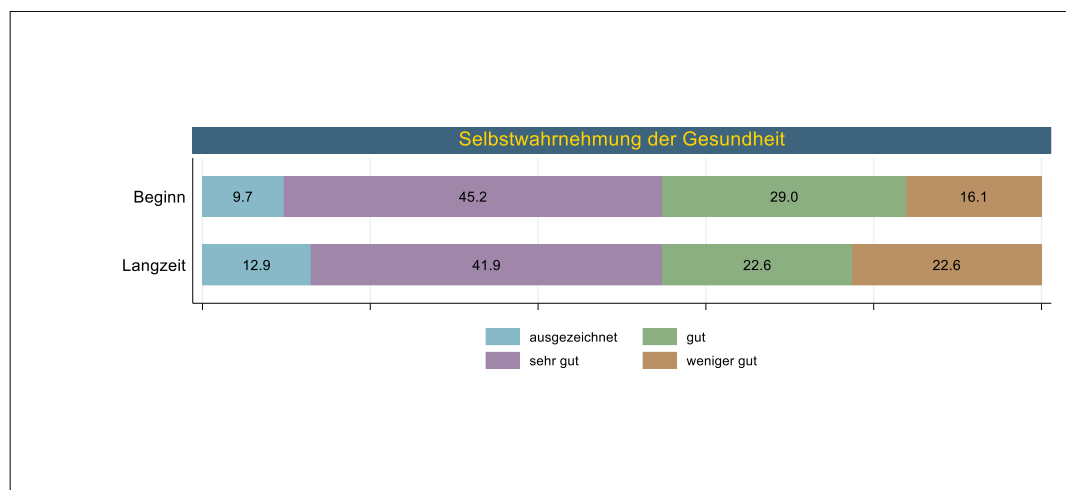
«Also, wenn zum Beispiel eine leichte Erkrankung vorliegt, ein leichtes bis mittelgradiges depressives Syndrom und [der Patient] nur deswegen das Licht am Ende des Tunnels nicht sieht, erkenne ich oft ein Problem bei der Umwelt und der Bewältigung von sozialen Problemen. Dann muss ich sagen, hier geht es gar nicht so sehr um klassische Psychotherapie, sondern vielmehr um andere Dinge. Wenn die weg sind, dann würde der Patient auch keine Symptome mehr zeigen. (...) Durch die Wegnahme von Stressoren hat der Patient die Möglichkeit, ambulant und ohne Klinikzuweisung zu genesen. Das nämlich würde drohen, wenn

wir es nicht schaffen, in einem ausreichend schnellen Zeitraum eine Lösung zu bekommen. (...) Ich kenne einige Kollegen, die sagen, dass sie weder das Know-how noch die Kapazitäten dafür haben. Dann gibt es eine Zuweisung in eine Klinik.» (Arzt)

4.4 Gesundheit und gesundheitliche Lebensqualität

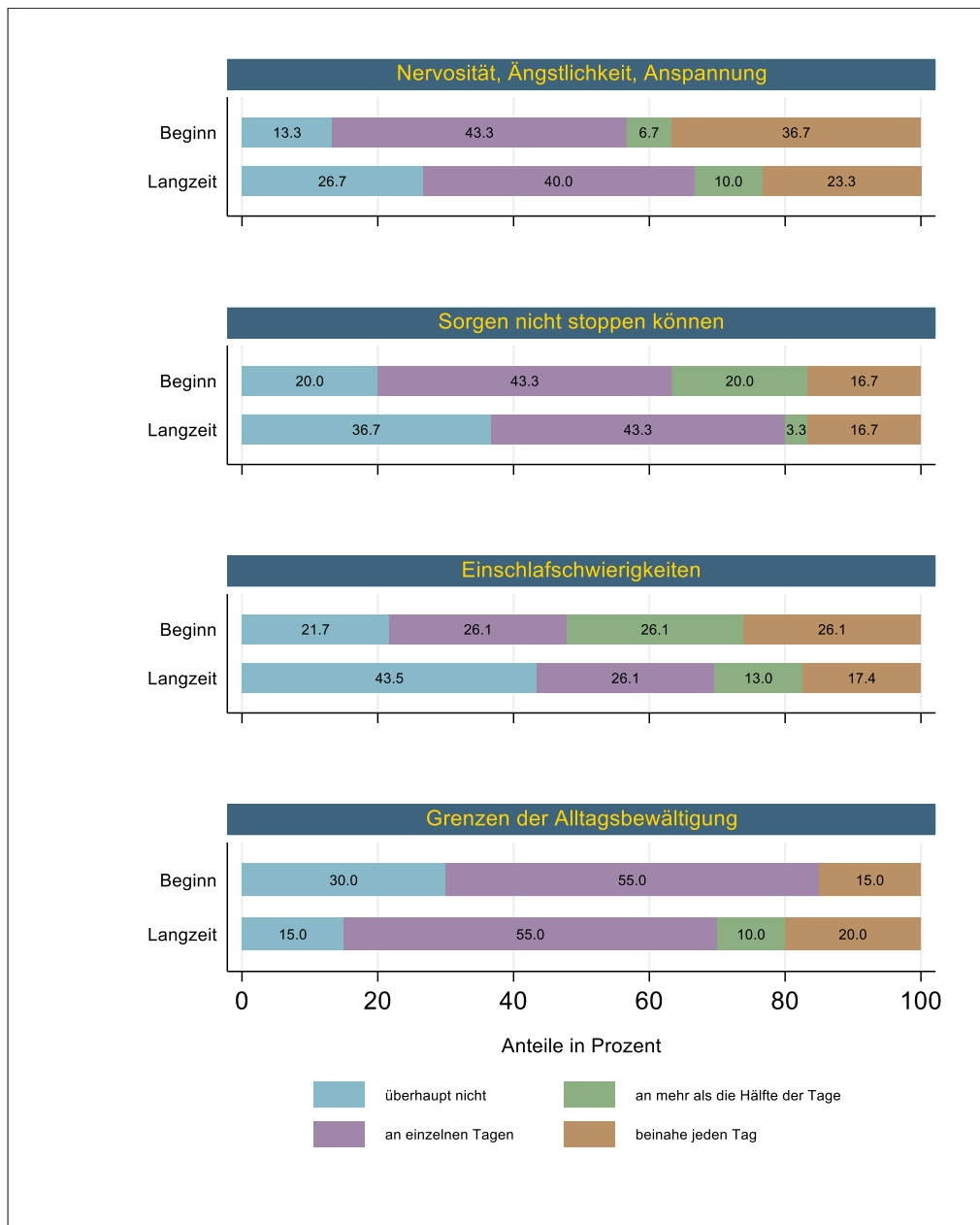
In einem weiteren Frageblock wurden die Patienten und Patientinnen nach ihrer Gesundheit und nach ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität gefragt. In Abbildung 5 wird ersichtlich, dass die Befragten ihre allgemeine Gesundheit als eher schlecht einschätzen. Zu Beginn einer Sozialberatung nehmen lediglich etwas mehr als die Hälfte ihre allgemeine Gesundheit als gut oder sehr gut wahr (54.9 %). Dieser Anteil bleibt im Verlauf einer Sozialberatung stabil, wobei sowohl der Anteil mit ausgezeichneter Gesundheit als auch der Anteil mit einer weniger guten Gesundheit steigt.

Abbildung 5: Selbstwahrnehmung der Gesundheit (n = 31)



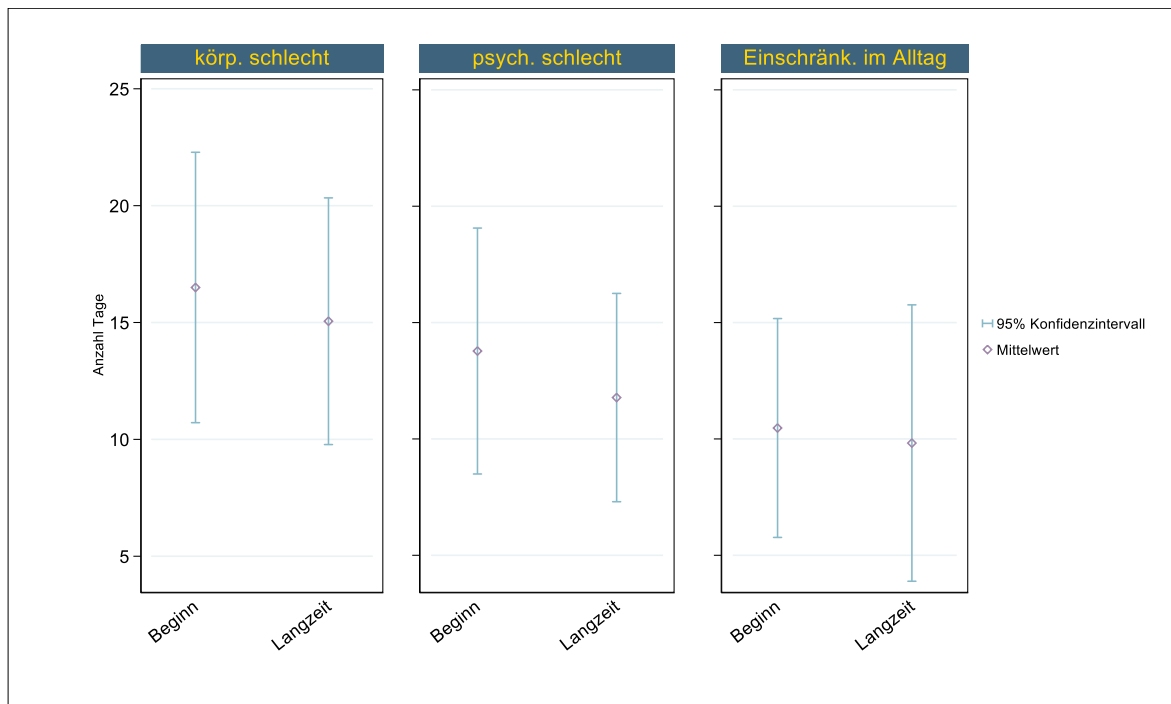
Im Unterschied zur allgemeinen Gesundheit konnten deutliche Veränderungen der psychischen Gesundheit der Patientinnen und Patienten beobachtet werden. Im Verlauf der Sozialberatungen hat sich der Anteil derjenigen mit Nervosität, Ängstlichkeit und Anspannung, mit unkontrollierbaren Sorgen und Einschlafschwierigkeiten verkleinert. Hinsichtlich der Frage, ob die Befragten in der Alltagsbewältigung an Grenzen stossen, zeigen die Ergebnisse im Verlauf der Sozialberatung eine Verschlechterung (Abbildung 6). Die positiven Veränderungen mit Bezug auf die psychische Gesundheit (Frage 1 bis 3) sind erstaunlich, zumal ein Teil dieser Patienten und Patientinnen im Verlauf öfters an Grenzen in der Alltagsbewältigung stösst (Frage 4).

Abbildung 6: Psychische Gesundheit (n = 30, 30, 23, 20)



Zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde das verbreitete und validierte Instrument HRQOL-4 (*health-related quality of life*) angewendet (Dumas et al., 2020; Yin et al., 2016). HRQOL-4 untersucht die subjektiv wahrgenommene Gesundheit (Abbildung 7) und stellt drei weitere Fragen über die gesundheitliche Lebensqualität der letzten 30 Tage. Die Ergebnisse zeigen, dass die Tage, an denen es den Patienten und Patientinnen körperlich und psychisch nicht gut gegangen ist, im Verlauf einer Sozialberatung abgenommen haben. Diese Veränderungen von 16.5 auf 15 Tage in körperlich schlechter Verfassung und von 14 auf 12 Tage in psychisch schlechter Verfassung sind – möglicherweise wegen der grossen Streuung und der grossen Anzahl fehlender Werte – statistisch nicht signifikant. Kaum erkennbare Veränderungen gab es bei der Anzahl der Tage, an denen die Patientinnen und Patienten wegen schlechter körperlicher oder psychischer Gesundheit nicht ihren gewohnten Aktivitäten nachgehen konnten (Abbildung 7).

Abbildung 7: Veränderungen der gesundheitlichen Lebensqualität (n = 18, 18, 17)



Dass eine niederschwellige Sozialberatung sowohl auf psychischer als auch auf körperlicher Ebene das Potenzial zu positiven Auswirkungen haben kann, zeigen die Erfahrungen aus dem Praxisalltag der befragten Ärzte und Ärztinnen:

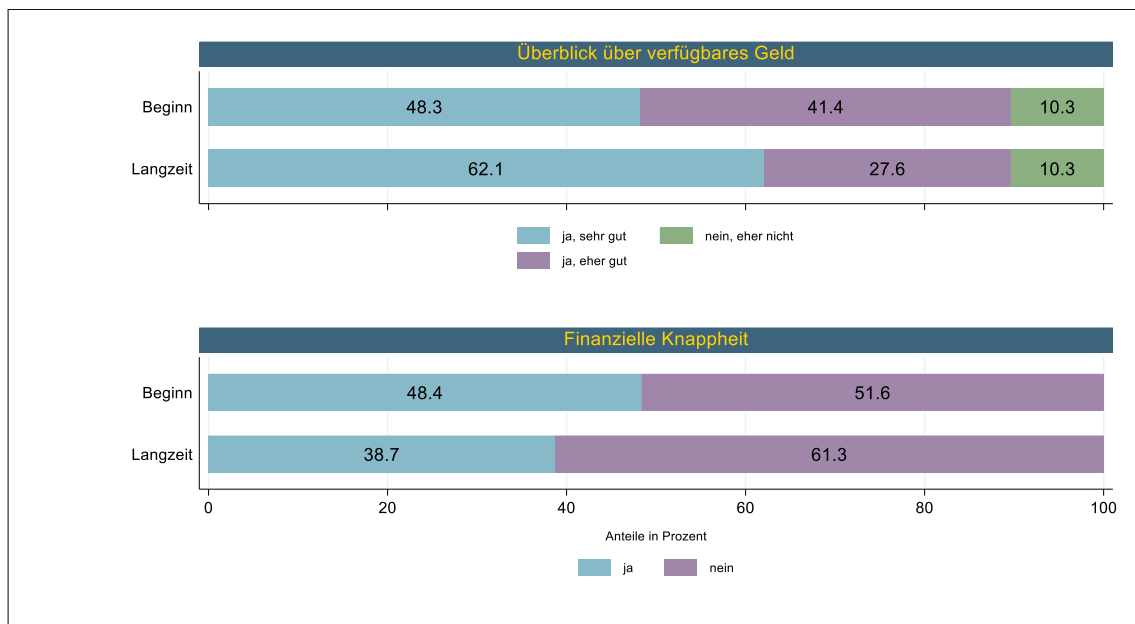
«Und wenn jemand arbeitsunfähig oder sogar arbeitslos geworden ist, dann ist das für ihn ein grosses Problem, das nicht medizinisch ist. Es schlägt sich auf die Psyche nieder und wird medizinisch.» (Arzt)

«Nehmen wir an, jemand hat einen hohen Blutdruck, Diabetes und müsste täglich Medikamente nehmen. Wenn dann die psychosozialen Probleme weiter bestehen und ein Stressfaktor im Leben bleibt, dann beeinflusst das auch die Motivation, die Medikamente regelmässig einzunehmen. Solange wir die psychosozialen Probleme nicht mitbehandeln oder mitbetreuen, können wir auch bei den anderen Behandlungen keine grossen Erfolge erzielen. Es hängt enorm zusammen. (...) Man muss versuchen, das psychosoziale Problem zu lösen, dann hat man mehr Erfolg bei den anderen Behandlungen.» (Arzt)

4.5 Soziale Lebensqualität

Neben der gesundheitlichen Lebensqualität wurden die Patientinnen und Patienten auch über Aspekte der sozialen Lebensqualität befragt. Abbildung 8 zeigt, dass sich ihre finanzielle Situation im Verlauf der Sozialberatung verbessert hat. Der Anteil derjenigen, die einen sehr guten Überblick über ihr verfügbares Geld haben, hat sich von 48.3 auf 62.1 Prozent erhöht. Weiter hat sich der Anteil derjenigen, die in den letzten drei Monaten ihre Rechnungen für Miete, Strom, Krankenkasse oder andere medizinische Rechnungen zeitweise nicht begleichen konnten, von 48.4 auf 38.7 Prozent verringert.

Abbildung 8: Finanzen (n = 29, 31)

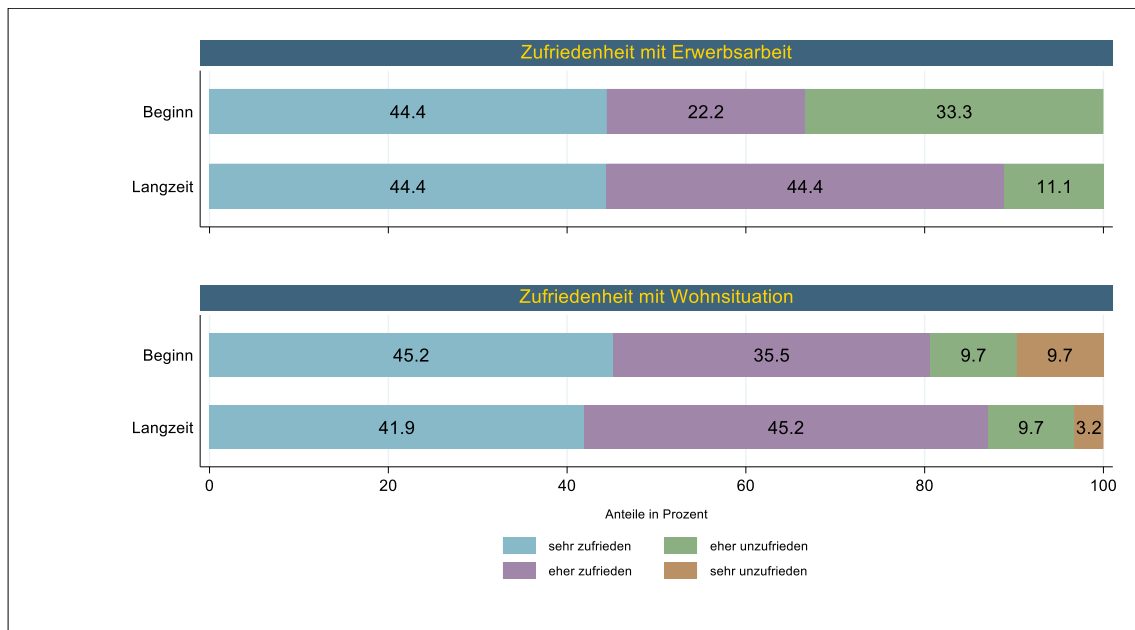


In Bezug auf die Zufriedenheit mit der Wohnsituation kann nur eine kleine Veränderung beobachtet werden (Abbildung 9).

In Anbetracht dessen, dass nur wenige Langzeitberatungen durchgeführt wurden, ist die kleine Reduktion Unzufriedener von 19.4 Prozent auf 12.9 Prozent dennoch beachtlich. Deutlicher erscheint die Veränderung in der Zufriedenheit mit der Erwerbsarbeit (Abbildung 9).

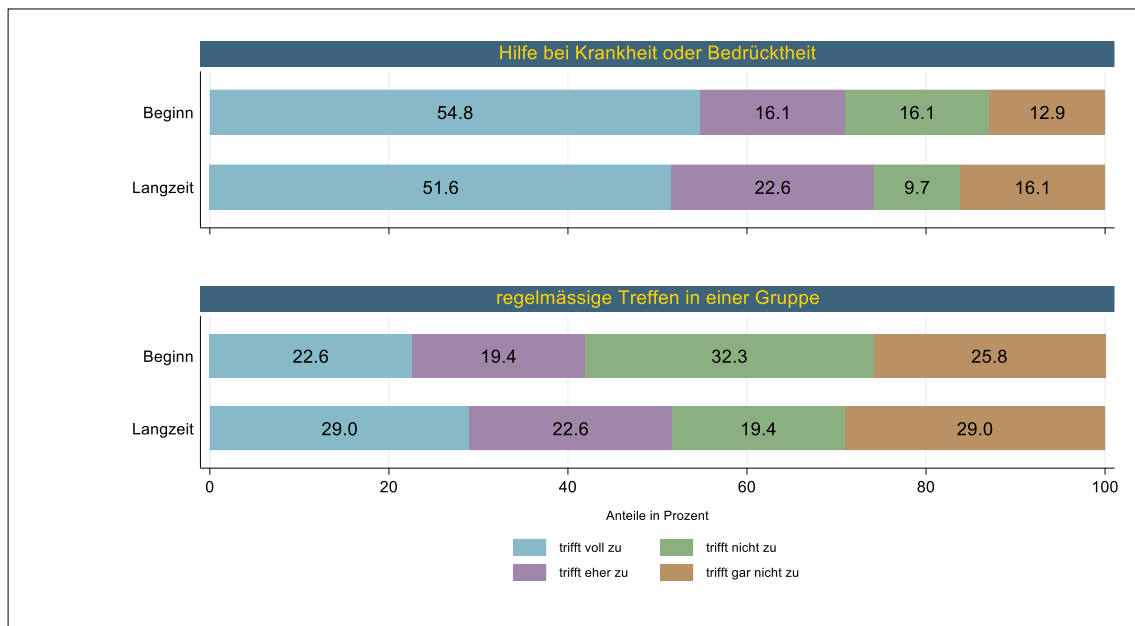
Allerdings handelt es sich hierbei wegen der geringen Anzahl erwerbstätiger Panelisten und Panelistinnen um ein wenig aussagekräftiges Ergebnis. Zwei von neun Befragten wurden im Verlauf der Sozialberatung zufriedener mit ihrer Erwerbsarbeit.

Abbildung 9: Zufriedenheit mit Wohnen und Arbeit (n = 9, 31)



Die Ergebnisse zur sozialen Unterstützung sind mit jeweils 31 auswertbaren Panelistinnen und Panelisten (Abbildung 10) wiederum verlässlich. Der Anteil der Befragten, die bei Krankheit oder Bedrücktheit mit der Hilfe von Freunden, Freundinnen oder Angehörigen rechnen können, hat sich von 70.9 Prozent auf 74.2 Prozent erhöht. Weiter hat sich der Anteil derer erhöht, die sich regelmässig mit einer Gruppe von Menschen treffen, beispielsweise für Sport, Musik, Treffs, Selbsthilfegruppen oder Vereine (von 42.0 % auf 51.6 %).

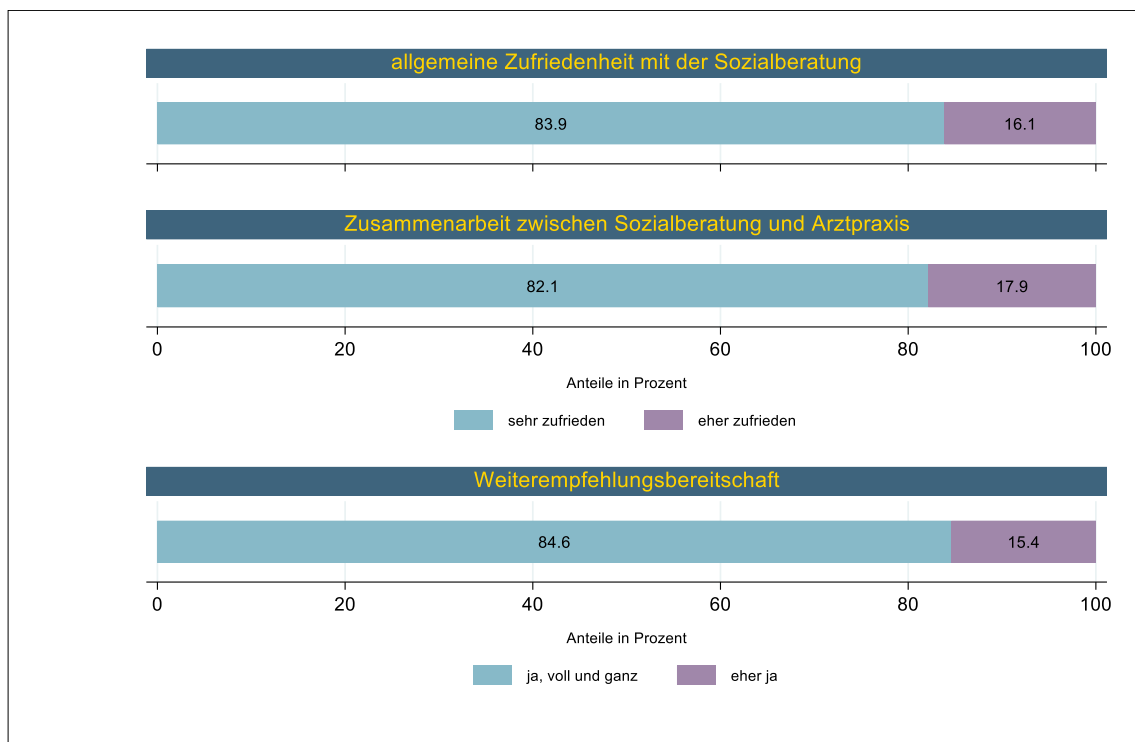
Abbildung 10: Soziale Unterstützung (n = 31, 31)



4.6 Zufriedenheit und Selbsteinschätzungen

In der Nachbefragung der Patientinnen und Patienten wurde sowohl die Zufriedenheit mit der Sozialberatung als auch die subjektiv wahrgenommene Wirkung der Sozialberatung erhoben (N = 36). Diese Befragung zeigt sehr hohe Zufriedenheitswerte mit dem Angebot (Abbildung 11). 84.8 Prozent der Befragten sind sehr zufrieden und die restlichen 15.2 Prozent sind eher zufrieden mit dem Angebot. Auch die Zusammenarbeit zwischen den Sozialberatenden und der Arztpraxis wird als sehr zufriedenstellend eingeschätzt (83.3 %). Dieses Ergebnis spiegelt sich auch in der hohen Bereitschaft wider, das Angebot der besten Freundin oder dem besten Freund weiterzuempfehlen.

Abbildung 11: Zufriedenheit mit dem Angebot (n = 33, 30, 28)



Die hohe Zufriedenheit mit der Sozialberatung drückten die Patientinnen und Patienten auch in der offenen Antwortmöglichkeit aus. Neben der erhaltenen Hilfe wurde mehrmals die verständnis- und vertrauensvolle Atmosphäre in der Sozialberatung genannt. Dieser kompetente, menschliche Umgang habe eine angstfreie und beruhigende Beratung ermöglicht. Folgend werden ausgewählte Rückmeldungen der Patientinnen und Patienten wiedergegeben:

«Im Gegensatz zum Sozialamt ist es menschlicher, und ich wurde ernst genommen. Dort fühlt man sich wie eine Nummer.»

«Man hat mir geglaubt, hatte Verständnis und man hat mich unterstützt, mich zu wehren, dass ich – jedenfalls teilweise – zu dem mir zustehenden Krankentaggeld kam.»

«Man hilft mir sehr! Ich bin überzeugt, es wird mir wieder geholfen, auch wenn ich woanders bin. Es geht mir besser, ich bin beruhigter als vorher.»

«Ich bin lang krankgeschrieben und hatte viel weniger Lohn. Jetzt muss ich die Franchise nicht mehr bezahlen. Ich habe mir Sorgen gemacht über die finanzielle Situation. Dann ist mir ein Stein vom Herzen gefallen, sonst hätte ich nicht mehr weitergewusst.»

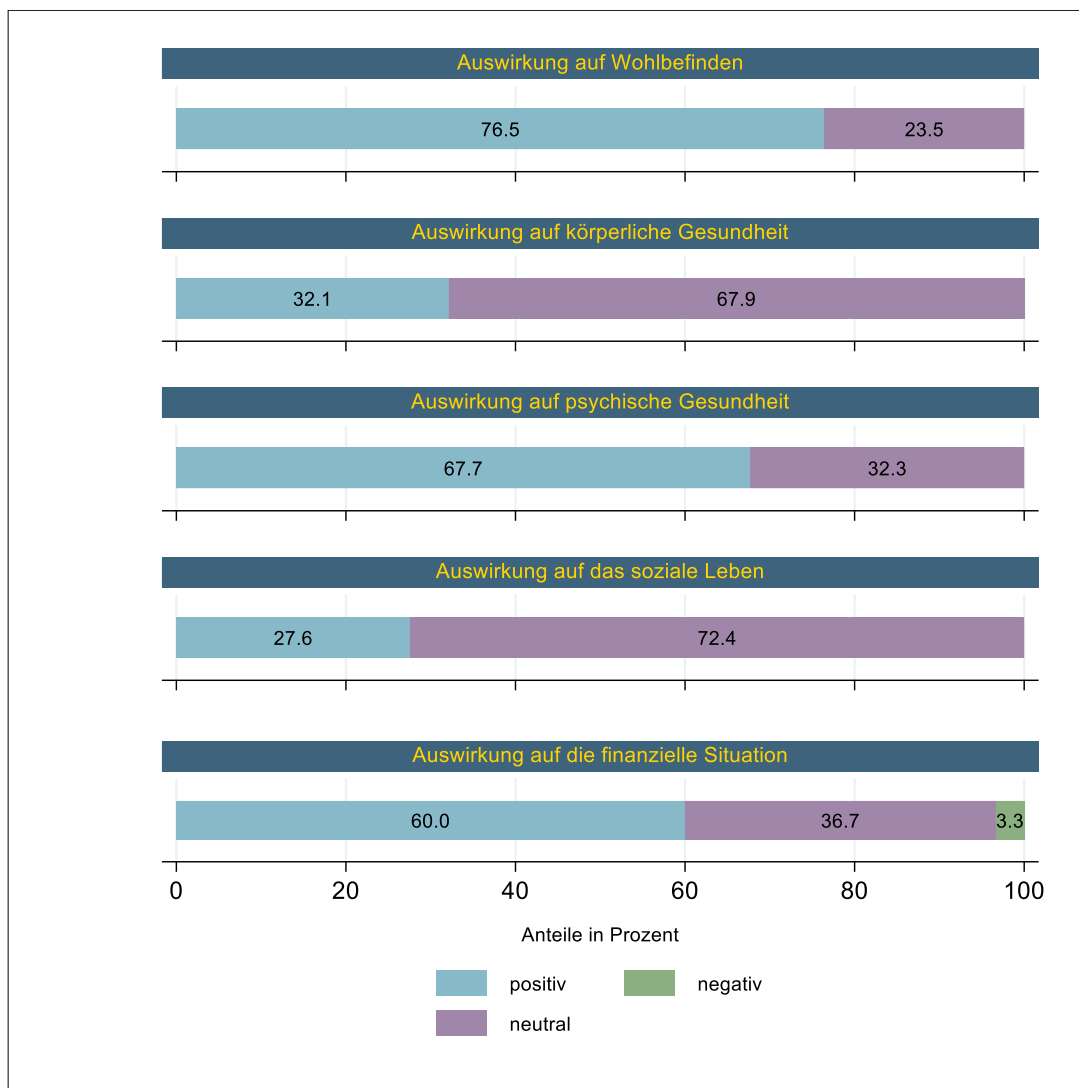
«Gute Unterstützung bei den grössten Belastungen. Ich bin sehr dankbar dafür.»

«Die psychische Gesundheit hat sich stark verbessert. Die Hilfe ist grossartig und die finanzielle Unterstützung beruhigend und befreiend.»

Weiter hatten die befragten Patienten und Patientinnen die Möglichkeit, die Auswirkungen der Sozialberatung auf ihr Wohlbefinden, ihre Gesundheit und ihre finanzielle Situation einzuschätzen (Abbildung 12).

Diese Einschätzungen der Patienten und Patientinnen spiegeln die Ergebnisse der Längsschnittanalysen wider: Rund drei von vier der Befragten berichten von positiven Auswirkungen auf ihr allgemeines Wohlbefinden. Zwei von drei Patientinnen und Patienten melden einen positiven Effekt auf die psychische Gesundheit zurück und 60 Prozent haben einen positiven Effekt auf ihre finanzielle Situation bemerkt. Ähnlich wie in der Längsschnittanalysen berichten weniger Befragte von positiven Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit und das soziale Leben (32.1 % und 27.6 %).

Abbildung 12: Subjektiv eingeschätzte Wirkung der Sozialarbeit (n = 34, 28, 31, 29, 30)



4.7 Zusammenfassung

Die Ergebnisse dieser Befragung und der Überweisungsschreiben ermöglichen interessante Einblicke in das Feld der Sozialen Arbeit in der Arztpraxis. An die Sozialarbeitenden werden überdurchschnittlich viele Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen und Schmerzerkrankungen überwiesen. Deutlich weniger Patienten und Patientinnen haben Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Lungen- und Atemwegserkrankungen oder Stoffwechselerkrankungen. Der weitaus grösste Teil der Patientinnen und Patienten leidet an mindestens einer chronischen Erkrankung (86.9 %).

Der nächsthäufige Grund für Überweisungen an die Sozialberatung sind finanzielle Probleme. Probleme mit Versicherungen, mit dem Alltag oder mit der Arbeit liegen etwas seltener vor. Sie werden aber immer noch bei rund jeder dritten Überweisung als Thema für die Sozialberatung genannt. Insgesamt sind die Gründe, die zu einer Überweisung an die Sozialberatung führen, sehr breit und reichen von Beziehungsfragen über die Zusammenarbeit mit Sozialdiensten zur Pflege zu Hause, Vereinsamung und Gewalt.

Die Wirkung und der Nutzen der Sozialen Arbeit in der Arztpraxis können über die Anzahl der Besuche in der Praxis der Hausärztin oder des Hausarztes und in anderen medizinischen Dienstleistungen überprüft werden. Die Daten sind bedeutsam: Sie zeigen, dass die ärztlichen und medizinischen Konsultationen insgesamt um drei Besuche in den letzten drei Monaten abgenommen haben. Dieses Resultat muss insbesondere vor dem Hintergrund betrachtet werden, dass fast alle befragten Patientinnen und Patienten an chronischen Erkrankungen leiden und ihre allgemeine Gesundheit während der Befragungsphase stabil geblieben ist.

Im Bereich der Gesundheit konnten insbesondere Veränderungen in der psychischen Gesundheit beobachtet werden. Dabei geben die einzelnen Items (Abbildung 6), die gesundheitliche Lebensqualität (Abbildung 7) und die Selbstwahrnehmung (Abbildung 12) ein kohärentes Bild. Alle diese Indikatoren untermauern die verfügbare Evidenz, dass eine stabile soziale Situation zu einer verbesserten psychischen Gesundheit führt (z. B. Karunamuni et al., 2021; Sun et al., 2021; Fraser et al., 2018).

Veränderungen der sozialen Lebensqualität konnten insbesondere in Bezug auf die finanzielle Situation beobachtet werden. Der Anteil an Patienten und Patientinnen, die einen Überblick über das verfügbare Geld haben, hat sich vergrößert und der Anteil derjenigen, deren Finanzen knapp waren, hat sich verringert. Darüber hinaus konnten keine signifikanten Veränderungen der sozialen Indikatoren beobachtet werden. Dies ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass über die Stabilisierung und Verbesserung der finanziellen Situation weniger Zeit für weitergehende Beratungen aufgewendet wurde beziehungsweise der Untersuchungszeitraum zu kurz gewählt war, um weitergehende Veränderungen zu beobachten.

Insgesamt ist die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit der Sozialberatung sehr hoch. Dies zeigt sich auch an der Bereitschaft der Befragten, das Angebot weiterzuempfehlen. Weiter schätzen die meisten Patienten und Patientinnen die Wirkungen der Sozialberatung auf ihre Gesundheit, ihr Wohlbefinden und ihre finanzielle Situation als positiv ein.

5 Ergebnisse: Befragung der Ärzte und Ärztinnen

5.1 Stichprobe

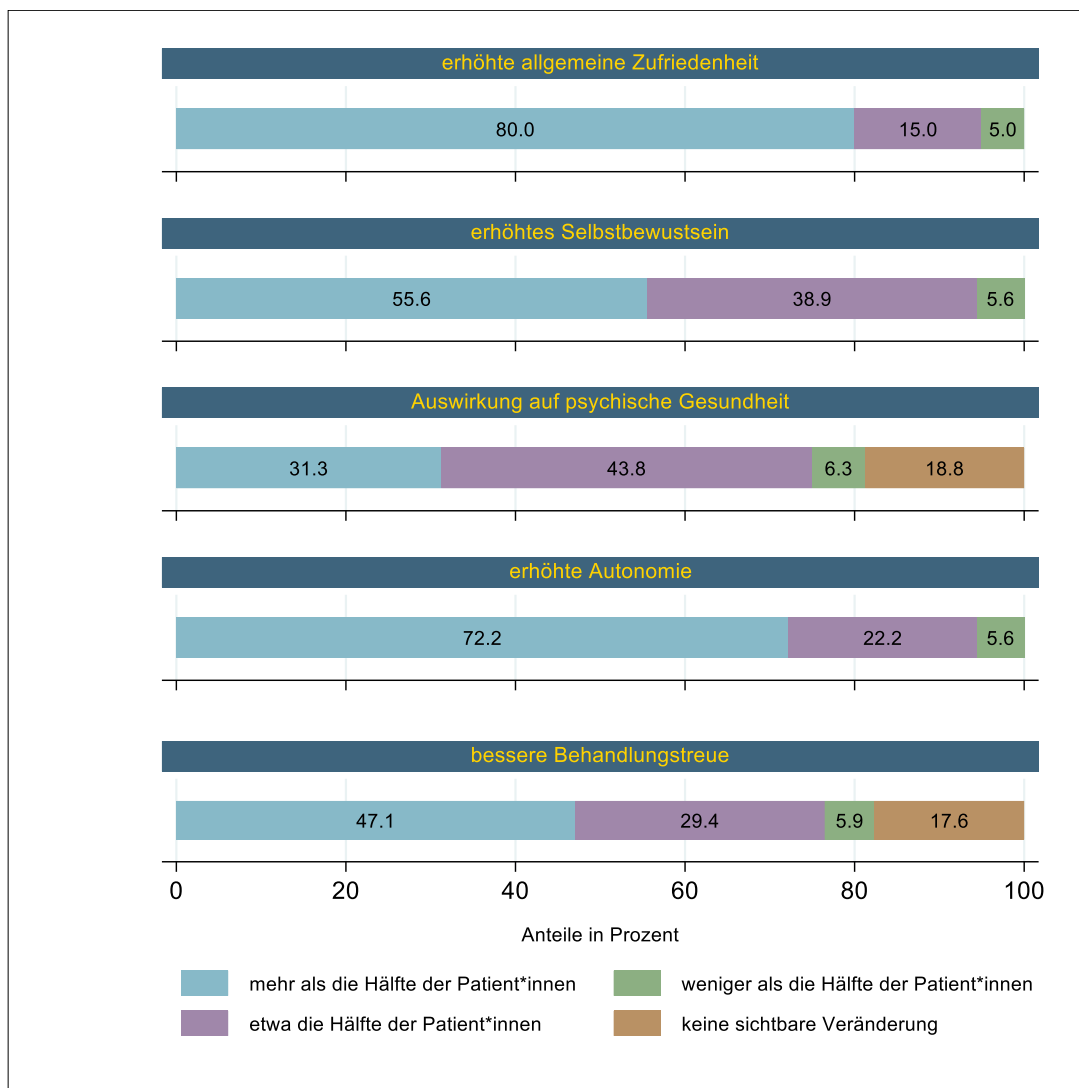
Die Befragung der Ärztinnen und Ärzte erfolgte über einen Onlinefragebogen, der Ende Dezember 2021 an die 34 Ärztinnen und Ärzte der Kooperationspartnerinnen versendet wurde. Bis zum Stichtag am 14. Januar 2022 haben 21 Ärztinnen und Ärzte den Fragebogen ausgefüllt, was einem Rücklauf von 62 Prozent entspricht. Die Daten wurden mit geschlossenen und offenen Fragen über den Nutzen der Sozialberatung für die Patienten und Patientinnen, die Ärzteschaft sowie die ärztliche Praxis im Allgemeinen erhoben. Zum Abschluss wurden auch die allgemeine Zufriedenheit mit der Sozialberatung sowie ein möglicher Anpassungs- und Weiterentwicklungsbedarf der Sozialberatung erfragt.

5.2 Nutzen für die Patientinnen und Patienten

Zunächst wurden die Ärzte und Ärztinnen nach dem Nutzen der Sozialberatung für die Patientinnen und Patienten befragt. Im Fokus stand die Frage, welche Veränderung(en) die Ärzteschaft bei ihren Patientinnen und Patienten nach einem Kontakt mit der Sozialberatung wahrnehmen. In der Abbildung 13 werden die Antworten entlang der fünf Teilfragen abgebildet.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Ärzte und Ärztinnen bei den überwiesenen Patientinnen und Patienten insbesondere eine erhöhte allgemeine Zufriedenheit, ein erhöhtes Selbstbewusstsein und eine erhöhte Autonomie beobachten. Bei diesen Fragen wurde die Antwort «keine sichtbare Veränderung» bei keiner Ärztin/keinem Arzt angegeben. Bei den Veränderungen der psychischen Gesundheit und einer verbesserten Behandlungstreue haben lediglich 18.8 Prozent respektive 17.6 Prozent angegeben, dass sie keine Veränderungen beobachtet hätten. Auch hier nimmt der Grossteil der Ärzteschaft positive Veränderungen bei ihren Patientinnen und Patienten nach Kontakt mit der Sozialberatung wahr.

Abbildung 13: Eingeschätzter Nutzen für die Patienten und Patientinnen (n = 20, 18, 16, 18, 17)



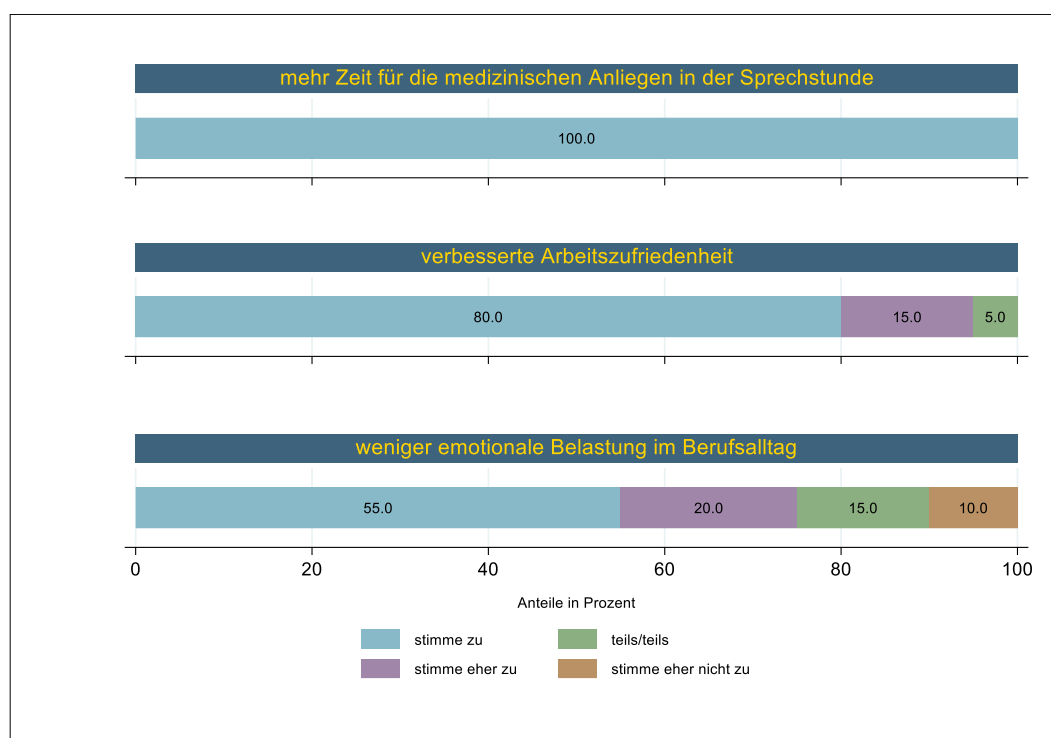
Die Ergebnisse der 21 Ärztinnen und Ärzte spiegeln sich auch in den Interviews der Expertinnen und Experten wider. So schildert eine Ärztin schon zu Beginn des Angebots, dass sie Veränderungen im Selbstwertgefühl und in der Autonomie der Patientinnen und Patienten beobachtet:

«Mich spricht die Aussage über <diffuse soziale Anliegen> sehr an. Ich habe erlebt, dass die Sozialarbeiterinnen das Diffuse eben fassbar gemacht haben und es dadurch auch gelöst werden konnte. Auch habe ich erlebt, dass Patienten, Patientinnen durch die Sozialarbeit wesentlich an Selbstwertgefühl und Autonomie gewinnen. Man kann nur hoffen, dass sich die Zusammenarbeit der Praxen und der Sozialarbeit nachhaltig etabliert.» (Ärztin)

5.3 Nutzen für die Ärzteschaft

Die Ärzteschaft wurde auch über den konkreten Nutzen der Sozialberatung für sie selbst befragt. Die Befragten sollten einschätzen, ob sie den folgenden Aussagen zustimmen: Mit dem Angebot der Sozialberatung hätten sie mehr Zeit für die medizinischen Anliegen in der Sprechstunde, weniger emotionale Belastung im Berufsalltag und eine verbesserte Arbeitszufriedenheit (Abbildung 14). Bei den Ergebnissen überrascht insbesondere die 100-prozentige Zustimmung zur ersten Frage bei einer Enthaltung. Zwanzig Ärztinnen und Ärzte gaben an, dass sie aufgrund des Angebots der Sozialberatung über mehr Zeit für die medizinischen Anliegen der Patienten und Patientinnen verfügen. Auch bei der Arbeitszufriedenheit sehen 95 Prozent der Befragten eine Verbesserung durch die Einführung der Sozialberatung. Etwas weniger Zustimmung (75 %) findet die Aussage, dass die Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden die emotionale Belastung im Berufsalltag reduzieren konnte.

Abbildung 14: Eingeschätzter Nutzen für die Ärztinnen und Ärzte (n = 20, 20, 20)



Der Nutzen einer Sozialberatung in der Arztpraxis oder in enger Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft scheint sehr hoch. Einige Zitate aus den Interviews verdeutlichen, wie stark niedergelassene Ärztinnen und Ärzte mit sozialen Problemlagen konfrontiert sind. Auf der einen Seite sind die sozialen Themen und Anliegen vielfältig und auf der anderen Seite fehlen die Ressourcen, um sie befriedigend zu bearbeiten.

«Die gesundheitlichen Probleme zu behandeln, das ist einfach. Aber der ganze Schweif um die Probleme: Dafür braucht es andere Leute, die mit uns zusammenarbeiten.» (Arzt)

«Das heisst, wenn alle nur zu mir kommen würden, dann müsste ich ganz viel machen: Ich müsste Psychotherapie machen, ich müsste Diagnostik machen, ich müsste Pharmakotherapie machen, Angehörigenarbeit, Vernetzungsarbeit mit Behörde eins, zwei und drei.» (Arzt)

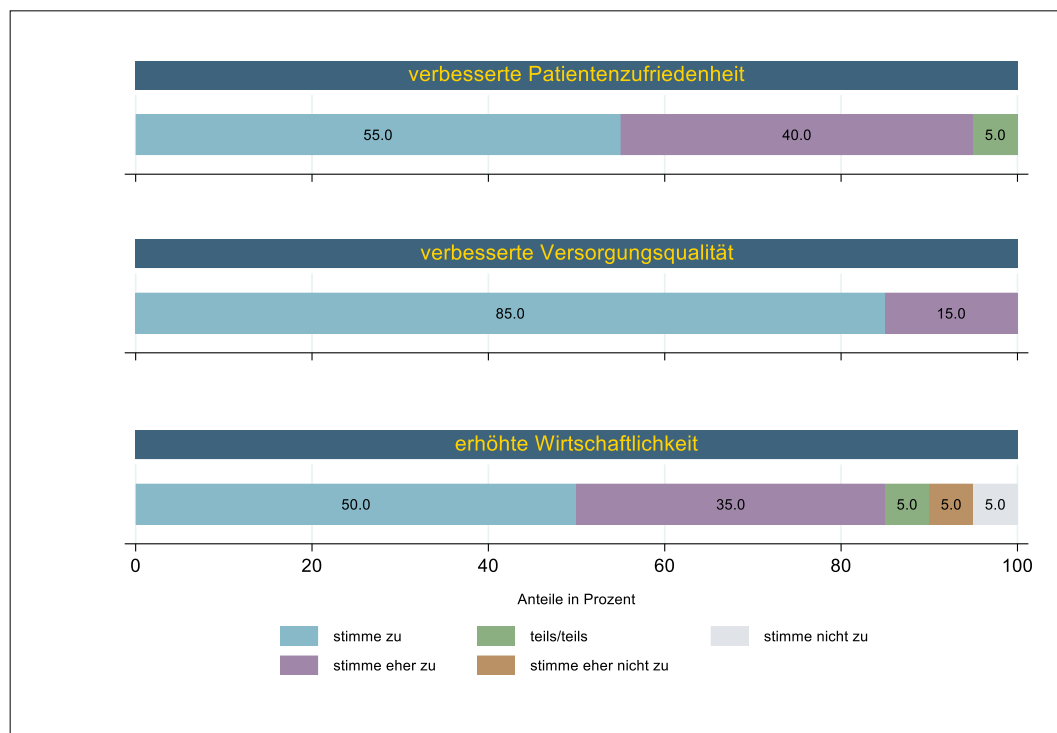
«Zuerst einmal stosse ich auf einen Telefonbeantworter. Das ist mal das Erste. Das zweite ist, dass es dann sehr häufig heisst: Sagen Sie dieser Person, sie soll sich melden. Und dann ist es schnell einmal verloren. (...) Ich habe häufig gesehen, was passiert, wenn ich den Leuten sage: Schauen Sie bei Pro Senectute! Dann melden sich die Leute vielleicht nicht. Und wenn sie sich nicht melden, dann ist es verloren, und es passiert wieder nichts.» (Ärztin)

«Sie kommen immer wieder mit dem gleichen Anwaltsbrief oder mit einem Brief vom Vermieter. Mit allen Anliegen kommen sie zu mir und erwarten einen Ratschlag oder eine Lösung. Dann kann ich nicht sagen: Das ist nicht mein Job, gehen Sie weg. Die Leute fühlen sich dann vor den Kopf gestossen. (...) Aber: ich habe einfach keine Zeit für das. Das war unter anderem eine Motivation, eine Fachperson zu haben, die diese Leute berät.» (Arzt)

5.4 Nutzen für die Arztpraxis

Im dritten Frageblock berichteten die Ärztinnen und Ärzte, welche Veränderungen sie seit der Einführung der Sozialberatung in ihrer eigenen Arztpraxis wahrnehmen. Konkret wurden sie gefragt, ob sie den folgenden Aussagen zustimmen: verbesserte Zufriedenheit der Patienten und Patientinnen, verbesserte Versorgungsqualität und erhöhte Wirtschaftlichkeit (Abbildung 15). Bei diesem Frageblock fällt die hohe Zustimmung zur verbesserten Versorgungsqualität auf. Bei einer Enthaltung gaben zwanzig Ärztinnen und Ärzte an, dass die Sozialberatung die Versorgungsqualität verbessert habe. Eine beinahe 100-prozentige Zustimmung finden auch die Aussagen, dass sich die Patientenzufriedenheit und die Wirtschaftlichkeit der Praxis verbessert habe (95 % und 85 %).

Abbildung 15: Eingeschätzter Nutzen für die Arztpraxis (n = 20, 20, 20)



Auch diese Ergebnisse sind mit den Inhalten der Interviews der Expertinnen und Experten kongruent. Viele Ärztinnen und Ärzte, die mit einem Sozialarbeiter/einer Sozialarbeiterin zusammenarbeiten, möchten den Patientinnen und Patienten die bestmögliche Kompetenz zur Verfügung stellen. Dies führt auch dazu, dass sich die Reputation der Arztpraxis für Patientinnen und Patienten in besonders komplexen Situationen erhöht:

«Der Mehrwert für die Praxis ist natürlich auch ein gewisses Standing. Wir sind dadurch eine Praxis, die mehr versorgen kann als die normale Praxis (...) und natürlich auch Fälle betreuen kann, die sonst niemand nimmt. (...) Damit haben wir ein Angebot für diese Menschen, die sonst einfach zwischen die Stühle fallen würden. (...)

Ich habe den Anspruch, dass alle die beste sozialpsychiatrische und soziale Unterstützung erhalten. Dafür kriegen sie jemanden, der da drin ausgebildet ist. Und in dem Fall ist es die Sozialarbeiterin. Ich biete den Patienten ein viel besseres Know-how, als wenn ich dies als Psychiater allein machen müsste. Ich spare Zeit und verlängere sozusagen damit nicht noch den Leidensdruck.» (Arzt)

«Ob ich jetzt jemanden zum Gastroenterologen schicke oder zur Sozialberatung: Für mich ist das etwa das gleiche. (...) Mit diesen Problemen wäre ich mit der Zeit überfordert. Überfordert, weil ich das Fachwissen nicht habe. Ich kenne die einzelnen, kurzen Wege nicht, die die Patienten benötigen. Das ist eine Win-win-Situation: für den Patienten, für mich und für alle eigentlich.» (Arzt)

«Aber im Team sind alle gleichberechtigt. (...) Und das hat jetzt mit der Augenhöhe null zu tun, weil – jeder ist Spezialist in seinem Gebiet und jeder stellt sein Know-how dem anderen zur Verfügung. Und ich lerne natürlich vom Sozialarbeiter, genauso wie der Sozialarbeiter gewisse Aspekte, die er benötigt, von mir übernehmen kann. Deshalb wird es eine sehr befriedigende Situation sein, weil wir ständig am Lernen sind und immer mehr Kompetenzen erhalten, ohne uns eine Kompetenz vollständig aneignen zu müssen.» (Arzt)

5.5 Zusammenfassung

Die befragten Ärztinnen und Ärzte sprechen der Sozialen Arbeit in der Arztpraxis einen hohen Nutzen zu. Diesen Nutzen sehen sie nicht nur für sich selbst durch eine erhöhte Arbeitszufriedenheit und mehr Zeit für medizinische Anliegen in der Sprechstunde, sondern auch für ihre Arztpraxis insgesamt und ihre Patienten und Patientinnen. Alle befragten Ärztinnen und Ärzte erkennen eine verbesserte Versorgungsqualität durch die Sozialberatung. Die meisten erkennen auch eine erhöhte Zufriedenheit ihrer Patientinnen und Patienten sowie eine verbesserte Wirtschaftlichkeit. Auch die Patientinnen und Patienten profitieren von der Einführung der Sozialberatung. So nehmen die Befragten bei ihren Patienten und Patientinnen eine erhöhte allgemeine Zufriedenheit, ein verbessertes psychisches Wohlbefinden und eine erhöhte Autonomie wahr.

Obwohl nach Verbesserungen des Angebots der Sozialberatung und nach Anpassungsbedarf der Zusammenarbeit mit der Arztpraxis gefragt wurde, sind keine expliziten Wünsche für die Zukunft geäußert worden. Dieses Ergebnis spiegelt sich ebenfalls in den Interviews der

Expertinnen und Experten wider: Die Zusammenarbeit mit der Sozialberatung erfolgt über ein Überweisungsschreiben. Die mehrheitlich informellen Gespräche sind an die Arbeitsformen der Arztpraxis angepasst. Dies funktioniert sehr gut und unkompliziert. Ein höherer Formalisierungsgrad könnte eine effiziente und patientenorientierte Arbeitsweise eher unterbinden und ginge auf Kosten des direkten Kontakts mit den Patientinnen und Patienten.

Zusammengefasst zeigen die Ergebnisse, dass die Ärzte und Ärztinnen das Angebot der Sozialberatung sehr schätzen und ihm einen grossen Nutzen zuschreiben: für ihre Praxis, für ihre Patientinnen und Patienten und für sich selbst.

6 Synthese und Ausblick

Die Soziale Arbeit in der Arztpraxis ist eine Anpassung an das zunehmende Bedürfnis, das Gesundheits- und Sozialwesen besser zu vernetzen und sozial-gesundheitliche Problemlagen früh zu erkennen und zu bearbeiten. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass die untersuchten Angebote Sozialer Arbeit in der Arztpraxis sowohl für die Ärzteschaft als auch für die Patientinnen und Patienten einen hohen Nutzen haben. Auf der Seite der Ärzteschaft trägt die Sozialberatung zu einer grösseren Arbeitszufriedenheit und einer besseren Versorgungsqualität bei. Auf der Seite der Patientinnen und Patienten verbessert die Sozialberatung die psychische Gesundheit. Des Weiteren wirkt sich die Sozialberatung positiv auf deren finanzielle Situation, Autonomie und allgemeine Zufriedenheit aus. Schliesslich zeigen die Ergebnisse, dass die Häufigkeit der Konsultationen beim Hausarzt oder bei der Hausärztin im Verlauf einer Sozialberatung abnehmen. Dies gilt auch für die Inanspruchnahme anderer medizinischer Dienstleistungen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie werden durch die wissenschaftliche Studienlage gestützt. Eine Metaanalyse randomisierter kontrollierter Studien erfasste, wie sich die Soziale Arbeit im Rahmen interprofessioneller Teams auf das Gesundheitsverhalten, depressive Symptome, die gesundheitliche Lebensqualität, die Nutzung von Gesundheitsleistungen und die Kosteneffizienz auswirkt. Als Vergleich dienten jeweils herkömmliche Versorgungsstrukturen ohne Sozialberatung (Fraser et al., 2018). Die Ergebnisse zeigen, dass interprofessionelle Teams bei Patientinnen und Patienten 1,28-mal häufiger depressive Symptome reduzieren konnten als bei Patientinnen und Patienten der Standardversorgung. In Bezug auf die körperliche Gesundheit und die Lebensqualität wurden nur kleine Unterschiede beobachtet. Gemischte Evidenz gibt es zur Nutzung von Gesundheitsleistungen. Patientinnen und Patienten interprofessioneller Teams neigen jedoch stärker dazu, ambulante statt stationäre Leistungen zu nutzen. Ebenfalls gemischt fallen die Ergebnisse des Kosten-Nutzen-Verhältnisses aus. Modelle, in denen die Soziale Arbeit integriert ist, werden jedoch als vielversprechend bewertet, weil sie die Gesundheitskosten senken können (Fraser et al., 2018; Steketee et al., 2017; McGregor et al., 2018).

Abgesehen von der Frage der Kosteneffizienz stellt sich auch die Frage der ethischen Verpflichtung, soziale Beratungen stärker in die medizinische und psychiatrische Grundversorgung zu integrieren. Die wissenschaftliche Evidenz zeigt hinreichend, dass soziale Faktoren nicht nur das Wohlbefinden, sondern auch die Gesundheit wesentlich beeinflussen. Soziale und ökonomische Faktoren sind bis zu 40 Prozent für Krankheiten und eine höhere Sterblichkeit verantwortlich (Park et al., 2015; Schroeder, 2007). Auch soziale Isolation führt nachweislich zu Stress und erhöht das Risiko für Infektionen, Krebserkrankungen und Mortalität (Cacioppo et al., 2015). Weiter kommt eine Übersichtsarbeit zur Evidenz des biopsychosozialen Modells von Gesundheit zum Schluss, dass soziale Faktoren wie ein niedriges Einkommen, chronischer Stress durch problematische Beziehungen, Bedrohungen durch soziale Ablehnung, Unterdrückung und soziale Stigmata sowie kritische Lebensereignisse die körperliche Gesundheit negativ beeinflussen (Karunamuni et al., 2021). Auch die Risikofaktoren für Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und viele psychische Erkrankungen sind

vielfach ausserhalb körperlicher Ursachen – in den sozialen Umwelt- und Lebensbedingungen der Menschen – zu finden (Frank et al., 2020; Abel & McQueen, 2013).

Vor dem Hintergrund der präsentierten Ergebnisse sowie der positiven Wirkung integrierter Versorgungsstrukturen und des Wissens über soziale Determinanten von Gesundheit, stellt die Soziale Arbeit in der Arztpraxis ein vielversprechendes Modell der zukünftigen Grundversorgung dar. Sie hat das Potenzial, nicht nur die Gesundheit und das Wohlbefinden der Patienten und Patientinnen zu verbessern, sondern auch die Zufriedenheit und die Arbeitsplatzqualität der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Weiter hat die Soziale Arbeit in der ärztlichen Praxis das Potenzial, schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen zu beraten, ihnen den Zugang zu sozialen Hilfesystemen zu bieten und damit gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern.

Neben einer Sozialberatung, die direkt in der Arztpraxis stattfindet, benötigen zukünftig auch externe Sozialberatungen Aufmerksamkeit, die für mehrere, z. T. auch kleinere ärztliche Praxen zuständig sind. Das Sozialberatungsbüro Bärn (SoBü Bärn) – eine Praxispartnerin der vorliegenden Studie – konnte durch ihre niederschweligen Kooperationsbedingungen in nur kurzer Zeit diversen ärztlichen Praxen und ihren Patienten und Patientinnen eine Sozialberatung ermöglichen. Auch aufsuchende Angebote Sozialer Arbeit (z. B. für Arztpraxen, Alters- und Pflegeheime und Spitexdienste) sind vielversprechend, um vulnerable Gruppen besser zu erreichen und um medizinische Fachkräfte in sozialen Patientenangelegenheiten zu unterstützen (BFH, 2018).

Letztendlich wird eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheits- und Sozialwesen dann sichtbar, wenn soziale Anliegen von Patientinnen und Patienten in der medizinischen Praxis erkannt und professionell behandelt werden können. Wenn Sprechstunden-Gespräche wie das Folgende seltener vorkommen, könnte schon viel erreicht worden sein:

«Patientin (42) mit Alkoholproblemen bei der Hausärztin (mit Tränen in den Augen):

«In letzter Zeit ist so viel auf einmal passiert: Mein Sohn hat Probleme in der Lehre, meine Mutter ist dement geworden, und ich habe Angst um meine Stelle.»

Ärztin (blättert in den Unterlagen):

«Wann haben wir eigentlich die Leberwerte das letzte Mal kontrolliert?»»

(Vahlensieck, 2018, S. 40).

7 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Diagnosen bei der Überweisung	18
Abbildung 2: Anteile der Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen	18
Abbildung 3: Gründe für eine Überweisung an die Sozialberatung	19
Abbildung 4: Veränderung der Nutzung medizinischer Dienstleistungen	21
Abbildung 5: Selbstwahrnehmung der Gesundheit	22
Abbildung 6: Psychische Gesundheit	23
Abbildung 7: Veränderungen der gesundheitlichen Lebensqualität	24
Abbildung 8: Finanzen	25
Abbildung 9: Zufriedenheit mit Wohnen und Arbeit	26
Abbildung 10: Soziale Unterstützung	26
Abbildung 11: Zufriedenheit mit dem Angebot	27
Abbildung 12: Subjektiv eingeschätzte Wirkung der Sozialarbeit	29
Abbildung 13: Eingeschätzter Nutzen für die Patienten und Patientinnen	32
Abbildung 14: Eingeschätzter Nutzen für die Ärztinnen und Ärzte	33
Abbildung 15: Eingeschätzter Nutzen für die Arztpraxis	34

8 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Auszug aus dem Fragebogen für Patientinnen und Patienten	11
Tabelle 2: Auszug aus dem Fragebogen der Ärztinnen und Ärzte	12
Tabelle 3: Stichprobenbeschreibung	16

9 Glossar

Arztpraxis

Unter Arztpraxen werden ambulante Einrichtungen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte verstanden. Dabei handelt es sich um Angebote der Allgemeinmedizin, der Pädiatrie, der Psychiatrie und Psychologie, um Gruppenpraxen und medizinische Grundversorgungszentren.

Grundversorgung

Die Grundversorgung umfasst hier die ambulanten Einrichtungen der medizinischen, psychiatrischen und psychologischen Versorgung, die von der Bevölkerung in der Regel als erste Kontaktstellen aufgesucht werden.

Soziale Arbeit in der Arztpraxis

Soziale Arbeit in der Arztpraxis wird synonym mit «Soziale Arbeit in der Grundversorgung» verwendet. Der Begriff umfasst alle hier vorgestellten Modelle, in denen Sozialarbeitende in eine enge Zusammenarbeit mit ärztlichen Praxen treten.

10 Literaturverzeichnis

- Abel, Thomas & McQueen, David V. (2013). Current and Future Theoretical Foundations for NCDs and Health Promotion. In David V. McQueen (Hrsg.), *Global Handbook on Noncommunicable Diseases and Health Promotion* (S. 21–35). New York, NY: Springer New York.
- BAG. (2016). Faktenblatt Koordinierte Versorgung.
- BFH. (2018). Arm und krank – ein Leben lang? Eine koordinierte Gesamtpolitik für die Förderung gleicher Gesundheitschancen. Social Impact. Berner Fachhochschule. Bern (5).
- BFS. (2019). Statistischer Sozialbericht Schweiz 2019. Bundesamt für Statistik BFS. Neuchâtel.
- BFS. (2021). Gesundheit. Taschenstatistik 2020. Bundesamt für Statistik BFS. Neuchâtel.
- Cacioppo, John T., Cacioppo, Stephanie, Capitanio, John P. & Cole, Steven W. (2015). The neuroendocrinology of social isolation. In *Annual review of psychology* 66, 733–767. DOI: 10.1146/annurev-psych-010814-015240
- Dumas, Sarah E., Dongchung, Tenzin Yangchen, Sanderson, Michael L., Bartley, Katherine & Levanon Seligson, Amber. (2020). A comparison of the four healthy days measures (HRQOL-4) with a single measure of self-rated general health in a population-based health survey in New York City. In *Health and quality of life outcomes* 18 (1), 315. DOI: 10.1186/s12955-020-01560-4
- Edwards, Janice Berry & Openshaw, Linda. (2019). *Empowering clinical social work practice in a time of global economic distress*. Washington DC: NASW Press.
- Frank, John, Abel, Thomas, Campostrini, Stefano, Cook, Sarah, Lin, Vivian K. & McQueen, David V. (2020). The Social Determinants of Health: Time to Re-Think?. In *International journal of environmental research and public health* 17 (16). DOI: 10.3390/ijerph17165856
- Fraser, Mark W., Lombardi, Brianna M., Wu, Shiyou, Saxe Zerden, Lisa de, Richman, Erica L. & Fraher, Erin P. (2018). Integrated Primary Care and Social Work: A Systematic Review. In *JSSWR* 9 (2), 175–215. DOI: 10.1086/697567
- GDK (2019): *Impulse für die Integrierte Versorgung in den Kantonen: ein Leitfaden*. Hg. v. Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK. Bern.
- Jobst, Detmar & Joos, Stefanie. (2014). Soziale Patientenanliegen – eine Erhebung in Hausarztpraxen. In *Z Allg Med* 90 (12), 496–501.
- Karunamuni, Nandini, Imayama, Ikuyo & Goonetilleke, Dharshini. (2021). Pathways to well-being: Untangling the causal relationships among biopsychosocial variables. In *Social science & medicine* (1982) 272. DOI: 10.1016/j.socscimed.2020.112846
- McGregor, Jules, Mercer, Stewart W. & Harris, Fiona M. (2018). Health benefits of primary care social work for adults with complex health and social needs: a systematic review. In

- Health & social care in the community* 26 (1), 1–13.
DOI: 10.1111/hsc.12337.
- Miller, Robin. (2019). *Social work and integrated care*. London, New York: Routledge Taylor & Francis Group (ProQuest Ebook Central).
- Mota, Pau, Selby, Kevin, Gouveia, Alexandre, Tzartzas, Konstantinos, Staeger, Philippe, Marion-Veyron, Regis & Bodenmann, Patrick. (2019). Difficult patient-doctor encounters in a Swiss university outpatient clinic: cross-sectional study. In *BMJ open* 9 (1), e025569.
DOI: 10.1136/bmjopen-2018-025569
- Pahud, Olivier. (2019). *Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2019 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)*. Neuchâtel (Obsan Bericht, 15).
- Park, Hyojun, Roubal, Anne M., Jovaag, Amanda, Gennuso, Keith P. & Catlin, Bridget B. (2015). Relative Contributions of a Set of Health Factors to Selected Health Outcomes. In *American journal of preventive medicine* 49 (6), 961–969.
DOI: 10.1016/j.amepre.2015.07.016
- Rüegg, René, Eiler, Katharina & Gehrlach, Christoph (2022). *Soziale Arbeit in der Arztpraxis. Grundlagen und Umsetzung*. Bern, Berner Fachhochschule.
- Schroeder, Steven A. (2007). Shattuck Lecture. We can do better – Improving the health of the American people. In *The New England journal of medicine* 357 (12), 1221–1228.
DOI: 10.1056/NEJMsa073350.
- Steketee, Gail, Ross, Abigail M. & Wachman, Madeline K. (2017). Health Outcomes and Costs of Social Work Services: A Systematic Review. In *American journal of public health* 107 (S3), 256–266.
DOI: 10.2105/AJPH.2017.304004
- Sun, Sicong, Huang, Jin, Hudson, Darrell L. & Sherraden, Michael. (2021). Cash Transfers and Health. In *Annual review of public health* 42, 363–380.
DOI: 10.1146/annurev-publhealth-090419-102442
- Vahlensieck, Yvonne. (2018). Missverständnisse gefährden Patienten. In *Horizonte* (117), 40–42.
- Weber-Hallauer, Irene. (2021). *Soziale Arbeit in der Kinderarztpraxis* (Masterarbeit. Alice Salomon Hochschule, Berlin & Coburg).
- Yin, Shaoman, Njai, Rashid, Barker, Lawrence, Siegel, Paul Z. & Liao, Youlian. (2016). Summarizing health-related quality of life (HRQOL): development and testing of a one-factor model. In *Population health metrics* 14, 22.
DOI: 10.1186/s12963-016-0091-3
- Zimmermann, Thomas, Mews, Claudia, Kloppe, Thomas, Tetzlaff, Britta, Hadwiger, Moritz, Knesebeck, Olaf von dem & Scherer, Martin. (2018). Soziale Probleme in der hausärztlichen Versorgung – Häufigkeit, Reaktionen, Handlungsoptionen und erwünschter

Unterstützungsbedarf aus der Sicht von Hausärztinnen und Hausärzten. In *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 131-132, 81-89.
DOI: 10.1016/j.zefq.2018.01.008.