

**WISSENSCHAFTLICHE BEGLEITUNG
UND EVALUATION DES INTEGRIERTEN
GESUNDHEITZENTRUM LICHTENBERG
(IGZ-LICHTENBERG)**

Bericht zum Zeitraum 1.1.-31.12.2024

Im Auftrag des Bezirksamtes Lichtenberg, Abteilung Soziales, Arbeit, Gesundheit und Bürgerdienste, OE Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des öffentlichen Gesundheitsdienstes (OE QPK)

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

Bearbeitet durch das
Institut für Gerontologische Forschung e. V.
Thorsten Stellmacher
Torstraße 178
10115 Berlin

Berlin, den 13.1.2025

Kontakt

Institut für Gerontologische Forschung (IGF) e. V.

Torstraße 178
10115 Berlin

Tel.: +49 (0)30 859 49 08

Fax: +49 (0)30 859 49 36

sekretariat@igfberlin.de
www.igfberlin.de

Ansprechpartner bei

Thorsten Stellmacher

Rückfragen:

Tel.: +49 (0)30 859 49 08

Fax: +49 (0)30 859 49 36

stellmacher@igfberlin.de

Grußwort



Sehr geehrte Damen und Herren,

die Rahmenbedingungen für die ambulante medizinische Versorgung und der demografische Wandel, der nicht nur unter den Patientinnen und Patienten, sondern auch in der Ärzteschaft spürbar ist, führten in den vergangenen Jahren dazu, dass die Niederlassungen für Ärztinnen und Ärzte unattraktiver geworden sind und viele Arztsitze unbesetzt bleiben. Die hieraus gewachsenen Versorgungslücken und der gleichzeitig herrschende Fachkräftemangel, haben in Kommunen wie Berlin-Lichtenberg zur Folge, dass Arztpraxen der hohen Nachfrage durch die Patientinnen und Patienten vielfach kaum nachkommen können. Das stellt uns vor erhebliche Herausforderungen, insbesondere im Hinblick auf die Bedarfe vulnerabler Bevölkerungsgruppen mit komplexem Versorgungsbedarf.

Vor diesem Hintergrund gewinnt die Entwicklung innovativer, integrierter Versorgungskonzepte zunehmend an Bedeutung, die die enge Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen im Sinne einer verbesserten Versorgungskoordination fördern. Der Ihnen hier vorliegende Bericht ist das Ergebnis der Evaluation und wissenschaftlichen Begleitung eines solchen Vorhabens. Das Integrierte Gesundheitszentrum Lichtenberg verzahnt durch die Zusammenarbeit der hausärztlichen Gemeinschaftspraxis Dr. Burkhardt & Heinemann mit dem Verein soziale Gesundheit e. V. hausärztliche, psychologische, präventive sowie soziale Leistungen. Damit stellt es einen äußerst vielversprechenden Ansatz dar, um die Versorgung von Patientinnen und Patienten in einer gesundheitlich und sozial schwierigen Versorgungssituation substantiell zu verbessern sowie den Zugang zu wichtigen Hilfen zu erleichtern.

Das Institut für Gerontologische Forschung e. V. bietet mit seiner fundierten Forschungsarbeit eine wertvolle Grundlage zur Weiterentwicklung unserer Versorgungsstrukturen. Nur, wenn es gelingt die Wirkungsweisen und die Nachhaltigkeit derartiger Konzepte zu prüfen sowie die Bedingungen für eine gelingende Umsetzung zu dokumentieren, sind wir in der Lage innovative Versorgungsmodelle wie dieses langfristig zu optimieren sowie zu skalieren. Ich bedanke mich in diesem Zusammenhang außerdem herzlich bei allen beteiligten Akteurinnen, die durch Ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie, zu seinem Erfolg beigetragen haben. Allen voran den Medizinerinnen und medizinischen

Fachangestellten der hausärztlichen Gemeinschaftspraxis Dr. Burkhardt & Heinemann sowie den Beraterinnen des Integrierten Gesundheitszentrums. Mein Dank gilt auch der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Pflege und Gleichstellung, die die wissenschaftliche Begleitforschung aus den Mitteln des „Aktionsprogramms Gesundheit“ ermöglicht hat.

Im Dezember 2024 wurde unter meinem Vorsitz das Aktionsbündnis „Gesundes Lichtenberg“ ins Leben gerufen, das sich aus Gesundheitsexpertinnen und -experten sowie Vertreterinnen und Vertretern von Krankenkassen und medizinischen Einrichtungen zusammensetzt. Die wertvollen Erkenntnisse aus dem vorliegenden Forschungsbericht werden in die Arbeit des Aktionsbündnisses einfließen und dazu beitragen, gemeinsam tragfähige Lösungen zur besseren ärztlichen Versorgung im Bezirk zu erarbeiten.

Ich lade Sie herzlich ein, sich mit den Ergebnissen dieses Berichtes auseinanderzusetzen und wünsche Ihnen dabei eine anregende und informative Lektüre. Ich bin mir sicher, dass die gewonnenen Erkenntnisse wichtige Impulse für unsere gemeinsame Arbeit geben.



Dr. Catrin Gocksch

Abteilung Soziales, Arbeit, Gesundheit und Bürgerdienste

Anmerkung Genderrichtlinie

Aus den Formulierungen dieses Textes geht hervor, ob ausschließlich Personen eines Geschlechts (z. B. ausschließlich Frauen) oder alle Geschlechter angesprochen sind. Sofern Personen mehr als eines Geschlechts gemeint sind, wird mit der folgenden Priorität verfahren:

1. Es werden geschlechtsneutrale Bezeichnungen genutzt (z. B. „Personen“).
2. Es wird Gendersternchen verwendet (z. B. „Patient*innen“).

Bei zusammengesetzten Wörtern oder bei Platzmangel wird für das an erster Stelle stehende Bestimmungswort das generische Maskulinum genutzt (z. B. „Patientengruppe“).

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung und Hintergrund	9
2	Methodisches Vorgehen	12
2.1	Leitfadengestützte Interviews	13
2.2	Dokumentation und Auswertung der patientenbezogenen Beratung	13
3	Rahmenbedingungen und Aufgabenspektrum des IGZ Lichtenberg	15
3.1	Institutioneller und finanzieller Rahmen	15
3.2	Professionen in der Zusammenarbeit im IGZ Lichtenberg.....	16
3.2.1	Ärztinnen	16
3.2.2	Medizinische Fachangestellte (MFA)	17
3.2.3	Beraterinnen.....	17
3.2.4	Projektleitung	18
3.3	Leitmotive und konzeptionelle Grundlagen der Zusammenarbeit	18
3.3.1	Biopsychosoziales Modell als Leitvorstellung	19
3.3.2	„Positive Gesundheit“ als Handlungsansatz	20
3.3.3	Konzept der arztpraxisinternen Sozialberatung.....	21
3.3.4	Gemeinsame Leitlinie der Kooperationspartner.....	22
3.4	Zielgruppen	22
3.5	Beratungsort(e)	23
3.6	Beratungsspektrum	23
3.6.1	Gesundheitsberatung	24
3.6.2	Psychologische Beratung	25
3.6.3	Sozialberatung	26
4	Ergebnisse zu Arbeitsabläufen und -prozessen im IGZ Lichtenberg	28
4.1	Arbeitsorganisation	28
4.1.1	Behandlungsgespräch als Ausgangspunkt eines integrierten Beratungsprozesses	28
4.1.2	Empfehlung der gesundheitlich-psychosozialen Beratung	29
4.1.3	Einverständnis zur Datenweitergabe.....	29
4.1.4	Interne Teambesprechung der Beraterinnen und Fallübernahme	30
4.1.5	Erstberatung und Fallanamnese	32
4.1.6	Fallbegleitung	34
4.1.7	Multiprofessionelle Teambesprechungen von Beraterinnen und Ärztinnen	36
4.1.8	Falldokumentation	38
4.1.9	Fallabschluss.....	38
4.2	Sichtweisen auf die multiprofessionelle Zusammenarbeit.....	39

4.2.1	Perspektive der Ärztinnen und Medizinischen Fachangestellten	39
4.2.2	Perspektive der Beraterinnen.....	42
5	Ergebnisse zu Patient*innen und Beratungsaufwand	46
5.1	Patient*innen im Case- und Care-Management des IGZ Lichtenberg	46
5.1.1	Verteilung von Neuaufnahmen und Entpflichtungen	46
5.1.2	Alters- und Geschlechterverteilung	47
5.1.3	Verteilung nach Wohnort	48
5.1.4	Verteilung nach behandelnder Ärztin	49
5.1.5	Verteilung nach Anzahl chronischer Erkrankungen	50
5.1.6	Sicht von Patient*innen auf das Beratungs- und Unterstützungsangebot	53
5.2	Umfang einzelfallbezogener Beratungsaktivitäten.....	53
5.2.1	Anzahl dokumentierter Aktivitäten	54
5.2.2	Zeitlicher Beratungsaufwand.....	54
6	Zusammenfassende Bewertung	56
6.1.1	Struktur und Aufbau des IGZ Lichtenberg.....	56
6.1.2	Beratung des IGZ Lichtenberg.....	56
6.1.3	Interprofessionelle Zusammenarbeit im IGZ Lichtenberg.....	58
6.1.4	Rahmenbedingungen des IGZ Lichtenberg	58
7	Fazit.....	60
8	Literaturverzeichnis.....	61
9	Anhang	64
9.1	Anhang A: Interviewleitfäden.....	64
9.1.1	Leitfaden für die Gespräche mit den Ärztinnen.....	64
9.1.2	Leitfaden für das Gespräch mit der Medizinischen Fachangestellten (MFA).....	65
9.1.3	Leitfaden für das Gespräch mit Beraterinnen.....	66

1 Einleitung und Hintergrund

In Fachdiskursen und politischen Auseinandersetzungen wird die Funktionsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens in seiner jetzigen Form zunehmend in Frage gestellt (vgl. u. A. Cassens/Städter 2024). Der Fachkräftemangel verfestigt sich, das Vergütungssystem für klinische Leistungen (DRG-System) steht aufgrund von Fehlanreizen und seiner Orientierung an ökonomischen Parametern in der Kritik, die Zahl der Krankenhäuser der Vollversorgung nimmt ab und die medizinische Versorgung wird zunehmend in den vielerorts bereits überlasteten und in seiner gegenwärtigen Verfassung nur noch begrenzt aufnahmefähigen ambulanten Sektor verlagert (ebd.). Zudem werden fehlende Kapitalreserven bei den Krankenkassen beklagt und bei der Medikamentenversorgung kommt es immer häufiger zu Lieferengpässen (ebd.). Parallel dazu sind innerhalb der Gesamtbevölkerung eine Zunahme von psychischen Erkrankungen und die demographisch wachsende Zahl älterer Menschen mit einer erhöhten Prävalenz chronischer Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck, kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes) zu verzeichnen (vgl. Robert-Koch-Institut 2024). Dies führt wiederum zu einer steigenden Nachfrage nach spezifischen gesundheitlichen Versorgungsangeboten, deren Erfüllung zunehmend erschwert wird.

Um die bestehende Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung in Deutschland zukünftig gewährleisten zu oder sogar noch zu verbessern, sind vor diesem Hintergrund nachhaltig wirksame Entwicklungen erforderlich. Zur Stabilisierung und bedarfsgerechten Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens differenzieren Pfaff und Pförtner (2023) zwischen übergreifenden Ansätzen der Gesundheitssystemgestaltung, Ansätzen zur Versorgungsgestaltung auf der Organisations- und Akteursebene sowie Ansätzen zur partizipativen Versorgungsentwicklung. Auf der Ebene der Versorgungsgestaltung wird dabei schon seit längerer Zeit die integrierte Gesundheitsversorgung mit professionsübergreifend arbeitenden Teams als wichtiger Entwicklungsschritt gefordert (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007). Die Umsetzung dieser Versorgungsform soll nicht nur die medizinische Grundversorgung gewährleisten, sondern ganzheitlich ausgerichtet auch die präventiven, pflegerischen und sozialen Lebenslagen und Unterstützungsbedarfe von Patient*innen in die Versorgung einbeziehen. Dabei wird betont, dass der Versorgungsprozess nicht nur durch medizinische, therapeutische und pflegerische Berufsgruppen gestaltet wird, sondern auch weitere Berufsgruppen wie etwa die Soziale Arbeit gezielt eingebunden werden sollten (vgl. Schoeb/Staffoni 2019: 187).

Gleichzeitig bestehen im deutschen Gesundheitswesen mit der Trennung zwischen unterschiedlichen Verantwortungsbereichen (Medizin mit ihren fachlichen Spezialisierungen, Pflege, Rehabilitation, Beratung, Prävention, Alltagsunterstützung, soziale Teilhabe), Versorgungsfeldern (stationär und ambulant) und teilweise strengen hierarchischen Strukturen und Vergütungsgruppen erhebliche organisatorische, finanzielle, soziale und individuelle Hindernisse, die eine Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen erschweren (Kälble 2019: 70). Schrage et al. (2020: 123) konstatieren dazu, dass es außerhalb des Gesundheitswesens in Deutschland nur wenige andere Branchen gibt, in denen teils auf rechtlicher Basis und teils durch faktische Machtausübung ähnlich starre und ab- sowie ausgrenzende Professionsstrukturen etabliert sind. Dabei sehen sie bisher die gegenseitige „*Anerkennung und Wertschätzung der jeweiligen Fachkompetenzen und des beruflichen Erfahrungsschatzes der anderen Disziplinen [als] kein Merkmal der Berufskulturen*“ (Schrage et al.

2020: 123). Um diese Hürden in der Praxis zu überwinden, wird für den Gesundheitsbereich ein stärker disziplin- und professionsübergreifendes Selbstverständnis, Denken und Handeln gefordert (Wissenschaftsrat 2012).

Für das Zusammenspiel der Professionen können unterschiedliche Formen der Zusammenarbeit differenziert werden. Schoeb/Staffoni (2019: 188; mit Verweis auf die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften 2017) unterscheiden zwischen koordinativer, ko-kreativer und einer ad hoc (bzw. projektähnlich) organisierten Zusammenarbeit. Charakteristisch für die koordinative Zusammenarbeit sind klar definierte und institutionalisierte Handlungsmuster, bei denen jede Berufsgruppe spezifische Aufgaben übernimmt, wobei eine Berufsgruppe (meist die Ärzt*innen) dominiert (ebd.). Diese Form der eng aufeinander abgestimmten Zusammenarbeit findet in der Regel für kurze Zeiträume und in spezifischen Situationen statt, wie beispielsweise bei operativen Eingriffen oder in Notfallsituationen. Im Gegensatz dazu zeichnen sich ko-kreative Entscheidungsfindungen und Handlungsmuster in der Gesundheitsversorgung durch eine stärker gleichberechtigte Teilhabe unterschiedlicher Berufsgruppen aus. Alle Mitglieder eines Teams sowie die Patient*innen und gegebenenfalls auch Angehörigen tragen gemeinsam Verantwortung, wobei die verschiedenen Kompetenzen miteinander verzahnt und aufeinander abgestimmt werden. Umgesetzt wird dies z. B. teilweise in der Palliativversorgung (ebd.). Die ad hoc (bzw. projektähnlich) organisierte Form der Zusammenarbeit wird von Schoeb/Staffoni (2019: 188) insbesondere im ambulanten Bereich verortet. Dabei geht es für die unterschiedlichen Akteure und Professionen darum, Patient*innen in sich immer wieder anders darstellenden gesundheitlich und sozial schwierigen Versorgungssituationen zeitlich punktuell oder auch längerfristig fach- und organisationsübergreifend durch ein gut vernetztes und aufeinander abgestimmtes Handeln zu begleiten. Die ad hoc-Organisation der interprofessionellen Zusammenarbeit stellt im Vergleich der drei genannten Möglichkeiten die größte Herausforderung dar, da fallspezifisch immer wieder andere Akteure und Professionen relevant sein können und vor der Fallbegleitung diese zunächst über institutionelle Grenzen hinweg zusammengeführt werden müssen.

Charakteristisch für alle Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit ist die Notwendigkeit tragfähiger Kommunikations-, Abstimmungs-, Handlungs- und Lernprozesse (vgl. Welz-Spiegel/Spiegel 2023: 54ff). Gerade bei der ambulanten Versorgung zeigen sich durch die Abschottung der Disziplinen und deren räumliche Trennung in dieser Hinsicht aber teilweise eklatante kommunikative Lücken (Schrage et al. 2020: 123). Nicht die professionellen Akteure wirken zusammen und kommunizieren fallbezogen miteinander, sondern die Patient*innen oder ihre Angehörigen bilden meist die Kommunikationsbrücke oder sind sogar die einzigen Akteure, die mit allen involvierten Professionen sprechen (ebd.). Besonders problematisch ist dies für die Versorgung von Patientengruppen, die sich nicht adäquat mit den verschiedenen professionellen Akteuren verständigen und nicht auf die Unterstützung durch Angehörige, Freunde oder Bekannte zurückgreifen können (ebd.). Für diese Patientengruppen ist eine gut entwickelte Kommunikation der fallbeteiligten Professionen eine wesentliche Grundlage für angemessene und zielgerichtete Versorgung.

Mit dem Berliner Landesprogramm integrierte Gesundheitszentren (LIG) greift das Land Berlin seit dem Jahr 2023 die Thematik der professionsübergreifend ausgerichteten Gesundheitsversorgung auf und fördert in den Bezirken Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf, Neukölln und Spandau vier integrierte Gesundheitsangebote. Ziel dieser Förderung ist die engere Verzahnung von ambulanten

medizinischen, pflegerischen, psychologischen und sozialen Hilfe- und Unterstützungssystemen auf der Stadtteil- bzw. Quartiersebene. Das Förderprogramm soll die abgestimmte und aufeinander bezogene Zusammenarbeit unterschiedlicher gesundheitsbezogener und sozialer Professionen ermöglichen. Als Zielgruppe werden dabei insbesondere Menschen in schwierigen und belasteten gesundheitlichen Lebenslagen in den Blick genommen. Für sie soll mit der strukturellen Förderung der Zugang zur Gesundheitsversorgung verbessert und darüber sozial bedingte Ungleichheit im Gesundheitsbereich abgebaut werden. Mit dem Förderansatz reagiert das Land Berlin auf die immer drängender werdende (Heraus-)Forderung, *„Konzepte zu generieren und Programme umzusetzen, die in der Lage sind, konkrete Beiträge zur Reduktion der gesundheitlichen Risiken von Menschen in benachteiligten Lebenslagen zu leisten und Zugänge zum Aufbau von Ressourcen zu schaffen“* (Faller/Mikhof 2022: 123).

Im Berliner Bezirk Lichtenberg wird in Zusammenarbeit und mit Unterstützung des Bezirksamtes Lichtenberg, Abteilung Familie, Jugend und Gesundheit, OE Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des öffentlichen Gesundheitsdienstes (OE QPK) über das Landesprogramm integrierte Gesundheitszentren (LIG) der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege das Integrierte Gesundheitszentrum Lichtenberg (IGZ Lichtenberg) gefördert¹. Die Umsetzung wurde im Jahr 2024 durch das Institut für Gerontologische Forschung e. V. im Rahmen einer gesonderten Projektförderung finanziert über das Bezirksamt Lichtenberg wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Der vorliegende Bericht stellt Aktivitäten und Ergebnisse des IGZ Lichtenberg für den Zeitraum von Juli 2023 bis einschließlich Juli 2024 vor. Zunächst wird dafür im Abschnitt 2 das methodische Vorgehen skizziert. In Abschnitt 3 werden Rahmenbedingungen und das Aufgabenspektrum IGZ Lichtenberg beschrieben. Ergebnisse im Hinblick auf Arbeitsabläufe und Arbeitsprozesse werden im Abschnitt 4 und Ergebnisse zum Beratungsaufwand und zu den durch das IGZ Lichtenberg begleiteten Patient*innen im Abschnitt 5 vorgestellt. Im Abschnitt 6 werden die Ergebnisse zusammenfassend diskutiert.

¹ Das Projekt wurde ab dem 1. Juli 2023 für zunächst ein Jahr gefördert. Zuwendungsanträge für die Folgejahre sind jährlich neu zu stellen. Für das Jahr 2024 erfolgte eine erneute Förderung.

2 Methodisches Vorgehen

Die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation erfolgte vom 1.1.2024 bis 31.12.2024 und fiel in das erste und zweite Projektjahr des IGZ Lichtenberg. Die Untersuchung hatte zum Ziel, Arbeitsprozesse und -abläufe des IGZ Lichtenberg zu rekonstruieren und deren Wirkungen sichtbar zu machen. Dafür orientierte sich die Untersuchung am in Abbildung 1 wiedergegebenen Wirkmodell des IGZ Lichtenberg. Dieses Modell geht von den Bedarfen ambulant versorgter besonders vulnerabler Patient*innen mit komplexen gesundheitlichen Problemlagen und einem erschwerten Zugang zu gesundheitsförderlichen Beratungs-, Unterstützungs- und Hilfeleistungen aus. Gleichzeitig hebt das Wirkmodell hervor, dass durch die dem IGZ Lichtenberg zugrunde liegenden Strukturen, Prozesse und angebotenen Dienstleistungen die behandelnden Ärztinnen und das Praxispersonal von nichtmedizinischen Aufgaben entlastet und damit in ihrer Arbeitszufriedenheit gestärkt werden können.

In Anbetracht der Komplexität des Wirkmodells und der limitierten Ressourcen fokussierten sich die Fragestellungen der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation insbesondere auf den Zielgruppenbezug, den strukturellen Aufbau des IGZ Lichtenberg, die arbeitsteilige Zusammenarbeit der Professionen sowie auf den Umfang und die Art von Beratungsaktivitäten.

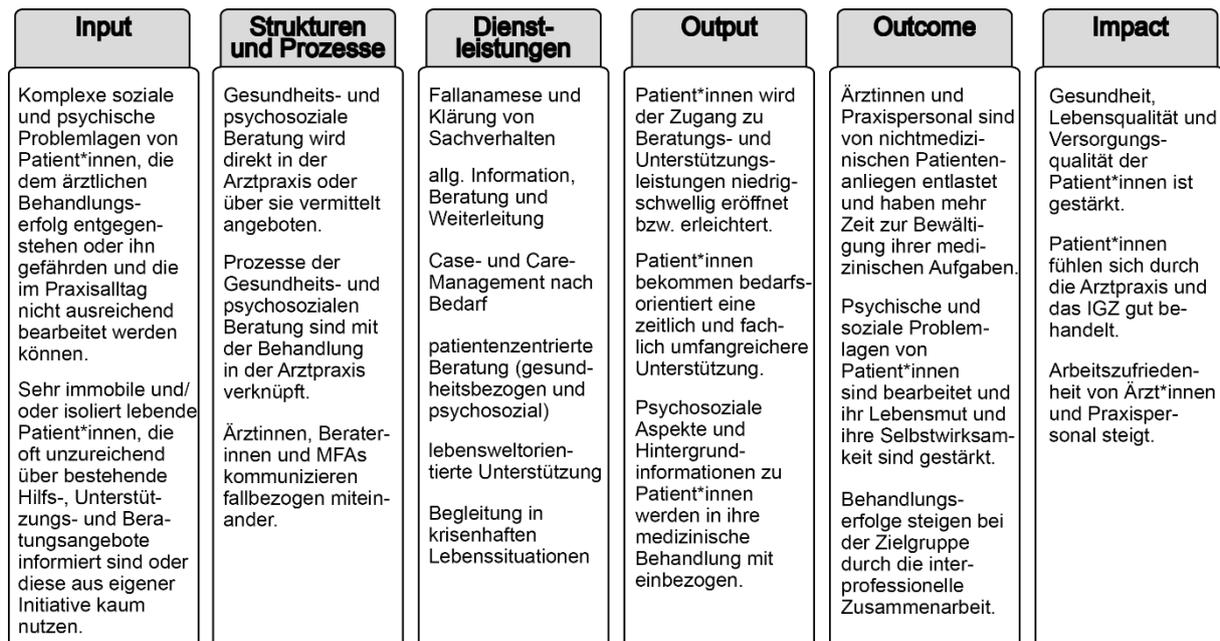


Abbildung 1: Wirkmodell gesundheitlich psychosozialen Beratung im IGZ Lichtenberg.

Methodisch wurden für die Untersuchung qualitative und quantitative Ansätze kombiniert. Um die Evaluationsziele und die zu untersuchenden Indikatoren zu konkretisieren, wurden zunächst grundlegende Dokumente des Trägers Soziale Gesundheit e. V. zu den Zielen und zur Arbeitsweise des IGZ Lichtenberg gesichtet. Hinzugezogen wurde auch Fachliteratur, die sich insbesondere mit Arbeitsprozessen und -abläufen im ambulanten medizinischen Bereich und dem Zusammenspiel medizinischer und psychosozialer Professionen befasst. Auf dieser Grundlage wurden leitfadengestützte Interviews mit dem Personal der für das IGZ Lichtenberg kooperierenden Träger vorbereitet, entsprechende qualitative Daten generiert und schließlich ausgewertet (vgl. Abschnitt 2.1.). Darüber hinaus wurden zwischen April bis Juli 2024 Daten zu den Arbeitsaktivitäten der

Beraterinnen sehr ausführlich in einem für die Untersuchung entwickelten Erfassungsschema aufgenommen und ausgewertet (vgl. Abschnitt 2.2.). Zusätzlich konnte ein Eindruck von der Zielgruppe durch eine anonymisierte Falleingangsübersicht des IGZ Lichtenberg, durch von den Beraterinnen des IGZ Lichtenberg erstellte Übersichten zu chronischen Erkrankungen der von ihnen betreuten Patient*innen und durch eine unveröffentlichte Masterarbeit zum Versorgungsmodell des IGZ Lichtenberg (Lehmann 2024) gewonnen werden. Der hier vorliegende Bericht fasst die Ergebnisse der unterschiedlichen Datenauswertungen zusammen.

2.1 Leitfadengestützte Interviews

Die leitfadengestützten Interviews (durchgeführt im April/Mai 2024) mit dem Personal der für das IGZ Lichtenberg kooperierenden Träger (zwei Ärztinnen, vier Beraterinnen und eine Medizinische Fachangestellte) dienten dazu, die Entwicklung und den Stand des IGZ Lichtenberg seit dem Projektbeginn im Sommer 2023 zu rekonstruieren und entlang der dargestellten Wirkungslogik nachzuzeichnen (vgl. zu Leitfaden- und Experteninterviews Helfferich 2022; Gläser/Laudel 2010). Mit ihren unterschiedlichen beruflichen Hintergründen sowie ihren differierenden Tätigkeiten und Arbeitsabläufen geben die Interviewpartnerinnen einen vielschichtigen, multiperspektivischen Einblick in die Strukturen, Prozesse und Dienstleistungen sowie auf die angestrebten Wirkungen des IGZ Lichtenberg.

Interviewleitfäden (siehe Anhang A) strukturierten alle Interviews, um eine inhaltlich konsistente Perspektive zu gewährleisten. Während der Gespräche wurden zudem Notizen angefertigt, die Rahmenbedingungen, Gesprächseindrücke und spontan entstandene Gedanken dokumentierten. Alle Interviews wurden mit dem Einverständnis der Interviewpartnerinnen aufgezeichnet, transkribiert und im Anschluss inhaltsanalytisch ausgewertet (Mayring/Fenzl 2022). Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring wurde ausgewählt, da sie eine systematische Extraktion relevanter Informationen aus den Interviews ermöglicht und zugleich offen für nicht erwartete Befunde ist. Die daraus resultierenden Aussagen wurden zusammengefasst und bilden eine wesentliche Grundlage für diesen Bericht. In einzelnen Abschnitten dieses Berichts werden Interviewsequenzen direkt zitiert, um die Wahrnehmung von Sachverhalten durch die Interviewpartnerinnen möglichst authentisch wiederzugeben.

Zur Illustration der Patientensicht wurden keine zusätzlichen Interviews durchgeführt, sondern dafür wurde sekundär die bereits angeführte Masterarbeit zum IGZ Lichtenberg (Lehmann 2024) aus dem April 2024 herangezogen.

2.2 Dokumentation und Auswertung der patientenbezogenen Beratung

Um einen detaillierteren Einblick in die Tätigkeiten der Beraterinnen des IGZ Lichtenberg zu gewinnen, ist im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation eine Zeit- und Tätigkeitsdokumentation implementiert worden. Sie erfolgte zwischen Mai und Juli 2024 über ein standardisiertes, computergestütztes Dokumentationsverfahren (vgl. zur Diskussion von Zeitverwendungsdaten Trübner 2022). Die Wahl des Zeitraums sollte sicherstellen, dass auch gelegentliche oder eher seltene Tätigkeiten der Beraterinnen erfasst werden können. Gleichzeitig sollte der Mehraufwand für die Beraterinnen durch die Dokumentation zumutbar bleiben und ihren Arbeitsalltag nicht über einen zu langen Zeitraum belasten.

3 Rahmenbedingungen und Aufgabenspektrum des IGZ Lichtenberg

Im Bezirk Lichtenberg wird bei der Umsetzung des „Landesprogramm für Integrierte Gesundheitszentren“ mit der Einrichtung des IGZ Lichtenberg ein Ansatz verfolgt, der an das von der Deutschen Klassenlotterie Berlin geförderte und vom Vereins soziale Gesundheit e. V. durchgeführte Projekt „Arztpraxisinterne Sozialberatung - Gesundheitsförderung und Teilhabe älterer Menschen (ASOB)“ (Laufzeit: Jan. 2020 - Dez. 2024) anschließt.² Der aktuelle Ansatz des IGZ Lichtenberg geht aber über das bisherige Modell hinsichtlich der organisatorischen und fachlichen Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen (Hausärztinnen und Beraterinnen) und hinsichtlich der Ausgestaltung der gesundheitlichen und psychosozialen Beratung deutlich hinaus.

Etabliert ist das IGZ Lichtenberg als Kooperation zwischen der im Juni 2023 im Ärztehaus Storchenhof im Stadtteil Hohenschönhausen neu eröffneten hausärztlichen Gemeinschaftspraxis Dr. Burkhardt & Heinemann zusammen mit dem Verein soziale Gesundheit e. V. zur Vernetzung der hausärztlichen medizinischen, psychologischen, gesundheitlich präventiven und sozialen Leistungen.

Die Initiative für die integrierte Zusammenarbeit wurde von den Ärztinnen der Gemeinschaftspraxis ergriffen. Sie hatten im Vorfeld ihrer geplanten Praxiseröffnung und Niederlassung in Lichtenberg vom Modell der praxisinternen Sozialberatung gehört und haben den Kontakt zum Verein soziale Gesundheit e. V. aufgenommen. Der Impuls für die Kontaktaufnahme resultierte aus dem eigenen Anspruch der Ärztinnen, den Patient*innen ihrer Gemeinschaftspraxis unter den Bedingungen eines hohen Kostendrucks und bei knappen Personalressourcen von Beginn an eine ganzheitliche Gesundheitsversorgung anzubieten. Auf Grundlage dieser Initiative wurden die fachlichen und organisatorischen Absprachen für die Einrichtung des IGZ Lichtenberg getroffen.

3.1 Institutioneller und finanzieller Rahmen

Soziale Gesundheit e. V. und die Ärztinnen der Gemeinschaftspraxis agieren in der Kooperation als eigenständige Institutionen und bringen dafür ihre unterschiedlichen Kompetenzen ein. Dabei bewahren sie ihre Autonomie, ihre jeweilige rechtliche Selbstständigkeit, ihre finanzielle unternehmerische Eigenständigkeit und ihre unterschiedliche fachliche professionelle Identität und Arbeitsweise. Die Kooperation ist in Abhängigkeit von förderrechtlichen Voraussetzungen auf Dauer angelegt.

Die Kooperationsvereinbarung zum IGZ Lichtenberg beruhte zum Projektstart zunächst auf mündlichen Absprachen. Im Sommer 2024 sind durch die Projektpartnerinnen zusätzlich gemeinsame Leitlinien verfasst und unterzeichnet worden, mit denen sie ihre Kooperation untermauert haben. Darüber hinaus besteht als eine schriftliche Vereinbarung zwischen den Projektpartnern ein Untermietvertrag für die zeitweise Überlassung eines Praxisraums durch die Gemeinschaftspraxis an den Träger soziale Gesundheit e. V. für Beratungszwecke.

² Bei der arztpraxisinternen Sozialberatung wird die Diagnostik und Behandlung von ambulant praktizierenden Hausarzt*innen um eine mit ihren jeweiligen Arztpraxen kooperierende externe Sozialberatung erweitert. Orientiert am Einzelfall werden dabei insbesondere für vulnerable Patient*innen Zugänge zu Dienstleistungen, Hilfs- und Unterstützungsangeboten eröffnet. Umgesetzt wird dieses Modell in Lichtenberg gegenwärtig in neun Hausarztpraxen mit 14 Hausarzt*innen und in vier Kinderarztpraxen.

Eine Besonderheit und ein sehr zentrales Element im Rahmen der ganzheitlichen Versorgung vulnerabler Patientengruppen ist die gemeinsame Nutzung der Praxissoftware mit der Patientendatenbank der Gemeinschaftspraxis durch die Ärztinnen und die Beraterinnen. Dafür bestehen entsprechende Unterlizenzverträge und Datenschutzerklärungen.

Finanziert wird das IGZ Lichtenberg über eine Zuwendung aus dem Berliner Landesprogramm „Integrierte Gesundheitszentren“, die durch den Träger soziale Gesundheit e. V. erstmalig für das Jahr 2023 beantragt wurde und Sachkosten sowie anteilige Personalkosten umfasst. Damit steht soziale Gesundheit e. V. in der zuwendungsrechtlichen Verantwortung für das IGZ Lichtenberg. Für den fortlaufenden Betrieb des IGZ Lichtenberg ist eine jährliche Neubeartragung von Zuwendungsmitteln beim Land Berlin erforderlich.

3.2 Professionen in der Zusammenarbeit im IGZ Lichtenberg

Um Patient*innen eine verbesserte und komplexere Gesundheitsversorgung anbieten zu können, ist die Arbeit im Gesundheitswesen durch eine zunehmende Spezialisierung und Ausdifferenzierung unterschiedlicher Aufgaben und Berufe charakterisiert (vgl. Welz-Spiegel/Spiegel 2023: 34ff). Zur Gestaltung der integrierten Versorgung sind im IGZ Lichtenberg verschiedene Berufsgruppen mit unterschiedlichen Aufgaben betraut und übernehmen unterschiedliche Rollen in der Beratung, Betreuung und Behandlung von Patient*innen sowie in der Organisation von Abläufen und Dienstleistungen. Ihre Verantwortlichkeiten, die Art ihrer Spezialisierung und ihr jeweiliges Aufgabenspektrum werden im Folgenden kurz vorgestellt.

3.2.1 Ärztinnen

Die ambulante hausärztliche Gemeinschaftspraxis ist seit Juni 2023 von zwei Allgemeinmedizinerinnen im Bezirk Lichtenberg eröffnet worden. Die beiden Ärztinnen tragen sowohl die fachliche Verantwortung für die medizinische Behandlung ihrer Patient*innen als auch für den organisatorischen Betrieb der Hausarztpraxis. Neben ihrer Ausbildung als Fachärztinnen für Allgemeinmedizin haben sich beide Ärztinnen für die psychosomatische Grundversorgung von Patient*innen weitergebildet. Sie handeln weisungsunabhängig, stehen in der Umsetzung ihrer Tätigkeiten entsprechend ihrer durch die Ärztekammer Berlin geregelten Berufsordnung aber in der Pflicht gegenüber ihren Patient*innen und ihren Berufskolleg*innen. Zu den in der Berufsordnung geregelten Pflichten gehören unter anderem die ärztliche Schweigepflicht, die Aufklärungspflicht, die Dokumentationspflicht, die Fortbildungsverpflichtung und die Verpflichtung zur Wahrung ihrer ärztlichen Unabhängigkeit (vgl. Ärztekammer Berlin 2021).

Ihre medizinischen Tätigkeiten in der Hausarztpraxis sind breit gefächert und ganzheitlich ausgerichtet. Sie umfassen für die unterschiedlichen Altersgruppen ihrer Patient*innen die Gesundheitsförderung, die gesundheitliche Prävention und Vorsorge, die Früherkennung von Erkrankungen, die Notfallmedizinische Versorgung, eine psychosomatische Grundversorgung, die Diagnostik und die Behandlung verschiedenster Krankheitsbilder sowie die Nachsorge und Rehabilitation nach Operationen. Als Allgemeinmedizinerinnen fungieren sie dabei auch als Koordinatorinnen zwischen verschiedenen medizinischen Fachrichtungen und überweisen ihre Patient*innen bei Bedarf an Kliniken, fachärztliche Kolleg*innen und nichtärztliche Berufsgruppen.

Als Praxisinhaberinnen tragen die beiden Ärztinnen das unternehmerische Risiko und stehen für den Betrieb der Gemeinschaftspraxis in der personellen und qualitätssichernden Verantwortung. Sie

leiten ein Team mit drei medizinischen Fachangestellten (MFA), müssen die organisatorischen Abläufe innerhalb der Praxis strukturieren und sind verantwortlich für die Anordnung, Delegation und Koordination von Leistungen. Im Rahmen der Erfüllung ihrer Aufgaben und für die Versorgung besonders vulnerabler Patientengruppen arbeiten sie im Kooperationsprojekt IGZ Lichtenberg eng mit den Beraterinnen des Vereins soziale Gesundheit e. V. zusammen.

3.2.2 Medizinische Fachangestellte (MFA)

In der hausärztlichen Gemeinschaftspraxis sind drei Medizinische Fachangestellte (MFA) beschäftigt. Sie sind gegenüber den Ärztinnen weisungsgebunden, unterstützen diese bei deren Aufgaben und sichern damit den reibungslosen Ablauf des Praxisbetriebs.

Das Aufgabenspektrum der Medizinischen Fachangestellten (MFA) innerhalb der Gemeinschaftspraxis ist vielfältig. Es umfasst Verwaltungsaufgaben, assistierende medizinische Tätigkeiten, die Beratung von Patient*innen und weitere praxisbezogene Aufgaben. Beratungsaufgaben der Medizinischen Fachangestellten umfassen unter anderem die Information und Beratung zu Gesundheitsvorsorge und Nachsorgeuntersuchungen, die Erklärung ärztlicher Verschreibungen oder auch die Empfehlung und Vermittlung von externen medizinischen und nichtmedizinischen Angeboten. Hinzu kommt die Begleitung von chronisch kranken Patient*innen im Rahmen der Disease Management Programme etwa für Diabetes, Asthma oder COPD.

Um die umfangreichen Aufgaben bewältigen zu können, sind den Medizinischen Fachangestellten (MFA) innerhalb des Praxisbetriebs unterschiedliche Verantwortungsbereiche zugeordnet und sie nehmen regelmäßig an spezifischen Fortbildungen teil. Sie sind für die Zusammenarbeit der Ärztinnen mit den Beraterinnen des Vereins soziale Gesundheit e. V. und bei der Fallbegleitung eine wichtige kommunikative Schnittstelle.

3.2.3 Beraterinnen

Das Team der Beraterinnen im Projekt IGZ Lichtenberg setzt sich aus insgesamt vier Beratungsfachkräften zusammen. Dazu gehören

- eine Gesundheits- und Pflegemanagerin (BSc.) mit einer beruflichen Grundausbildung als Krankenpflegerin und gegenwärtig berufsbegleitend in der Ausbildung als Community Health Nurse (MSc.),
- eine Soziologin mit Coaching-Ausbildung und Ausbildung als Heilpraktikerin für Psychotherapie sowie langjähriger Berufserfahrung in unterschiedlichen Berufsfeldern der Psychiatrie und
- zwei Sozialarbeiterinnen (B.A.).

Die vier Beraterinnen sind beim Verein soziale Gesundheit e. V. angestellt und teilen sich 2,5 Vollzeitstellen (VZÄ). Als Angestellte sind sie grundsätzlich weisungsgebunden, verfügen aber beim kooperativen Unternehmensstil des Trägers über große fachliche Freiräume und Mitsprachemöglichkeiten. Die Beraterinnen agieren an der Schnittstelle zwischen den Ärztinnen, den MFAs und den Patient*innen. Im Sinne der ganzheitlichen Gesundheitsförderung tragen sie mit ihren Tätigkeiten zur Entlastung des Ärzteteams und der MFAs sowie zur Versorgung besonders vulnerabler Patientengruppen bei. Sie sind für die Beratung zu gesundheitlichen und psychosozialen Anliegen und fallspezifisch für die Unterstützung und Begleitung von Patient*innen bei komplexen

Problemlagen zuständig. Sie klären Patient*innen über ihre Rechte und Ansprüche im Sozial- und Gesundheitssystem auf, erstellen individuelle Hilfe- und Unterstützungspläne, unterstützen bei der Beantragung von Leistungen, leiten Patient*innen ggf. an spezialisierte Beratungsstellen und Fachdienste weiter und arbeiten mit diesen zusammen, vermitteln niedrigschwellige Angebote und tragen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Patient*innen bei. Im Detail wird auf ihre Aufgaben und auf das Zusammenspiel der unterschiedlichen Professionen in den Abschnitten 3.6. und 3.7. eingegangen.

3.2.4 Projektleitung

Für die Projektleitung ist beim Verein Soziale Gesundheit e. V. eine Mitarbeiterin mit einem Stellenanteil von 0,1 VZÄ angestellt. Zusammen mit dem Vereinsvorstand steuert sie alle wesentlichen Prozesse im Hinblick die Umsetzung und Ausgestaltung des Projekts und für die nachhaltig ausgerichtete Implementierung.

Sie stellt über entsprechende Förderanträge sicher, dass alle notwendigen Ressourcen – sei es Personal, finanzielle Mittel oder technische Ausstattung – für die Umsetzung des IGZ Lichtenberg bereitstehen und diese effektiv eingesetzt sowie verwaltet werden. Zusammen mit dem Vorstand leitet sie das Team der Beraterinnen an, entwickelt und etabliert Qualitätsstandards und sichert damit die Beratungs-, Struktur- und Prozessqualität des IGZ Lichtenberg ab.

Eine wichtige Aufgabe der Projektleitung ist die Koordination und Begleitung der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen den Ärztinnen und den Beraterinnen. Für deren effektive Zusammenarbeit sorgt sie für einen reibungslosen Informationsfluss insbesondere über regelmäßige Meetings zur Fallbesprechung und Abstimmung von Behandlungs- und Beratungsplänen. Neben dieser internen Kommunikation übernimmt sie auch die Öffentlichkeitsarbeit und umfangreiche Aufgaben der externen Vernetzung und Kommunikation mit Partnern und Förderern des IGZ Lichtenberg.

3.3 Leitmotive und konzeptionelle Grundlagen der Zusammenarbeit

Die Betreuung der Patient*innen unter dem Dach des IGZ Lichtenberg erfolgt vor dem Hintergrund einer komplexen Ausgangslage. Die Ärztinnen, Medizinischen Fachangestellten (MFA) und die Beraterinnen bringen als unterschiedliche Persönlichkeiten dabei ihre jeweils eigenen Wertvorstellungen, ethischen Grundsätze und beruflichen Kompetenzen ein. Die Lebenslage und Gesundheit der Patient*innen ist wiederum von ihren individuellen Voraussetzungen und Haltungen sowie sehr stark von sozioökonomischen Möglichkeiten und ihren Lebensbedingungen beeinflusst. Behandlung, Beratung, Begleitung und Unterstützung sind insofern nie losgelöst von dieser Vielzahl an Faktoren, sondern werden maßgeblich durch sie geprägt und beeinflusst.

Zur Orientierung und um ein einheitliches Vorgehen im Rahmen des IGZ Lichtenberg zu ermöglichen, haben sich die Kooperationspartnerinnen mit dem „*biopsychosozialen Modell*“ und dem in den Niederlanden entwickelten Ansatz der „*Positiven Gesundheit*“ auf zwei zentrale Leitvorstellungen verständigt. Diese Ansätze sind als Fundament der ganzheitlichen Herangehensweise in den gemeinsam verfassten Leitlinien verankert. Als ein weiterer Anknüpfungspunkt für das IGZ Lichtenberg dient das Konzept für die arztpraxisinterne Sozialberatung des Trägers soziale Gesundheit e. V.

3.3.1 Biopsychosoziales Modell als Leitvorstellung

Gesundheit und Krankheit können je nach Perspektive sehr unterschiedlich aufgefasst werden (vgl. zu unterschiedlichen Sichtweisen Blättner/Waller 2018: 50ff). Mit dem *biopsychosozialen Modell* hat sich seit der Mitte des 20. Jahrhunderts zunehmend ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit und Krankheit verstärkt etabliert (vgl. Egger 2015: 55f). Die Entwicklung des *biopsychosozialen Modells* geht auf eine Perspektive zurück, wie sie bereits im Jahr 1946 in der Präambel der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zum Ausdruck kommt. Dort heißt es: „*Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen*“ (World Health Organization 1946: 1). Mit dieser Definition ging die WHO damals deutlich über eine biomedizinische Sichtweise hinaus, bei der Gesundheit und Krankheit vorwiegend auf erkennbare Ursachen und Fehlfunktionen in den mechanischen oder biochemischen Prozessen des menschlichen Organismus zurückgeführt werden (vgl. Richter et al. 2023: 7ff).

Die WHO formuliert nach Auffassung von Blättner/Waller (2018: 58ff) ein sehr weitreichendes und grundsätzlich immer anzustrebendes Ziel, das in seiner vollumfänglichen Form allerdings als kaum erreichbar gilt. In der Definition der WHO identifizieren sie aber vier charakteristische Merkmale, die für das Verständnis von Gesundheit und die Behandlung eine wichtige Rolle spielen. Erstens wird Gesundheit positiv definiert und nicht einfach nur als Abwesenheit von Krankheit verstanden. Dabei können Gesundheit und Krankheit, wie von Antonovsky im Modell der Salutogenese Jahre später differenziert ausgearbeitet (vgl. Antonovsky/Franke 1997), als Endpunkte eines Kontinuums und nicht als ein Entweder-Oder verstanden werden. Zweitens beschreibt die Definition der WHO die Gesundheit als einen momentanen Zustand und nicht als einen Prozess. Drittens wird Gesundheit als subjektives Empfinden und nicht als ein vor allem von außen beobachtbares Phänomen verstanden. Viertens schließlich wird Gesundheit nach dem Verständnis von Blättner/Waller (2018) durch die WHO mehrdimensional betrachtet, indem körperliche, geistige und soziale Aspekte einbezogen werden, anstatt sie auf rein körperliche Merkmale zu reduzieren.

Die mehrdimensionale Perspektive findet sich auch im *biopsychosozialen Modell* wieder. In diesem Modell wird der individuelle Gesundheits- und Krankheitszustand immer als ein Zusammenspiel zwischen der körperlichen (biologischen) Existenz, dem individuellen (psychischen) Erleben und Verhalten und dem gesellschaftlichen Zusammenleben (mit seinen sozialen Regeln) gesehen (Kröger/Giertz/Pauls 2024: 82). Soziale, psychische und biologische Prozesse wirken dabei nicht unabhängig voneinander, sondern als Teile eines verflochtenen Ganzen mit dynamischen Wechselbeziehungen (Richter et al. 2023: 9). Mit diesem Verständnis sieht Egger (2015: 56) im *biopsychosozialen Modell* „*das gegenwärtig kohärenteste, kompakteste und auch bedeutendste Theoriekonzept, innerhalb dessen der Mensch in Gesundheit und Krankheit erklärbar und verstehbar wird.*“

Mit seiner mehrdimensionalen Perspektive verweist das *biopsychosoziale Modell* darauf, dass die Förderung von Gesundheit nicht nur von medizinischer Behandlung beeinflusst ist, sondern zu den Aufgaben eines modernen und nachhaltig wirkungsvollen Gesundheitssystems auch die Schaffung von Zugängen zu psychologischer Hilfe und zu sozialer Beratung und Unterstützung gehören. In diesem Sinne fokussiert das Modell des IGZ Lichtenberg auf eine ganzheitliche gesundheitliche Behandlung und Beratung, die multiperspektivisch auf allen drei Prozessebenen erfolgt.

3.3.2 „Positive Gesundheit“ als Handlungsansatz

Neben dem *biopsychosozialen Modell* orientiert sich die Arbeit des IGZ Lichtenberg am niederländischen Ansatz der „*Positiven Gesundheit*“ (vgl. Huber/Jung/van den Brekel-Dijkstra 2024). Dieses Modell geht auf die Kritik des Gesundheitsbegriffs der WHO zurück, wonach Patient*innen letztendlich nur dann als gesund angesehen werden können, wenn sie sich im quasi unerreichbaren Zustand des vollkommenen Wohlbefindens befinden (ebd.: 11). Um dieses als statisch angesehene Verständnis von Gesundheit zu überwinden ist in den Niederlanden im Jahr 2009 im Rahmen eines Expertenaustauschs eine dynamischere Umschreibung von Gesundheit mit einem subjektorientierten Fokus formuliert worden. Danach wird Gesundheit definiert als „*die Fähigkeit mit sozialen, körperlichen und emotionalen Herausforderungen umzugehen und selbstbestimmt mit ihnen zu leben*“ (ebd.: 36).“

Auf Grundlage dieser Definition wird mit dem Ansatz *Positive Gesundheit* eine Veränderung in der Denkweise über die Gesundheit und Betreuung von Patient*innen angestrebt. Im Kern des Ansatzes steht eine vertrauensvolle und gleichberechtigte Kommunikation zwischen medizinischem Personal, professionellen Berater*innen und Patient*innen (ebd.: 20ff). Patient*innen werden dabei nicht als passive Empfänger*innen medizinischer Leistungen betrachtet, sondern als aktive und gleichberechtigte Partner*innen im gesamten Beratungs- und Behandlungsprozess. Angestrebt wird ein offener und respektvoller Austausch mit den Patient*innen, bei dem ihre Perspektiven und Erfahrungen im Mittelpunkt stehen. Die Kommunikation mit ihnen ist darauf ausgerichtet, ihr Selbstvertrauen zu stärken und sie zu ermutigen, ihre Erfahrungen, Bedenken und Hoffnungen offen zu artikulieren. Daran anknüpfend werden sie dann aktiv in alle Entscheidungen über ihre Behandlung und ihre gesundheitlichen Perspektiven eingebunden. Diese im Ansatz der *Positiven Gesundheit* formulierte Form der Kommunikation und Haltung ist auch für das IGZ Lichtenberg handlungsleitend.

Zusätzlich hebt der Ansatz der *Positiven Gesundheit* sechs Dimensionen des menschlichen Lebens als wesentliche Grundlagen zur Wahrnehmung und Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden von Patient*innen hervor. Dies sind „*Körperliche Funktionen*“, „*Mentales Wohlbefinden*“, „*Sinnhaftigkeit*“, „*Lebensqualität*“, „*Soziale Teilhabe*“ und „*Alltagsfunktionen*“ (ebd: 11ff; vgl. Abb. 4). Die *Körperlichen Funktionen* umfassen dabei die physische Vitalität und Beweglichkeit. Eng damit verknüpft ist damit das *Mentale Wohlbefinden*, das psychische Ressourcen wie Selbstvertrauen, emotionale Stabilität und Resilienz in den Fokus rückt. Die Dimension der *Sinnhaftigkeit* betont die Bedeutung einer erfüllenden Lebensausrichtung und klarer Ziele im Hinblick auf die Gesundheit. In der *Lebensqualität* zeigt sich die Fähigkeit, das Leben in all seinen Facetten zu genießen und Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen zu erfahren. Die Dimension *Soziale Teilhabe* unterstreicht die Relevanz zwischenmenschlicher Beziehungen und gesellschaftlicher Integration für das Wohlbefinden. Mit der Dimension der *Alltagsfunktionen* wird in der ganzheitlichen Perspektive auf die Gesundheit von Patient*innen schließlich deren Autonomie und Kompetenz im täglichen Leben betont. Sie umfasst die Fähigkeit von Patient*innen ihren Alltag eigenständig zu strukturieren, alltägliche Herausforderungen zu bewältigen und notwendige Routinen umzusetzen.

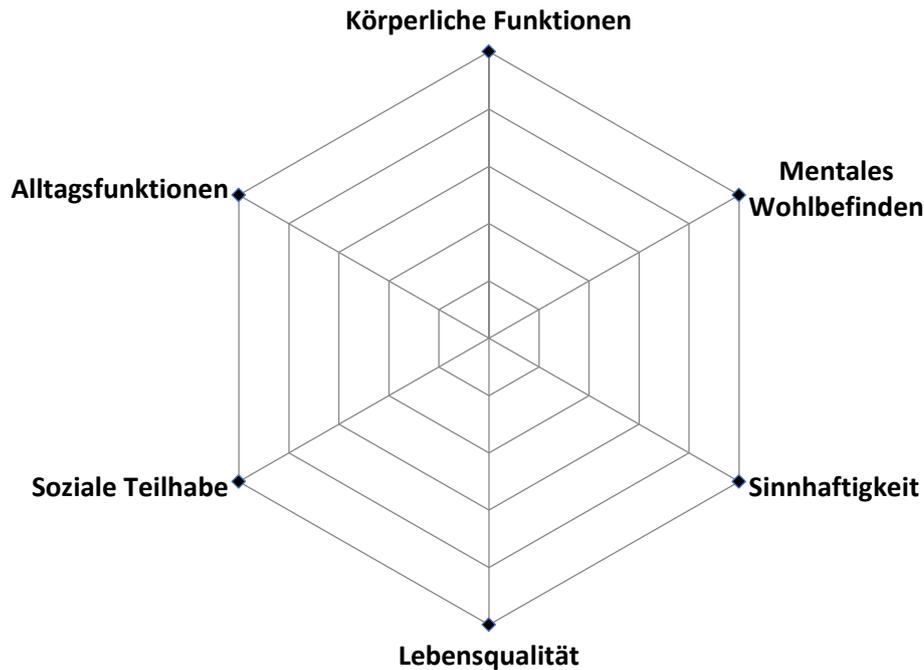


Abbildung 4: Die sechs Dimensionen im Ansatz der *Positiven Gesundheit* angeordnet im Netzdiagramm (Huber/Jung/van den Brekel-Dijkstra 2024: 12).

Der Ansatz der *Positiven Gesundheit* sieht die sechs Dimensionen als eng miteinander verwoben und alle als gleichermaßen wichtig für ein erfülltes und gesundes Leben an. In der Beratungspraxis des IGZ Lichtenberg werden diese Dimensionen als Gesundheitsindikatoren im Rahmen der Anamnese und bei der Gestaltung von Interventionen berücksichtigt. Dabei kann das Netzdiagramm (Abb. 4) zur (Selbst- und Fremd-)Wahrnehmung ihrer Ausprägung bei den Patient*innen eingesetzt werden.

3.3.3 Konzept der arztpraxisinternen Sozialberatung

Eine wichtige fachliche Grundlage für die Beratungsarbeit im IGZ Lichtenberg ist das Konzept der „Arztpraxisinterne Sozialberatung - Gesundheitsförderung und Teilhabe älterer Menschen“³. Dieses Konzept beschreibt die durch den Verein soziale Gesundheit e. V. seit dem Jahr 2013 angebotene und stetig ausgebaut soziale Beratung und Begleitung für Patient*innen in Lichtenberger Hausarztpraxen. Es wurde im Jahr 2022 durch das Institut für Gerontologische Forschung e. V. in Zusammenarbeit mit soziale Gesundheit e. V. schriftlich ausgearbeitet und knüpft an die wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation der arztpraxisinternen Sozialberatung in den Jahren 2020 und 2021 an (vgl. Institut für Gerontologische Forschung e. V. 2022a; 2022b, 2020). Detailliert beschrieben werden darin neben dem Bedarf für den Ausbau von integrierten Versorgungsstrukturen, der Leistungsumfang der Arztpraxisinterne Sozialberatung, deren Ausgestaltung in Kooperation mit Arztpraxen sowie die umgesetzte Arbeitsorganisation, die Dokumentation und das Qualitätsmanagement.

Für das IGZ Lichtenberg erfüllt das Konzept mehrere wichtige Funktionen. Es dient als übergreifende Verständigungsgrundlage für den Ausbau der Zusammenarbeit der Kooperationspartnerinnen und bietet ein fachliches Instrument zur Planung und Koordination des Beratungsangebots im IGZ

³ Das Konzept ist zugänglich unter: <https://www.sozialegesundheit.de/Sozialberatung-in-der-Arztpraxis/> oder <https://igfberlin.de/de/schwerpunkte/gesundheit/181-arztpraxeninterne-sozialberatung>

Lichtenberg. Für die vom Verein soziale Gesundheit e.V. eingesetzten Beraterinnen schafft es einen grundlegenden Handlungs- und Orientierungsrahmen für die Ausgestaltung und Umsetzung ihrer Beratungsaktivitäten. Darüber hinaus zeigt es Schnittstellen zu anderen bezirklichen Akteuren für eine sozialraumorientierte Zusammenarbeit im Bereich der gesundheitlichen, psychischen und sozialen Hilfe und Unterstützung von Patient*innen auf.

3.3.4 Gemeinsame Leitlinie der Kooperationspartner

Die im Sommer 2024 gemeinsam von den Kooperationspartner*innen erarbeitete Leitlinie fasst die grundlegenden Gedanken zur Zusammenarbeit im Rahmen des IGZ Lichtenberg zusammen. Sie bezieht sich auf das *biopsychosoziale Modell*, den Ansatz *Positive Gesundheit* und das Konzept der Arztpraxisinternen Sozialberatung. Hervorgehoben wird in der gemeinsamen Leitlinie die Ausrichtung des IGZ Lichtenberg auf die Versorgung von besonders vulnerablen Patient*innen in komplexen Lebenslagen im Bezirk Lichtenberg. Dieser Zielgruppe soll mit dem IGZ Lichtenberg eine ganzheitlich ausgerichtete und integrierte Versorgung angeboten werden.

Deutlich gemacht wird in der Leitlinie, dass bei der Behandlung, Beratung und Betreuung von Patient*innen im Rahmen des IGZ Lichtenberg deren körperliche Beschwerden (organische Befunde), ihre psychische Verfassung (Denken, Fühlen, Handeln) und ihre soziale Lebenssituation gleichermaßen berücksichtigt werden. Durch das abgestimmte und arbeitsteilige Handeln soll eine Gesundheitsversorgung ermöglicht werden, die von den einzelnen Professionen aus zeitlichen und fachlichen Gründen allein nicht geleistet werden könnte. Dabei werden die Patient*innen auch ermutigt, aktiv an ihrer Gesunderhaltung und Genesung mitzuwirken, wodurch ihre Eigenverantwortung hervorgehoben und ihre Selbstwirksamkeit gestärkt werden können. Insgesamt wird mit dieser Leitlinie der Ansatz des Case- und Care-Managements zur individuellen Fallbearbeitung und zur Koordination von Hilfen im Rahmend der ambulanten Gesundheitsversorgung unterstrichen.

3.4 Zielgruppen

Das Beratungsangebot des IGZ Lichtenberg richtet sich insbesondere an Patient*innen unterschiedlichen Alters, bei denen sich im Rahmen der Konsultationen in der Gemeinschaftspraxis aufgrund von komplexen medizinischen, psychischen, sozialen oder ökonomischen Faktoren ein deutliches Risiko für ihre Gesundheit und Lebensqualität zeigt, das sie ohne Beratung, Begleitung oder Hilfe voraussichtlich nicht alleine bewältigen können. Zur Zielgruppe beispielsweise gehören, Patient*innen mit

- eingeschränkter Kompetenzen im Alltagshandeln bzw. Anzeichen von Überforderung,
- deutlich eingeschränkter Medikamenten-Compliance,
- chronischen Krankheiten oder eingeschränkter körperlicher Leistungsfähigkeit,
- sprachlichen oder kulturellen Barrieren,
- erhöhtem Pflegebedarf,
- einer erkennbaren Überlastung des informellen Unterstützungs- und Pflegenetzwerks,
- Symptomen starker Belastung als pflegende Angehörige,
- Symptomen von Stress in belastenden Lebenssituationen und im familiären Bereich (bspw. Trennung, Arbeitsplatzverlust, Trauer)
- einer Tendenz zur sozialen Isolation und Vereinsamung,

- deutlicher psychischer Belastung durch eine schwere Erkrankung (bspw. Krebserkrankung) und/oder mit
- psychosomatischen und psychischen Erkrankungen.

3.5 Beratungsort(e)

Die Beratungstätigkeit im Rahmen des IGZ Lichtenberg bzw. der Erstkontakt zu den Patient*innen findet im Idealfall innerhalb der Gemeinschaftspraxis statt. Damit profitieren die Patienten von der vertrauten Umgebung der Arztpraxis, was Hemmschwellen abbauen kann und die Bereitschaft zur Teilnahme an der Beratung erhöht. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass die Räumlichkeiten der Gemeinschaftspraxis normalerweise nur an drei Tagen in der Woche für die Beraterinnen von soziale Gesundheit e. V. zur Verfügung stehen und nicht alle Patient*innen die Beratungsmöglichkeit in der Praxis nutzen können oder wollen.

In Fällen, bei denen die Patient*innen nicht in der Lage sind, die eigene Häuslichkeit zu verlassen, oder eine persönliche Beratung zuhause bevorzugt wird, können die Beraterinnen auch Hausbesuche durchführen. Hausbesuche bieten den Vorteil, dass die Beratung in einer für die Patient*innen vertrauten Umgebung stattfindet, wodurch es ihnen leichter fallen kann, Vertrauen zu den Beraterinnen zu fassen und sich mit ihren Problemen und Sorgen zu öffnen. Gleichzeitig bieten Hausbesuche den Beraterinnen die Möglichkeit sich einen Eindruck von den Lebensverhältnissen der Patient*innen zu verschaffen und erste Handlungsoptionen z. B. hinsichtlich der Barrierefreiheit oder der Pflegesituation auszuloten. Im Rahmen der Hausbesuche durch die Beraterinnen können auch Videosprechstunden mit den Ärztinnen organisiert werden bzw. können die Beraterinnen über eine Chatfunktion der Praxissoftware direkt aus dem Hausbesuch heraus Kontakt mit den Ärztinnen in der Praxis aufnehmen.

Sollten Hausbesuche nicht möglich oder durch die Patient*innen gewünscht sein, kann die Beratung alternativ in gut erreichbaren Räumlichkeiten im Wohnumfeld der Patient*innen bspw. in Stadtteil- oder Selbsthilfezentren organisiert werden. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, die Beratung telefonisch durchzuführen. Diese Form der Beratung bietet maximale Flexibilität und ist besonders für Patient*innen geeignet, die aufgrund von Immobilität, ihren Arbeitszeiten oder anderen Verpflichtungen nicht persönlich an einer Beratung teilnehmen können. Telefonische und Video-Beratungen können zudem als ergänzende Maßnahme dienen, um kurzfristig Fragen mit Patient*innen zu klären oder um ihnen zusätzliche Informationen bereitzustellen.

3.6 Beratungsspektrum

Die Beratung und Begleitung der Patient*innen erfolgt im Zusammenspiel der beteiligten Professionen entsprechend ihrer beruflichen und fachlichen Kompetenzen. Das Beratungsspektrum umfasst die Gesundheitsberatung, die psychologische Beratung und die Sozialberatung.

Die einzelnen Beratungsrichtungen sind in Tabelle 1 mit unterschiedlichen Schwerpunkten dargestellt und werden im Folgenden auf dieser Grundlage ausführlicher beschrieben.

Gesundheitsberatung	Psychologische Beratung	Sozialberatung
<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Informationen zu gesundheitlichen Angeboten • Beratung zu Gesundheitsförderung und Prävention • Allgemeine Förderung von Gesundheitskompetenz • Schmerzmanagement • Diabetes-Management • Demenz-Management • Beratung bei anderen chronischen Erkrankungen • Diät- und Ernährungsberatung 	<ul style="list-style-type: none"> • Begleitung bei psych. Leiden unter beruflicher Veränderung/Lage • Begleitung bei psych. Leiden unter Armut • Begleitung bei psych. Leiden unter Einsamkeit • Begleitung bei psych. Leiden unter gesellschaftlicher Entwicklung/Lage • Begleitung bei Beziehungsproblemen/-veränderung • Begleitung bei psych. Leiden unter Krankheiten • Begleitung bei psych. Leiden unter dem Alterungsprozess • Begleitung bei Verhaltensveränderungen • Trauerbegleitung 	<ul style="list-style-type: none"> • Informationen zu sozialen Angeboten • Informationen zu präventiven Angeboten • Energieberatung • Hitze-/Kälteschutzberatung • Beantragung von Leistungen • Förderung von sozialen Kontakten • Förderung der Mobilität • Einbindung von Angehörigen bzw. Nachbarn • Vermittlung von kommunalen Angeboten • Beistand beim Besuch des MD • Vermittlung von Alltags-Entlastungsangeboten • Vermittlung von amb. Pflege • Übergang von amb. zu stat. Pflege • Entlassmanagement (mit SD des Krankenhaus) • Beratung, Vorsorge und Begleitung zum Lebensende

Tabelle 1: Übersicht zum Beratungsspektrum des IGZ Lichtenberg.

3.6.1 Gesundheitsberatung

Die komplexe und umfassende medizinische Beratung, Behandlung und Betreuung der Patient*innen liegt in der Verantwortung der Ärztinnen der Gemeinschaftspraxis, die dabei von den Medizinischen Fachangestellten (MfA) unterstützt werden. Zusätzlich kann im IGZ Lichtenberg über die beim Verein soziale Gesundheit e. V. angestellte Gesundheitsberaterin eine begleitende Gesundheitsberatung angeboten werden.

Orientiert an den individuellen Bedarfen, Lebensumständen und Lebenslagen der Patient*innen kann die Gesundheitsberatung unterschiedliche Dimensionen des Ansatzes *Positive Gesundheit* anvisieren. Sie zielt insbesondere darauf ab, Patient*innen beim Erhalt ihrer körperlichen und mentalen Gesundheit zu unterstützen, Krankheiten vorzubeugen und die Patient*innen beim Verständnis und im Umgang mit ihren Erkrankungen zu stärken. Zentral ist dabei, den Patient*innen einen Überblick über ihre Möglichkeiten zur Förderung und Stabilisierung ihrer Gesundheit zu verschaffen und ihre individuelle Gesundheitskompetenz zu fördern. Dementsprechend umfasst das gesundheitliche Beratungsspektrum die Vermittlung von Wissen über den menschlichen Körper, körperliche Funktionen und Reaktionen, zu Krankheitsbildern sowie zu Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten.

Informiert werden die Patient*innen über verfügbare Leistungen und Unterstützungsmöglichkeiten innerhalb der Arztpraxis oder durch externe Leistungsanbieter. Dies kann bspw. Informationen und Beratungen zu Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, Rehabilitationsmaßnahmen oder spezielle Therapieangebote umfassen. Im Hinblick auf externe Angebote werden insbesondere wohnortnahe bzw. quartiersbezogene Angebote in die Beratung mit einbezogen.

Für Patient*innen mit chronischen Erkrankungen steht im Vordergrund der Gesundheitsberatung, sie bei der Bewältigung ihrer Erkrankung im Alltag zu unterstützen. Ein wichtiges Ziel ist es dabei, ihre Lebensqualität trotz der chronischen Erkrankung zu erhalten. Durch die individuell abgestimmte Therapie und die Unterstützung beim Selbstmanagement im Umgang mit der jeweiligen Erkrankung

soll ihre Versorgung im Hinblick auf ihre Bedarfe und Lebenslage optimiert und eine Verschlechterung der Erkrankung oder das Risiko von Begleit- und Folgeerkrankungen möglichst klein gehalten werden. Dafür werden die Patient*innen z. B. im Diabetes-Management umfassend über ihre Erkrankung informiert und in die Selbstkontrolle des Blutzuckers, die Anpassung der Ernährung und die Medikamenteneinnahme eingewiesen.

Ein sehr sensibles Beratungsfeld im Kontext der Gesundheitsberatung ist das Thema Demenz. Sowohl für die Betroffenen als auch für ihre Angehörigen stellen die mit einer demenziellen Erkrankung einhergehenden Veränderungen eine enorme Belastung dar. Die Gesundheitsberatung umfasst in diesem Kontext Informationen über den Krankheitsverlauf, Möglichkeiten der Früherkennung, Therapieoptionen und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige. Gerade für Angehörige ist es besonders wichtig, Unterstützung bei der Bewältigung der Pflegesituation zu erhalten und Wege zu finden, die eigene Gesundheit zu erhalten. Patient*innen und Angehörigen soll darüber ein besseres Verständnis der demenziellen Erkrankung ermöglicht werden. Sie werden unterstützt Kommunikationsstrategien rund um die Erkrankung und mit den Erkrankten zu entwickeln und es werden ihnen praktische Hilfen für den Alltag vermittelt.

3.6.2 Psychologische Beratung

Die psychologische Beratung erfolgt im IGZ Lichtenberg im Rahmen der psychosomatischen Behandlung durch Ärztinnen und durch die psychologische Beraterin von soziale Gesundheit e. V. Die psychologische Beratung und Begleitung von Patient*innen hat sich im Projektverlauf zu einem sehr wichtigen Unterstützungsangebot im Rahmen der ganzheitlichen Versorgung im IGZ Lichtenberg entwickelt. Sie kann unterschiedliche Dimensionen des Ansatzes *Positive Gesundheit* in den Mittelpunkt stellen und bei einer Vielzahl von psychischen, psychosomatischen und psychosozialen Problemlagen und Herausforderungen der Patient*innen zum Tragen kommen. Mit ihr eröffnet sich für die Patient*innen die Möglichkeit über medikamentöse Therapien hinausgehend einen umfassenden Blick auf die eigene Gesundheit zu werfen und gesundheitliche Zusammenhänge zwischen verschiedenen Lebensbereichen zu erkennen und zu bearbeiten.

Die Anlässe für die Vermittlung an die psychologische Beratung durch die Ärztinnen können sehr unterschiedlich sein. So kann etwa der Umgang mit körperlichen Erkrankungen wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Krebs nicht nur eine körperliche, sondern auch erhebliche psychische Belastung darstellen. Patient*innen müssen in solchen Fällen lernen, mit Einschränkungen, Schmerzen oder auch der Unsicherheit über den Krankheitsverlauf umzugehen. Dabei kann es auch darum gehen, das Vertrauen der Patient*innen in den medizinischen Behandlungsprozess zu stärken und sie zu ermutigen, aktiv am Genesungsprozess mitzuwirken. Die Beratung zielt darauf ab, mit ihnen Bewältigungsstrategien zu entwickeln, ihre Krankheitsakzeptanz zu fördern und ihre Lebensqualität trotz gesundheitlicher Einschränkungen zu verbessern. Dabei fokussiert die Beratung auf die Förderung der Stärken und Ressourcen der Patient*innen und unterstützt so ihre Resilienz und ihr Wohlbefinden.

Im Rahmen der psychologischen Beratung können sich auch Beziehungsprobleme oder -veränderungen, Konflikte in Partnerschaften, Familienkrisen oder Schwierigkeiten in der Eltern-Kind-Beziehung zeigen. Die Beratung zielt dann darauf ab, Kommunikationsmuster zu verbessern,

Konflikte konstruktiv zu lösen und neue Wege des Zusammenlebens zu finden. Dabei werden auch Themen wie Trennung oder Scheidung sensibel begleitet.

Berufliche Veränderungen, Probleme am Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit, Burnout oder der Übergang in den Ruhestand können ebenfalls Anlässe für die psychologische Beratung sein. Die psychologische Beratung adressiert dann die Sinngebung und unterstützt Patient*innen dabei, mit Stress und Unsicherheit umzugehen, neue Perspektiven zu entwickeln oder die Work-Life-Balance zu verbessern.

Der Alterungsprozess kann ein weiteres Thema im Rahmen der psychologischen Beratung sein. Ältere Menschen können unter dem Rückgang von Fähigkeiten, dem Verlust von Autonomie und dem Wandel von sozialen Rollen leiden. Die Beratung hilft dann dabei, diese Veränderungen zu akzeptieren und gleichzeitig neue Perspektiven und Lebensinhalte zu entwickeln. Es geht dabei darum, die positiven Aspekte des Alterns zu betonen und Ressourcen zu aktivieren, die ein erfülltes Leben im Alter ermöglichen.

Eng verbunden mit dem Alterungsprozess kann das Leiden unter Einsamkeit oder sozialer Isolation sein, von dem aber auch eine ganze Reihe jüngerer Patient*innen der Gemeinschaftspraxis betroffen sind. Die Trauer um nahestehende Personen geht oft ebenfalls mit tiefgreifenden emotionalen Erschütterungen einher. Die psychologische Beratung des IGZ Lichtenberg bietet bei solchen Lebenslagen einen geschützten Raum, um Gefühle auszudrücken, Einsamkeit oder den Trauerprozess zu verarbeiten und schrittweise neue Lebensperspektiven zu entwickeln. Die Patient*innen werden dabei unterstützt, soziale Kontakte aufzubauen oder wiederzubeleben, neue Interessen zu entwickeln und sich in die Gemeinschaft einzubringen.

Depressive Symptome bei Patient*innen sind innerhalb des IGZ Lichtenberg ein weiterer Anlass für die Vermittlung an die psychologische Beratung. Die psychologische Beratung umfasst in diesem Kontext die Aufklärung über Depression als Krankheitsbild, die Ermutigung zur Annahme von Hilfe und die Entwicklung erster Bewältigungsstrategien. Depressive Symptome können in einem engen Zusammenhang mit dem Leiden von Patient*innen unter gesellschaftlichen Entwicklungen oder der allgemeinen Lage stehen. Globale Krisen, politische Unsicherheiten oder rasante technologische Veränderungen können bei vielen Menschen Ängste und Gefühle der Überforderung auslösen. Die Beratung hilft dabei, solche Gefühle einzuordnen, individuelle Handlungsmöglichkeiten zu erkennen und die Selbstwirksamkeit zu stärken. Je nach Einschätzung des Schweregrads kann die psychologische Beratung im Sinne von „Entlastungsgesprächen“ eine unterstützende Funktion haben oder den Übergang zur spezialisierten psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlung vorbereiten und begleiten. Die Barrieren beim Zugang zur ambulanten Psychotherapie und psychiatrischen Behandlung stellen für viele betroffene Patient*innen eine erhebliche Herausforderung dar.⁴

3.6.3 Sozialberatung

Durch das Angebot der Sozialberatung soll eine Verschärfung von problematischen Lebenslagen von Patient*innen verhindert bzw. diesen entgegengewirkt werden. Sie zielt darauf, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Patient*innen ausgehend von ihrem aktuellen Gesundheitszustand und ihrer

⁴ Die eklatante Versorgungslücke und die Schwierigkeit des Zugangs in die ambulante Psychotherapie sind mit einem Fokus auf ältere Menschen bei Kammerer/Falk (2019) sehr ausführlich beschrieben.

Lebenslage zu stabilisieren und zu fördern. Dadurch sollen im ganzheitlichen Sinne positive Effekte zur Vermeidung von Krankheiten (Prävention) und auf Krankheitsverläufe erzielt werden. Mit Blick auf ältere Patient*innen sind zudem die Herausforderung des Eintritts von Pflegebedürftigkeit, die Vermeidung von Krankenhauseinweisungen sowie die Verhinderung von ungewünschten Umzügen in Pflegeheime wichtige Präventionsziele der Beratung.

Um diese Ziele zu erreichen, unterstützt die Sozialberatung die Patient*innen mit angemessenen und bedarfsgerechten Angeboten und Interventionen darin, ihre eigenen Ressourcen zu erkennen und zu nutzen sowie Hilfs- und Unterstützungsangebote anzunehmen. Berücksichtigt werden dabei die individuellen Interessen, Bedürfnisse und Wünsche sowie die Lebensumstände der Patient*innen. Dafür muss die Sozialberatung immer wieder flexibel und differenziert auf die unterschiedlichsten Fallanforderungen reagieren. Wichtig ist dafür eine gute Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen stadtteilbezogenen Unterstützungs- und Beratungsangeboten, an die Patient*innen bei Bedarf weitergeleitet werden können. Dabei spielt die Vermittlung zu wohnortnahen gesundheitlichen Selbsthilfegruppen, genauso wie zu sozialen Teilhabeangeboten eine wichtige Rolle.

Zu einer der Kernaufgaben der Sozialberatung gehört die Unterstützung bei der Erschließung und Vermittlung unterstützender Sozialleistungen. Dadurch soll sichergestellt werden, dass gerade besonders vulnerable Patientengruppen die ihnen rechtlich zustehenden Hilfen und Unterstützungsleistungen erhalten. Neben der Unterstützung bei der Antragsstellung leistet die Sozialberatung dafür beispielsweise im Rahmen der Begutachtung zur Anerkennung eines Pflegegrads beim Besuch des Medizinischen Dienstes Beistand.

Die Sozialberatung bemüht sich bei Krankheit und Pflegebedarf auch um die Einbindung von Angehörigen und Nachbarn in die Unterstützung und Versorgung oder unterstützt bei der Suche und Integration geeigneter Alltags-Entlastungsangebote sowie ambulanter Pflegedienste. Zu ihren Aufgaben kann auch die oftmals sehr komplexe Begleitung des Übergangs von ambulanter zu stationärer Pflege gehören. Sie unterstützt bei Krankenhauseinweisungen und arbeitet bei Entlassungen mit dem Sozialdienst von Krankenhäusern zusammen.

Zu den Aufgaben der Sozialberatung kann außerdem auch eine sehr lebenspraktische Unterstützung beispielsweise in Form einer Energieberatung oder einer Hitze- und Kälteschutzberatung gehören. Besonders sensible Beratungsfelder sind dagegen die Vorsorge für den Fall der Geschäfts- und/oder Einwilligungsunfähigkeit von Patient*innen und die Begleitung zum Lebensende. Hier bieten die Sozialberaterinnen wichtige Unterstützung und Orientierung in einer Phase, die sowohl für die Betroffenen als auch für ihre Angehörigen eine enorme Herausforderung darstellt.

4 Ergebnisse zu Arbeitsabläufen und -prozessen im IGZ Lichtenberg

In diesem Abschnitt sind die Ergebnisse aus den Interviews mit den Ärztinnen, der Medizinischen Fachkraft und den Beraterinnen im Hinblick auf die internen Arbeitsabläufe und -prozesse im IGZ Lichtenberg zusammengefasst. Dabei wird einerseits die Form der Arbeitsorganisation betrachtet und andererseits werden Sichtweisen auf die interprofessionelle Zusammenarbeit wiedergegeben.

4.1 Arbeitsorganisation

Zur besseren Übersicht sind die identifizierten Arbeitsabläufe und -prozesse in Abbildung 5 in einem Flußdiagramm wiedergegeben. Veranschaulicht wird damit der umfassende Ansatz zur integrierten Versorgung von Patient*innen, bei dem die enge Kooperation zwischen den Ärztinnen und Beraterinnen im Zentrum steht. Die einzelnen Aspekte der Arbeitsorganisation werden im Folgenden detaillierter vorgestellt.

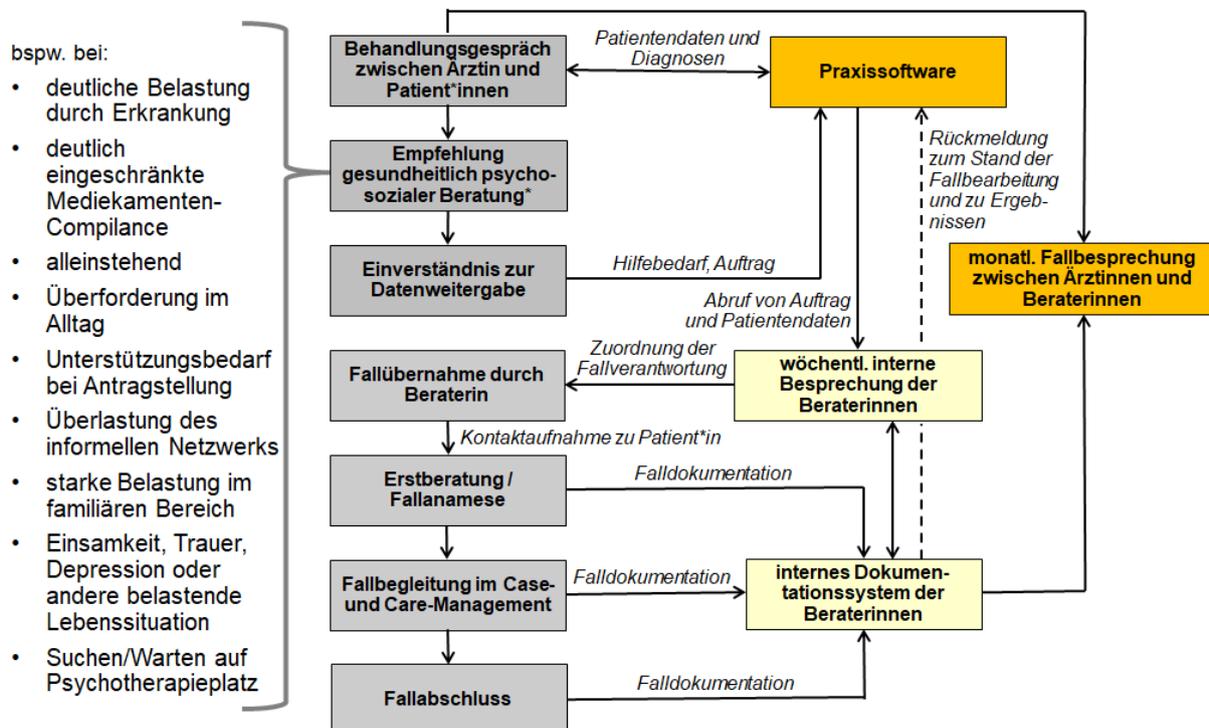


Abbildung 5: Flussdiagramm zur Darstellung von Arbeitsabläufen und –prozessen im Zusammenhang mit der Beratung im IGZ Lichtenberg

4.1.1 Behandlungsgespräch als Ausgangspunkt eines integrierten Beratungsprozesses

Ein integrierter Beratungsprozess für Patient*innen mit komplexen Problemlagen startet mit dem Behandlungsgespräch zwischen Ärztin und Patient*in, der Diagnostik und der Erfassung von Patientendaten in der Patientenakte der Praxissoftware. Auf der Grundlage der gewonnenen Informationen gibt die behandelnde Ärztin bei erkanntem Bedarf eine Empfehlung für die gesundheitlich-psychosoziale Beratung.

4.1.2 Empfehlung der gesundheitlich-psychozialen Beratung

Bei ihrer Empfehlung berücksichtigt die behandelnde Ärztin die individuellen Hilfebedarfe der Patient*innen.

Ein wichtiger Indikator für die Empfehlung der Beratung durch die Ärztinnen ist eine deutlich erkennbare Belastung der Patient*innen durch ihre Erkrankung bzw. durch deren Begleitumstände.

„Man guckt sich den Menschen einfach an [und] schaut, [...] braucht der Unterstützung, die wir [...] als Ärzte nicht geben können. Weil wir die Zeit nicht haben. Wo halt jemand anderes mit unter die Arme greifen muss. [...] Wenn ich z. B. sehe, der kriegt intellektuell [etwas] gar nicht hin, dann braucht er Unterstützung. Und dann versucht man natürlich die, die [...] ein bisschen mehr bedroht sind von der sozialen Isolation, von einer Hilflosigkeit, [...] dass man die dann halt [...] vermittelt ans IGZ.“ [IV-05-24: Z. 217-248]

Die Empfehlungen zur Beratung werden aus den Eindrücken des Patientengesprächs ausgesprochen und es wird ein konkreter Auftrag an die Beraterinnen des IGZ Lichtenberg formuliert.

„[...] wenn ich das Gefühl habe, [...] das Gespräch mit dem Patienten ist noch nicht zu Ende und ich kann dem jetzt aber nicht gerecht werden. Der muss weiter behandelt und engmaschig angebunden werden. Ich habe aber diese Kapazität im Terminplan gar nicht. [...] Gerade diese Patienten bestell ich schon auch je nach Zustand [...] spätestens nach vier Wochen wieder ein. Im Idealfall wäre der Abstand [...] kürzer. Das [kann man] aber gar nicht mehr leisten, weil das Patientenaufkommen sehr hoch ist. [...] Ich wünsche mir dann schon, dass sie dazwischen einmal das IGZ gesehen oder gehört haben. [...] Die Sozialarbeiter nehmen uns hier in der Praxis, also ein Stück weit auch unsere Arbeit mit ab. [...] Wir haben ja beide die psychosomatische Grundversorgung vor einem Jahr gemacht. Wir können das natürlich erkennen und könnten theoretisch auch diese Gespräche führen. Tun wir ja auch. Aber wir können es nicht in dem Umfang leisten, wie der Patient das eigentlich braucht. Gerade für diese Gespräche [...] muss man sehr viel dokumentieren. Dann ist es natürlich sehr schön, wenn man dann halt sagen kann: ‚Okay, ich stelle das als Aufgabe beim IGZ rein‘. [Wenn] ich weiß, das IGZ meldet sich spätestens in einer Woche, dann geht es mir besser und dem Patienten im Idealfall auch. [IV-06-24: Z. 527-558]

4.1.3 Einverständnis zur Datenweitergabe

Bevor eine Fallübernahme durch eine Beraterin erfolgen kann, ist zur Wahrung der Patientenrechte und -autonomie das Einverständnis der Patient*innen zur Datenweitergabe durch eine Schweigepflichtentbindung erforderlich. Die Einwilligung dient dem Schutz der sensiblen Patientendaten und der Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorgaben. Sie ist notwendig, um den Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Fachkräften im IGZ Lichtenberg, insbesondere zwischen den Ärztinnen und Beraterinnen, zu ermöglichen. Dies ist besonders wichtig, seit ab Anfang 2024 die Praxissoftware mit der digitalen Patientenakte auch von den Beraterinnen genutzt wird. Die Schweigepflichtentbindung beinhaltet explizit die Erlaubnis, Patientendaten über die Praxissoftware an die Beraterinnen weiterzugeben. Sie legt fest, welche Informationen zu welchem Zweck weitergegeben werden dürfen. Bei der Abfrage des Einverständnisses zur Datenweitergabe werden

die Patient*innen auch über den Umfang der Datenweitergabe aufgeklärt und darüber informiert, dass und wie sie ihre Einwilligung jederzeit zurückziehen können.

Es zeigt sich, dass einige Patient*innen zunächst eine gewisse Anlaufzeit benötigen, bevor sie sich auf das Beratungsangebot des IGZ Lichtenberg einlassen können.

„Häufig werden wir [die Beraterinnen] angeboten. Es gäbe uns da als Team. Wir könnten unterstützen. Aber die Leute wollen das häufig erstmal nicht. Dann bekommen wir irgendwann eine Nachricht von der Ärztin: ‚Jetzt ist die Person soweit und würde sich doch vielleicht gerne mit euch treffen, um mal zu schauen‘. Ich glaube, genau das ist so der Weg. [...] Dieses Dranbleiben der Ärztinnen. [...] Sie konnte uns damals schon anbieten als Unterstützung und jetzt tut sie es nochmal. [Das] zeigt ja auch aus Sicht des Patienten, dass man mir damals zugehört und mich ernst genommen hat und da auch wahrgenommen wurde, dass es mir vielleicht nicht gut geht. Und dann kommen wir [Anm.: die Beraterinnen] jetzt so langsam ins Spiel. [IV-04-24: Z. 524-535]

Haben die Patient*innen ihr Einverständnis zur Datenweitergabe gegeben, können die Ärztinnen den individuellen Hilfebedarf von Patient*innen in die Patientenakte eintragen und für die Beraterinnen einen konkreten Beratungs- und Unterstützungsauftrag formulieren.

4.1.4 Interne Teambesprechung der Beraterinnen und Fallübernahme

Im nächsten Schritt werden im Rahmen der wöchentlich stattfindenden Teambesprechung der Beraterinnen die neu eingegangenen Fälle und die von den Ärztinnen initiierten Beratungsaufträge gesichtet und in ein Falleingangsdokument übertragen. Die Zuständigkeit und Verantwortung für die einzelnen Fälle wird unter den Kolleginnen nach zeitlichen Ressourcen und inhaltlichen Aspekten aufgeteilt.

„Also die Ärztinnen schreiben uns auf, um was es nach ihrer Meinung geht. Zum Beispiel psychologische Beratung. Wenn [die psychologische Beraterin] Raum hat dafür, dann sagt sie: ‚Okay, mache ich‘. Wenn sie nicht kann, dann überlegen wir, wer könnte es denn machen und ob die Person dann erstmal anfängt und es nachher an [die psychologische Beraterin] abgibt.“ [IV-01-24: Z. 367-371]

Genutzt werden dabei auch Synergien:

„Ich habe zum Beispiel letztes einen Fall angenommen, weil ich meinte: ‚Hey, in einem anderen Fall beschäftige ich mich gerade genau damit. Dann könnte ich meine Recherche für beide zeitgleich nutzen‘. Es steckt da also auch ein Effizienzgedanke dahinter [...]. Natürlich gucken wir auch bezüglich Expertise. [...] Worum geht es inhaltlich? [...] Wer kennt sich vielleicht besonders gut damit aus. Wenn da bei der ersten Beschreibung der Ärztin schon so etwas steht, wie: ‚Kommt mit den Medikamenten irgendwie nicht zurecht‘, dann gibt es eine Kollegin, die sich damit aus dem Stegreif ziemlich gut auskennt. [IV-03-24: Z. 548-557]

Die internen Teambesprechungen der Beraterinnen dienen auch der gegenseitigen Unterstützung in laufenden Fällen. Im Rahmen dieser Besprechungen tauschen die Beraterinnen ihre fallspezifischen Erfahrungen aus, beraten sich fachlich untereinander, geben sich fallspezifisch Hinweise auf weitere

quartiersbezogene Unterstützungs- und Vernetzungsmöglichkeiten und entwickeln gemeinsam Strategien und Vorgehensweisen für herausfordernde Fälle.

„Ich hole mir dann ja auch Hilfe von meinen Kolleginnen. Dafür sind wir ja ein multiprofessionelles Team.“ [IV-01-24: Z. 302-303]

Methodische Fragen können sich z. B. auf die effektive Durchführung von Beratungsgesprächen, die Anwendung spezifischer Interventionen oder die Gestaltung von Versöhnungsgesprächen zwischen Angehörigen beziehen. Die Teambesprechungen ermöglichen es

*„Gespräche [mit Patient*innen] vor- und nachzubereiten. ‚Dass man da noch mal kurz nachdenkt. Wo stehe ich hier eigentlich und was habe ich hier gehört?‘“ [IV-04-24: Z. 895-896]*

Häufig stehen auch Fragen zum Umgang mit sensiblen Themen und zum respekt- und würdevollen Umgang mit Patient*innen und Angehörigen etwa bei Einsamkeit, bei der Trauerbegleitung, bei einer Demenz oder anderen schwerwiegenden Erkrankung im Vordergrund.

„Man hört einfach auch wirklich viele menschliche Schicksale. Also man taucht da ja immer sehr, sehr tief in dramatische Lebensverläufe ein und das [ist] so wichtig, da immer auch nach so einem Gespräch sich nochmal [mit den Kolleginnen] austauschen zu können.“ [IV-04-24: Z. 895-896]

Aus fachlicher Sicht werden in den Teambesprechungen auch die Grenzen der eigenen Kompetenz thematisiert und reflektiert, welche Informationen für die Behandlung durch die Ärztinnen wichtig sind und wann eine Einbeziehung oder Weitervermittlung an spezialisierte Dienste zur Bearbeitung komplexer Anliegen erforderlich sein kann. Im Hinblick auf die Komplexität der hebt eine Ärztin hervor:

„Also [es ist] ja immer die Frage, inwiefern es auch möglich ist, [...] andere Strukturen [...] mit in Gang zu setzen und mit einzubinden. Also ich glaube auch, dass selbst die Sozialarbeiterinnen [...] das auch alles nicht leisten [können]. Also die müssen dann im Zweifel ja auch wiederum gucken, wie können sie sich auch gut organisieren.“ [IV-06-24: Z. 471-475]

Die Teambesprechungen bieten auch Raum für die Diskussion ethischer Fragen und im Sinne der Selbstsorge für eine gegenseitige Supervision.

„Nicht zu unterschätzen [ist] der kollegiale Austausch [...], damit wir [selber] irgendwie gesund bleiben und auch professionell bleiben [und] gut reflektieren, was das mit uns macht. [...] Wir sind eben nicht als totale Einzelkämpferin [...] unterwegs und das ist eine Qualität.“ [IV-04-24: Z. 891-908]

„Das darf man auch nicht vergessen, dass das manchmal ganz schön kräftezehrend ist.“ [IV-04-24: Z. 936-937]

Die internen Teambesprechungen der Beraterinnen dienen allerdings nicht nur der Fallberatung, sondern auch der strukturellen Weiterentwicklung der Arbeit im IGZ Lichtenberg.

„Also, wir sind noch nicht am Ende. Wir haben viele Sachen, die wir noch verbessern müssen. [...] Wie wir uns noch besser strukturieren können. [...] Manche Sachen könnten wir effizienter

[machen]. [...] Wir sind z. B. nicht auf den gleichen Level [...] im Umgang mit der Technik. [...] Da versuchen wir auch mit unseren Schwächen und Stärken zu arbeiten [und] profitieren [...] voneinander.“ [IV-04-24: Z. 535-560]

4.1.5 Erstberatung und Fallanamnese

Die weitere Fallbegleitung durch die Beraterinnen orientiert sich methodisch am Vorgehen des Case- und Care-Managements (vgl. zur Methode: Große/Annemüller 2024; DGCC 2020; Kollak/Schmidt 2016; Schmid/Ehlers 2016). Das Case- und Care-Management umfasst einen strukturierten Prozess, der sich in unterschiedliche Phasen gliedert: Kontaktaufnahme, Assessment, Hilfeplanung, Umsetzung der Unterstützung, Monitoring des Umsetzungsprozesses und Abschluss des Prozesses einschließlich Evaluation. Mit der Implementierung des Case- und Care-Managements und dem damit verbundenen systematischen Vorgehen soll für die Patient*innen eine hohe und kontinuierliche Versorgungsqualität gesichert werden. Auf der Fallebene umfasst das Case- und Care-Management die Beratung, Vermittlung, Koordinierung und Steuerung von Hilfen im Einzelfall. Auf der Systemebene zielt es auf den Ausbau und die Steuerung der Zusammenarbeit und Vernetzung im Angebotssystem.

Entsprechend dem systematischen Vorgehen des Case- und Care-Managements erfolgt nach der Zuordnung der Fallverantwortung zu einer Beraterin deren Kontaktaufnahme zur Patient*in und die Erstberatung bzw. Fallanamnese. Die Qualität der ersten Kontaktaufnahme zu den Patient*innen spielt eine wichtige Rolle für den weiteren Fallverlauf. Zugesichert wird den Patient*innen dabei die Vertraulichkeit der Gesprächsinhalte.

„Ich vereinbare mit den Menschen am Anfang [...], dass ich erst mal unter Schweigepflicht bin und wenn ich was den Ärztinnen weitergebe, dann bespreche ich das vorher mit den Leuten. Das sage ich ihnen, damit sie da auch Bescheid wissen und auch keine Angst haben müssen. Weil es ist ja schon schwierig. Manchmal wollen sie vielleicht nicht, dass irgendwas an die Ärztin geht.“ [IV-01-24: Z. 701-705]

Im Rahmen des Erstkontakts geht es zunächst darum, dass die Patient*innen

[...] uns kennenlernen. Wenn man noch nie mit einem Sozialarbeiter oder einer Sozialarbeiterin zu tun hatte oder nur irgendwelche Horrorvorstellungen hat, was die so können, da [ist es] total wichtig, da einfach so einen ersten niedrighwelligen Kontakt herzustellen und dann kann derjenige sich das selber überlegen, ob er noch mal zu mir möchte oder nicht.“ [IV-04-24: Z. 1118-1123]

Da viele Patient*innen zunächst Hemmungen haben, offen über ihre Sorgen und Probleme zu sprechen, wird mit der Schaffung einer respektvollen und wertschätzenden Atmosphäre eine wichtige Weiche für den weiteren Prozess gestellt.

*„Häufig sind ja Patient*innen auch gerade in einer Anfangsphase vielleicht gehemmt, etwas zu erzählen. Wenn man dann ein gutes Setting [gestaltet], dann sind die vielleicht auch teilweise ein bisschen zugänglicher nochmal, die Patienten.“ [IV-04-24: Z. 143-146]*

Gleichzeitig sind die Beraterinnen gegenüber den Patient*innen um ihre professionelle Distanz und um Abgrenzung bemüht.

„Ich habe beruflich so viele verschiedene Menschen kennengelernt, mit so vielen unterschiedlichen Problematiken, so dass ich dann eigentlich, glaube ich, angemessen auf die Leute eingehen kann und das auch für mich so einsortieren kann. Und auch merke: ‚Hm, hier tut sich jemand schwer Grenzen zu ziehen‘. Oder ich brauche keine Grenzen ziehen, weil der Mensch abgegrenzt ist.“ [IV-01-24: Z. 127-132]

„Ich finde es wichtig, nicht zur persönlichen Betreuungsperson zu werden. [...] Klar, die Vertrauensbasis ist wichtig, keine Frage. Aber auch sehr einfach herzustellen, wenn jemand über Jahre einsam war. Wenn ich dann mit dem eine halbe Stunde telefoniere, kann ich dann natürlich sofort sonstwas für die Person sein. Aber nee, das soll und werde ich nicht werden. Das muss im besten Falle jemand anders werden können. [...] Da versuche ich natürlich darauf hinzuwirken, dass derjenige sich traut, sich da vielleicht anderen Menschen noch mal zu öffnen. Ist nicht immer so einfach.“ [IV-04-24: Z. 597-604]

Die Kontaktaufnahme, der Beziehungsaufbau durch die Beraterinnen zu den Patient*innen und das Halten der Beziehung gelingen auch nicht immer bzw. nicht immer sofort.

„Das passiert, dass wir keinen Kontakt hergestellt bekommen. [...] Der eine zum Beispiel, der war jetzt wieder im Neueingang von mir. Mit dem habe ich letztes Jahr versucht, [...] den Kontakt aufzunehmen. Ich habe auch Mailboxnachrichten hinterlassen. Da kam einfach nie irgendeine Reaktion. Dann habe ich [den Fall] tatsächlich einfach irgendwann als beendet eingetragen und das auch so in die Patientenakte geschrieben. Jetzt hatte ich den dann wieder in der Falleingangsliste und dachte mir: ‚Ah, der Name sagt mir doch was‘. Und dann hatten wir jetzt ein erstes Telefonat. Ziemlich lange und da hat er gesagt: ‚Ja, letztes Jahr habe ich es auch schon mal probiert und da hatte auch eine Kollegin von ihnen irgendwie mir ganz lieb auf die Mailbox gesprochen und auch eine ganz tolle Nachricht geschrieben. Aber es ging einfach nicht‘. [...] Damit er sich nicht irgendwie komisch fühlt [...] habe ihm direkt gesagt: ‚Ja, das war ich, die Kollegin. Das habe ich ihnen aber damals nicht übel genommen und auch heute nicht‘. Das ist aber doch relativ selten so. Es passiert auch, dass Menschen plötzlich aus dem Kontakt gehen, auch wenn es eigentlich mal einen angefangenen Prozess gab. [IV-03-24: Z. 1035-1056]

Im Rahmen der Erstberatung und Fallanamnese wird den Patient*innen von Beginn an verdeutlicht, dass sie mit ihren Perspektiven, Erfahrungen und Bedürfnissen im Mittelpunkt des Beratungsprozesses stehen, dass Entscheidungen zur Verbesserung ihrer Gesundheit und Lebensqualität ihre eigenen sind und respektiert werden und dass sie dabei unterstützt werden, diese auch umsetzen zu können. Insofern geht es darum, die Situation der Patient*innen zunächst genauer zu erfassen.

„In den verschiedenen Fällen [gibt] es die Situationen [...] herauszuhören, woran hakt es denn eigentlich gerade tatsächlich? [...] Das Problem [ist] nicht nur der reine Informationsfluss [...] oder vielleicht die Mobilitätseinschränkung einer Person. Das Problem ist herauszufinden, wo ich jetzt eine gute Brückenbauerin sein kann.“ [IV-04-24: Z. 75-80]

Die Anamnese dient den Beraterinnen dazu, sich ein umfassendes Bild von der komplexen Gesundheits- und Lebenssituation der Patient*innen zu machen. Dabei werden nicht nur

offensichtliche gesundheitliche, psychische oder soziale Probleme erfasst, sondern es wird auch versucht, latent vorhandene Bedürfnisse und Potenziale zu identifizieren.

Um gezielt relevante Informationen zu sammeln, orientieren sich die Beraterinnen an den sechs Dimensionen des Ansatzes Positive Gesundheit. Wichtige Aspekte der Anamnese sind:

- Die aktuelle Wohn- und Lebenssituation
- Familiäre und soziale Netzwerke
- Finanzielle Situation und mögliche Ansprüche auf Sozialleistungen
- Mobilität und Selbstständigkeit im Alltag
- Psychosoziale Belastungen und Bewältigungsstrategien
- Auswirkungen gesundheitlicher Einschränkungen auf den Alltag
- Vorhandene Unterstützungsstrukturen und -bedarfe

Die im Erstgespräch und der Anamnese gewonnenen Informationen werden sorgfältig dokumentiert und stellen den Ausgangspunkt für die weitere Beratung und Begleitung dar. Sie ermöglichen es den Beraterinnen die weitere Hilfeplanung vorzubereiten. Das kann bedeuten, dass die Beraterinnen zunächst selber weitere Informationen zu potentiellen Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten recherchieren und diese für die Hilfeplanung aufbereiten müssen.

4.1.6 Fallbegleitung

Die Fallbegleitung durch die Beraterinnen ist nach der Anamnese im ersten Schritt durch die Hilfeplanung gekennzeichnet. Im Mittelpunkt steht bei den zumeist komplexen Bedarfslagen der Patient*innen eine inhaltliche Fokussierung auf die Themen Stabilisierung, Unterstützung und Prävention.

„Ich hatte z. B. eine Aufnahme, da ging es um Polytrauma und am besten eine Wiederaufnahme einer Traumatherapie. Aber da waren auch ganz viele andere Baustellen, wie die vom Vater geerbten Schulden und der hoch demente Ex-Ehemann, der jeden Tag bei der Patientin klingelt und Geld haben möchte. [...] Das macht sie total kirre.“ [IV-04-24: Z. 75-80]

Bei der Bearbeitung solcher Fälle werden zusammen mit den Patient*innen konkrete kurz-, mittel- und langfristige Ziele herausgearbeitet und formuliert. Dabei achten die Beraterinnen darauf, dass diese realistisch, erreichbar, an die individuelle Situation angepasst und für die Patient*innen motivierend sind. Basierend auf den festgelegten Zielen werden verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten und Hilfsangebote erörtert. Die Beraterinnen informieren die Patient*innen dabei neutral über mögliche Optionen und deren Vor- und Nachteile. Gemeinsam wird dann über Umsetzungsmaßnahmen entschieden und ein konkreter Aktionsplan verabredet. Dieser legt fest, welche Schritte wann und von wem unternommen werden sollen. Berücksichtigt und besprochen werden dabei auch die Ressourcen der Patient*innen und mögliche Hindernisse.

„Ganz wichtig ist [...] eine ressourcenorientierte Haltung, also dass man an und mit dem besonders arbeitet, was die Menschen schon mitbringen an persönlichen Ressourcen, die in ihrer Person, in ihren Fähigkeiten liegen, aber auch an Ressourcen im sozialen, im familiären Umfeld oder aber auch im Sozialraum. [...] Respekt fürs Gegenüber und auch für den Lebensentwurf des Gegenübers. [...] Man ist nicht da, um jemandem was überzustülpen,

sondern muss die Person so annehmen, wie sie ist. [...] Man muss auch bereit sein, zuzuhören.“ [IV-03-24: Z. 62-73]

Auf dieser Basis wird gemeinsam mit den Patient*innen ein passender Betreuungs- und Unterstützungsplan abgestimmt, damit die bestmögliche Versorgung organisiert und eine gute Einbindung bestehender Ressourcen möglich wird.

Der Betreuungs- und Unterstützungsplan beinhaltet spezifische Maßnahmen, Fristen und Zuständigkeiten und berücksichtigt sowohl die kurz- als auch die langfristigen Bedürfnisse des Patienten. Gleichzeitig bleibt diese Planung aber auch offen und flexibel genug, um sich möglicherweise im Prozessverlauf verändernden Bedürfnissen und Umständen der Patient*innen Rechnung tragen zu können.

Im Anschluss an die Hilfeplanung erfolgt die Umsetzung der geplanten Maßnahmen. Abhängig von den Bedarfen der Patient*innen erschließen die Beraterinnen dabei Sach- und Dienstleistungen von Leistungserbringern im Idealfall aus deren Wohnumfeld.

„Ich möchte ja nicht schon bestehende Strukturen ersetzen, sondern ich will die nutzen. Die sollen ja auch genutzt werden. Die sind ja [...] sehr fachkompetent.“ [IV-04-24: Z. 320-322]

Damit stellt das IGZ Lichtenberg eine wichtige Brücke zu weiteren wohnortnahen gesundheitlichen, psychologischen und sozialen Unterstützungs- und Versorgungsangeboten dar. Dementsprechend sind gute sozialräumliche Kenntnisse bei den Beraterinnen erforderlich bzw. müssen im Laufe des Case- und Care-Managements erarbeitet werden. Dabei geht es aber nicht nur darum

„[...] zu schauen, welche Stellen gibt es hier, die [...] relevant sind, sondern [...] funktionieren die auch so, wie auf dem Flyer oder dem Blatt Papier [und wie] wir uns das vielleicht vorstellen. [...] Da wirklich die Kontakte herzustellen, die auszukundschaften, persönlich auch Kontakt herzustellen, um wirklich zu verstehen, wann darf man wen zu ihnen überleiten, wen darf man einfach schicken und wo geht es vielleicht [...] aus Kapazitätsgründen nicht, obwohl sie es theoretisch auf dem Blatt Papier leisten könnten.“ [IV-04-24: Z. 271-278]

Die entsprechende

„Recherche nimmt viel Zeit in Anspruch. Vor allem zu Anfang eines Einzelfalles, wenn es denn ein Thema ist, was wir so noch nicht hatten.“ [IV-03-24: Z. 640-642]

Mit den Patient*innen werden zu Beginn des Case- und Care-Managements in der Regel häufiger Termine vereinbart und geplant, die im Laufe des Prozesses abnehmen. Die Zusammenarbeit ist

*„... zum Anfang intensiver, einmal wöchentlich, dann irgendwann vielleicht nur noch alle zwei Wochen, dann irgendwann noch einmal im Monat. [...] Wenn es jetzt eine ganz akute Krise irgendwie ist, mit vielen Baustellen gleichzeitig oder was auch immer, dann treffe ich mich mit manchen Patient*innen anfangs [...], also die ersten zwei, drei Wochen, irgendwie mehrmals in der Woche.“ [IV-03-24: Z. 601-611]*

Eine innovative Möglichkeit für die Fallbegleitung eröffnet die Chatfunktion der Praxissoftware. Wenn die Beraterinnen beispielsweise Hausbesuche bei Patient*innen machen, können sie in dringenden Fällen direkt aus dem Hausbesuch heraus Kontakt mit den Ärztinnen in der Praxis

aufnehmen, sich Rückmeldungen holen und das weitere Vorgehen abstimmen. Damit ist eine schnelle und effiziente Reaktion auf akute Patientenbedürfnisse möglich.

„Wir können hier quasi chatten parallel zu den Patienten. Ich kann die Akte aufmachen, [...] kann mir das alles genau angucken.“ [IV-06-24: Z. 178-180]

Im Rahmen der Fallbearbeitung überprüfen die Beraterinnen auch regelmäßig die Wirksamkeit und Angemessenheit der Hilfen und passen die Hilfeplanung bei Bedarf gemeinsam mit den Patient*innen an sich verändernde Bedürfnisse und Umstände an.

„Da heißt es [...] manchmal [...] auch auszuhalten, dass Dinge länger brauchen und nicht sofort umgesetzt werden. Weil es geht ja um die Klienten, die vielleicht etwas verändern möchte[n] oder nicht. Und das ist auch eines der Dinge, das teilweise erst im Prozess herauszufinden oder auch herauszuarbeiten und der Person deutlich zu machen, dass sie vielleicht einen Veränderungswunsch hat, aber dann im Prozess sehr deutlich wird, dass sie nicht veränderungsbereit ist. [...] Das kann ja auch helfen Druck zu nehmen und dann auch nochmal anders ins Gespräch zu gehen.“ [IV-04-24: Z. 83-89]

4.1.7 Multiprofessionelle Teambesprechungen von Beraterinnen und Ärztinnen

Das zentrale Element des integrierten Versorgungsansatzes des IGZ Lichtenberg stellen die monatlich stattfindenden Teambesprechungen zwischen Ärztinnen und Beraterinnen dar. Diese Besprechungen finden als Videokonferenz statt. Dort werden nach dem Verständnis einer der Ärztinnen

[...] Prozedere [und] Fälle besprochen. Was könnte man etwas besser machen. Also Prozessoptimierung spielt auch mit rein.“ [IV-05-24: Z. 112-114]

Vor dem Hintergrund knapper personeller Ressourcen besteht für die multiprofessionellen Teambesprechungen insbesondere von Seiten der Ärztinnen der Wunsch und die Notwendigkeit, die damit verbundenen Arbeitsabläufe effizient zu gestalten. Die Besprechungen sollen deshalb einerseits umfassend und präzise, andererseits aber auch gut vorbereitet und zeiteffizient gestaltet werden. Insofern hebt eine Ärztin hervor, dass dafür vorab geklärt wird, was

„[...] wir besprechen wollen. [...] Also erstmal Organisatorisches und [anschließend] werden [...] einzelne Patienten besprochen, wo der Bedarf da ist. [...] Es gibt vorab eine Liste, wo drin steht, welche Patienten und dann gibt es hinterher auch noch mal ein Protokoll.“ [IV-06-24: Z. 271-275]

Zu Fällen und Entwicklungen, für die im Rahmen der Teambesprechungen kein Raum ist, findet kontinuierlich auch ein informeller Austausch in persönlichen Gesprächen, per Telefon oder auch per E-Mail statt.

In die Fallbesprechungen bringen die Ärztinnen ihr medizinisches Fachwissen ein, während die Beraterinnen ihre Expertise in Bezug auf psychosoziale Faktoren, familiäre Umstände und verfügbare Unterstützungssysteme beitragen. Diese Kombination ermöglicht es im ganzheitlichen Sinne, ein vollständigeres Bild der Patientensituation im Einzelfall zu erhalten. Es wird dadurch aus Sicht einer Ärztin möglich,

„[...] so ein bisschen den Perspektivwechsel zu schaffen. [...] Die Informationen, die andere Berufsgruppen aus dem Patienten, sage ich mal, ziehen, [...] [sind] oft noch mal ganz anders und daher finde ich es immer sehr gut, wenn man dann noch mal Rücksprache im Team hält. [...] Häufig [...] führt das dazu, dass Folgeprobleme gar nicht erst entstehen.“ [IV-06-24: Z. 108-114]

Im Rahmen der Fallbesprechungen geht es darum, die gemeinsamen Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit und Lebensqualität der Patient*innen aufeinander abzustimmen und die erzielten Fortschritte im Einzelfall zu bewerten. Aus Sicht einer Beraterin sind die Teambesprechungen

„[...] der Prozess, wo man genau [...] herausfinden muss, mit [...] welchen Anliegen senden die Ärztinnen die Patienten zu uns? Was ist deren Erwartungshaltung? [...] Dazu muss man miteinander reden und sich kennenlernen.“ [IV-04-24: Z. 297-302]

Für die Ärztinnen geht es wiederum um die Sicherstellung einer guten Versorgung ihrer Patient*innen. So stellt eine Ärztin fest, dass dadurch, dass die

„[Beraterinnen] für uns arbeiten, hängen wir da auch ein bisschen mit drin. Also nicht für uns arbeiten, nicht für uns. Aber sie behandeln unsere Patienten in unserem Auftrag. Deswegen muss ich [...] wissen, was ist denn deren interne Struktur [...]? Macht da jeder so ein bisschen, was er denkt? Also es ist schon interessant, [ob] einer sagt, Yoga machen und der andere sagt Ausdauersport und der dritte sagt zum Schamanen, oder?“ [IV-06-24: Z. 422-302]

Durch die kritische Reflexion von Fällen können auch Potenziale in den Behandlungsabläufen und bei der Unterstützung von Patient*innen identifiziert und umgesetzt werden. Eine Beraterin hebt hervor:

„[Es ist] sehr wichtig und wertvoll, auch in Rückkopplung [...] mit dem Ärzteteam zu sagen: ‚Ja, die Situation ist nicht gut und nicht schön und der Person geht es [...] nicht gut. Sie ist nicht glücklich und [...] die Möglichkeiten wären da. Sie ist einfach nicht so ganz bereit, da weitere Schritte zu gehen‘. [...] Die Ärztin wird [...] deswegen nicht unbedingt eine andere Therapieform [...] wählen, aber das kann ja helfen, wenn man dann [...] besser versteht, die Person möchte das aber nicht mehr und das ist irgendwie auch okay, dann kann man, glaube ich, auch wieder anders miteinander ins Gespräch gehen.“ [IV-04-24: Z. 90-101]

Die gemeinsamen Fallbesprechungen bieten auch die Möglichkeit, ethische Fragen interdisziplinär zu diskutieren und gemeinsam Lösungen zu finden. In schwierigen Versorgungssituationen, z.B. beim Übergang in ein Pflegeheim, bei Entscheidungen am Lebensende oder bei Fragen der Patientenautonomie, können die unterschiedlichen Perspektiven von Ärztinnen und Beraterinnen zu besser abgewogenen Entscheidungen führen.

Die interdisziplinären Besprechungen fördern den Wissensaustausch zwischen den Fachkräften und das gemeinsame Lernen. Die Ärztinnen können vom Wissen der Beraterinnen über verfügbare kommunale Ressourcen und Unterstützungsmöglichkeiten profitieren, während die Beraterinnen ein tieferes Verständnis für medizinische Aspekte entwickeln können. Damit verbessern die Fallbesprechungen nicht nur die unmittelbare Behandlung und Unterstützung von Patient*innen, sondern tragen auch zur langfristigen Optimierung der Gesundheitsversorgung bei.

4.1.8 Falldokumentation

Die Falldokumentation spielt in jeder Phase des Case- und Care-Managements eine wichtige Rolle. Sie dient als Grundlage der strukturierten und nachvollziehbaren Arbeit mit den Patient*innen. Im IGZ Lichtenberg wird bei der Falldokumentation unterschieden zwischen der Dokumentation in der Praxissoftware der Arztpraxis und einer internen Dokumentation der Beraterinnen. Auf beide Dokumentationssysteme haben die Beraterinnen fallbezogenen Zugriff. Die Ärztinnen und das Praxispersonal greifen dagegen nur auf die Dokumentation in der Praxissoftware zurück, in der die Beraterinnen zusammenfassende und ausgewählte fallrelevante Informationen hinterlegen.

„Wir [die Beraterinnen] dokumentieren ja für uns und schreiben auch was in die Patientenakte. Im besten Falle ist es so, dass man da Copy & Paste machen kann, aber manchmal [geht] es auch nicht. [...] Wir sollen es auch nicht ganz so ausführlich in die Patientenakte packen.“ [IV-03-24: Z. 854-858]

Gerade diese Rückmeldungen über die Praxissoftware sind für die integrierte Versorgung besonders relevant und fördern die fallbezogene Kommunikation und den Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Fachkräften.

Für die interne Falldokumentation der Beraterinnen wird ein Fallverlaufsdokument eingerichtet und verwendet. Dort werden der Fallhintergrund und die Anamnese sowie die gemeinsam mit den Patient*innen und gegebenenfalls ihren Angehörigen erarbeiteten Ziele, geplante Maßnahmen, der Stand der Umsetzung und möglicherweise im Begleitprozess veränderte Planungen fortlaufend schriftlich festgehalten. Dabei ist die Dokumentationsarbeit zu Beginn eines Falles zunächst umfangreicher und nimmt im Prozessverlauf mit Schwankungen wieder ab.

Die fortlaufende Dokumentation hilft dabei, den Überblick über die aktivierten Hilfen zu behalten und den Prozessverlauf sichtbar zu machen. Das Fallverlaufsdokument wird zusammen mit anderen fallrelevanten Dokumenten in einer Ordnerstruktur abgelegt, die für alle Beraterinnen zugänglich ist. Die einheitliche und umfassende Gestaltung der Dokumentation ermöglicht die kontinuierliche Qualitätssicherung und gewährleistet bei einem Wechsel der hauptverantwortlichen Beraterin eine reibungslose Kontinuität in der Betreuung.

4.1.9 Fallabschluss

Der Fallabschluss markiert den (vorläufigen) Endpunkt einer intensiven Betreuung von Patient*innen durch das IGZ Lichtenberg. Eingeleitet wird er meist über eine Phase des "Ausschleichens", in der die Kontakte schrittweise reduziert und die Unterstützung allmählich beendet wird. Bevor es aber dazu kommt, erfolgt eine Evaluation der durchgeführten Maßnahmen und erreichten Ziele. Dazu stimmen sich die Beraterinnen mit den Ärztinnen ab und überprüfen gemeinsam mit den Patient*innen anhand objektiver Kriterien als auch subjektiver Einschätzungen, inwieweit die im Hilfeplan festgelegten Ziele erreicht wurden. Dabei geht es auch um die Frage, inwieweit die Patient*innen die notwendigen Fähigkeiten und Ressourcen aufgebaut haben, um zukünftige Herausforderungen eigenständig zu bewältigen. Gegebenenfalls werden Nachsorgepläne erstellt oder Ansprechpartner*innen für einen möglichen zukünftigen Unterstützungsbedarf benannt. Kommen die Beraterinnen und die Patient*innen überein, dass die angestrebten Ziele erreicht wurden oder

keine weitere Unterstützung notwendig ist, werden die Beraterinnen von den Patient*innen entpflichtet.

„Irgendwann ist es aber auch einfach dann gut und vorbei. [...] Wenn es zum Beispiel ganz klar von Anfang an es darum geht bei der Suche [...] nach einem Psychotherapieplatz [zu unterstützen] und dann haben wir den gefunden und die Person ist sich sicher, dass sie da bleiben will [...], dann habe ich meine Aufgabe erledigt und die Person entpflichtet mich dann auch.“ [IV-01-24: Z. 311-315]

Die Entpflichtung umfasst auch die Dokumentation der Evaluationsergebnisse und die Schließung der internen Fallakte.

4.2 Sichtweisen auf die multiprofessionelle Zusammenarbeit

Neben Informationen zum strukturellen Aufbau des IGZ Lichtenberg wurden in den Interviews mit den Ärztinnen und Beraterinnen auch Fragen zur multiprofessionellen Zusammenarbeit, den daraus resultierenden Ergebnissen und den sich daraus ergebenden Herausforderungen thematisiert. Diese Sichtweisen werden im Folgenden getrennt nach den Professionen nachgezeichnet.

4.2.1 Perspektive der Ärztinnen und Medizinischen Fachangestellten

Aus Sicht der Ärztinnen und der interviewten Medizinischen Fachangestellten wird die multiprofessionelle Zusammenarbeit mit Beraterinnen als sehr positiv und vertrauensvoll beschrieben.

„Note eins für die Zusammenarbeit. Das läuft gut, oder nicht es läuft gut, es läuft sehr gut. Und tatsächlich, die Steine, die vielleicht mal irgendwie da waren, weil es vielleicht ein Kommunikationsproblem gab, werden aus dem Weg geräumt.“ [IV-05-24: Z. 333-336]

Die Qualität der Arbeit der Beraterinnen spiegelt sich auch in Rückmeldungen wieder, die die Ärztinnen und die Medizinischen Fachangestellte von Patient*innen bekommen.

„[Die] Patienten spiegeln [...] eigentlich einen sehr, sehr guten Kontakt zum IGZ wieder. [...] Man sieht die Patienten ja regelmäßig, weil die meisten ja chronisch krank sind und sich dadurch mindestens ein, zweimal im Quartal vorstellen. [...] Dann kommen natürlich auch diese Rückkopplungen: ‚Es hat gut geklappt‘, ‚mir geht es besser‘ oder ‚das und das habe ich gemacht‘. Man merkt einfach, dass alleine schon ein Ansprechpartner einfach schon ganz, ganz viel wert ist, was wir ja gar nicht so leisten können, wenn das Wartezimmer voll ist.“ [IV-08-24: Z. 198-206]

Die Kooperation ermöglicht eine umfassendere und effizientere Betreuung von Patient*innen mit komplexen Problemlagen. Besonders hervorgehoben wird für solche Fälle die fallkoordinierende Funktion der Beraterinnen.

„Dass die Patienten wirklich jemanden haben als einen Ansprechpartner. Der ihnen wirklich zur Seite steht und erstmal [...] klärt, was steht ihr überhaupt zu? Wo kannst du überhaupt ansetzen? Was kann überhaupt beantragt werden mit dem, was schon da ist? [...] Wenn das IGZ zu den Patienten nach Hause geht oder auch die Patientin hier hat, haben die ganz anders Zeit, als wenn ich hier draußen noch zehn Leute sitzen habe.“ [IV-08-24: Z. 146-270]

Im Hinblick auf die Fachlichkeit und die Arbeitsweise der Beraterinnen hebt eine Ärztin hervor, dass die Beraterinnen

„[...] wirklich total gut aufgestellt [sind], wirklich informiert. [...] Die sind total lösungsorientiert und arbeiten auch schnell. Sie nehmen sich aber auch die nötige Zeit für den Patienten, wenn der Bedarf da ist. Also es ist wirklich so, wie ich das jetzt im letzten dreiviertel Jahr beurteilen kann, machen die eine super Arbeit.“ [IV-05-24: Z. 169-173]

Ein wesentlicher Mehrwert für die Ärztinnen besteht in der Möglichkeit, Aufgaben und Aufträge über die Praxissoftware direkt an die Beraterinnen zu delegieren.

„Wir geben [...] den Mitarbeitern eine Aufgabenstellung, die dann zum Beispiel heißt, ‚Schwerbehindertenantrag stellen‘, ‚psychologische Betreuung wird benötigt‘ oder ‚Hilfestellung mit der Agentur für Arbeit‘. Also diese ganzen Sachen. [...] Wir stellen jetzt sozusagen explizit [...] diese Aufgabe. Und darum kümmern sich [...] die Mitarbeiter vom IGZ.“ [IV-05-24: Z. 134-140]

So können komplizierte Patientenangelegenheiten an die Beraterinnen ausgelagert werden, was den Ärztinnen und der Praxis mehr Zeit für ihre Kernaufgaben verschafft. Damit können die Ärztinnen und die Praxis verlässlich von zeitintensiven und nicht rein medizinischen Tätigkeiten entlastet werden.

„Also im Endeffekt geht es [...] darum, dass in dem Moment, wo ich es weggeben kann, ein Antrag gestellt wird. Ich weiß [...], weil eine absolute Verlässlichkeit beim IGZ ist, dass es gemacht wird.“ [IV-05-24: Z. 452-455]

Damit kommt nach Ansicht der Ärztinnen die Möglichkeit der Unterstützung durch die Berater*innen den Patient*innen sehr zugute und kann deren Genesung beschleunigen.

„In erster Linie profitiert der Patient und die Genesung geht schneller. [...] Wenn irgendwelche Maßnahmen notwendig werden, wie [eine] Reha, [...] dann geht alles einfach zügiger.“ [IV-06-24: Z. 650-653]

Mit der Unterstützung und Begleitung der Beraterinnen ergeben sich für die Ärztinnen auch andere Einblicke in die Form und Ausprägung der Mitwirkung der Patient*innen bei den angesetzten Therapien.

„Wenn ein Patient zum Beispiel sein Rezept für ein Medikament nie einlöst, dann habe ich gar nichts davon, dass ich ihm das in die Hand gedrückt habe. [...] Diese Rückmeldung [...] gibt es ja gar nicht. Mit dem IGZ [...] kriege [ich] es [...] eigentlich, muss man sagen.“ [IV-07-24: Z. 6-11]

Dazu trägt auch die Dokumentation durch die Beraterinnen in der Patientenakte der Praxissoftware bei.

„Wir kommunizieren sehr viel über diese Software. [...] Dadurch geht [...] die Therapie dann auch sehr verzahnt und schnell voran.“ [IV-06-24: Z. 292-296]

Über die Dokumentation in der Praxissoftware lassen sich durch die Ärztinnen auch Kommunikationsprozesse steuern und es können fallspezifische Rückmeldungen an die Beraterinnen gegeben werden.

„Die Kollegin, die das jetzt betrifft, die [...] habe ich jetzt auch über diese Software [...] darüber informiert, dass sie sich bitte bezüglich der Patientin, wenn sie das nächste Mal da ist, noch mal an mich wenden soll, dass wir darüber noch mal sprechen können.“ [IV-06-24: Z. 380-384]

Die Beraterinnen bauen nach Ansicht der Ärztinnen oft eine tiefere Vertrauensbasis zu den Patient*innen auf, was ihnen einen anderen Zugang zu deren Problemlagen und Problemlösungskapazitäten ermöglicht.

„Teilweise kommen natürlich noch mal andere Punkte zum Vorschein, die wir gar nicht bei den Patienten eruieren können, weil das IGZ einfach einen ganz anderen Zugang zum Patienten hat, als wir als Ärzte. Häufig sind ja Patienten auch gerade in einer Anfangsphase vielleicht gehemmt, etwas zu erzählen.“ [IV-05-24: Z. 140-144]

Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Arbeitsweisen bringt eine Ärztin ihren Wunsch nach gut strukturierten und abgestimmten Abläufen zum Ausdruck und kann sich vorstellen, dass man

„[...] irgendwie [...] für jedes Setting, egal ob das jetzt ein Palliativ-Setting oder eine Patientenverfügung oder was auch immer [ist], da müsste man für jedes Setting eigentlich theoretisch ausarbeiten, wie da vorzugehen ist.“ [IV-06-24: Z. 451-454]

Gleichzeitig schätzen die Ärztinnen den „anderen Blick“ der Beraterinnen auf die Patient*innen. Die erweiterte Perspektive ergänzt die medizinische Sichtweise der Ärztinnen und führt zu einem umfassenderen Verständnis der Patientensituation. Die Rückmeldungen der Beraterinnen können sich dann wiederum auf die Beratung und Behandlung durch die Ärztinnen auswirken.

„Ich gehe natürlich auf den Patienten anders ein, wenn ich jetzt die Information da rausnehme aus unserem Praxissystem.“ [IV-05-24: Z. 498-500]

„Wenn ich dann halt lese [Anm.: in der Dokumentation durch die Beraterin], dann ist es schon so, dass ich dann die Patienten vielleicht noch mal auf eine andere Art und Weise befrage, einfach vielleicht auch dadurch noch mal eine andere Erkenntnis bekomme.“ [IV-05-24: Z. 526-529]

Der Bedarf zur Vermittlung an die Beraterinnen des IGZ Lichtenberg wird durch die Ärztinnen als sehr hoch eingeschätzt.

„Man könnte wahrscheinlich noch mehr [...] ans IGZ vermitteln, aber die Kapazitäten sind ja gar nicht da. Also die vier Mitarbeiter haben ja genug zu tun. [...] Wir hatten ja auch schon mal zwischendurch einen Aufnahmestopp gehabt, so dass wir gar nicht mehr hinschicken [...] konnten. [...] Weil einfach die Kapazitäten gerade ausgeschöpft waren.“ [IV-05-24: Z. 233-238]

Dementsprechend bedauern die Ärztinnen und die Medizinische Fachangestellte in Bezug auf das IGZ Lichtenberg die problematische Finanzierungssituation, die von jährlich neu zu stellenden

Projektanträgen abhängig ist. Dadurch sehen sie die Kontinuität des Beratungsangebotes für die Patient*innen und die Gemeinschaftspraxis auch immer wieder in Frage gestellt.

„Ich würde mir sehr wünschen, dass [dem] Projekt IGZ [...] langfristig Fördermittel zur Verfügung gestellt [werden] und nicht nur jährlich. Damit man [...] weiter mit dem IGZ planen kann. Als Ärzte, wie auch als Praxis. Für die Patienten, die vielleicht mal längerfristiger betreut werden oder auch intervallmäßig. Häufig ist [ein Fall] ja abgeschlossen und dann kommt [später] vielleicht noch mal ein neuer Bedarf dazu. [...] Wenn man dann [...] so einen Ansprechpartner [hätte], dann wäre das [...] ganz positiv. Für allgemeinmedizinische und pädiatrische Praxen ist es einfach sehr sinnvoll, das zu haben.“ [IV-05-24: Z. 2553-567]

4.2.2 Perspektive der Beraterinnen

Die Beraterinnen sehen die multiprofessionelle Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und den Medizinischen Fachangestellten als einen kontinuierlichen, sich ständig weiterentwickelnden Prozess.

„Da sind wir wirklich gut dabei, uns immer mehr miteinander zu finden. Auch dieses multiprofessionelle Zusammenarbeiten. Da sind wir total dran. Das ist noch nicht zu Ende gedacht, gar keine Frage. Aber ich glaube, da sind wir alle sehr wertschätzend. Wir sind da mit sehr viel Elan und Energie dabei und Lust, weil wir das alle so gut finden. [...] Das Gefühl ist gerade, [dass wir uns] in einem Prozess [befinden] und der wird auch noch lange nicht abgeschlossen sein. [Das] ist auch gut so, weil immer wieder neue Impulse mit reingegeben werden.“ [IV-04-24: Z. 986-993]

Von Seiten der Ärztinnen nehmen die Beraterinnen ein positives Feedback zu ihrer Tätigkeit wahr.

„Das sagen die Ärztinnen immer wieder im Allgemeinen, dass die merken, die Menschen kommen gut bei uns an und sind total zufrieden und glücklich damit, dass sie mit uns arbeiten können.“ [IV-03-24: Z. 299-302]

Inhaltlich sehen die Beraterinnen ihre Beratungstätigkeit als fachlich übergreifend und damit sehr umfangreich an.

Wir [haben] eben nicht das ganz spezifische Beratungsthema, sondern [müssen] sehr breit gefächert schauen [...], wo kann ich beraten [oder] wo einfach wirklich rein aktiv Informationen geben.“ [IV-04-24: Z. 71-74]

Häufig geht es in den Einzelfällen dann um die Unterstützung bei der Antragstellung und darum, erste Schritte für eine Verbesserung der Versorgungssituation in die Wege zu leiten bzw. diese zu stabilisieren.

„Manchmal bleibt es dann nur bei einem ganz einfachen Pflegegradantrag.“ [IV-04-24: Z. 294-295]

„Da einfach wirklich zu sagen: ‚Ja, da bleibt man dran, man berät, man begleitet, man hilft diese ätzenden Papieranträge zu machen‘. Die [Anträge] sind oft gar nicht so lang, aber in dem Moment scheint es [für die Patienten] das Schlimmste der Welt zu sein. Was ich total nachvollziehen kann. Weil das so viele kleine Schritte sind, die zu tun sind. Weil man [das]

nicht versteht. Ich muss erst den Antrag machen, dann passiert dies, dann passiert das. Das kann ja sehr übermächtig sein.“ [IV-04-24: Z. 444-450]

Dabei sehen die Beraterinnen nicht nur die praktischen Aspekte der Unterstützung durch ihre Tätigkeit, sondern auch die emotionalen und motivierenden Anteile, wenn Patient*innen in komplexen Lebenslagen über wenige eigene Ressourcen verfügen, um ihre Probleme selbständig zu lösen.

„Wir [können] so eine Brücke schlagen. Also so ein Flyer, den eine Ärztin einem Patienten in die Hand drückt, ist gut gemeint. Vielleicht denken sich die Menschen auch im ersten Moment: ‚Och ja, dann nehme ich das mal in Angriff‘. Aber je nachdem, wie die Lebenssituation gerade ist, schaffen sie diesen Schritt dann doch nicht. Und dann sind wir da und können dranbleiben. Manchmal ist es dann nur so ein bisschen hinterherlaufen, sie ein bisschen triezen: ‚Na, haben Sie mal angerufen?‘, [...] ‚Was hat Sie bisher daran gehindert?‘, ‚Können wir noch irgendwas machen, dass Sie das schaffen?‘ oder ‚Soll ich Sie mal zu einem ersten Termin begleiten?‘. Einige von unseren Klientinnen, die haben halt auch entweder gefühlt oder auch tatsächlich im sozialen Umfeld keine Ressourcen, auf die sie zurückgreifen [...] und mal fragen [können]: „Würdest du mich [...] begleiten? Ich bin zu nervös da hinzugehen.“ [IV-04-24: Z. 221-235]

Als eine wichtige Aufgabe sehen es die Beraterinnen an, den Patient*innen im Hinblick auf deren Gesundheit und Lebensqualität durch die Beratungsgespräche psychische Entlastung zu verschaffen bzw. negativen Stress zu verringern.

„Wenn jemand so schwer erkrankt ist, dann wird es ihm höchstwahrscheinlich nicht besser gehen. Dann kann man nur eben auf dieser seelischen Ebene ein kleines bisschen Entlastung schaffen.“ [IV-01-24: Z. 683-686]

Über den größeren Zeitanteil, den sich die Beraterinnen im Gegensatz zu den Ärztinnen für Gespräche mit Patient*innen nehmen können, eröffnen sich für sie auch immer wieder neue Perspektiven auf die Lebenslage und den Gesundheitszustand der Patient*innen.

„Klar bekommen die Ärztinnen [...] nur einen Abriss mit, auch wenn sie schon sehr aufmerksam sind, finde ich. Aber wenn man sich dann zum Beispiel [...] für unser Erstgespräch irgendwie eine Stunde Zeit nimmt, dann kommen oftmals auch noch andere Sachen dazu, die die Ärzte noch gar nicht raushören konnten.“ [IV-03-24: Z. 473-477]

Den Erfolg und die Qualität ihrer Arbeit sehen die Beraterinnen in verschiedenen Aspekten. Eine wichtige Rolle spielt dabei der niedrigschwellige Zugang zum Beratungsangebot für Patient*innen, die es von sich aus nicht in eine Beratungsstelle schaffen würden.

Also ich finde es wirklich exorbitant besonders, dass wir auf die Leute zugehen. Wenn jemand [...] so im Krankheitsburnout ist: Einfach nicht mehr [kann]. [...] Nicht noch eine Arztpraxis oder noch einen Dienst anrufen [kann]. Nicht noch wieder in der Warteschleife zu hängen. [...] Ich bin mir sehr sicher, dass viele von diesen Menschen, wenn sie unsere Karte kriegen würden, sich nicht melden würden. Das [ist] das Besondere [...], dass wir auf die Leute zugehen, [...] wir den Kontakt herstellen und dann gucken, wie wir helfen können. [...] Wir

haben ja viele, die einfach ihre Wohnung nicht mehr verlassen können. [...] Die kommen nie in einer Beratungsstelle an.“ [IV-01-24: Z. 199-225]

Von der multiperspektivischen Zusammenarbeit profitieren ihrer Ansicht nach besonders die im Case- und Care-Management betreuten Patient*innen. Ein wesentlicher Erfolgsfaktor bemisst sich deshalb zunächst darin, den Kontakt zu den Patient*innen aufzubauen und ihr Vertrauen zu gewinnen. Dies bildet die Grundlage für die weitere Beratung und Unterstützung.

„Wenn ich merke, sie sind im Kontakt, sie nehmen unsere Vereinbarungen, also unsere Treffen, auch ernst und regelmäßig wahr. [...] Wenn ihnen das wichtig ist, das ist für mich ein Erfolg.“ [IV-01-24: Z. 687-690]

Die Wirksamkeit ihrer Tätigkeit zeigt sich für die Beraterinnen auch in Veränderungen im Auftreten, der Körpersprache oder auch in den Haltungen der Patient*innen.

„Wenn die Menschen in irgendeiner Weise an Klarheit gewinnen für sich selber. Wenn sie es schaffen, klare Aussagen zu treffen oder Entscheidungen zu treffen. Oder wenn ich selber bemerke: ‚Hey, mittlerweile kommt die Person schon ganz anders zu den Gesprächen.‘ Also mit einer anderen Körperhaltung, mit einem anderen Gesichtsausdruck oder [sie] erzählt auch schon ganz anders. Manchmal benennen die Menschen ja auch tatsächlich: ‚Mir geht es gerade richtig gut oder viel, viel besser. Das hat echt was gebracht‘. Manchmal sagen sie es einfach ungefragt. Manche sagen es aus Dankbarkeit und manche wirklich einfach, um mitzuteilen, dass es gerade wieder richtig gut geht.“ [IV-03-24: Z. 944-957]

Der wohl wichtigste Erfolgsindikator stellt die Entpflichtung durch die Patient*innen für die Beraterinnen dar. Mit den Entpflichtungen wird normalerweise deutlich, dass die Beraterinnen ihren Auftrag erfüllen konnten und die Patient*innen wieder in der Lage sind, ihre Lebenssituation eigenständig zu bewältigen.

„Wenn man entpflichten kann und irgendwie das Gefühl hat: ‚Hey, der Mensch ist jetzt gerade irgendwie ganz gut aufgestellt‘. Der hat jetzt zum Beispiel seinen Pflegedienst, mit dem er wirklich zufrieden ist und der zuverlässig ist. [...] Wenn sie uns entpflichten, können wir [...] ein gutes Gefühl haben.“ [IV-03-24: Z. 966-974]

Zudem wird es als Erfolg gewertet, wenn die Beratungen im Case- und Care-Management zur Entlastung der Arztpraxis führen.

„Eine Sache, die ja dabei auch rauskommt [ist], dass man die Arztpraxis tatsächlich entlastet. Weil wenn wir mit den Menschen arbeiten, die vermutlich irgendwie perspektivisch weniger in die Praxis kommen müssen oder weil sich schneller oder nachhaltigere Behandlungserfolge einstellen.“ [IV-03-24: Z. 201-205]

Neben den positiven Ergebnissen beschreiben die Beraterinnen aber auch verschiedene Herausforderungen, mit denen sie in der multiprofessionellen Zusammenarbeit konfrontiert sind. Eine zentrale Herausforderung betrifft das eigene professionelle Rollenverständnis im Umgang mit den Ärztinnen.

„Das ist halt natürlich auch sehr, sehr unterschiedlich. Da müssen wir uns gerade kennenlernen und auch verstehen, was sind die Schwerpunkte auch der Ärztinnen. Wo kommen die eigentlich her, [...] mit ihrem Background und was haben die da für eine Haltung?“ [IV-04-24: Z. 154-166]

Insofern hilft die enge Kommunikation zwischen Ärztinnen und Beraterinnen dabei, das gegenseitige Professionsverständnis zu entwickeln.

„Ich wollte wissen, wie sie dazu steht. Nicht, dass sie am Ende verärgert ist, nur weil sie mich mit reingeholt hat [und] ich da viel rumwirbel. [...] Und dann haben wir darüber geredet. [...] Ich habe ihre Haltung dazu gehört und dann dachte ich so: ‚Ach, alles klar. Sie sieht das ganz entspannt‘.“[IV-04-24: Z. 146-151]

In der interprofessionellen Kommunikation sehen sich die Beraterinnen selber als gleichberechtigte Partnerinnen in einem Prozess, in dem die Gesundheit und Lebenszufriedenheit der Patient*innen im Mittelpunkt steht. Die Verwirklichung dieser Gleichwertigkeit setzt in den streng hierarchischen Strukturen des Gesundheitswesens allerdings ein hohes Maß an Bereitschaft und gegenseitiges Vertrauen zwischen den Professionen voraus. Bei der Zusammenarbeit im Rahmen des IGZ Lichtenberg sehen sich die Beraterinnen in dieser Hinsicht auf einem guten Weg. Eine wichtige Rolle spielt dabei auch die gemeinsame Dokumentation in der elektronischen Patientenakte.

„Der Austausch [...] mit der E-Akte [...] hat sich jetzt über die Monate kontinuierlich weiterentwickelt. Dass wir jetzt sogar Zugang zur elektronischen Akte von zu Hause aus haben, das finde ich Wahnsinn. [Dass] die Ärztinnen uns auch diesen Vertrauensvorschuss irgendwie mitgeben. Das finde ich nicht selbstverständlich. [...] Ich kann auch andere Arztpraxen verstehen, die sagen das möchten wir nicht. [...] Da sieht man, wie sehr von den Ärztinnen das gewünscht ist, dieses ganzheitliche [Arbeiten]. [...] Da entwickelt sich immer mehr und mehr und mehr und das macht total Spaß.“ [IV-04-24: Z. 1002-1009]

5 Ergebnisse zu Patient*innen und Beratungsaufwand

Nicht alle von den Ärztinnen weitervermittelten Patient*innen werden in das Case- und Care-Management übernommen. Teilweise reicht es auch aus Patient*innen im Rahmen eines kürzeren Informationsgesprächs zu bestehenden Angeboten der Gesundheitsförderung, der Teilhabe oder zu Unterstützungs- oder anderen Beratungsangeboten zu informieren. Für die Aufnahme in das Case- und Care-Management müssen ein deutlich erkennbarer Bedarf und eine entsprechende Bereitschaft der Patient*innen bestehen. Der folgende Abschnitt gibt die quantitativen Ergebnisse der Evaluation im Hinblick auf die im Case- und Care-Management betreuten Patient*innen und zum damit verbundenen Beratungsaufwand im Zeitraum vom 1. Juli 2023 bis zum 31. Juli 2024 wieder.

5.1 Patient*innen im Case- und Care-Management des IGZ Lichtenberg

5.1.1 Verteilung von Neuaufnahmen und Entpflichtungen

Das IGZ Lichtenberg hat im untersuchten Zeitraum insgesamt 83 Patient*innen im Fallmanagement betreut. Zum Ende des Untersuchungszeitraums am 31. Juli 2024 waren 60 Patient*innen in der aktiven Betreuung.

Im Anschluss an die Eröffnung der Gemeinschaftspraxis und mit dem Start des IGZ wurden im Juli 2023 die ersten drei Patient*innen in das Case- und Care-Management aufgenommen (vgl. Abb. 6). In den Folgemonaten blieb die Anzahl der Aufnahmen auf einem ähnlichen Niveau. Im August 2023 waren es vier Patient*innen, im September zwei und im Oktober fünf. Gegen Ende des Jahres 2023 ging im November als auch im Dezember die Anzahl der Aufnahmen auf jeweils eine Patient*in zurück. Ab Januar 2024 zeigte sich dann eine deutliche Zunahme mit sieben in das Case- und Care-Management aufgenommenen Patient*innen. Im untersuchten Zeitraum erreichte der Anstieg bei den Neuaufnahmen im Februar 2024 mit 13 und im März 2024 mit 16 Patient*innen seinen Höhepunkt. In den Folgemonaten April bis Juni 2024 pendelte sich die monatliche Aufnahmezahl auf einem etwas niedrigeren Niveau bei acht bis neun Vermittlungen pro Monat ein. Im Juli 2024, dem letzten Monat des Untersuchungszeitraums, war erneut ein Rückgang auf drei Patient*innen bei den Aufnahmen in das Case- und Care-Management zu verzeichnen. Beeinflusst war die Anzahl der aufgenommenen Patient*innen auch von der ansteigenden Auslastung der Beraterinnen. Wenn die Anzahl der akut zu bearbeitenden Fälle bei den Beraterinnen deren zeitliche Kapazitäten überstieg, meldeten sie diese Überlastung den Ärztinnen. Verabredet ist für diese Situationen, dass die Ärztinnen dann für zunächst 14 Tage keine weiteren Fälle an die Beraterinnen vermitteln und zunächst abgewartet wird, ob sich die Arbeitssituation wieder entspannt.

Neben der Aufnahme von Patient*innen in das Case- und Care-Management des IGZ Lichtenberg spielt auch die Anzahl der Entpflichtungen eine Rolle. Also die Fälle, in denen die Patient*innen die Beraterinnen des IGZ Lichtenberg aus den Betreuungsaufgaben entlassen. Dazu kam es im Untersuchungszeitraum in 23 Fällen. Die erste Entpflichtung erfolgte im Dezember 2023. In den Folgemonaten folgten dann zunächst keine weiteren Entpflichtungen. Das änderte sich im April 2024 mit sechs abgeschlossenen Fällen, gefolgt von vier im Mai 2024. Im Juni 2024 gab es mit neun Entpflichtungen die größte Anzahl innerhalb eines Monats. Im Juli 2024 konnten drei weitere Fälle abgeschlossen werden.

Gründe für die Entpflichtungen waren überwiegend die Stabilisierung komplexer pflegerischer Versorgungssituationen (in 11 Fällen), die abgeschlossene psychologische Begleitung bei einer verbesserten gesundheitlichen Lage der Patient*innen (in drei Fällen) die erfolgreiche Unterstützung bei und Überbrückung der Zeit während der Suche nach einem Psychotherapieplatz bzw. nach einem Psychiater (in zwei Fällen), die Unterstützung und Begleitung bei Reha-Anträgen (in zwei Fällen), die Verbesserung der sozialen Teilhabe von Patient*innen (in drei Fällen) und die Verbesserung der Hilfsmittelausstattung und Wohnsituation (in zwei Fällen). In einem Fall kam es zum Abbruch des Case- und Care-Managements, da die Schweigepflichtentbindung zurückgenommen wurde.

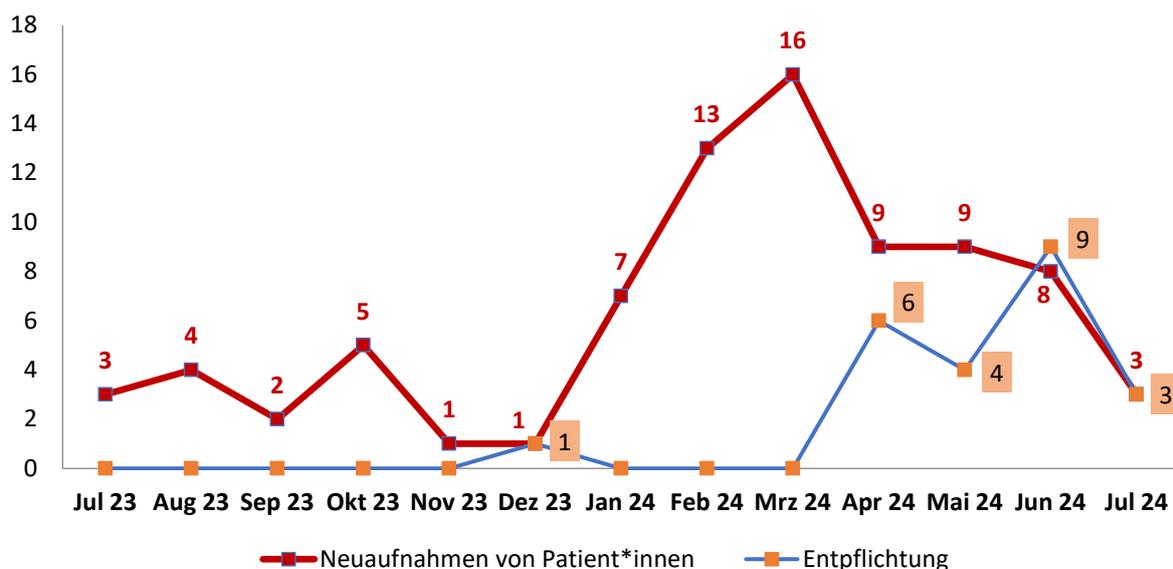


Abbildung 6: Anzahl der Aufnahme von Patient*innen im Case- und Care-Management des IGZ Lichtenberg und Anzahl der Entpflichtungen der Beraterinnen nach Monaten im Zeitraum vom 1.7.2023 bis 31.7.2024 (n=83).

5.1.2 Alters- und Geschlechterverteilung

Bei der Geschlechterverteilung der betreuten Patient*innen zeigt sich eine deutliche größere Anzahl an Frauen. Von den 83 Patient*innen waren 50 weiblich und 28 männlich. Bei 5 Patient*innen gab es in den ausgewerteten Dokumenten keine Geschlechtsangabe. Die unterschiedliche Geschlechterverteilung kann verschiedene Ursachen haben. Möglicherweise deutet sie auf eine höhere Offenheit und Bereitschaft der weiblichen Patient*innen hin, Unterstützung in gesundheitlich schwierigen Lebenslagen in Anspruch zu nehmen.

Auffällig ist auch die Altersverteilung der im Case- und Care-Management betreuten Patient*innen. Die Altersgruppe der 76- bis 85-Jährigen ist am stärksten vertreten, gefolgt von der Gruppe der 56- bis 65-Jährigen (vgl. Abb. 7). Dies lässt vermuten, dass das Case- und Care-Management des IGZ Lichtenberg insbesondere älteren Menschen von den Ärztinnen empfohlen bzw. von älteren Patient*innen bevorzugt in Anspruch genommen wird, was mit dem erhöhten Gesundheits- und Unterstützungsbedarf im höheren Alter korrespondiert.

Interessanterweise sind die Altersgruppen der 66- bis 75-Jährigen sowie der über 85-Jährigen im untersuchten Zeitraum weniger stark im Case- und Care-Management des IGZ Lichtenberg vertreten. Dies könnte auf unterschiedliche Faktoren zurückzuführen sein, wie etwa eine bessere Gesundheit

der "jüngeren Alten" oder möglicherweise eine geringere Erreichbarkeit der Hochbetagten durch das Beratungsangebot.

Bei der Betrachtung der Altersverteilung fällt der deutlich höhere Anteil von Frauen in der mittleren Altersgruppe von 36 bis 45 Jahren auf, sowohl im Vergleich zu den anderen Altersgruppen als auch im Vergleich zu den gleichaltrigen Männern. Dies kann auf spezifische Gesundheitsprobleme hinweisen, die möglicherweise mit den erhöhten sozialen Herausforderungen für Frauen in dieser Lebensphase zusammenhängen, wie z.B. der Vereinbarkeit von familiären und beruflichen Belastungen.

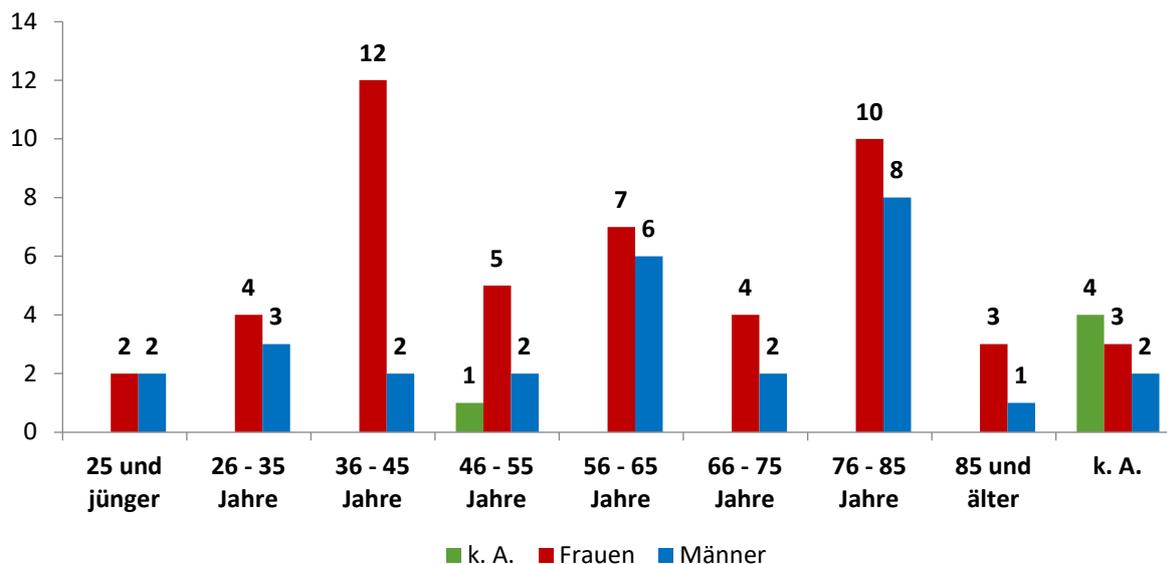


Abbildung 7: Alters- und Geschlechterverteilung der Patient*innen im Case- und Care-Management des IGZ Lichtenberg im Zeitraum vom 1.7.2023 bis 31.7.2024 (n=83).

5.1.3 Verteilung nach Wohnort

Die Analyse der Wohnorte der durch das IGZ Lichtenberg im untersuchten Zeitraum im Case- und Care-Management begleiteten Patient*innen zeigt eine geographische Verteilung innerhalb und außerhalb des Bezirks Lichtenberg (vgl. Karte 8). Für diese Analyse lagen von 71 der 83 Patient*innen die Wohnanschriften vor.

Ein großer Teil der Patient*innen, nämlich 34, hat seinen Wohnsitz im direkten Umfeld der Praxis im Prognoseraum Hohenschönhausen Süd⁵. Dieser Lichtenberger Bezirksteil wird im Berliner Monitoring Soziale Stadtentwicklung⁶ mit einem durchschnittlichen Status und einer weitgehend stabilen Dynamik hinsichtlich der sozialen Ungleichheit bewertet. Insofern stammt etwas mehr als ein Drittel

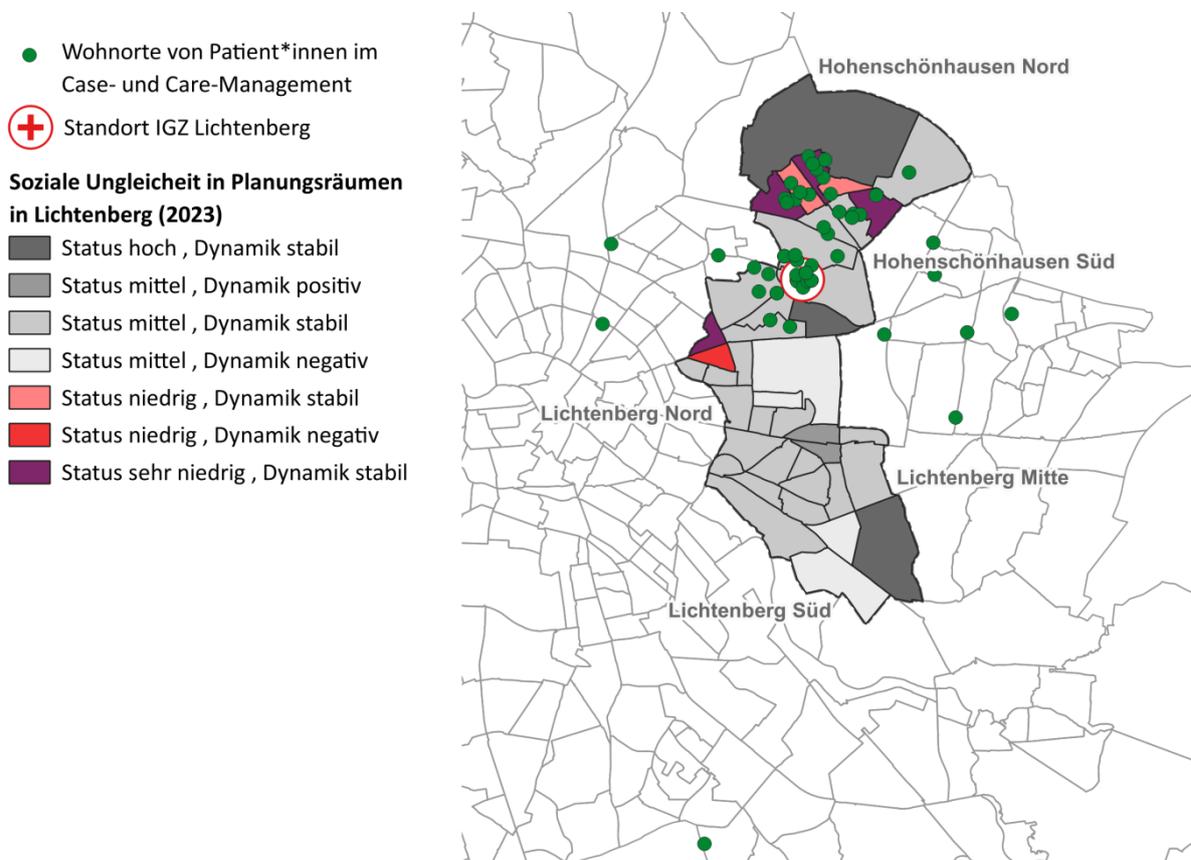
⁵ Seit 2006 ist im Land Berlin unterhalb der bezirklichen Ebene für die kleinräumliche Planung, Prognose und Beobachtung demografischer und sozialer Entwicklungen mit den lebensweltlich orientierten Räumen (LOR) eine zusätzliche räumliche Unterteilung vorgenommen worden. Weiter differenziert werden danach Prognosereäume, Bezirksregionen und Planungsräume. Vgl.: <https://www.berlin.de/sen/sbw/stadtdaten/stadtwissen/sozialraum-orientierte-planungsgrundlagen/lebensweltlich-orientierte-raeume/>

⁶ Durch die Berliner Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen wird in einem zweijährigen Turnus ein kleinräumliches Sozial-Monitoring herausgegeben. Dieses Monitoring Soziale Stadtentwicklung Berlin (MSS) bewertet die soziostrukturelle Entwicklung in den Quartieren entlang der Indikatoren Arbeitslosigkeit, Transferbezug und Kinderarmut. Vgl.: <https://www.berlin.de/sen/sbw/stadtdaten/stadtwissen/monitoring-soziale-stadtentwicklung/>

der Patient*innen im Case- und Care-Management aus einem sozioökonomisch durchschnittlichen Umfeld.

Nördlich vom Standort des IGZ Lichtenberg wohnen 26 Patient*innen im Case- und Care-Management im Prognoseraum Hohenschönhausen Nord. 11 dieser Patienten wohnen in den Planungsräumen Falkenberg Ost, Wartenberg Süd, Wartenberg Nord und Zingster Str. West, denen im Monitoring Soziale Stadtentwicklung ein niedriger oder sehr niedriger Status hinsichtlich sozialer Ungleichheit zugewiesen wird. Es ist von größeren gesundheitlichen Herausforderungen für Menschen aus solchen sozioökonomisch schwächeren Gebieten auszugehen.

Aus den Lichtenberger Prognoserräumen Lichtenberg Nord, Mitte und Süd gibt es keine Patient*innen im Case- und Care-Management. Außerhalb des Bezirks Lichtenberg haben im untersuchten Zeitraum 11 durch das IGZ Lichtenberg begleitete Patient*innen ihren Wohnsitz.



Karte 1: Verteilung von Patient*innen im Case- und Care-Management nach Wohnorten innerhalb und außerhalb von Lichtenberg im Zeitraum vom 1.7.2023 bis 31.7.2024 ((n=71). Datenquelle: Eigene Darstellung mit Daten zum Gesamtindex des Monitoring Soziale Stadtentwicklung (MSS), tabelle_1 sdi_mss2023 (Stand 31.12.2022).

5.1.4 Verteilung nach behandelnder Ärztin

Die Verteilung der Patient*innen im Case- und Care-Management auf die behandelnden Ärztinnen der Gemeinschaftspraxis ist unterschiedlich und zeigt für den untersuchten Zeitraum eine ungleiche Verteilung bei der Vermittlung an die Beraterinnen des IGZ Lichtenberg (vgl. Abb. 8). Von den insgesamt 83 Patient*innen wurden von einer Ärztin (Ärztin A) 54 Patient*innen und von der zweiten Ärztin (Ärztin B) 23 Patient*innen medizinisch betreut. 6 Patient*innen im Case- und Care-

Management des IGZ Lichtenberg sind bei Ärzt*innen außerhalb der Gemeinschaftspraxis in Behandlung und durch das dort angesiedelte Angebot der Arztpraxisinternen Sozialberatung an das IGZ Lichtenberg vermittelt worden.

Auch bei der Betrachtung der Altersverteilung zeigen sich Unterschiede zwischen den beiden Ärztinnen. Die von Ärztin A an die Beraterinnen vermittelten Patient*innen waren häufiger in den Altersgruppen 36-45 Jahre und 56-65 Jahre vertreten. Auffällig ist auch, dass alle weiblichen Patient*innen im Case- und Care-Management der Altersgruppe 36-45 Jahre ausschließlich bei Ärztin A in Behandlung waren. Im Gegensatz dazu vermittelte Ärztin B häufiger Patient*innen aus der Altersgruppe 76-85 Jahre an die Beraterinnen. Sie hatte aber gar keine Patient*innen im Case- und Care-Management des IGZ in der Altersgruppe 56 - 65 Jahre.

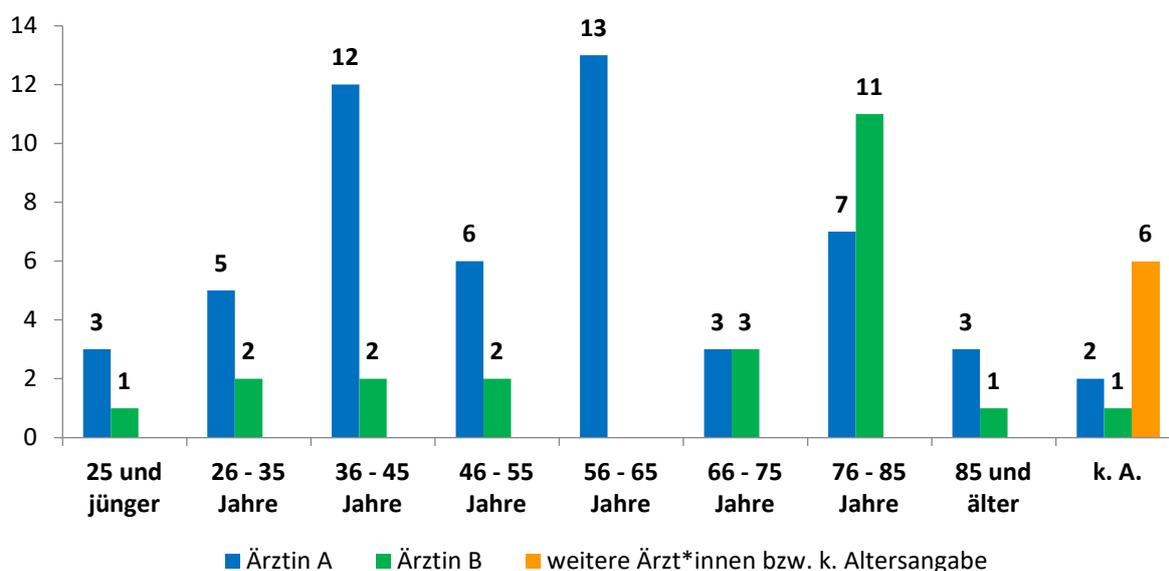


Abbildung 8: Verteilung von Patient*innen im Case- und Care-Management des IGZ Lichtenberg nach behandelnden Ärzt*innen und Altersgruppen im Zeitraum vom 1.7.2023 bis 31.7.2024 (n=83).

5.1.5 Verteilung nach Anzahl chronischer Erkrankungen

Von den 83 Patient*innen, die bis Ende Juli 2024 im Case- und Care-Management des IGZ Lichtenberg betreut wurden, wiesen 71 mindestens eine chronische Erkrankung auf (vgl. Abb. 9). Insofern war der Großteil der im IGZ Lichtenberg im Untersuchungszeitraum betreuten Patient*innen mit langfristigen gesundheitlichen Herausforderungen konfrontiert. 31 Patient*innen waren von mindestens zwei chronischen Erkrankungen betroffen und noch gravierender stellte sich die Situation bei 14 Patient*innen dar, die unter mindestens drei chronischen Erkrankungen litten.

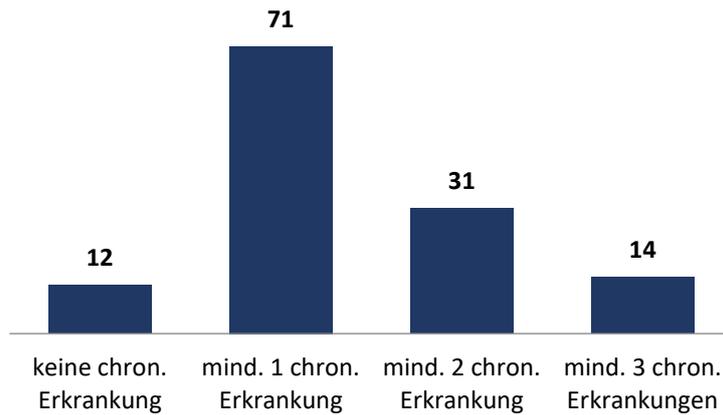


Abbildung 9: Anzahl von chronischen Erkrankungen bei den im Case- und Care-Management im Zeitraum vom 1.7.2023 bis 31.7.2024 betreuten Patient*innen (n=83; Mehrfachnennungen).

Das am häufigsten diagnostizierte chronische Krankheitsbild waren psychische Belastungen bzw. Erkrankungen (vgl. Abb. 10). Mit 42 Betroffenen machte diese Gruppe 50,6 % aller Patient*innen im Case- und Care-Management im untersuchten Zeitraum aus. Bei näherer Betrachtung zeigten sich auch geschlechtsspezifische Unterschiede in der Verteilung der psychischen Belastungen. Während 52,0 % der Frauen im Case Management von einer psychischen Belastung oder Erkrankung betroffen waren, lag dieser Anteil bei den Männern mit 42,9 % etwas niedriger.

Neben den psychischen Erkrankungen stellten Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit 30,1 % (25 Patient*innen) und Muskel-Skelett-Erkrankungen mit 28,9 % (24 Patient*innen) die zweithäufigsten chronischen Gesundheitsprobleme dar. Neurologische Erkrankungen, einschließlich Demenz, betrafen 13,3 % der Patient*innen im Case- und Care-Management des IGZ Lichtenberg (11 Patient*innen). Weitere chronische Erkrankungen, die in geringerer Häufigkeit auftraten, aber dennoch eine wichtige Rolle im Betreuungsspektrum spielten, waren Diabetes Typ II (6,0 %, 5 Patient*innen), Krebserkrankungen (4,8 %, 4 Patient*innen), Darmerkrankungen (3,6 %, 3 Patient*innen), Niereninsuffizienz und Adipositas (je 2,4 %, 2 Patient*innen) sowie bei einer Patient*in eine Schilddrüsenerkrankung (1,2 %).

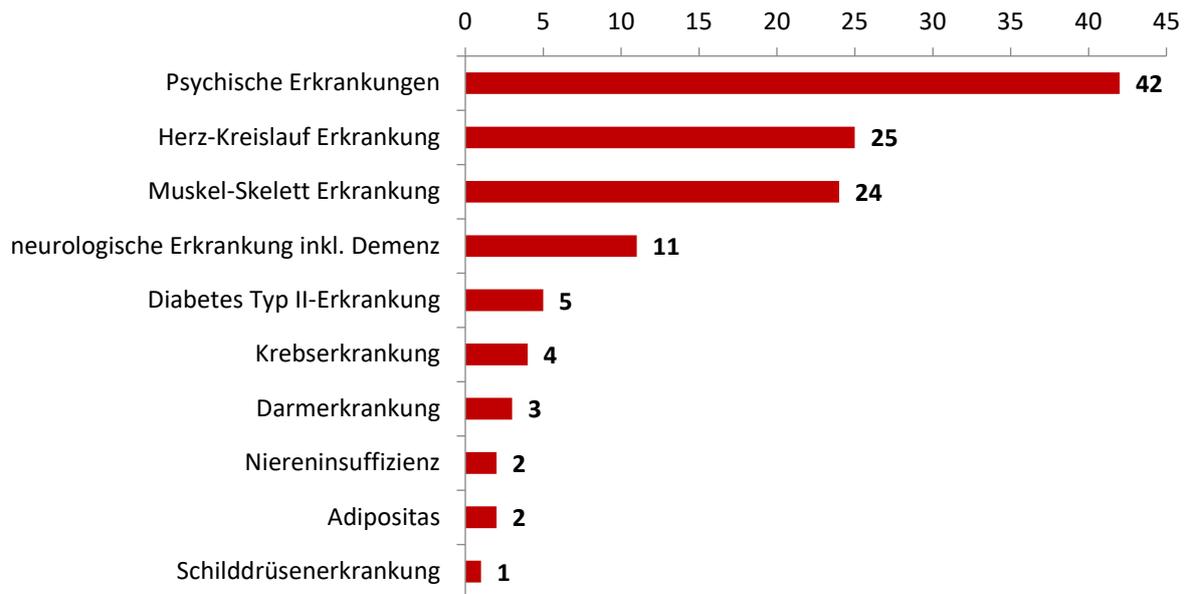


Abbildung 10: Anzahl von Patient*innen mit Diagnosen chronischer Erkrankungen im Case- und Care-Management des IGZ Lichtenberg im Zeitraum vom 1.7.2023 bis 31.7.2024 (n=83; Mehrfachnennungen).

Bei den psychisch belasteten bzw. erkrankten Patient*innen zeigte sich auch ein häufiges Auftreten von Komorbiditäten. Bei 10,0 % der psychisch belasteten Frauen trat zusätzlich eine Muskel-Skelett-Erkrankung auf, während 8,0 % eine Herz-Kreislauf-Erkrankung als Begleiterkrankung aufwiesen. Bei den Männern im Case- und Care-Management zeigt sich ein ähnliches Bild: 10,7 % litten neben der psychischen Erkrankung an einer Muskel-Skelett-Erkrankung und 7,1 % an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung.

Auffällig ist bei der Altersverteilung der im Case- und Care-Management betreuten Patient*innen mit psychischen Belastungen bzw. Erkrankungen, dass sich mit 78,6 % die höchste Prävalenz in der Altersgruppe der 36- bis 45-Jährigen findet (vgl. Abb. 11).

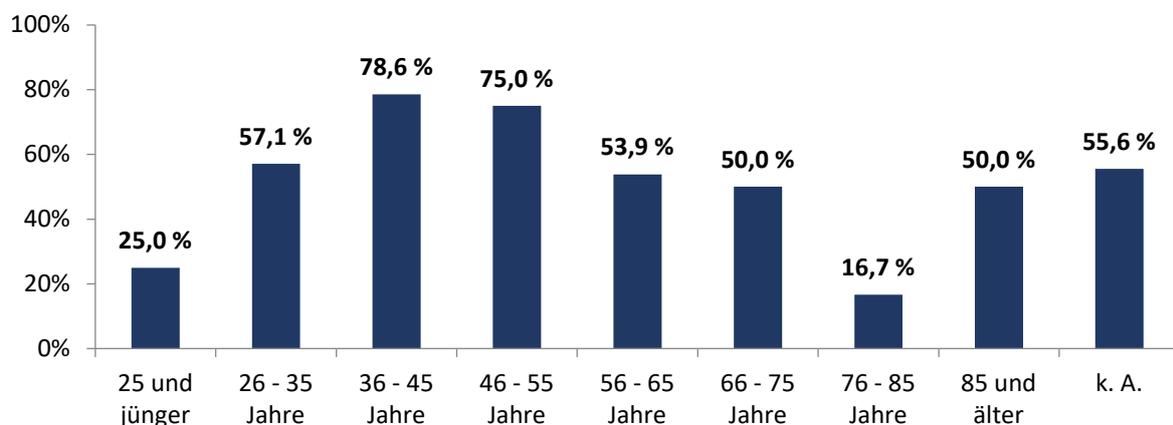


Abbildung 11: Anteil der im Case- und Care-Management betreuten Patient*innen, die psychisch belastet bzw. erkrankt sind, an der jeweiligen Gesamtzahl der betreuten Personen in der Altersgruppe im Zeitraum vom 1.7.2023 bis 31.7.2024 (n=83).

5.1.6 Sicht von Patient*innen auf das Beratungs- und Unterstützungsangebot

Im Rahmen der hier vorgestellten Evaluation ist keine eigenständige Befragung von Patient*innen durchgeführt worden. Da diese Perspektive jedoch eine wichtige Rolle spielt und sie nicht unberücksichtigt bleiben soll, werden an dieser Stelle, wie in Abschnitt 2 dargestellt, die Interviewergebnisse aus einer im April 2024 eingereichten Masterarbeit zur integrierten Gesundheitsversorgung des IGZ Lichtenberg zusammengefasst. Im Rahmen dieser Arbeit sind mit vier Patientinnen leitfadengestützte Interviews geführt worden.

Die interviewten Patientinnen waren Frauen im Alter zwischen 47 Jahren und 85 Jahren. Alle vier wurden über die Ärztinnen auf das Beratungsangebot des IGZ aufmerksam gemacht und niedrigschwellig vermittelt. Zum Zeitpunkt der Interviews waren alle vier mit der Bewältigung komplexer Erkrankungen und damit verbundenen Veränderungen ihrer Lebenssituation konfrontiert. Drei der Interviewpartnerinnen berichteten von alters- bzw. krankheitsbedingten Mobilitätseinschränkungen und dem Autonomieverlust, der insbesondere bei der Alltagsbewältigung (Einkäufe, Pflege, etc.) eine Unterstützung erforderlich macht. Zwei der befragten Patientinnen befanden sich beim Eintritt in das Case- und Care-Management in einer nicht näher beschriebenen akuten Notfallsituation. Als gesundheitliche Probleme beschreiben die vier Patientinnen unter anderem Hüftprobleme, Thrombosen, plötzliche Ohnmachtsanfälle, eine Tumorerkrankung und psychische Belastungen bzw. Erkrankungen (Depressionen) im Zusammenhang mit dem Ukraine-Krieg, mit privater Überlastung, mit dem Alleinsein, mit der Trennung vom Lebenspartner bzw. mit der Trauer über den Tod naher Angehöriger oder von Bekannten (Lebenspartner, Sohn, enge Freunde).

Als unterstützende Leistungen der Beraterinnen des IGZ Lichtenberg beschrieben die Patientinnen die Suche nach und Vermittlung von weiteren Gesundheitsdienstleistungen (Pflegedienst, psychologische Therapie), die Organisation von Reha- bzw. Krankenhausaufenthalt, die Vermittlung von Teilhabeangeboten im Quartier (Computerkurs) und die Unterstützung bei der Antragsstellung (Reha, Pflegestufe). Alle vier Patientinnen nahmen durch die Begleitung der Beraterinnen des IGZ eine Verbesserung ihrer psychischen Gesundheit wahr. Dafür empfanden sie die Gespräche mit den Beraterinnen und die Zeit, die diese sich dafür nahmen, als sehr große Hilfe. Beschrieben wurden die Beraterinnen des IGZ von den Patientinnen als einfühlsam, liebevoll, verständnisvoll, zuverlässig, aufmerksam, gründlich und flexibel.

Im Vergleich zu ihren bisherigen Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem und ihrer medizinischen Versorgung zeigen sich die interviewten Patient*innen sehr dankbar und zufrieden mit dem Versorgungsangebot der Gemeinschaftspraxis in Verbindung mit dem IGZ Lichtenberg. Aus der Vergangenheit berichteten sie im Hinblick auf ihre medizinische Versorgung von zu kurzen Beratungszeiten bei Ärzt*innen, sehr langen Wartezeiten auch in Akutsituationen, fehlenden konkreten Hilfe- und Unterstützungsangeboten jenseits der Medikation sowie einer schweren Erreichbarkeit der Arztpraxen. Solche Probleme nehmen sie bei der Gemeinschaftspraxis und dem IGZ Lichtenberg nicht wahr.

5.2 Umfang einzelfallbezogener Beratungsaktivitäten

Um einen Eindruck von Umfang und Art der Tätigkeiten der Beraterinnen des IGZ Lichtenberg zu erhalten, wurde im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung eine Zeit- und

Tätigkeitsdokumentation durchgeführt (vgl. Abschnitt 2.2.). Im Folgenden werden die Ergebnisse dargestellt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Dokumentation der Tätigkeiten und der damit verbundene Zeitaufwand von den Beraterinnen zusätzlich zu ihren eigentlichen Aufgaben erbracht wurden, was zu einer gewissen Unschärfe führt. Die tatsächlich aufgewendete Zeit kann bei einigen Tätigkeiten höher sein als in der Dokumentation angegeben.

5.2.1 Anzahl dokumentierter Aktivitäten

Zwischen April und Ende Juli 2024 wurden von den Beraterinnen des IGZ Lichtenberg insgesamt 663 Aktivitäten mit unterschiedlichem Zeitumfang im Zusammenhang mit den Einzelfallbearbeitungen dokumentiert. Von diesen 663 Aktivitäten hatten 119 einen klaren Bezug zur Sozialberatung, 69 zur psychologischen Beratung und 47 zur Gesundheitsberatung. Dabei gab es zwischen diesen Beratungsfeldern teilweise erhebliche Überschneidungen, so dass 554 Einzelaktivitäten von den Beraterinnen beratungsfeldübergreifend eingeordnet wurden.

5.2.2 Zeitlicher Beratungsaufwand

Der Gesamtzeitaufwand für die dokumentierten einzelfallbezogenen Tätigkeiten aller Beraterinnen belief sich im Zeitraum April bis Ende Juli 2024 auf genau 300 Stunden. Nicht darin enthalten ist der Zeitaufwand für Team-Meetings und allgemeine organisatorische Aufgaben. Einfluss auf den zeitlichen Umfang der Beratungen hatten auch Urlaubs- und Krankheitsphasen der Beraterinnen.

Je nach Betreuungsphase und zu bearbeitender Fragestellung variierte der zeitliche Anteil in den Einzelfällen stark. Der Minimalwert lag bei 5 Minuten für den Erstkontakt mit einem Patienten am Ende des Beobachtungszeitraums. Der Maximalwert lag bei 14,5 Stunden im Rahmen einer komplexen Intervention in einem Einzelfall. Im Durchschnitt wurden zwischen April und Ende Juli 2024 3,5 Stunden pro Fall aufgewendet. Der Median lag bei 2,1 Stunden.

Die differenzierte Untersuchung der zeitlichen Verteilung der fallbezogenen Aktivitäten lässt erkennen, wo die Beratungsschwerpunkte liegen (vgl. Abb. 12):

1. **Entlastungsgespräche** mit Patient*innen machen mit 16,2 % den größten Anteil im Case- und Care-Management aus. Diese Gespräche sind besonders wichtig bei Krebserkrankungen, Trauerbewältigung, familiären Konflikten, Stress, Einsamkeit und anderen psychischen Belastungen oder Erkrankungen.
2. **Fallspezifische Beratung:** Für fallbezogene und auf die individuellen Bedürfnisse zugeschnittene Beratung wurden 14,6 % der Zeit aufgewendet.
3. **Dokumentation:** Ein Anteil von 13,3 % der Arbeitszeit entfiel auf die Dokumentation der Einzelfälle.
4. **Unterstützung bei Antragstellungen:** 12,9 % der Zeit wurde für die Unterstützung bei Antragstellungen aufgewendet, insbesondere für Anträge zur Pflegegrad-Einstufung, zur Feststellung des Grades der Behinderung und zu weiteren Sozialleistungen.
5. **Recherche und Vernetzung:** 10 % der Zeit der Beraterinnen floss in Recherche und Vernetzungsaktivitäten, um die Patient*innen auf einer breiten Informationsbasis und mit Rückgriff auf eine funktionierende Vernetzungsstruktur unterstützen zu können.
6. **Erstkontakte und Fallanamnese** machten 7,6 % der dokumentierten Arbeitszeit aus.

7. **Begleitung bei Terminen:** 7,5 % der Zeit wurde für die Begleitung von Patient*innen bei Terminen aufgewendet, beispielsweise bei Besuchen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MD).
8. **Vermittlung an andere Dienstleister:** 4,4 % der Zeit wurde aufgewendet, um zielgerichtet an andere Dienstleister zu vermitteln und weiterzuleiten.
9. **Kontaktpflege:** Das Aufrechterhalten des Kontakts zu den Patient*innen, etwa durch kurze Telefonate oder Textnachrichten, machte einen Zeitanteil von 2,6 % aus.
10. **Entpflichtung:** 2,1 % der Zeit entfielen auf Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Entpflichtung.
11. **Koordination und Fachgespräche:** Koordinierungsaufgaben sowie fallbezogene Fachgespräche und der Austausch zu den einzelnen Fällen mit den Kolleginnen nahmen zusammen einen Anteil von 8,5 % der Zeit in Anspruch.

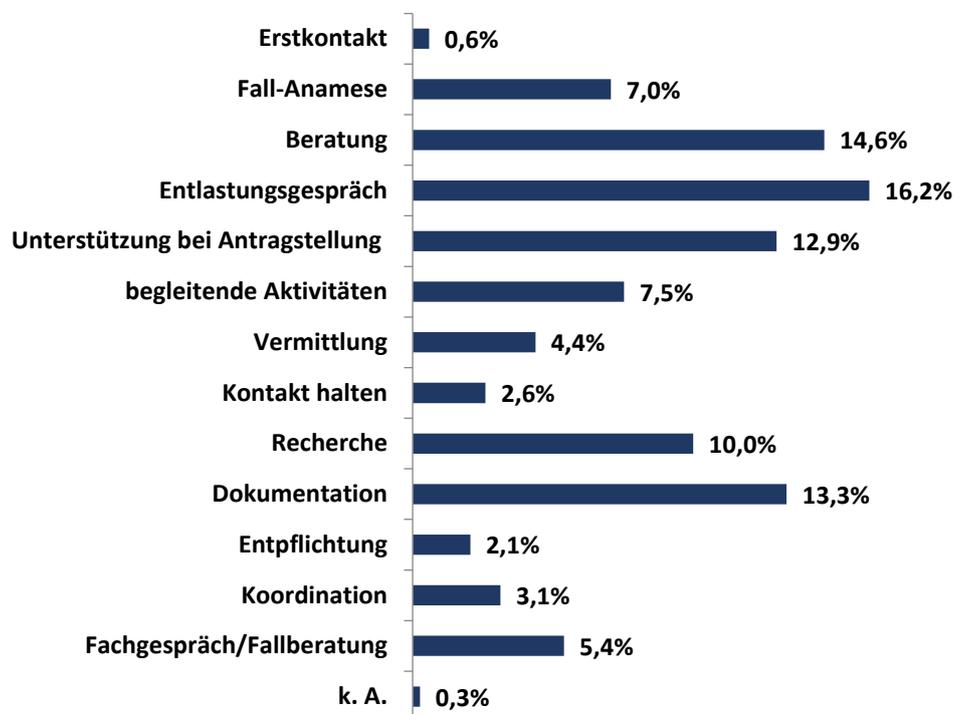


Abbildung 12: Zeitliche Anteile der dokumentierten einzelfallbezogenen Aktivitäten der Beraterinnen des IGZ Lichtenberg im Zeitraum April bis Ende Juli 2024.

6 Zusammenfassende Bewertung

Der vorliegende Bericht beschreibt die Arbeit des IGZ Lichtenberg und ermöglicht einen Einblick in dessen Wirkungsweise. Herausgegriffen und diskutiert werden im Folgenden nochmal einzelne Aspekte des strukturellen Aufbaus, erzielte Ergebnisse, Gesichtspunkte der interprofessionellen Zusammenarbeit und Rahmenbedingungen, unter denen die Arbeit des IGZ Lichtenberg erfolgt.

6.1 Struktur und Aufbau des IGZ Lichtenberg

Die Kooperation zwischen der Gemeinschaftspraxis Dr. Burkhardt & Heinemann und dem Verein soziale Gesundheit e. V. zur Ausgestaltung des IGZ Lichtenberg basierte zunächst überwiegend auf mündlichen Absprachen. Die Möglichkeit zur schriftlichen Kooperationsvereinbarung wurde zum Projektbeginn nicht genutzt. Verfasst wurde im Sommer 2024 aber eine gemeinsame Leitlinie, die wesentliche Aspekte der Zusammenarbeit aufgreift. Diese Leitlinie schafft seitdem mit ihren Verweisen auf das *biopsychosoziale Modell* und den Ansatz der „*Positiven Gesundheit*“ eine gute theoretische Grundlage für die angestrebte ganzheitliche Versorgung von Patient*innen im IGZ Lichtenberg. Ein konsequenter nächster Entwicklungsschritt wäre der Ausbau dieser Leitlinie zu einer gezielt auf das IGZ Lichtenberg zugeschnittenen Konzeption. Damit könnten gemeinsame Ziele, Vorgehensweisen und Prozesse in einer verbindlichen Form noch deutlich konkreter ausformuliert werden. Bisher wird insbesondere im Hinblick auf die Arbeitsweise der Beraterinnen des IGZ Lichtenberg auf das Konzept der Arztpraxisinternen Sozialberatung zurückgegriffen. Dies ist nachvollziehbar, da das IGZ Lichtenberg aus der Arztpraxisinternen Sozialberatung hervorgegangen ist und eine Weiterentwicklung dessen darstellt. Das Konzept der Arztpraxisinternen Sozialberatung kann ein eigenständiges Konzept für die Arbeit des IGZ Lichtenberg aber nicht ersetzen. Die Erweiterung des Beratungsspektrums um die gesundheitliche und psychologische Beratung sowie die deutlich komplexeren und stärker differenzierten Formen der Zusammenarbeit innerhalb des IGZ Lichtenberg, mit den regelmäßig verabredeten Besprechungsterminen zwischen Ärztinnen und Beraterinnen sowie dem fallbezogenen gemeinsamen Zugriff auf die digitale Patientendokumentation, werden durch das Konzept der Arztpraxisinternen Sozialberatung nicht abgedeckt. Gerade diese Form der engen Zusammenarbeit stellt jedoch einen wichtigen und innovativen Schritt zur Weiterentwicklung der angestrebten integrierten und multiprofessionellen Gesundheitsversorgung dar. Diese strukturell angelegte enge Verzahnung von medizinischer Behandlung und psychosozialer Gesundheitsberatung im ambulanten Bereich ist letztendlich eine wesentliche Voraussetzung für die ganzheitliche Betreuung der Patient*innen im IGZ Lichtenberg und sollte daher auch deutlich hervorgehoben werden.

6.2 Beratung des IGZ Lichtenberg

Aus den ausgewerteten Befragungen geht hervor, dass sich die Ärztinnen, die Medizinische Fachangestellte, die Beraterinnen und auch die Patient*innen sehr positiv zum ganzheitlichen Ansatz des IGZ Lichtenberg äußern. Die enge Kombination von medizinischer Expertise mit dem Case- und Care-Management und die niedrigschwellige Zugangsmöglichkeit zum Beratungsangebot führen zu einer verbesserten Versorgungsqualität für Patient*innen mit komplexen Problemen. Die vertrauensvolle Zusammenarbeit, die effiziente Aufgabenteilung und der erweiterte Blick auf die Patientenbedürfnisse tragen dazu bei, dass sowohl die Gemeinschaftspraxis als auch deren Patient*innen von diesem integrierten Ansatz sehr profitieren.

Insgesamt zeigt sich bei der Weiterleitung durch die Ärztinnen und bei den Entpflichtungen im IGZ Lichtenberg seit Projektbeginn eine dynamische Entwicklung. Die zunehmende Zahl der Entpflichtungen deutet darauf hin, dass das IGZ Lichtenberg zielorientiert arbeitet, Patient*innen erfolgreich betreut und Fälle abgeschlossen werden. Der deutliche Anstieg an Weiterleitungen ab Anfang 2024 lässt sich möglicherweise mit der ab diesem Zeitpunkt eingeführten Möglichkeit der Beauftragung der Beraterinnen durch die Ärztinnen über die Praxissoftware erklären. Ein Grund für die geringere Anzahl an Weiterleitungen zum Ende des Jahres 2023 kann wiederum bei der Unsicherheit um die Fortführung des IGZ Lichtenberg im Jahr 2024 liegen.

Vermutlich hängen die Schwankungen bei den Weiterleitungen aber auch mit den Überlastungsanzeigen und den Aufnahmestopps durch die Beraterinnen zusammen. Bisher scheinen im Hinblick auf die Arbeitsbelastung der Beraterinnen eine große Achtsamkeit und ein guter Umgang zu bestehen. Die Entwicklung einer möglichen Arbeitsüberlastung von Beraterinnen sollte aber fortwährend im Blick behalten werden. Tendenziell kann sie auf eine dauerhafte Unterbesetzung und fehlendes Personal zurückzuführen sein. Folgen könnten wiederum eine Verschlechterung der Beratungsqualität oder auch eine Zunahme von Fehlzeiten einzelner Beraterinnen sein.

Im Zusammenhang mit der Weiterleitung von Fällen an die Beraterinnen bleiben auch die Gründe für die ungleiche Nutzung dieser Möglichkeit durch die Ärztinnen offen. Möglicherweise hängt dies ebenfalls mit den Überlastungsanzeigen der Beraterinnen zusammen. Denkbar sind aber auch andere Ursachen, wie bspw. unterschiedlich verteilte Bedarfe bei den Ärztinnen und ihren Patient*innen oder die Urlaubs- und Sommerzeit mit einem geringeren Patientenaufkommen. Es könnte sinnvoll sein, dem nachzugehen, um ggf. eine größere Ausgewogenheit zu erreichen.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen auch die Komplexität und Vielfalt der gesundheitlichen Herausforderungen von Patient*innen, mit denen die Ärztinnen der Gemeinschaftspraxis und die Beraterinnen des IGZ Lichtenberg konfrontiert sind. Dabei deuten die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Verteilung psychischer Belastungen sowie die auffällige Konzentration in bestimmten Altersgruppen auf spezifische und differenziert zu betrachtende Risiko- und Belastungsfaktoren, Bewältigungsstrategien oder auch auf Unterschiede im Hilfesuchverhalten der Patient*innen hin. Insbesondere die überdurchschnittlich hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen und der hohe Anteil an Entlastungsgesprächen (16,2 % aller Aktivitäten) unterstreicht eindrücklich die Bedeutung und Notwendigkeit einer psychosozialen und auf die individuellen Konstellationen zugeschnittenen Betreuung im Rahmen des Case- und Care-Managements.

Mit ihrer Arbeit sorgen die Beraterinnen aber nicht nur für emotionale Entlastung der Patient*innen, sondern sie tragen auch dazu bei, dass gesundheitlich stark belastete Patient*innen ihre Rechte wahrnehmen können und notwendige Unterstützungsleistungen erhalten. Wie wichtig die Orientierungshilfe und praktische Unterstützung im oft komplexen Gesundheits- und Sozialsystem für die Patient*innen ist, wird am Zeitaufwand für die Einzelfallberatung (14,6% aller Aktivitäten), die Unterstützung bei der Antragstellungen (12,9 % aller Aktivitäten), die Begleitung bei Terminen (7,5 % aller Aktivitäten) und die gezielte Vermittlung an spezialisierte Dienste (4,4 % aller Aktivitäten) deutlich.

6.3 Interprofessionelle Zusammenarbeit im IGZ Lichtenberg

Die Zusammenarbeit der Professionen im IGZ Lichtenberg ist von hoher gegenseitiger Wertschätzung und gegenseitigem Vertrauen in die jeweilige Fachkompetenz geprägt. Dies ist vor dem Hintergrund der unterschiedlichen beruflichen Sozialisation von Ärztinnen und Beraterinnen nicht selbstverständlich.

Professionell anspruchsvolle Situationen können sich in der Zusammenarbeit zwischen den Ärztinnen und Beraterinnen bei Fällen ergeben, bei denen die von den Ärztinnen an die Beraterinnen weitergegebenen Aufgaben anders als erwartet bearbeitet werden. Zugrunde liegen dem oftmals die professionsbedingt unterschiedlichen Arbeitsweisen. Während die Ärztinnen entsprechend ihrer medizinischen Leitlinien handeln (vgl. u. A. Gerlach et al. 1998), orientieren sich die Beraterinnen im Rahmen der Einzelfallhilfe an Methoden und Konzepten der Sozialen Arbeit (vgl. u. A. Bieler 2023). Dabei ist das professionelle Selbstverständnis der Beraterinnen gegenüber den Patient*innen durch einen bedürfnis- und verhandlungsorientierten Ansatz charakterisiert, bei dem sie Fragen stellen wie: "Was wollen Sie? Was ist Ihr Wunsch? Was ist für Sie wichtig, um gesund zu werden? Wer kann Sie unterstützen?". Dies Vorgehen kann im Einzelfall gegensätzlich zu eher direktiven und leitlinienorientierten Ansätzen der medizinischen Versorgung sein.

Für die Beraterinnen ergibt sich in diesem Zusammenhang auch die Herausforderung im Umgang mit dem doppelten Mandat (vgl. u. A. Lutz 2020). Sie stehen sowohl in der Verantwortung gegenüber den Patient*innen als auch gegenüber den Ärztinnen und der Gemeinschaftspraxis. Im berufsethischen Grundverständnis der Sozialen Arbeit ist in derartigen Zusammenhängen die Parteilichkeit gegenüber den Klienten verankert (vgl. u. A. Lob-Hüdepohl 2007). Damit ist das Bemühen gemeint, sich unabhängig von einem übergeordneten Auftrag für die Bedürfnisse und Bedarfe von Menschen einzusetzen und gemeinsam mit ihnen ihre Interessen zu wahren.

Vor diesem Hintergrund ist eine gute interdisziplinäre Kommunikation und die Möglichkeit und Fähigkeit, berufliches Handeln erklären zu können, eine wichtige Voraussetzung für die vertrauensvolle Zusammenarbeit. Strukturell sind dafür im IGZ Lichtenberg die unterschiedlichen Besprechungsformate und der gemeinsame Zugriff auf die Praxissoftware als Formate etabliert und scheinen sich zu bewähren.

6.4 Rahmenbedingungen des IGZ Lichtenberg

Mit dem IGZ Lichtenberg wird recht erfolgreich ein spezifischer Zugang zu besonders vulnerablen Patientengruppen geschaffen und deren gesundheitliche Chancengleichheit gefördert. Mit der gezielten Integration von Sozialarbeit und psychologischer Begleitung und Beratung in die ambulante hausärztliche Versorgung stellt dieses Modell derzeit in Berlin und bundesweit einen wichtigen Meilenstein in der Weiterentwicklung der Patientenversorgung dar. Zur Verbesserung der Qualität und Effizienz der Versorgung von Patient*innen, gibt es im ambulanten Bereich bundesweit zwar die durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) geförderten Praxisnetze als regionale Zusammenschlüsse. Diese Vernetzungsstrukturen beschränken sich jedoch zumeist auf die Kooperation zwischen Vertragsärzt*innen, Psychotherapeut*innen und anderen Gesundheitsberufen aus dem ambulanten und stationären Bereich und fokussieren oftmals weniger ausgeprägt auf soziale und sozialräumliche Aspekte im Rahmen der Gesundheitsversorgung.

Vor dem Hintergrund erwartbar zunehmender Versorgungsprobleme im Gesundheitsbereich und den Entlastungspotenzialen, die das IGZ Lichtenberg mit seinen sozialen Interventionen bietet, sollten derartige Modelle häufiger und nachhaltiger umgesetzt werden bzw. andere Strukturen sich daran orientieren. Voraussetzung wären dafür aber entsprechende Regelfinanzierungen und eine stärkere Verantwortungsübernahme von Seiten der Kranken- und Pflegekassen. Über eine mittelfristig gesicherte Finanzierung könnte das IGZ Lichtenberg seine Potentiale auch erst voll zur Geltung bringen. Bisher bleibt mit der jährlichen Neubeantragung von Mitteln für die Beraterinnen, für die Ärztinnen und für die Patient*innen immer eine erhebliche Unsicherheit hinsichtlich der Fortführung des Projektes mit gesicherten Arbeitsplätzen und der notwendigen Beratungskontinuität.

Mit einer mittelfristig gesicherten Finanzierung wäre es auch möglich, über das bestehende Setting hinausgehend, geeignete Beratungsräume im direkten Umfeld der Gemeinschaftspraxis anzumieten. Die Beratungsmöglichkeit in der Arztpraxis bietet zwar den Vorteil der Nähe zu den Ärztinnen, der dort nutzbare Behandlungsraum steht aber nur zeitweise zur Verfügung und eignet sich für fortlaufende vertrauensvolle Beratungsbeziehungen nur bedingt.

Über die nachhaltige Verortung des IGZ Lichtenberg könnten auch die quartiersbezogene Vernetzung und der Ausbau des Angebots mit einem Fokus auf bestimmte Regionen gezielt erfolgen. Hinweise für die zukünftige quartiersbezogene Erschließung ergeben sich beispielsweise aus dem Berliner Monitoring Soziale Stadtentwicklung und der Verteilung der Wohnorte der Patient*innen im Case- und Care-Management.

7 Fazit

Das IGZ Lichtenberg ist mit seinem ganzheitlichen Angebot im Sommer 2023 gestartet und befindet sich am Ende des Jahres 2024 im kontinuierlichen Arbeitsprozess. Über die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation konnten wie geplant die organisatorische Ausgestaltung des IGZ Lichtenberg beschrieben und die Wirkungen des Modellprojektes dargestellt werden. Die Annahme von positiven Effekten einer Integration der gesundheitlich psychosozialen Beratung in Arztpraxen, die in der Fachliteratur diskutiert wird, wird mit der vorliegenden Untersuchung gestärkt. Die Ergebnisse sind damit anschlussfähig an die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Thema.

Die Auswertung und Diskussion der Ergebnisse zeigt dabei zahlreiche positive Wirkungen des Angebots, sowohl aus der Perspektive der Ärztinnen, als auch für die Patient*innen. Getragen wird das Angebot von seiner Organisationsstruktur, dem großen Engagement aller Beteiligten und den unterschiedlichen Besprechungs- und Austauschformaten. Berichtet wird von den Ärztinnen und den Beraterinnen von einer hohen Arbeitszufriedenheit. Die Ärztinnen der Gemeinschaftspraxis profitieren von der Integration der gesundheitlich psychosozialen Beratung in ihre Praxis, da sie im Einzelfall ein ganzheitliches Verständnis für die psychosozialen Hintergründe der Gesundheitsprobleme ihrer Patient*innen vertiefen können und gleichzeitig von nichtmedizinischen Aufgaben verlässlich entlastet werden. Die Beratung im Rahmen des IGZ Lichtenberg stärkt die Arzt-Patient-Beziehung und ermöglicht die effektivere Behandlung von Patient*innen mit komplexen gesundheitlichen Problemen. Insgesamt trägt das Beratungsangebot dazu bei, die Lebensqualität der Patient*innen zu verbessern, ihre Resilienz zu stärken und ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe zu fördern. Seine Qualität würde das Beratungsangebot bei einer kontinuierlichen und verlässlichen Förderung noch stärker zeigen. Insofern wäre es wünschenswert, dass bei der Finanzierung und Etablierung solcher Modelle die aufgebauten Barrieren zwischen den Disziplinen und Fachbereichen noch stärker durchbrochen werden und Krankenkassen, Länder und Kommunen bestehende Gestaltungsmöglichkeiten nutzen. Die eng aufeinander abgestimmte und ganzheitlich ausgerichtete interprofessionelle Beratung stellt im ambulanten Bereich insbesondere für Patient*innen in belasteten Lebenslagen eine wichtige Brücke zwischen medizinischer Versorgung und Bewältigung ihrer Lebenssituation dar und sollte insbesondere für besonders vulnerable Patient*innen ein unverzichtbarer Bestandteil einer modernen, patientenzentrierten Gesundheitsversorgung sein.

8 Literaturverzeichnis

- Antonovsky, Aaron/Franke, Alexa (1997): Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt Verlag. (= Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis Band 36).
- Ärzttekammer Berlin (Hrsg.) (2021): Berufsordnung der Ärztekammer Berlin. <https://www.aekb.de/fileadmin/migration/pdf/Berufsordnung.pdf> [Zugriff: 23.11.2024].
- Bieler, Kathrin (2023): Methoden der Sozialen Arbeit und methodisch-professionelles Handeln. In: Buntrock, Matthias/Peinemann, Katharina (Hrsg.): Grundwissen Soziale Arbeit: Grundlagen, Methoden und Arbeitsfelder. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Blättner, Beate/Waller, Heiko (2018): Gesundheitswissenschaft: eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung. 6., überarbeitete Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Cassens, Manfred/Städter, Thomas (2024): Wege zum neuen Gesundheitssystem - „Change by design“ oder „Change by disaster“? Transformationsprozesse nachhaltig gestalten. 1. Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- DGCC (Hrsg.) (2020): Case Management Leitlinien. Rahmenempfehlungen, Standards und ethische Grundlagen. 2. Aktualisierte Auflage. Heidelberg: medhochzwei.
- Egger, Josef W. (2015): Das biopsychosoziale Krankheits- und Gesundheitsmodell: Von der klassischen Psychosomatik zur biopsychosozialen Medizin. In: Integrative Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Faller, Gudrun/Mikhof, Anne (2022): Der Beitrag von Community Health zu wirksamer Prävention und Gesundheitsförderung. In: of Community Health, Department (Hrsg.): Community Health: Grundlagen, Methoden, Praxis. Weinheim: Beltz Juventa.
- Gerlach, Ferdinand M./Beyer, Martin/Szecsényi, Joachim/Fischer, Gisela C. (1998): Leitlinien in Klinik und Praxis: Welche Anforderungen sollten moderne Leitlinien erfüllen? Welche Strategien zur Entwicklung, Verbreitung und Implementierung haben sich bewährt? Welchen Beitrag können Leitlinien zur Qualitätsförderung in der Medizin leisten? In: Deutsches Ärzteblatt 95, 17, S. A-1014-1021.
- Gläser, Jochen/Laudel, Grit (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag.
- Große, Lisa/Annemüller, Grit (2024): Klinisch Sozialarbeiterisches Case Management. In: Sektion Klinische Sozialarbeit (Hrsg.): Handbuch Klinische Sozialarbeit. 1. Auflage. Weinheim: Juventa Verlag.
- Helfferich, Cornelia (2022): Leitfaden- und Experteninterviews. In: Baur, Nina/Blasius, Jörg (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS.
- Huber, Machteld/Jung, Hans Peter/van den Brekel-Dijkstra, Karolien (2024): Handbuch Positive Gesundheit in der Hausarztpraxis: Gemeinsam an einer sinnvollen Versorgung arbeiten. 1. Aufl. 2023. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Institut für Gerontologische Forschung e. V. (Hrsg.) (2020): Arztpraxisinternen Sozialberatung - Gesundheitsförderung und Teilhabe älterer Menschen. Evaluationsbericht. <https://www.sozialegesundheits.de/> [Zugriff: 1.11.2024].

- Institut für Gerontologische Forschung e. V. (Hrsg.) (2022a): Konzeption zur Arztpraxisinternen Sozialberatung. <https://www.sozialegesundheits.de/> [Zugriff: 1.11.2024].
- Institut für Gerontologische Forschung e. V. (Hrsg.) (2022b): Wissenschaftliche Begleitung der Arztpraxisinternen Sozialberatung - Gesundheitsförderung und Teilhabe älterer Menschen. Bericht 2022. <https://www.sozialegesundheits.de/> [Zugriff: 1.11.2024].
- Kälble, Karl (2019): Interprofessionalität in der gesundheitsberuflichen Bildung im Spannungsfeld von beruflicher Identitätsentwicklung und Professionalisierung. In: Ewers, Michael/Paradis, Elise/Herinek, Doreen (Hrsg.): Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten: Gesundheits- und Sozialprofessionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis. Weinheim: Beltz.
- Kammerer, Kerstin/Falk, Katrin (2019): Wege in die Psychotherapie: Barrieren und Zugänge für ältere Menschen mit Depression. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Kollak, Ingrid/Schmidt, Stefan (2016): Instrumente des Care und Case Management Prozesses. Springer Berlin Heidelberg.
- Kröger, Christine/Giertz, Karsten/Pauls, Helmut (2024): Gesundheits- und Krankheitsmodelle in der Klinischen Sozialarbeit. In: Sektion Klinische Sozialarbeit (Hrsg.): Handbuch Klinische Sozialarbeit. 1. Auflage. Weinheim: Juventa Verlag.
- Lehmann, Clara (2024): Vorteile von integrierter Gesundheitsversorgung aus unterschiedlichen Perspektiven am Modellprojekt integriertes Gesundheitszentrum (IGZ) Berlin-Lichtenberg.
- Lob-Hüdepohl, Andreas (2007): Normative Grundlagen Sozialer Arbeit. In: Lob-Hüdepohl, Andreas/Lesch, Walter (Hrsg.): Ethik Sozialer Arbeit: Ein Handbuch. 1. Aufl. Paderborn: Schöningh.
- Lutz, Ronald (2020): Doppeltes Mandat. In: Socialnet. Das Netz für die Sozialwirtschaft. <https://www.socialnet.de/lexikon/Doppeltes-Mandat> [Zugriff: 8.1.2025].
- Mayring, Philipp/Fenzl, Thomas (2022): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Baur, Nina/Blasius, Jörg (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS.
- Pfaff, Holger/Pförtner, Timo-Kolja (2023). In: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitssystemgestaltung, Versorgungsgestaltung und Versorgungsentwicklung: Vom Top-Down-Design zum Co-Design. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer VS.
- Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus/Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.) (2023): Die soziologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit. In: Soziologie von Gesundheit und Krankheit. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer VS.
- Robert-Koch-Institut (2024): Gesundheitsberichterstattung. In: Gesundheitszustand. https://www.gbe.rki.de/DE/Themen/Gesundheitszustand/gesundheitszustand_node.html [Zugriff: 29.12.2024].
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2007): Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. <https://dserver.bundestag.de/btd/16/063/1606339.pdf> [Zugriff: 29.12.2024].

- Schmid, Martin/Ehlers, Corinna (2016): Potenziale und Grenzen der Wirkungsforschung in der Sozialen Arbeit am Beispiel der Forschung zu Case Management - Ein kritischer Überblick zum aktuellen Forschungsstand. In: Borrmann, Stefan/Thiessen, Barbara (Hrsg.): Wirkungen sozialer Arbeit: Potentiale und Grenzen der Evidenzbasierung für Profession und Disziplin. Opladen: B. Budrich.
- Schoeb, Veronika/Staffoni, Liliana (2019): Interprofessionelle Zusammenarbeit im ambulanten Versorgungssektor. In: Ewers, Michael/Paradis, Elise/Herinek, Doreen (Hrsg.): Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten: Gesundheits- und Sozialprofessionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis. Weinheim: Beltz.
- Schrage, Martina/Ollmann, Rainer/Schrage, Volker/Balloff, Daniela/Becker, Luise (2020): Gemeinsam Gesundheit gestalten. In: Hahn, Ursula/Kurscheid, Clarissa (Hrsg.): Intersektorale Versorgung: Best Practices - erfolgreiche Versorgungslösungen mit Zukunftspotenzial. Wiesbaden: Springer.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2017): Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit. Bern. (= Swiss Academies Report).
- Trübner, Miriam (2022): Zeitverwendungsdaten. In: Baur, Nina/Blasius, Jörg (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS.
- Welz-Spiegel, Claudia/Spiegel, Frank (2023): Interprofessionelles Management im Gesundheitswesen. 1. Aufl. 2023. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf?__blob=publicationFile&v=1 [Zugriff: 30.12.2024].
- World Health Organization (1946): Constitution of the World Health Organisation. <https://apps.who.int/gb/bd/pdf/bd47/en/constitution-en.pdf> [Zugriff: 4.1.2025].

9 Anhang

9.1 Anhang A: Interviewleitfäden

9.1.1 Leitfaden für die Gespräche mit den Ärztinnen

Bisherige Ideen/Hintergrund/Konzepte zur Einrichtung des IGZ- Lichtenberg

- Wie genau ist Hausarztpraxis aufgebaut (Anzahl der Arztsitze, Rechtsform → Einzelunternehmer*innen, Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter*innen)
- Was waren wichtige Impulse und Auslöser für die Einrichtung des IGZ-Lichtenberg?
- Hatten Sie Anregungen oder Ideen aus anderen Regionen/Projekten? (Recherche, Besuche, persönlicher Austausch)?
- Wie ist die Kooperation mit Soziale Gesundheit e. V. zustande gekommen?
- Gab es für die Einrichtung ein Organisations-/Entwicklungsteam bzw. inhaltliche Abstimmungstreffen?
- Was ist die gemeinsame Grundlage der Zusammenarbeit mit Soziale Gesundheit e. V.? (bspw. gemeinsam erarbeitetes Konzept, mündliche Absprachen, schriftliche Kooperationsvereinbarung, Datenschutzerklärungen)
- Was sind die wichtigen bisher erreichten Meilensteine?
- Welche weiteren Partner*innen/Fachrichtungen würden Sie sich im Team noch wünschen und warum?

Ziele und Zielgruppe

- Welche Ziele sollen aus Ihrer Sicht mit dem IGZ-Lichtenberg erreicht werden? (z.B. Verbesserung der Versorgungslage/gesundheitlichen Lage von Patienten, Optimierung von Arbeitsprozessen)
- Welche Zielgruppe(n) soll durch das IGZ-Lichtenberg insbesondere erreicht werden (z.B. ältere Menschen, Patienten mit bestimmten Erkrankungen, Patienten mit geringen sozioökonomischen/psychischen/bildungsbezogenen Ressourcen)?
- Was macht das IGZ-Lichtenberg im Vergleich zu anderen Formen der integrierten Versorgung besonders?
- Für wie viele Patient*innen ihrer Praxis kommt das Angebot in Frage?
- Was sind Indikatoren nach denen Sie Patient*innen die Sozialberatung empfehlen?
- Welche Leistungen erwarten Sie von den Sozialarbeiter*innen von Soziale Gesundheit e. V., die nicht von Ihren MTAs übernommen werden können?
- Wie unterscheidet sich die Zusammenarbeit mit den Sozialarbeiter*innen von Soziale Gesundheit e. V. gegenüber der Zusammenarbeit mit ihren MTAs oder bspw. Pflegekräften?

Ergebnisse/Herausforderungen im Hinblick auf die Umsetzung

- Wie zufrieden sind Sie mit dem bisher erreichten Stand des IGZ-Lichtenberg?
- Erreichen Sie Ihre Ziele mit dem IGZ-Lichtenberg?
- Welche Barrieren/Schwierigkeiten haben Sie bereits erfahren bzw. erwarten Sie?
- Wie genau sehen die Arbeitsabläufe in der Zusammenarbeit mit den Sozialberater*innen aus?
- An welchen Stellen gibt es Verbesserungsbedarf bei der Zusammenarbeit bzw. muss nachadjustiert werden?
- Wie können Strukturen und Prozesse noch weiter optimiert werden?

Nachhaltigkeit

- Welche Maßnahmen sind Ihrer Einschätzung nach nötig, um das IGZ-Lichtenberg zu verstetigen?
- Was sollten dafür ihrer Ansicht nach die nächsten Schritte und Meilensteine sein?

9.1.2 Leitfaden für das Gespräch mit der Medizinischen Fachangestellten (MFA)

Bisherige Ideen/Hintergrund/Konzepte zur Einrichtung des IGZ- Lichtenberg

- Wie genau ist Hausarztpraxis aufgebaut (Anzahl der Arztsitze, Rechtsform → Einzelunternehmer*innen, Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter*innen)
- Was waren wichtige Impulse und Auslöser für die Einrichtung des IGZ-Lichtenberg?
- Hatten Sie Anregungen oder Ideen aus anderen Regionen/Projekten? (Recherche, Besuche, persönlicher Austausch)?
- Wie ist die Kooperation mit Soziale Gesundheit e. V. zustande gekommen?
- Gab es für die Einrichtung ein Organisations-/Entwicklungsteam bzw. inhaltliche Abstimmungstreffen?
- Was ist die gemeinsame Grundlage der Zusammenarbeit mit Soziale Gesundheit e. V.? (bspw. gemeinsam erarbeitetes Konzept, mündliche Absprachen, schriftliche Kooperationsvereinbarung, Datenschutzerklärungen)
- Was sind die wichtigen bisher erreichten Meilensteine?
- Welche weiteren Partner*innen/Fachrichtungen würden Sie sich im Team noch wünschen und warum?

Ziele und Zielgruppe

- Welche Ziele sollen aus Ihrer Sicht mit dem IGZ-Lichtenberg erreicht werden? (z.B. Verbesserung der Versorgungslage/gesundheitlichen Lage von Patienten, Optimierung von Arbeitsprozessen)
- Welche Zielgruppe(n) soll durch das IGZ-Lichtenberg insbesondere erreicht werden (z.B. ältere Menschen, Patienten mit bestimmten Erkrankungen, Patienten mit geringen sozioökonomischen/psychischen/bildungsbezogenen Ressourcen)?
- Was macht das IGZ-Lichtenberg im Vergleich zu anderen Formen der integrierten Versorgung besonders?
- Für wie viele Patient*innen ihrer Praxis kommt das Angebot in Frage?
- Was sind Indikatoren nach denen Sie Patient*innen die Sozialberatung empfehlen?
- Welche Leistungen erwarten Sie von den Sozialarbeiter*innen von Soziale Gesundheit e. V., die nicht von Ihren MTAs übernommen werden können?
- Wie unterscheidet sich die Zusammenarbeit mit den Sozialarbeiter*innen von Soziale Gesundheit e. V. gegenüber der Zusammenarbeit mit ihren MTAs oder bspw. Pflegekräften?

Ergebnisse/Herausforderungen im Hinblick auf die Umsetzung

- Wie zufrieden sind Sie mit dem bisher erreichten Stand des IGZ-Lichtenberg?
- Erreichen Sie Ihre Ziele mit dem IGZ-Lichtenberg?
- Welche Barrieren/Schwierigkeiten haben Sie bereits erfahren bzw. erwarten Sie?
- Wie genau sehen die Arbeitsabläufe in der Zusammenarbeit mit den Sozialberater*innen aus?
- An welchen Stellen gibt es Verbesserungsbedarf bei der Zusammenarbeit bzw. muss nachadjustiert werden?
- Wie können Strukturen und Prozesse noch weiter optimiert werden?

Nachhaltigkeit

- Welche Maßnahmen sind Ihrer Einschätzung nach nötig, um das IGZ-Lichtenberg zu verstetigen?
- Was sollten dafür ihrer Ansicht nach die nächsten Schritte und Meilensteine sein?

9.1.3 Leitfaden für das Gespräch mit Beraterinnen

Hintergrund

- Seit wann arbeiten Sie im IGZ-Lichtenberg?
- Was ist ihr beruflicher Hintergrund bzw. was sind Ihre Spezialgebiete?
- Was sind besonders wichtige Qualifikationen bzw. Fähigkeiten, die Sie für Ihre Tätigkeit im IGZ benötigen?
- Wie hoch ist ihr Stellenanteil?
- Wo ist ihr Hauptarbeitsort bzw. welche Anteile ihrer Arbeitszeit verbringen Sie wo? (Homeoffice, IGZ-Praxis, andere Arztpraxen, ...)

Ziele und Zielgruppe

- Welche Ziele sollen aus Ihrer Sicht mit dem IGZ-Lichtenberg erreicht werden? (z.B. Verbesserung der Versorgungslage/gesundheitlichen Lage von Patienten, Optimierung von Arbeitsprozessen)
- Was macht das IGZ-Lichtenberg ihrer Ansicht nach besonders?
- Was wäre ihre Vision für das IGZ-Lichtenberg? (z.B. im Hinblick auf Schwerpunkte, Größe, Arbeitsorganisation, Zusammenarbeit, Reichweite)
- Welche Zielgruppe(n) sollen durch das IGZ-Lichtenberg insbesondere erreicht werden (z.B. ältere Menschen, Patienten mit bestimmten Erkrankungen, Patienten mit geringen sozioökonomischen/psychischen/bildungsbezogenen Ressourcen)?

Umsetzung und Prozessbegleitung

- Wie viele Klient*innen begleiten Sie im Durchschnitt parallel?
- Wie hoch schätzen Sie bei den von Ihnen betreuten Klient*innen den Anteil an leichten, durchschnittlich schweren und sehr schweren bzw. aufwändigen Beratungsfällen ein?
- Für wie lange sind die Klient*innen je nach Fallschwere etwa in der Prozessbegleitung?
- Nach welchen Kriterien werden die Fälle im Team verteilt/zugeordnet?
- Sind sie mit ihren Fällen zeitlich gut ausgelastet, ist es eher schon etwas zu viel oder haben sie noch Kapazität bzw. einen Puffer für mehr?
- Was sind die übergreifenden Prozess-/Arbeitsschritte im Begleitprozess der Klient*innen?
- Was sind die häufigsten und wichtigsten immer wiederkehrenden Einzelaktivitäten bei der Prozessbegleitung? (Was machen Sie am häufigsten, wenn Sie an die letzten Monate seit Beginn des Jahres zurückdenken?)
- Wie hoch ist der zeitliche Aufwand für einzelne Aktivitäten der Prozessbegleitung (Womit verbringen Sie wieviel Zeit?) (Vorschlagliste vorbereiten und zur Diskussion stellen)
- Was sind für Sie wichtige Erfolgsindikatoren bei der Prozessbegleitung?
- Wie genau sehen die Arbeitsabläufe in der Zusammenarbeit mit den Ärzt*innen und den MTAs aus?
- Was ist von Seiten der Ärztinnen und der MTAs erforderlich, damit Begleitprozesse erfolgreich abgeschlossen werden können?
- Wie häufig sind Sie mit den Ärztinnen im persönlichen Gespräch zu einzelnen Klient*innen?
- Werden Fälle regelmäßig und systematisch bspw. im Rahmen von Teamsitzungen besprochen oder eher informell durchgegangen?
- Wie zufrieden sind Sie mit dem aktuellen Stand des IGZ-Lichtenberg?
- Welche Barrieren/Schwierigkeiten haben Sie bei Ihrer Arbeit bereits erfahren bzw. erwarten Sie?
- An welchen Stellen gibt es Verbesserungsbedarf bei der Zusammenarbeit bzw. muss nachadjustiert werden?
- Wie können Strukturen und Prozesse noch weiter optimiert werden?

Nachhaltigkeit

- Was sollten ihrer Ansicht nach die nächsten Schritte und Meilensteine bei der weiteren Etablierung des IGZ-Lichtenberg sein?

BERLIN	
Bezirksamt Lichtenberg	



Institut für
Gerontologische
Forschung e.V.

BERLIN	
Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege	