



Institut für
Gerontologische
Forschung e.V.

KONZEPTION ZUR ARZTPRAXISINTERNEN SOZIALBERATUNG 2022

Senatsverwaltung
für Wissenschaft, Gesundheit,
Pflege und Gleichstellung

BERLIN



Bezirksamt
Lichtenberg

BERLIN





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

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

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

Bearbeitung: Thorsten Stellmacher, Dr. Birgit Wolter
Ein besonderer Dank gilt Stephanie Falk und Dr. Martyna Voß von soziale Gesundheit e. V. für die Unterstützung bei der Erarbeitung dieser Konzeption.

Berlin, den 21.12.2022

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
Zusammenfassung für eilige Leser*innen	4
1. Einführung	6
2. Berücksichtigung sozialer Lebenslagen und Bedarfe in einer sektorenübergreifenden und integrierten gesundheitlichen Versorgung	8
2.1 Handlungsansätze einer sektorenübergreifenden und integrierten Versorgung im Gesundheitswesen	8
2.2 Hausärztlicher Auftrag und soziale Anliegen im Rahmen der medizinischen Primärversorgung	12
3. Situation in Berlin und Lichtenberg	15
3.1 Hausärztliche Versorgung in Berlin und Lichtenberg	15
3.2 Strategien für eine integrierte Gesundheitsversorgung in Berlin	15
3.2.1 Berliner Modellprojekte: Stadtteil-Gesundheits-Zentrum Neukölln und Arztpraxisinterne Sozialberatung in Lichtenberg	16
4. Konzept für eine Arztpraxisinterne Sozialberatung	18
4.1 Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung	18
4.2 Ziele der Arztpraxisinternen Sozialberatung	20
4.3 Zielgruppen der Arztpraxisinternen Sozialberatung	21
4.4 Arbeitsweise und Handlungsfelder der Arztpraxisinternen Sozialberatung	21
4.4.1 Kooperation mit Arztpraxen	22
4.4.2 Setting-Ansatz der Arztpraxisinternen Sozialberatung	23
4.4.3 Beratung und Begleitung von Patient*innen	26
4.5 Arbeitsorganisation innerhalb der Sozialberatung	32
4.5.1 Stellenprofile der Sozialberater*innen	32
4.5.2 Aufgaben und Zuständigkeiten im Team	32
4.5.3 Dokumentation der Beratung	33
4.5.4 Information und Kommunikation im Team	33
4.5.5 Information und Kommunikation in/mit der Arztpraxis	34
4.6 Qualitätssicherung	34
4.7 Vertraulichkeit und Datenschutz	35
5. Abschließende Diskussion und Ausblick	37
6. Literaturverzeichnis	39
7. Anhang	42
7.1 Bevölkerung in Berlin und Lichtenberg	42
7.2 Soziale Lage der Bevölkerung	45

Zusammenfassung für eilige Leser*innen

Das Konzept für eine Arztpraxisinterne Sozialberatung knüpft an die langjährigen Praxiserfahrungen des Projektes „Arztpraxisinterne Sozialberatung in Lichtenberg“ an. Es systematisiert und bündelt die Erkenntnisse aus der praktischen Umsetzung des Angebots durch soziale Gesundheit e. V. seit 2013 und der wissenschaftlichen Begleitung durch das Institut für Gerontologische Forschung e. V. seit 2020.

Das Ziel des Konzeptes besteht darin, die nachhaltige und qualitätsgeleitete Implementierung des Angebots im Berliner Bezirk Lichtenberg weiter zu fördern und eine Übertragung auf andere Quartiere und Träger zu ermöglichen. Zugleich stellt es einen Beitrag zur aktuellen Berliner Strategie der Entwicklung einer integrierten Gesundheitsversorgung dar.

Hintergrund

Die „Arztpraxisinterne Sozialberatung in Lichtenberg“ wird als Beratungsangebot zu sozialen Anliegen an gegenwärtig neun Praxisstandorten von Hausarztpraxen im Berliner Bezirk Lichtenberg umgesetzt. Seit 2020 wird die Beratung auch in einzelnen Kinderarztpraxen im Bezirk angeboten. Anlass für das Projekt war ein in verschiedenen Hausarztpraxen wahrgenommener, deutlich über den medizinischen Bereich hinausgehender Beratungs- und Unterstützungsbedarf der vulnerablen Patient*innengruppen. Diese finden teilweise nur schwer Zugang zu bestehenden sozialen Hilfs- und Unterstützungsangeboten. In der Sozialberatung wird zu präventiven, gesundheitsförderlichen und teilhabeorientierten Angeboten beraten, an zuständige bezirkliche Beratungs- und Fachdienste weitergeleitet, fallbezogen bei dringendem Handlungsbedarf begleitet und beim Beantragen von Sozialleistungen unterstützt.

Die Forderung nach einer Gesundheitsversorgung, die nicht nur medizinische Erfordernisse, sondern auch soziale Lebenslagen und Unterstützungsbedarfe berücksichtigt, wurde bereits beim 83. Deutschen Ärztetag im Jahr 1980 aufgebracht (Bundesärztekammer 1985). Von unterschiedlichen im Gesundheitsbereich tätigen Akteuren wird seitdem regelmäßig auf den steigenden Handlungsdruck hingewiesen und Kritik an den bestehenden medizinischen Versorgungsstrukturen geäußert. Nationale und internationale Studien weisen zudem auf Belastungen von Ärzt*innen hin, die durch soziale Anliegen in Behandlungsabläufen entstehen.

Berlin und die Bezirke sind mit einer wachsenden Alterung der Bevölkerung und einer Zunahme von sozialen Problemlagen konfrontiert. Diese Entwicklungen gelten berlinweit, bilden sich in den Bezirken bzw. auf kleinräumlicher Ebene aber uneinheitlich ab. Zugleich gibt es in den einzelnen Stadtteilen erhebliche Unterschiede bei der Niederlassung von Hausärzt*innen. Zunehmend problematisch wird die Situation dabei in einzelnen Bezirken im Ostteil der Stadt. In den kommenden Jahren wird mit einem deutlichen Anstieg von freierwerdenden Niederlassungsmöglichkeiten und damit einhergehend mit einem erheblichen Ärztemangel gerechnet, da immer mehr Ärzt*innen das Rentenalter erreichen.

Vor diesem Hintergrund greift die gegenwärtige Berliner Landesregierung die Diskussionen um eine sektorenübergreifende und integrierte ambulante Versorgung im Gesundheitswesen auf (Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung 2022). Der Koalitionsvertrag aus dem Jahr 2021 sieht ein Landesprogramm für Integrierte Gesundheitszentren vor (Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD) et al. 2021, S. 38). Bestehende Modellprojekte aus Berliner Bezirken, die niedrigschwellige Angebote zur multiprofessionellen Gesundheitsversorgung in Gesundheitszentren (Neukölln) oder Kombi-Praxen mit Sozialberatung (Lichtenberg) umsetzen, sollen in dieses Landesprogramm überführt werden. Hierdurch sollen sich

„Potenziale und Chancen für unterversorgte und beratungsaufwändige Zielgruppen“ ergeben (Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung 2022).

Konzept für eine Arztpraxisinterne Sozialberatung

Das übergeordnete Ziel der Arztpraxisinternen Sozialberatung ist der Abbau gesundheitlicher und sozialer Ungleichheit. Die Kriterien für gute Praxis der sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung bilden als gut eingeführter Qualitätsstandard den Rahmen für die Ausgestaltung und Umsetzung des Konzeptes (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2021). Die Umsetzung folgt dem in der Gesundheitsförderung etablierten Setting-Ansatz.

Das Beratungsangebot richtet sich an vulnerable Patient*innen jeden Alters mit einem besonderen Fokus auf alte Menschen und Hochaltrige. Die Sozialberatung wird in Kooperation und enger Abstimmung mit (Haus-)Ärzt*innen angeboten und ist im Idealfall innerhalb der Praxen angesiedelt. Hierdurch ist ein sehr niedrigschwelliger Zugang zu Beratung gegeben, der insbesondere schwer erreichbaren Zielgruppen dient.

Den Patient*innen wird bei Bedarf eine Beratung zur Unterstützung bei sozialen Anliegen angeboten. Soziale und komplexe Problemlagen können in Zusammenarbeit mit den Ärzt*innen frühzeitig erkannt und präventiv bearbeitet werden. Mit angemessenen und bedarfsgerechten Interventionen kann eine Verschärfung von problematischen Lebenslagen verhindert werden. Dabei stehen der Erhalt der Selbstständigkeit, der Wunsch nach Autonomie und Selbstbestimmung sowie die Stärkung von Selbsthilfekompetenzen im Zentrum. Zudem können positive Effekte zur Vermeidung von Krankheiten (Prävention) und auf Krankheitsverläufe erzielt sowie der Eintritt von Pflegebedürftigkeit hinausgezögert werden. Darüber hinaus entlastet die Sozialberatung Ärzt*innen, indem soziale Anliegen aus dem Behandlungsgespräch ausgegliedert werden.

Die Sozialberatung orientiert sich methodisch an den Grundsätzen des Case- und Care-Managements. Im Zentrum steht eine individuelle patientenzentrierte Fallführung mit dem Ziel der ressourcenorientierten psychosozialen Stärkung und Stabilisierung der Patient*innen. Ein inhaltlicher Fokus liegt auf den Themen Prävention und Unterstützung und in der Ausgestaltung der Vermittlungs- und Lotsenfunktion. Zum Leistungsumfang der Sozialberatung zählen:

- Information zu Angeboten und Unterstützungsmöglichkeiten im Quartier,
- Weiterleitung an andere Beratungsstellen, Freizeitangebote, Selbsthilfegruppen
- Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen aus den SGB und weiteren Bereichen
- Vermittlung niedrigschwelliger Hilfsangebote, Besuchs- und Begleitdienste
- Begleitung bei Prozessen und Krisen
- Aktivierung von Selbsthilfepotentialen, Stärkung von Gesundheitskompetenz
- Moderation in familiären oder sozialen Konflikten

Das vorliegende Konzept beschreibt den Leistungsumfang der Sozialberatung und die Umsetzung in Kooperation mit Arztpraxen. Zudem werden Empfehlungen zur Arbeitsorganisation, Dokumentation, Evaluation und zum Qualitätsmanagement gegeben.

Bundesärztekammer (1985): Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Sozialarbeitern. Bekanntmachung. In: *Deutsches Ärzteblatt* 82 (3), S. 124–125.

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Hg.) (2021): Kriterien für gute Praxis der sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung. Berlin.

Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung (2022): Eckpunktepapier für das Landesprogramm Integrierte Gesundheitszentren in Berlin, 16.11.2022.

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

1. Einführung

Mit dem Projekt „Arztpraxisinterne Sozialberatung in Lichtenberg“ wird ein Beratungsangebot zu sozialen Anliegen insbesondere für vulnerable Personengruppen an gegenwärtig neun Praxisstandorten von Hausarztpraxen im Berliner Bezirk Lichtenberg integriert¹. Hintergrund des Projektes war ein in verschiedenen Hausarztpraxen wahrgenommener, deutlich über den medizinischen Bereich hinausgehender Beratungs- und Unterstützungsbedarf bei älteren und hochaltrigen Menschen, die teilweise nur schwer Zugang zu bestehenden sozialen Hilfs- und Unterstützungsangeboten finden. Um es dieser Patientengruppe zu ermöglichen, niedrigschwellig Hilfe und Unterstützung zu erhalten, wird in den projektbeteiligten Arztpraxen eine Sozialberatung durch externe Sozialberater*innen des Vereins soziale Gesundheit e. V. angeboten. Diese beraten insbesondere ältere Patient*innen/Klient*innen² zu präventiven, gesundheitsförderlichen und teilhabeorientierten Angeboten, leiten an zuständige bezirkliche Beratungs- und Fachdienste weiter, begleiten fallbezogen bei dringendem Handlungsbedarf und suchen die Patient*innen dafür bei Bedarf in ihrer Häuslichkeit auf, unterstützen beim Ausfüllen von Formularen und Beantragen von Sozialleistungen, vermitteln praktische Hilfs- und Unterstützungsangebote im Quartier und leisten, wenn nötig, emotionalen Beistand.

Das hier vorliegende fachliche Konzept beschreibt die Hintergründe, Ziele und Inhalte des Projekts und stellt für die Projektbeteiligten die zentrale Grundlage ihres Handelns dar. Es bündelt die bislang aus dem Projekt „Arztpraxisinterne Sozialberatung in Lichtenberg“ gewonnenen Erkenntnisse und soll die nachhaltige und qualitätsgeleitete Implementierung des Angebots im Berliner Bezirk Lichtenberg weiter fördern. Es dient insbesondere dazu (angelehnt an Graf et al. 2021, S. 100 ff),

- die Arbeit des Vereins soziale Gesundheit e. V. im Rahmen des Projekts „Arztpraxisinterne Sozialberatung in Lichtenberg“ nach innen und außen anschaulich und transparent zu machen,
- für die in diesem Projekt eingesetzten Mitarbeiter*innen einen Handlungs- und Orientierungsrahmen zu schaffen und sie gleichzeitig auf deren Umsetzung zu verpflichten,
- bei der Neueinstellung von Mitarbeiter*innen das Anforderungsprofil und die Erwartungen zu klären,
- für interne Fortbildungen als Grundlage und Ausgangspunkt zu dienen,
- der Projektleitung ein fachliches Instrument zur Planung und Koordinierung des Angebotes an die Hand zu geben,
- es dem Träger soziale Gesundheit e. V. zu erleichtern, seine Verbindlichkeit und sein Handeln, dessen Arbeitsergebnisse und Wirkungen, zu prüfen sowie
- die Schnittstellen zu anderen Akteuren der professionellen fachlichen Arbeit zu bestimmen.

Zusätzlich soll dieses Konzept anderen Akteuren über den Bezirk Lichtenberg hinausgehend als Anregung dienen und dazu motivieren, vergleichbare Projekte auf den Weg zu bringen. Innerhalb Berlins soll es auch als Einladung verstanden werden, sich gemeinsam Gedanken zum Aufbau einer integrierten gesundheitlichen Versorgungsstruktur zu machen, die präventive, soziale und

¹ Hinzugekommen sind im Projektverlauf im Jahr 2021/2022 zwei Kinderarztpraxen im Bezirk Lichtenberg. In diesen Praxen ist die Sozialberatung mit anderen Zielgruppen und fachlichen Fragestellungen konfrontiert als sie in diesem Konzept dargestellt sind, das sich stärker auf die Zielgruppe ältere Patient*innen bezieht. Methodisch wird in den Kinderarztpraxen aber in einer vergleichbaren Form vorgegangen und gearbeitet.

² Beide Formen der Ansprache werden in diesem Konzept genutzt. Bei medizinischen Behandlungen und einer passiveren Rolle der Hilfesuchenden wird üblicherweise von Patient*innen, bei stärker dienstleistungsorientierten Angeboten und einer aktiveren Rolle der Hilfesuchenden von Klient*innen gesprochen.

medizinische Angebote so miteinander verbindet, dass gesundheitliche Bedarfslagen von Patient*innen in Zukunft ganzheitlicher wahrgenommen und bearbeitet werden können.

Das vorliegende Konzept wurde durch das Institut für Gerontologische Forschung e. V. in Zusammenarbeit mit soziale Gesundheit e. V. erarbeitet. Zugrunde liegt der Konzeptentwicklung die Auswertung der Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts „Arztpraxisinterne Sozialberatung in Lichtenberg“ aus den Jahren 2020 und 2021 (vgl. Stellmacher und Wolter 2022, 2021). Das Konzept orientiert sich an den Kriterien für Gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. Dargestellt werden die Ziele, Zielgruppen, Arbeitsweise und Handlungsfelder der Arztpraxisinternen Sozialberatung sowie Anforderungen an die interne Arbeitsorganisation, die Qualitätssicherung und den Datenschutz.

Damit das Konzept die Arbeitspraxis im Projekt „Arztpraxisinterne Sozialberatung in Lichtenberg“ widerspiegelt, wurde es gemeinsam mit den Projektmitarbeiter*innen in einem partizipativen Prozess erarbeitet. So konnten die bisherigen Erfahrungen eingebracht, eine Auseinandersetzung mit aktuellen fachlichen Ansätzen und strukturellen Bedingungen angeregt und die gegenwärtige Praxis auf ihre Tauglichkeit hin überdacht werden. Die Praxiserfahrungen aus dem Modellprojekt werden dem Konzept an den passenden Stellen als farblich gekennzeichnete Ergänzungen und Anmerkungen hinzugefügt. Sie dienen als Anregungen für die Umsetzung des Konzeptes durch weitere Träger und in anderen Sozialräumen.

Das Konzept wird gerahmt von der Darstellung aktueller Diskurse zur sektorenübergreifenden und integrierten Versorgung im Gesundheitswesen. Hierbei werden Handlungsansätze und Diskussionen auf bundesdeutscher Ebene sowie aktuelle Ansätze zur Stärkung einer integrierten Versorgung in Berlin vorgestellt. Im letzten Kapitel erfolgt der Versuch einer Einordnung der Arztpraxisinternen Sozialberatung in die gegenwärtigen und geplanten Entwicklungen der Berliner Versorgungslandschaft.

2. Berücksichtigung sozialer Lebenslagen und Bedarfe in einer sektorenübergreifenden und integrierten gesundheitlichen Versorgung

Die Forderung nach einer Gesundheitsversorgung, die nicht nur eine medizinische Grundversorgung gewährleistet, sondern deren soziale Lebenslagen und Unterstützungsbedarfe berücksichtigt, wird in Deutschland seit geraumer Zeit diskutiert.³ Von unterschiedlichen im Gesundheitsbereich tätigen Akteuren wird dabei auf den wachsenden Handlungsdruck hingewiesen und Kritik an den bestehenden medizinischen Versorgungsstrukturen und den ihnen zugrundeliegenden Vorstellungen geäußert. Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der Strukturen im Gesundheitssektor wurden erarbeitet. In den folgenden Abschnitten werden aktuelle bundesweit diskutierte Rahmenbedingungen, Tendenzen und Vorschläge vorgestellt.

Die beispielhaft dargestellten Ansätze verweisen auf die wachsenden Versorgungsbedarfe und gegenwärtig immer deutlicher werdenden Defizite und Lücken in der ambulanten Versorgungsstruktur. Dabei stellt mit Blick auf vulnerable Personengruppen insbesondere die Überwindung von ungleichen Gesundheitschancen, die durch strukturell unterschiedliche Rahmenbedingungen und Lebenslagen bedingt sind, eine erhebliche Herausforderung dar.

2.1 Handlungsansätze einer sektorenübergreifenden und integrierten Versorgung im Gesundheitswesen

Eine wichtige Positionsbestimmung im Hinblick auf die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens war in jüngerer Vergangenheit das vom Kooperationsverbund gesundheitsziele.de⁴ im Jahr 2012 formulierte nationale Gesundheitsziel „Gesund älter werden“. Älteren Menschen soll mit dieser Zielstellung überall in Deutschland ein gesundes, aktives und selbstbestimmtes Leben im Alter ermöglicht werden. Um dies bei dem für die kommenden Jahre prognostizierten relativen und absoluten Anstieg der Zahl älterer Menschen erreichen zu können, forderte die Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e. V. (BAGSO) im Jahr 2013 entsprechende Voraussetzungen im deutschen Gesundheitswesen zu schaffen (Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e. V. (BAGSO) 2013). Ältere Menschen sollen bei Krankheit medizinisch, psychosozial und pflegerisch gut versorgt werden (Teilziel 6) (ebd.) und dafür sollen die unterschiedlichen Gesundheitsberufe patientenorientiert und koordiniert zusammenarbeiten (Teilziel 7) (ebd.).

Vor dem Hintergrund wachsender Versorgungsbedarfe und gegenwärtig immer deutlicher werdender Defizite und Lücken in der ambulanten und stationären Versorgungsstruktur werden heute insbesondere Zugangswege zur gesundheitlichen Versorgung, die chancengleiche Sicherung von Versorgungsstandards und -qualität und der Ausbau und die Förderung der intersektoralen Zusammenarbeit erörtert. Dabei sehen Rosenbrock und Gerlinger (2006, S. 153) bei der gegenwärtigen Ausgestaltung des medizinischen Versorgungssystems einen besonderen Mangel in

³ Bereits im Jahr 1980 verabschiedete der 83. Deutschen Ärztetag in Berlin seine „Gesundheits- und Sozialpolitischen Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft“, die in der Folge zu einer Empfehlung des damaligen gemeinsamen Ausschusses „Rehabilitation“ der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen und Sozialarbeiter*innen führten und teilweise heute noch diskutierte und nur ansatzweise verwirklichte Aufgabenteilungen vorschlugen (vgl. Bundesärztekammer 1985.)

⁴ Der Kooperationsverbund gesundheitsziele.de ist ein seit dem Jahr 2000 etablierter Zusammenschluss von mehr als 140 unterschiedlichen Organisationen aus dem deutschen Gesundheitswesen und Akteuren aus der Politik, durch den in konsensualen Entscheidungsfindungsprozessen nationale Gesundheitsziele formuliert werden. → vgl. <https://vgv.org/de>

der unzureichenden Berücksichtigung der psychischen und sozialen Dimensionen von Krankheitsentstehung, des Krankseins und der Krankheitsbewältigung. Einen Überblick zu aktuell diskutierten Modellen zur Neuausrichtung im Gesundheitswesen bietet Tophoven (2022). Einerseits werden Modelle vorgestellt, die gezielt über bestehende Organisations- und Sektorengrenzen hinausgehen und den Auf- und Ausbau von Vernetzungsstrukturen favorisieren. Demgegenüber zeigen sich andererseits Vorschläge, die in unterschiedlicher Form auf eine Ausgestaltung von intersektoralen Gesundheitsangeboten setzen.

Auf die Notwendigkeit zur Schaffung besserer Versorgungsmodelle weist auch die Robert-Bosch-Stiftung im Jahr 2021 nachdrücklich hin (Nolting et al. 2021). Vor dem Hintergrund der zunehmenden Alterung der Bevölkerung und dem anstehenden Renteneintritt der geburtenstarken Jahrgänge (1955 bis 1965) wird in dieser Studie von einem absehbaren Mangel an Fachkräften bei einer gleichzeitigen Zunahme von älteren Patient*innen mit chronischen und Mehrfacherkrankungen ausgegangen. Um dem zu begegnen wird eine Umgestaltung des Gesundheitswesens vorgeschlagen, die Bedarfe und Anliegen von Patient*innen wieder klarer in den Mittelpunkt rückt, deutlicher als bisher auf Gesundheitsförderung und Prävention setzt, auf Bedarfe vor Ort flexibler reagiert und die auf multiprofessionell zusammengesetzte Teams setzt, die auf Augenhöhe zusammenarbeiten (ebd., S. 4).

Den Aspekt der patientengerechten, sektorenübergreifenden, medizinischen Versorgung hebt auch die Friedrich-Ebert-Stiftung in einem Positionspapier von 2017 hervor. Sie kritisiert, dass in den gewachsenen Strukturen und bei einer gleichzeitig bestehenden Fragmentierung des deutschen Gesundheitswesens weniger die Lebenssituation, die Versorgungsbedarfe und das Wohl von Patient*innen, sondern - institutionell begründet - ganz unterschiedliche System-, Organisations- und Versorgungslogiken im Vordergrund stehen (Friedrich-Ebert-Stiftung 2017, S. 8). Um im Sinne der Patient*innen zukünftig zu einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen und zugleich effektiven Versorgung zu kommen, müssten nach Auffassung der Friedrich-Ebert-Stiftung Strukturen entwickelt und aufgebaut werden, bei denen die Anliegen der Patient*innen im Mittelpunkt der Versorgung stehen (ebd.). Erforderlich sind dafür eine deutlich bessere Integration und Verzahnung von Leistungen im Gesundheitswesen und die Bereitschaft aller relevanten Professionen gemeinsam Verantwortung zu übernehmen. Als Lösungsansatz wird die Etablierung von koordinierten Versorgungspfaden vorgeschlagen, „*die besonders vulnerable Gruppen ohne ‚Um- und Irrwege‘ an die für das jeweilige Anliegen richtigen Stellen im Versorgungssystem führen*“ (ebd.).

Dabei gezielt und systematisch auch präventive, gesundheitsfördernde und rehabilitative Maßnahmen einzubinden, wird ebenfalls schon seit längerer Zeit als vernachlässigte und vertane Chance angesehen (Rosenbrock und Gerlinger 2006, S. 153), obwohl das Thema „Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten“ mittlerweile Einzug in das SGB V (§ 20a) gefunden hat. In genau dieser Herangehensweise und dem damit verbundenen Setting-Ansatz sehen Hartung und Rosenbrock (2022) gegenwärtig eine Kernstrategie der Gesundheitsförderung. Mit dem Setting-Ansatz werden Alltags- und Sozialzusammenhänge mit ihrem Einfluss auf die Gesundheit von Menschen in den Mittelpunkt gerückt. Dabei können diese Alltags- und Sozialzusammenhänge räumlich – bspw. im Quartier – bestehen, sie müssen es aber nicht zwangsläufig. Ein Setting bzw. eine Lebenswelt kann sich an bestimmten Orten durch formale Organisationen (z. B. Betrieb, Verein, Schule, Kita, Pflegeheim) oder regionale Situationen (z. B. Kommune, Stadtteil, Quartier), genauso wie bspw. durch soziale Bezüge (z. B. Familie, Peer-Group, Fangruppe), gleiche Lebenslagen (z. B. Arbeitnehmer*innen, Rentner*innen) oder gemeinsame Werte bzw. Präferenzen (z. B. Religion, sexuelle Orientierung) konstituieren (ebd.). Gesundheit wird in diesen unterschiedlich ausgeprägten Zusammenhängen als Ergebnis gesundheitsförderlicher bzw. -erhaltender Faktoren auf der einen und

gesundheitsbelastender individueller, sozialer oder ökologischer Einflussfaktoren auf der anderen Seite verstanden (ebd.).

Der Setting-Ansatz weist wiederum eine große Nähe zum lebensweltlich orientierten Handlungsansatz der Sozialen Arbeit auf. Die lebensweltorientierte Soziale Arbeit verbindet immer die Analyse von vielfältig ausgeprägten spezifischen Lebensbedingungen mit ihrem Handeln (Thiersch et al. 2012). Als strukturgebend für die Ausgestaltung der Lebenswelten werden dabei soziale, räumliche und zeitliche Dimensionen angenommen (ebd.). Dementsprechend schließt die lebensweltlich ausgerichtete Soziale Arbeit mit ihren Hilfs- und Unterstützungsangeboten an diese Dimensionen an. Dabei wird das Verstehen der jeweiligen Ausprägung dieser Dimensionen als Kontext für das Handeln und die soziale Praxis von Menschen an den Anfang gestellt (vgl. u. a. Königeter 2022). Auf der Grundlage dieses Verstehens werden dann gemeinsam mit den Zielgruppen der Sozialen Arbeit deren Handlungsmöglichkeiten erschlossen und Hilfeformen gemeinsam erarbeitet (ebd.). Bei einem sozialräumlichen Blick auf die Lebenswelten werden vorhandene Angebote und Bedingungen im Hinblick auf ihre Passung zu den Bedürfnissen der Zielgruppen geprüft bzw. fehlende sozialräumliche Ressourcen identifiziert und als Ausgangspunkt für die Beratung und Unterstützung oder für die Weiterentwicklung sowie Schaffung von bedarfsgerechten Angeboten genutzt.

Eine zentrale Frage im Hinblick auf die Implementierung eines settingorientierten und lebensweltlichen Versorgungsmanagements im Gesundheitswesen ist, wo und in welcher Form dieses für die Patient*innen verortet werden kann. Die Robert-Bosch-Stiftung weist dabei insbesondere für ältere Menschen auf die Schlüsselrolle der Allgemeinmedizin und der hausärztlichen Versorgung hin. Ambulante Hausarztpraxen sind mit ihrem medizinischen Fachpersonal regelmäßig im Kontakt mit einem Großteil von älteren Menschen und stellen für sie die zentrale Anlaufstelle im Gesundheits- und Versorgungssystem dar. Nach dem Arztreport der Barmer Ersatzkasse hatten 2017 deutschlandweit innerhalb der Altersgruppe „65 Jahre und älter“ zwischen 94,2 % (65- bis 69-jährige Männer) und 98,6 % (über 90-jährige Frauen) der Versicherten mindestens einen Arztkontakt im Jahr (Grobe et al. 2019). Kennzeichnend ist dabei eine meist über Jahre hinweg gewachsene Beziehung der Hausärzt*innen zu den einzelnen Patienten*innen und Patientengruppen sowie je nach Praxisstandort ein Zugang zu sehr unterschiedlichen sozialen Milieus. Insofern bietet die bestehende hausärztliche Versorgungsstruktur grundsätzlich gute Anknüpfungspunkte für den Ausbau eines koordinierenden Versorgungsmanagements im deutschen Gesundheitswesen und ist für ihre Patient*innen niedrigschwellig erreichbar.

Einen Fingerzeig zur Ausgestaltung des Versorgungsmanagements im Zusammenhang mit Hausarztpraxen bot schon das zwischen 1992 und 1996 durchgeführte (Modell-)„Projekt Ambulantes Gerontologisches Team (PAGT)“. Ziel dieses Projekts war die Lebensqualität älterer Menschen und ihrer Angehörigen über ein multidisziplinäres Team in Hausarztpraxen zu verbessern (Döhner et al. 2002). Ein Kernelement des Ansatzes bestand in einem professionell umgesetzten Case- und Care-Management (ebd.). Case- und Care-Management wird in der Literatur als methodischer Ansatz verschiedener Handlungsfelder (bspw. in der Sozialen Arbeit, in der Pflege oder in Krankenhäusern) mit unterschiedlichen Handlungsweisen und Zielstellungen diskutiert. Die Konzeptualisierung erfolgt u. a. als Modell mit einer reinen Lotsenfunktion bzw. Vermittlungstätigkeit („broker model“), zur Unterstützung und Rehabilitation („rehabilitation model“), als Verfahren zur (Ein-)Übung eines selbstständigen Lebens im Gemeinwesen oder als Modell zu Stärkung von Personen („strength model“) (vgl. Wendt 2018, S. 20). Unterschieden wird auch, ob das Case- und Care-Management tendenziell eher als Verfahren zur Optimierung von Abläufen in Institutionen und Einrichtungen (z. B. konstruierte Patientenpfade in Krankenhäusern, die je nach Diagnose die Abläufe von der Aufnahme bis zur Entlassung der Patient*innen definieren) oder im Sinne einer individuellen Fallführung entlang

von komplexen individuellen Bedarfslagen umgesetzt wird (ebd., 36ff). Unabhängig davon wird als ein wichtiges Charakteristikum des Case- und Care-Managements auf die erforderliche interdisziplinäre und intersektorale Zusammenarbeit verschiedener Professionen und deren Koordination hingewiesen (u. a. Kollak und Schmidt 2016, S. 6). Auf diesem Wege soll für Klient*innen/Patient*innen über strukturelle und organisatorische Grenzen hinweg eine Versorgungskontinuität hergestellt und gesichert werden (ebd., S. 7).

Diskutiert werden die unterschiedlichen Modelle und Herangehensweisen zur Entwicklung des Gesundheitssystems auch von politischer Seite. So hat die gegenwärtige Bundesregierung in ihrem Koalitionsvertrag angekündigt, eine sektorenübergreifende Gesundheits- und Pflegepolitik in Deutschland gestalten zu wollen (SPD, BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN, FDP 2021, S. 66). Offen lässt sie dabei bisher allerdings, wie dies im Detail ausgestaltet werden soll. Mit der seit dem Sommer 2022 eingebrachten Gesetzesinitiative des Bundesgesundheitsministers zur bundesweiten Einrichtung des in Hamburg erprobten „Gesundheitskiosk“ wird aber eine Stoßrichtung erkennbar und kontrovers diskutiert, die sich am Setting „Quartier“ und den Bedürfnissen benachteiligter Menschen orientiert.⁵ Das Hamburger Modell setzt auf *„ein patientenorientiertes und sektorenübergreifendes Gesundheitsnetzwerk [...], das alle an der Gesundheitsversorgung beteiligten Bereiche, Einrichtungen und Berufsgruppen einbezieht“* (Wild et al. 2021, S. 12). Wichtiger Teil dieses Netzwerkes ist der Gesundheitskiosk als niedrigschwellige und unterstützende Stadtteilinstitution, die die medizinischen Versorgungseinrichtungen mit sozialen Einrichtungen aus dem Quartier verknüpft und als unabhängige und niedrigschwellige Anlauf- und Vermittlungsstelle für Patient*innen und leistungserbringende Institutionen fungiert (ebd., S. 14).

Kritisiert wird dieser Ansatz bspw. von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin, die einen neuen Ansatz als nicht zielführend ansieht (Christophers 2022). Sie schlägt stattdessen die Stärkung der ambulanten Versorgung mit Hilfe bestehender Modelle vor, wie Nichtärztliche Praxisassistent*innen (NäPa), ambulante Pflegedienste oder die von der KV in Berlin geförderten Kiezschestern in Praxisnetzen (ebd.). Nicht weit genug gehen die Gesundheitskioske dagegen der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG). Sie hebt in ihrer Stellungnahme zur Gesetzesinitiative hervor, dass hiermit die überfällige Neuausrichtung des Gesundheitswesens angegangen, das bio-psycho-soziale Gesundheitsverständnis entsprechend der WHO-Definition gestärkt sowie eine lebensweltlich orientierte Versorgung und Beratung ausgebaut werden können (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. 2022). Die DVSG fordert bei der Einrichtung von Gesundheitskiosken u. a. aber noch konsequenter die Förderung von Gesundheitskompetenz und die Schaffung von gesundheitsfördernden Rahmenbedingungen mitzudenken, die Grundkonzeption der Gesundheitskioske entlang regionaler Bedarfe flexibel gestalt- und anpassbar zu halten, sicherzustellen, dass Akteure des Gesundheits- und Sozialwesens vor Ort enger zusammenarbeiten und bei der multiprofessionellen Personalausstattung der Gesundheitskioske die Fachkräfte der Sozialen Arbeit einzubeziehen (ebd.). Um für die Patient*innen im Einzelfall zu einer passgenauen Versorgung zu kommen, soll dabei der Aufbau von Doppelstrukturen vermieden und die Weiterentwicklung von bestehenden Angeboten zu Gesundheitskiosken als Baustein des Versorgungsmanagements ermöglicht werden (ebd.).

Die in den vergangenen Jahren erprobten Modelle zur Entlastung von Allgemeinmediziner*innen und Hausarzt*innen, wie bspw. speziell qualifizierte Medizinische Fachangestellte (MFA), Versorgungsassistent*innen in der Hausarztpraxis (VERAH) oder die Nichtärztlichen Praxisassistent*innen (NäPa), orientieren sich bisher noch relativ eng an typisch medizinischen

⁵ Vgl. zu den Eckpunkten dieser Initiative <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/g/gesundheitskiosk.html>

Behandlungsaufgaben und weniger an weitergehenden psychosozialen Versorgungsbedarfen, wie sie sich gerade bei älteren Patient*innen verstärkt ergeben können. Die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (2013) weist in diesem Zusammenhang auf die Möglichkeit der Integration einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit in ambulante Behandlungsprozesse hin. Damit kann ein Versorgungsangebot etabliert werden, das im Hinblick auf die Patient*innen unter anderem dazu beiträgt,

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

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Bereichen der Gesundheitsversorgung und der Sozialen Arbeit wird aber auch als voraussetzungsvoll beschrieben. Einer Befragung von Sozialberater*innen zufolge sind eine fehlende Erreichbarkeit und ein geringes Problembewusstsein von Ärzt*innen wichtige Hinderungsgründe für eine gelingende Zusammenarbeit (Jobst und Coppola 2021). Keefe et al. (2009) gehen davon aus, dass die Ärzt*innen und ihre Fachangestellten aus dem ambulanten medizinischen Bereich mehr Informationen über die Kompetenzen und das Rollenverständnis von Sozialarbeiter*innen benötigen. Diese Aussage korrespondiert mit dem Befund von Döpfmer et al. (2021, S. 850), wonach das Wissen über Möglichkeiten der Delegation unter Hausärzt*innen bisher noch wenig verbreitet sind. Aus Sicht von Keefe et al. (2009) kann ein gemeinsames Arbeiten in räumlicher Nähe dabei hilfreich sein. Allerdings weisen die Autor*innen auch auf die Sorge der Ärzt*innen hin, dass die interdisziplinäre Abstimmung (zu) viel Zeit in Anspruch nehmen könnte: *„I would prefer the e-mail route rather than very long, winding conversations.“* (Keefe et al. 2009, S. 590).

2.2 Hausärztlicher Auftrag und soziale Anliegen im Rahmen der medizinischen Primärversorgung

Die Rolle als primäre Anlaufstelle für die medizinische Versorgung von Patient*innen ist den Hausärzten sozialrechtlich bereits zugewiesen. Nach § 73 Abs. 1 SGB V umfassen deren Aufgaben

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

Dennoch bleiben die Chancen auf ein gesundes Leben und eine gute Versorgung im Alter in Deutschland strukturell ungleich verteilt. Durchschnittlich wurden von niedergelassenen Arzt*innen im Jahr 2019 im 4. Quartal bundesweit 863,3 Behandlungsfälle hausärztlich im ambulanten medizinischen Bereich versorgt.⁶ Im Jahr 2017 lag die durchschnittliche Konsultationszeit in Deutschland pro Patient*in bei 7,6 Minuten (Irving et al. 2017). Diese Zahlen variieren allerdings von Praxis zu Praxis und unterscheiden sich auch im regionalen Vergleich, da trotz der Bedarfsplanungs-Richtlinie bei den niedergelassenen Hausarzt*innen auf Ebene der Landkreise eine sehr heterogene Versorgungslandschaft besteht. So wurde im Jahr 2021 in der kreisfreien Stadt Flensburg mit 61,4 Hausarzt*innen je 100.000 Einwohner*innen deutschlandweit die geringste Versorgungsdichte erreicht, während sie im Altenburger Land mit 101,8 Hausarzt*innen je 100.000 Einwohner*innen am höchsten war⁷. Berlin liegt hierbei mit einer Versorgungsdichte von 73,2 Hausarzt*innen pro 100.000 Einwohner*innen im unteren Mittelfeld, wobei sich die Versorgung zwischen den Berliner Bezirken stark unterscheidet. Problematisch für die zukünftige hausärztliche Versorgung von Patient*innen und die Weiterentwicklung dieser Versorgungsform ist die bundesweit ansteigende Zahl von unbesetzten Niederlassungsmöglichkeiten. Im Jahr 2019/2020 waren dies insgesamt 3.570 (Nolting et al. 2021, S. 38). Durch die Aufgabe von Hausarztpraxen ohne Nachfolger*innen (bedingt durch die Alterung von Hausarzt*innen und Praxispersonal) geht die Robert-Bosch-Stiftung bis zum Jahr 2035 von einem erheblichen Anstieg auf dann rund 10.850 unbesetzte Hausarztstühle aus (ebd., S. 39). Damit werden sich bei der gleichzeitigen Zunahme von Patientenzahlen das Arbeitsaufkommen und die Belastungen in den verbleibenden Hausarztpraxen weiter erhöhen. Eine besonders angespannte medizinische Versorgungssituation wird dabei in ländlichen Räumen und in Stadtteilen mit einer eher einkommensschwachen und in vergleichsweise schwierigen sozialen Lagen befindlichen Bevölkerung erwartet (ebd., S. 29).

Zusätzlich verstärkt wird die Belastungssituation von Allgemeinmediziner*innen und Hausarztpraxen durch die Konfrontation mit gesundheitswirksamen psychosozialen Problemlagen und Fragestellungen ihrer Patient*innen. Rüegg (2021, S. 4, mit Verweis auf Mota et al. 2019) berichtet, dass jede dritte Konsultation von Hausarzt*innen wegen der sozialen Anliegen als belastend empfunden wird. Gleichzeitig gehört der Umgang damit „zum hausärztlichen Alltag“ (Zimmermann et al. 2018). Eine Studie von Jobst und Joos (2014), in der 1.706 Patientenanliegen ausgewertet wurden, kommt zu dem Ergebnis, dass in ca. 30 % der beobachteten Fälle soziale Anliegen mehr als die Hälfte der ärztlichen Konsultationszeit einnahmen und 14,4 % der in der Befragung erfassten Konsultationen gar keine krankheitsbedingten, sondern ausschließlich soziale Gründe hatten. Die Beschäftigung mit sozialen Anliegen ist im gegenwärtigen Abrechnungssystem aber weder zeitlich noch fachlich explizit vorgesehen. Gerade der enge Zeitrahmen für ärztliche Konsultationen erschwert die Berücksichtigung von psychosozialen Problemen und Fragestellungen. Dieser Befund gilt nicht nur für Deutschland oder den deutschsprachigen Raum. Eine 2004 in den USA durchgeführte Studie machte deutlich, dass aus Sicht von Ärzt*innen und Pflegepersonal die größte Herausforderung bei der medizinischen Versorgung älterer Menschen der Umgang mit dem Zeitdruck bei der Behandlung darstellt (Keefe et al. 2009, S. 587).

Hinzu kommt, dass die sozialen Anliegen von Patient*innen häufig die fachlichen und organisatorischen Kompetenzen von Ärzt*innen überschreiten. So kommen Jobst et al. (2007) in

⁶ Jeder Behandlungsfall umfasst die Behandlung von Versicherten durch dieselbe Arztpraxis/Ärzt*in in einem Kalendervierteljahr zulasten derselben Krankenkasse. Die wiedergegebenen Daten sind auf der Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in der Rubrik Service/Gesundheitsdaten veröffentlicht: vgl. <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17023.php>

⁷ Die wiedergegebenen Daten sind auf der Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in der Rubrik Service/Gesundheitsdaten veröffentlicht: vgl. <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16402.php>

einer Studie zu dem Schluss, dass bei nicht krankheitsbezogenen Patientenangelegenheiten die ärztlichen Entscheidungen einer gewissen Beliebigkeit unterliegen und dabei teilweise stark improvisiert werden. Gleichzeitig ist den Ärzt*innen der Zusammenhang zwischen einer zielgerichteten Bearbeitung sozialer Patientenangelegenheiten und der Verbesserung medizinischer Ergebnisse, bspw. in Bezug auf eine regelmäßige Einnahme von Medikamenten oder eine weniger belastende bzw. schwächere Wahrnehmung von physischen oder psychischen Symptomen, durchaus bewusst (Rüegg 2021, S. 4). Von daher erstaunt es nicht, wenn Rüegg hervorhebt, dass viele Ärzt*innen sich an dieser Stelle eine bessere Unterstützung wünschen. Eine Befragung unter Berliner Hausärzt*innen im Jahr 2018 zu ihren Unterstützungsbedarfen bestätigt diese Aussage und ergab eine überwiegend positive Einstellung sowohl zur Delegation als auch zur Substitution⁸ ärztlicher Leistungen (Döpfmer et al. 2021). Die Befragten äußerten vor allem Unterstützungsbedarf bei administrativen und koordinierenden Tätigkeiten sowie bei sozialen und sozialrechtlichen Fragestellungen. Insbesondere jüngere und weibliche Ärzt*innen zeigten sich in diesem Zusammenhang offen für kooperative Ansätze (ebd.). Im etablierten Versorgungssystem stößt eine systematische und zielgerichtete Weiterleitung an (soziale) Beratungsstellen aber an ihre Grenzen bzw. ist durch die Fragmentierung und Fluktuation bei den Angeboten erschwert. Häufig wissen Hausärzt*innen nicht von der Existenz von Beratungsstellen im Umfeld ihrer Praxen oder kennen deren Adressen und Schwerpunkte nicht (Jobst und Coppola 2021). Insofern kann ein fehlendes Management an den Schnittstellen immer auch zu Versorgungsbrüchen führen, wovon insbesondere vulnerable oder multimorbide Personen besonders betroffen sind (Braesecke und Pflug 2017).

An dieser Problemlage setzt das Modellprojekt der Arztpraxisinternen Sozialberatung an, das seit 2013 im Berliner Bezirk Lichtenberg in kooperierenden Hausarztpraxen und seit 2020 auch in Kinder- und Jugendarztpraxen eine Sozialberatung anbietet. Im folgenden Kapitel werden die demografischen, strukturellen und sozialräumlichen Rahmenbedingungen im Bezirk und Berlin vorgestellt, in die sich das Modellprojekt einbettet.

⁸ Delegation meint die Möglichkeit der Übertragung von bestimmten medizinischen Tätigkeiten an nichtärztliches, qualifiziertes Personal nach dem Direktions- bzw. Weisungsrecht. Substitution meint dagegen die selbständige und nicht weisungsgebundene Übernahme bestimmter heilkundlicher Tätigkeiten durch andere Berufsgruppen.

3. Situation in Berlin und Lichtenberg

Berlin und die Bezirke sehen sich bereits heute mit einer wachsenden Alterung der Bevölkerung und einer Zunahme von sozialen Problemlagen konfrontiert (vgl. Anhang 6.1. und 6.2). Diese Entwicklungen gelten berlinweit, bilden sich in den Bezirken bzw. auf kleinräumlicher Ebene aber höchst uneinheitlich ab. Damit sind auch die Gefahr sozialer Benachteiligung und die gesundheitliche Chancengleichheit räumlich unterschiedlich verteilt. Eine integrierte Gesundheitsversorgung sollte daher auf lokale Bedarfe in den Quartieren reagieren und die Ressourcen vor Ort integrieren.

3.1 Hausärztliche Versorgung in Berlin und Lichtenberg

Die Tendenz zu einem ungleichen Zugang zur hausärztlichen Versorgung zeigt sich in Berlin bspw. dadurch, dass es in den einzelnen Stadtteilen erhebliche Unterschiede bei der Niederlassung von Hausärzt*innen gibt. Zunehmend problematisch wird die Situation dabei in einzelnen Bezirken im Ostteil der Stadt. Zum Stichtag 01.07.2022 wiesen die Bezirke Treptow-Köpenick mit 89,7 % und Marzahn-Hellersdorf mit 87,7 % im berlinweiten Vergleich besonders niedrige Versorgungsgrade auf. Der niedrigste Versorgungsgrad mit Hausärzt*innen bestand in Lichtenberg mit 79,8 %⁹. Um einer Versorgungsknappheit entgegenzuwirken hat sich die Kassenärztliche Vereinigung Berlin vor dem Hintergrund ihres Sicherstellungsauftrags im Jahr 2020 für eine Neuausrichtung bei der Bedarfsplanung entschieden. Die Veränderung sieht für den hausärztlichen Bereich, anders als es seit 2002 in Berlin üblich war, vorläufig eine Aufteilung der Stadt in drei Planungsbereiche vor (Eißler 2020). Dabei bilden die drei am geringsten versorgten Bezirke Marzahn-Hellersdorf, Lichtenberg und Treptow-Köpenick die Planungsräume II und III und werden auf diesem Wege aus dem einheitlichen Planungsraum Berlin herausgelöst (ebd.). Durch eine mittelfristige Sperrung des Planungsbereichs I für Neuzulassungen sollen in einem über mehrere Jahre andauernden Harmonisierungsprozess in den Planungsbereichen II und III so viele neue Sitze eingerichtet werden, bis dort wieder ein Versorgungsgrad von 100 % erreicht ist und sich die Versorgungsgrade innerhalb Berlins wieder stärker aneinander angeglichen haben (ebd.). Um dies zu erreichen müssten, bezogen auf die Daten von 2020, im Planungsbereich II (Marzahn-Hellersdorf und Lichtenberg) 44,5 neue Hausarztsitze und im Planungsbereich III (Treptow-Köpenick) 33,5 neue Sitze vergeben werden (ebd., S. 19). In den kommenden Jahren muss, unabhängig von neuen Arztsitzen, mit einem deutlichen Anstieg von freiwerdenden Niederlassungen gerechnet werden, da in Berlin immer mehr Ärzt*innen das Rentenalter erreichen. Insofern wird die ambulante medizinische Versorgungssituation für die Bevölkerung in diesen Bezirken bis auf Weiteres angespannt bleiben.

3.2 Strategien für eine integrierte Gesundheitsversorgung in Berlin

Vor dem Hintergrund der in den nächsten Jahren zu erwartenden Herausforderungen bei der Gesundheitsversorgung und der sozialen Sicherung greift die gegenwärtige Berliner Landesregierung die Diskussionen über eine sektorenübergreifende und integrierte ambulante Versorgung im Gesundheitswesen auf (Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung 2022). Der Koalitionsvertrag aus dem Jahr 2021 sieht vor, ein Landesprogramm für Integrierte Gesundheitszentren aufzulegen (Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD) et al. 2021, S. 38). Bestehende Modellprojekte aus Berliner Bezirken, die niedrigschwellige Angebote zur

⁹ Ambulante Bedarfsplanung und Versorgungssteuerung – Fortschreibung gemäß Protokollnotiz zum Letter of Intent (LOI). Online verfügbar unter: https://www.berlin.de/sen/gesundheits/_assets/themen/ambulante-versorgung/2022-07-01_fortschreibung-loi.pdf [letzter Zugriff: 23.01.2023]

multiprofessionellen Gesundheitsversorgung in Gesundheitszentren (Neukölln) oder Kombi-Praxen mit Sozialberatung (Lichtenberg) umsetzen, sollen in das Landesprogramm überführt werden (ebd.). Hierdurch sollen sich „*Potenziale und Chancen für unterversorgte und beratungsaufwändige Zielgruppen*“ ergeben (Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung 2022).

Gefördert durch das Landesprogramm sollen unterschiedliche Professionen aus dem Gesundheitsbereich (Ärzt*innen, Therapeut*innen) und der Sozialen Arbeit zusammenarbeiten und durch eine aufsuchende Arbeit in den Kiezen die Zielgruppen niedrigschwellig erreichen (ebd.). Neben der bedarfsorientierten Gesundheitsversorgung sollen Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung mit dem Versorgungsangebot verzahnt und kommunale Akteure sowie die Zivilgesellschaft eingebunden werden. Das übergeordnete Ziel ist die Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung im Stadtteil. Berliner Modellprojekte, auf deren Erfahrungen sich das Landesprogramm bezieht, sind das Stadtteil-Gesundheits-Zentrum Neukölln und die Arztpraxisinterne Sozialberatung in Lichtenberg.

3.2.1 Berliner Modellprojekte: Stadtteil-Gesundheits-Zentrum Neukölln und Arztpraxisinterne Sozialberatung in Lichtenberg

Das Stadtteil-Gesundheits-Zentrum Neukölln befindet sich im Rollbergkiez und wird von dem 2016 gegründeten Gesundheitskollektiv Berlin e. V. getragen. In dem Zentrum sind unterschiedliche Gesundheits- und Nachbarschaftsangebote angesiedelt, bspw. eine allgemeinmedizinische Praxis, eine Kinderarztpraxis, ein psychotherapeutisches Angebot für Kinder und Jugendliche, eine mobile Gesundheitsberatung, ein Café sowie Nachbarschaftsprojekte. Zudem richten sich zahlreiche gesundheits- und nachbarschaftsbezogene (Info-)Veranstaltungen an die Bewohnerschaft des Quartiers.

Seit 2013 wird in Lichtenberg die Arztpraxisinterne Sozialberatung durch den Träger soziale Gesundheit e. V. angeboten.¹⁰ In inzwischen neun Hausarzt- und vier Kinderarztpraxen bietet der Verein eine Sozialberatung an, die sich vor allem an vulnerable Patient*innen richtet. Die Sozialberater*innen ebnen den Weg zu Unterstützungsleistungen sowie präventiven und gesundheitsförderlichen Angeboten, leiten an zuständige Einrichtungen im Bezirk weiter, unterstützen beim Ausfüllen von Formularen und Beantragen von Leistungen und suchen die Patient*innen bei Bedarf in ihrer Häuslichkeit auf. Das Angebot richtete sich zunächst schwerpunktmäßig an ältere Menschen und wurde inzwischen auf weitere vulnerable Gruppen sowie auf Kinder und Jugendliche bzw. Familien ausgedehnt.

Die beiden Modellprojekte verfolgen unterschiedliche Ansätze, um die Gesundheitschancen von vulnerablen und sozial benachteiligten Personen zu erhöhen. Das Gesundheitszentrum in Neukölln vereint verschiedene, einander ergänzende Angebote unter einem Dach. Hierbei handelt es sich sowohl um „klassische“ Gesundheitsversorgungsangebote (medizinische und therapeutische Versorgung) als auch um unterschiedliche soziale Angebote (Beratung, Nachbarschaftshilfe). Während die Praxen als eigenständige Niederlassungen ihren Praxisstandort im Gebäude haben,

¹⁰ Die Idee der Arztpraxisinternen Sozialberatung in Lichtenberg geht auf die Ärztin, Annelies Roloff, zurück. Am 16. November 2022 wurde Annelies Roloff anlässlich ihres 60. Dienstjubiläums für ihr Lebenswerk als Ärztin das Bundesverdienstkreuz verliehen. In der Laudatio hieß es: „*Mit der Kombination aus medizinischer Behandlung und sozialer Betreuung übernahm Dr. Roloff eine Vorreiterrolle und entwickelte ein innovatives Bild für die Arztpraxis der Zukunft.*“.

werden die weiteren (sozialen) Angebote im Zentrum von dem Gesundheitskollektiv e. V. koordiniert und teilweise mit Hilfe von ehrenamtlich Engagierten umgesetzt.

Die Arztpraxisinterne Sozialberatung ist hingegen ein räumlich flexibles Angebot, das in den kooperierenden Arztpraxen eine Sozialberatung anbietet. Die Sozialberater*innen führen Beratungen zu sozialen Anliegen durch oder setzen bei Bedarf ein individuelles Case- und Care-Management um, das sich über einen längeren Zeitraum erstrecken kann. Die Sozialberatung richtet sich an den Lebenslagen und Bedarfen der einzelnen Patient*innen aus, die überwiegend durch die Ärzt*innen an die Sozialberater*innen weitergeleitet werden. Im Gegensatz zum Gesundheitszentrum, das über seine Zentrumsfunktion in das Quartier „strahlen“ und unterschiedliche Zielgruppen erreichen kann, ist die Arztpraxisinterne Sozialberatung dezentral ausgerichtet, in Arztpraxen integriert und erreicht auf diesem Weg vor allem die Patient*innen der jeweiligen Praxis. Diesen wird ein sehr niedrigschwelliger Zugang zu Beratung geboten, während die Zielgruppen des Gesundheitszentrums meist eigenständig ihren Weg zu den Angeboten finden müssen. Der Ansatz der Arztpraxisinternen Sozialberatung in mehreren Praxen verfolgt eine bessere Versorgung der Patient*innen in der Fläche. Die zur Verfügung stehenden Fördermittel können zum hohen Anteil in die direkte (Sozial)arbeit mit den Patient*innen fließen, da Ausgaben für Gemeinkosten, wie bspw. Mietkosten, durch die Mehrfachnutzung der Praxisräume bzw. Hausbesuche entfallen oder verhältnismäßig gering ausfallen.

Im Folgenden wird das Konzept für eine Arztpraxisinterne Sozialberatung vorgestellt, das an den Erfahrungen des Modellprojektes in Lichtenberg anknüpft und sich für eine Verstetigung des Angebotes in Lichtenberg sowie für eine Übertragung auf weitere Quartiere und Träger eignet.

4. Konzept für eine Arztpraxisinterne Sozialberatung

Die Integration von Sozialberatungen in Arztpraxen wird in Deutschland bislang kaum umgesetzt. Bereits seit den 1980er Jahren wurden entsprechende Konzepte national und international diskutiert. Die sektorenübergreifende Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachbereiche und eine ganzheitliche Perspektive auf die individuelle Gesundheit sind weitgehend akzeptierte Forderungen an den Gesundheitsbereich. Vereinzelt Modellprojekte weisen auf positive Effekte einer Sozialberatung in Arztpraxen hin, wie bspw. die Schaffung eines niedrigschwelligen Zugangs vulnerabler Personen zu Beratungsangeboten oder die Entlastung von Ärzt*innen von sozialen Anliegen in den Behandlungen. Trotzdem scheitert eine breite Umsetzung bislang an strukturellen und finanziellen Barrieren.

Die „Arztpraxisinterne Sozialberatung in Lichtenberg“ in Berlin dient als Vorbild für das im Folgenden vorgestellte Konzept. Dieses wurde vor dem Hintergrund der langjährigen Erfahrungen des Trägers soziale Gesundheit e. V. mit dem Angebot einer Sozialberatung in mehreren Lichtenberger Hausarzt- und Kinderarztpraxen entwickelt. In dem Konzept wird der Aufbau und die Umsetzung einer Arztpraxisinternen Sozialberatung beschrieben. Ergänzt werden die konzeptionellen Überlegungen von Erfahrungen und Empfehlungen aus der Praxis, die in dem Lichtenberger Projekt gewonnen wurden. Das Konzept richtet sich an politische Akteure, Träger, Arztpraxen, Kommunen und Gesundheitsakteure, die eine Sozialberatung in Arztpraxen umsetzen bzw. den Weg dorthin bereiten möchten.

4.1 Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung

Das Konzept der Arztpraxisinternen Sozialberatung ist entlang der Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung entwickelt (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2021). Diese Kriterien bilden einen fachlichen Rahmen für Maßnahmen der Gesundheitsförderung, die der Verbesserung der sozial verursachten und beeinflussbaren Gesundheitschancen dienen. Es handelt sich hierbei um 12 Kriterien, die 2003 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und dem Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit erarbeitet und zuletzt 2021 überarbeitet wurden. Sie richten sich insbesondere an jene Akteure, die gesundheitsfördernde Maßnahmen für sozial benachteiligte Menschen durchführen.

Die Arztpraxisinterne Sozialberatung entspricht in ihrer Ausrichtung den Zielen der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung. Ihr übergeordnetes Ziel ist der Abbau gesundheitlicher und sozialer Ungleichheit. Insofern liegt es nahe, die Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung als Orientierung und Maßstab für das Konzept zu nutzen. Damit bildet ein etablierter Qualitätsstandard den Rahmen für die Ausgestaltung und Umsetzung dieses präventiven und gesundheitsfördernden Angebotes. Anhand der Kriterien für gute Praxis lässt sich dessen Qualität zudem regelmäßig überprüfen und gegebenenfalls nachjustieren.

Die auf der folgenden Seite dargestellte Tabelle 1 fasst im Überblick zusammen, wie und an welcher Stelle des Konzepts die Kriterien guter Praxis berücksichtigt sind.

Zielgruppenbezug	Die Maßnahmen nehmen soziallagenbezogen besonders vulnerable Patient*innen von Arztpraxen mit ihren über das medizinische Leistungsspektrum hinausgehenden Bedarfen in den Blick.
Konzeption	Das Konzept beschreibt Hintergründe und Bedarfslagen, hat einen spezifischen Zielgruppenbezug, formuliert Ziele und Maßnahmen und stellt Arbeitsweisen, Arbeitsorganisation, erforderliche Kompetenzen und Aktivitäten zur Qualitätssicherung dar.
Setting-Ansatz	Die Arztpraxisinterne Sozialberatung bezieht sich auf das Setting Quartier und zielt auf die Förderung gesunder Lebenswelten ab. Die Vernetzung mit lokalen Akteuren und der Blick auf die im Quartier bestehenden Ressourcen sind grundlegend. Auf dieser Basis werden Interventionen geplant, die sich an den individuellen Bedarfen der Patient*innen orientieren. Die Vernetzung mit anderen Akteuren dient u. a. dazu, in Stadtteil und Bezirk Angebote entsprechend der Bedarfe von vulnerablen Zielgruppen zu entwickeln.
Empowerment	Die Beratung zielt auf die Förderung von Selbstwirksamkeit, Gesundheitskompetenz und Informiertheit der Zielgruppen sowie den Erhalt ihrer Selbstständigkeit und Selbstbestimmung. Gemeinsam mit den Patient*innen werden ihre individuellen Ressourcen identifiziert und der Zugang zu vorhandenen Ressourcen im Setting geebnet.
Partizipation	Der Beratungsprozess ist patientenzentriert angelegt. Inhalte und Ziele der jeweiligen Beratung werden von den Patient*innen festgelegt. Aufgabe der Beratung ist die fachliche Unterstützung der Patient*innen bei der Suche nach individuellen Lösungen.
Niedrigschwellige Arbeitsweise	Die Sozialberatung ist in Arztpraxen angesiedelt, um den Zugang der Zielgruppen zum Angebot dezentral zu gestalten und Zugangshürden möglichst zu vermeiden. Die Beratung oder Begleitung orientiert sich an den Ressourcen und Bedarfen der einzelnen Patient*innen. Die Patient*innen müssen keine weiten Weg auf sich nehmen. Sie werden in einer vertrauensvollen Atmosphäre in ihrer eigenen (Haus)arztpraxis angesprochen. Das Beratungsangebot erfolgt direkt, zeitnah, barrierefrei und bei Bedarf als Hausbesuch.
Multiplikatorenkonzept	Die Sozialberatung arbeitet mit Multiplikator*innen auf unterschiedlichen Ebenen zusammen und informiert über die Ziele und Inhalte des Angebotes. Rückmeldungen der Multiplikator*innen werden zur Qualitätsverbesserung genutzt. Ein Austausch erfolgt bspw. in lokalen Arbeitskreisen oder Gesundheitskonferenzen.
Nachhaltigkeit	Die Maßnahmen orientieren sich an den Bedarfen von vulnerablen Patient*innen, um langfristig positive Effekte auf ihre Gesundheit zu erwirken. Ärzt*innen sollen dauerhaft entlastet werden. Das Angebot wird als Modellprojekt in Berlin-Lichtenberg umgesetzt und wissenschaftlich begleitet. Mittel für eine Verstetigung werden beantragt.
Integriertes Handeln	Die Beratungen folgen einem festgelegten Handlungskonzept, das aus dem Assessment (Problemanalyse, Zielsetzung), der Intervention (Festlegung von Maßnahmen und Planung der Umsetzung), Dokumentation und einer Selbstevaluation besteht.
Qualitätsmanagement	Die Arztpraxisinterne Sozialberatung wird durch ein kontinuierliches Qualitätsmanagement und eine Qualitätssicherung begleitet. Die Qualität von Konzept (Bedarfsgerechtigkeit), Struktur (Ausstattung), Prozessen (Umsetzung) und Ergebnissen (erreichte Wirkungen) der Beratungen wird laufend intern überprüft.
Dokumentation und Evaluation	Die Prozessschritte der Arztpraxisinternen Sozialberatung werden in Berichten dokumentiert und intern evaluiert (Selbstevaluation). Der Beratungsbericht ist Teil der Patientenakte. 2020 und 2021 wurde das Modellprojekt wissenschaftlich begleitet.
Belege für Wirkungen und Kosten	Die Wirkung einer Beratung wird während und zum Ende eines Prozesses dokumentiert und mit den im Assessment vereinbarten Zielen abgeglichen. Die für die Beratung notwendigen Ressourcen (Finanzen, Zeit etc.) werden systematisch erfasst. Der überwiegende Anteil der Gesamtkosten fließt in die Beratungsleistung und kommt somit direkt den Patient*innen zu Gute. Als Nebeneffekt werden die Ärzt*innen entlastet.

Tabelle 1: Anwendung der Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung auf die Arztpraxisinterne Sozialberatung.

4.2 Ziele der Arztpraxisinternen Sozialberatung

Die Arztpraxisinterne Sozialberatung dient der Weiterentwicklung des gesundheitlichen Versorgungsangebotes im Hinblick auf eine integrierte Versorgung. Sie bietet Patient*innen ein Beratungsangebot in Arztpraxen zur Unterstützung bei sozialen Anliegen. Mit diesem Angebot sollen soziale und komplexe Problemlagen von Patient*innen in Zusammenarbeit mit den Ärzt*innen und ihren Teams frühzeitig erkannt und möglichst präventiv bearbeitet werden. Mit angemessenen und bedarfsgerechten sozialen und gesundheitsfördernden Interventionen soll eine Verschärfung von problematischen Lebenslagen verhindert werden. Die Patient*innen werden beim Erhalt ihrer Selbstständigkeit, in ihrem Wunsch nach Autonomie und Selbstbestimmung sowie bei der Entwicklung ihrer Selbsthilfekompetenzen gestärkt. Berücksichtigt werden dabei die individuellen Interessen, Bedürfnisse und Wünsche sowie die Lebensumstände der Patient*innen. Das übergeordnete Ziel der Sozialberatung ist eine Verbesserung der sozialen Lage und Lebensqualität der Patient*innen. In der Folge sollen positive Effekte zur Vermeidung von Krankheiten (Prävention) und auf Krankheitsverläufe erzielt werden. Mit Blick auf ältere Patient*innen ist zudem die Herauszögerung des Eintritts von Pflegebedürftigkeit ein wichtiges Präventionsziel der Beratung.

Zugleich zielt die Sozialberatung darauf ab, Ärzt*innen zu entlasten, indem soziale Problemlagen aus einem Behandlungsgespräch ausgegliedert werden können. Insbesondere bei komplexen Versorgungssituationen von sozial stark belasteten Patient*innen sind Ärzt*innen zumeist nur bedingt in der Lage ihre (theoretisch) sehr umfassende Koordinationsfunktion auszufüllen. Die organisatorischen Abläufe und Sachzwänge der Praxen setzen einen engen Rahmen, in dem soziale Anliegen von Patient*innen meist nicht ausreichend angesprochen und bearbeitet werden können. Auch bestehen innerhalb der Praxen häufig nur eingeschränkte fachliche Kompetenzen und personelle Ressourcen, um Patient*innen nachhaltig und professionell bei der Bearbeitung von sozialen Anliegen zu unterstützen. Die Kooperation mit der Arztpraxisinternen Sozialberatung erleichtert es den Ärzt*innen, sich auf die medizinische Behandlung ihrer Patient*innen zu konzentrieren. Darüber hinaus ermöglicht sie den Praxen die Integration nichtärztlicher Hilfen, von Präventionsmaßnahmen und flankierenden Diensten in die ärztlichen Behandlungsmaßnahmen. Im Bedarfsfall setzen die Sozialberater*innen für einzelne Patient*innen in komplexen Lebenslagen ein begleitendes Case- und Care-Management um.

Wie stellen wir uns die Arztpraxis der Zukunft vor?

Sie praktiziert Primary Care und Primary Social Care gemeinsam.

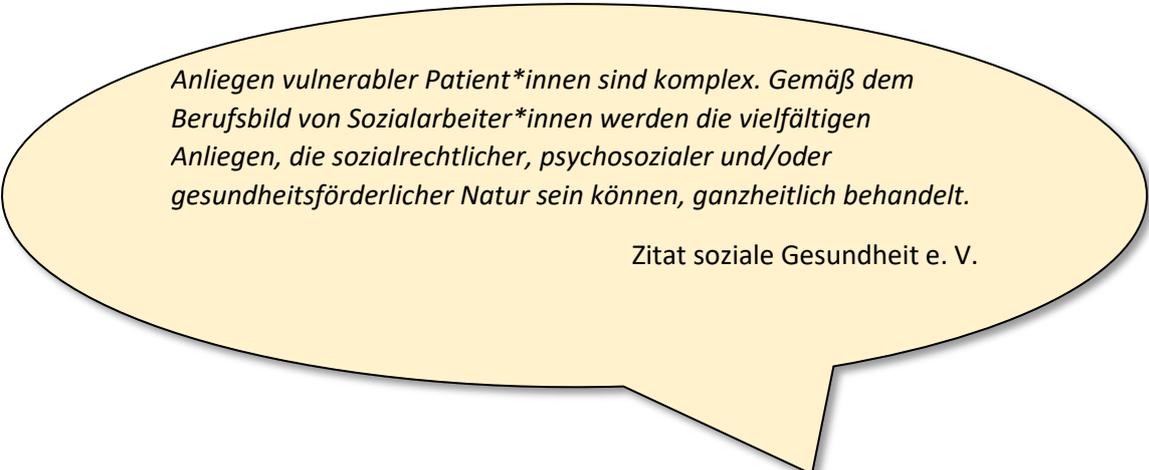
Sie fragt: Was braucht der Mensch, um gesund zu bleiben.

Sie unterstützt die Entwicklung von Resilienz und Gesundheitskompetenz als die Fähigkeit, den sozialen, körperlichen und emotionalen Herausforderungen des Lebens selbstbestimmt zu begegnen.

Zitat soziale Gesundheit e. V.

4.3 Zielgruppen der Arztpraxisinternen Sozialberatung

Das Beratungsangebot der Arztpraxisinternen Sozialberatung richtet sich primär an vulnerable Patient*innen jeden Alters mit einem besonderen Fokus auf alte Menschen und Hochaltrige. Mit steigendem Alter und insbesondere im höheren Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit für Einschränkungen der Gesundheit und Lebensqualität durch chronische Erkrankungen, für funktionelle Einschränkungen oder für komplexe Krankheitsverläufe und Multimorbidität deutlich zu. Durch die Covid-19-Pandemie hat sich die Problemlage der sozialen Isolation und damit verbundener gesundheitlicher Belastungen für viele Patient*innen noch weiter verstärkt, weil gerade besonders belastete Personen aus Angst vor Ansteckung soziale Kontakte oder Besuche von Arztpraxen vermieden haben (Stellmacher und Wolter 2022, S. 26). Über die Zielgruppe der alten und hochaltrigen Menschen hinaus ist die Arztpraxisinterne Sozialberatung ein Angebot für alle Patient*innen, die auf Grund von sozialen, physischen oder psychischen Belastungen in ihrer Alltagsbewältigung eingeschränkt sind. In Kinderarztpraxen richtet sich die Sozialberatung an Kinder und ihre Familien. Eine Weiterleitung an die Arztpraxisinterne Sozialberatung wird den Patient*innen im Allgemeinen durch die*den betreuende*n Ärzt*in angeboten.



*Anliegen vulnerabler Patient*innen sind komplex. Gemäß dem Berufsbild von Sozialarbeiter*innen werden die vielfältigen Anliegen, die sozialrechtlicher, psychosozialer und/oder gesundheitsförderlicher Natur sein können, ganzheitlich behandelt.*

Zitat soziale Gesundheit e. V.

4.4 Arbeitsweise und Handlungsfelder der Arztpraxisinternen Sozialberatung

Die Arztpraxisinterne Sozialberatung orientiert sich methodisch an den Grundsätzen des Case- und Care-Managements (vgl. Kap. 2.1). Im Zentrum stehen eine individuelle Fallführung mit eher komplexen Bedarfslagen und ein inhaltlicher Fokus auf die Themen Prävention und Unterstützung. Dabei spielen die Vermittlungs- und Lotsenfunktion sowie die ressourcenorientierte psychosoziale Stärkung und Stabilisierung von Patient*innen eine wichtige Rolle. Zum Leistungsumfang der Arztpraxisinternen Sozialberatung zählen:

- Informieren zu Angeboten und Unterstützungsmöglichkeiten im Quartier,
- Weiterleiten an andere Beratungsstellen, Freizeitangebote, Selbsthilfegruppen etc.,
- Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen aus den SGB und weiteren Bereichen,
- Vermitteln niedrigschwelliger Hilfsangebote, von Angeboten der Alltagsunterstützung, Besuchs- und Begleitdiensten,
- Begleiten im Fallverlauf und bei Krisen (Gespräche und ggf. Begleitung zu Terminen),
- Aktivieren von Selbsthilfepotentialen, Stärken von Gesundheitsverhalten und -kompetenzen,
- Moderieren in familiären oder sozialen Konflikten (bspw. in „Versöhnungsgesprächen“).

Die Fallarbeit im Case- und Care-Management beinhaltet für die Sozialberater*innen die Vermittlung gesundheitlicher, pflegerischer und sozialer Sach- und Dienstleistungen. Grundlegend für die Beratung sind dabei insbesondere Leistungen, die sich aus den unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern (SGB) ergeben. Um einen Überblick über die Angebote vor Ort zu gewinnen und

diese bei Bedarf kurzfristig aktivieren zu können, ist eine sozialraumbezogene Vernetzung mit den relevanten Akteuren hilfreich (vgl. Kap. 2.1 und 4.4.2). Mit dem Case- und Care-Management fokussiert die Arbeit der Sozialberatung auf die Bedarfe der Patient*innen im Einzelfall und bringt diese mit Sach- und Dienstleistungen von Leistungserbringern aus ihrem Wohnumfeld zusammen. Dabei bildet die Arztpraxisinterne Sozialberatung eine Schnittstelle zwischen dem gesundheitlichen und sozialen Versorgungssystem, weiteren Angeboten im Quartier und den Patient*innen.

4.4.1 Kooperation mit Arztpraxen

Die Arztpraxisinterne Sozialberatung wird in Kooperation und enger Abstimmung mit Arztpraxen angeboten. Die Beratung ist im Idealfall innerhalb von Hausarzt- oder Kinderarztpraxen angesiedelt. Sie kann aber auch in jede Art von Facharztpraxis integriert werden. Die räumliche Nähe der Sozialberatung zu den kooperierenden Arztpraxen bietet den Ärzt*innen einen engen fallbezogenen Austausch mit den Sozialberater*innen. Soziale Aspekte und Hintergrundinformationen können gezielt in die Behandlung einbezogen werden. Den Patient*innen wird durch die Integration des Angebots in die Arztpraxis der Zugang zu einer Sozialberatung erheblich erleichtert. Insbesondere Personen in schwierigen sozialen Lagen, mit geringer Bildung sowie immobile oder sozial isolierte Menschen sind oft nicht über Unterstützungsangebote informiert und suchen (zu) selten aus eigener Initiative Beratungsangebote auf. Ärzt*innen gehören häufig zu den ersten bzw. zu den wenigen Fachkräften, die Einschränkungen in der Alltagsbewältigung, einen Bedarf an Gesundheitsförderung oder eine soziale Isolation ihrer Patient*innen wahrnehmen. Mit der Sozialberatung innerhalb der Arztpraxis bietet sich ein niedrigschwelliger Zugang für die Patient*innen zu weiterführenden, unterstützenden Angeboten. Es wird verhindert, dass vor allem vulnerable Patient*innen auf dem Weg zu externen Beratungsangeboten „verloren“ werden. Dadurch ist es möglich, präventiv einer Verfestigung von problematischen Lebenslagen zu begegnen. Ein frühzeitiger Zugang zu Prävention, Hilfe und Unterstützung kann die Autonomie, die Chance auf Selbstverwirklichung und die soziale Teilhabe verbessern und somit zu einem Abbau von gesundheitlicher und sozialer Ungleichheit beitragen.

Leistungen im Case-Management durch soziale Gesundheit e. V.:

- Befragungen zur Lebensqualität und zu subjektiver Gesundheit
- Aufzeigen von gesundheitsfördernden und präventiven Angeboten sowie von Angeboten zur Unterstützung im Alltag
- Beratung zu Hitzeschutzmaßnahmen, Notfallvorsorge
- Beratung und Vorsorge zum Lebensende
- Organisation von Hilfs- und Präventionsangeboten
- Organisation von Palliativversorgung, Hospizplätzen, Trauerbegleitung
- Begleitung und Unterstützung von Klient*innen mit psychosozialen Anliegen
- Unterstützung bei der Beantragung finanzieller und sozialer Leistungen
- Unterstützung bei Begutachtungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung
- Vermittlung und Überleitung zwischen stationären und ambulanten Bereichen, Entlassmanagement in Abstimmung mit dem Sozialdienst des Krankenhauses
- Förderung von sozialen Kontakten, Mobilität und gemeinschaftlichen Erlebnissen in Kooperation mit Nachbarschaftszentren und Begegnungsstätten
- Gespräche mit Angehörigen, Versöhnungsgespräche

Es empfiehlt sich, als Grundlage der Zusammenarbeit eine schriftliche Kooperationsvereinbarung zwischen dem Träger der Sozialberatung und der jeweiligen Arztpraxis abzuschließen. In dieser werden die Bedingungen der Zusammenarbeit festgehalten. Sie muss auf die jeweiligen

Voraussetzungen in den Praxen sowie entlang der gegenseitigen Erwartungen der Kooperationspartner*innen zugeschnitten werden. In dem Kooperationsvertrag sollten die räumlichen, organisatorischen und technischen Voraussetzungen für die Umsetzung der Sozialberatung, Sprechzeiten, Weiterleitungen der Patient*innen durch die Ärzt*innen, Berichterstattung durch die Sozialarbeiter*innen an die Ärzt*innen, Zuständigkeiten bei der Organisation (Terminvergabe, Kontaktdatenpflege von Netzwerkpartner*innen etc.), die Schweigepflichtentbindung sowie der Datenschutz und die Nutzung von Patientendaten dargestellt und geregelt werden.

Die Zusammenarbeit zwischen den Sozialberater*innen, den Ärzt*innen und dem Praxisteam wird auf Augenhöhe und mit gegenseitiger fachlicher Wertschätzung angestrebt. Wünschenswert ist eine direkte, unbürokratische und unkomplizierte Kommunikation sowie ein niedrigschwelliger Zugang zur Beratung für die Patient*innen. Im Idealfall wird daher das Beratungsangebot direkt in den Räumlichkeiten einer Praxis, einer Gemeinschaftspraxis oder eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) angeboten. Um die Beratung in einem geschützten Rahmen stattfinden zu lassen, sollte den Sozialberater*innen für ihre Sprechzeiten ein abgeschlossener Raum zur Verfügung stehen. Wenn eine Beratung innerhalb der Praxis nicht möglich ist, weil bspw. hierfür kein Raum zur Verfügung steht oder die*der Patient*in die Praxis aus gesundheitlichen Gründen nicht aufsuchen kann, kann die Beratung im Rahmen eines Hausbesuches erfolgen. Grundlegend sollte sein, dass die Beratung die*den Patient*in erreicht. Um die Koordination der Beratung in verschiedenen Praxen und die Integration in den Praxisbetrieb zu erleichtern, werden mit den Arztpraxen feste Sprechzeiten vereinbart, zu denen die Sozialberater*innen in der Praxis anwesend bzw. ansprechbar sind. Die Beratungstermine sollten in einem gesonderten digitalen oder analogen Terminkalender dokumentiert werden, der sowohl von den Sozialberater*innen als auch von den Ärzt*innen und ihren Mitarbeiter*innen einsehbar ist.

Wie konnten Arztpraxen für die Zusammenarbeit gewonnen werden?

- *Mut fassen und loslegen.*
- *Briefe mit Kurzvorstellung des Trägers und Kurzkonzept zum Projekt formulieren und Praxen anschreiben. Manche reagieren darauf.*
- *Kontakt zu Ärztenetzwerken aufbauen und das Projekt dort bei Veranstaltungen vorstellen und das Gespräch suchen.*
- *Bestehende Kontakte unter Ärzt*innen nutzen und das Projekt durch sie weiterempfehlen lassen.*
- *Geduldig sein und gegebenenfalls nachfassen.*
- *Termin für Erstgespräch vereinbaren und bereits beim Erstgespräch alle wesentlichen Aspekte der Zusammenarbeit ansprechen und klären.*

*Die Praxen sind durch die Anzahl der Patient*innen sehr belastet. Dennoch kann nicht davon ausgegangen werden, dass das Potential und der Nutzen einer Arztpraxisinternen Sozialberatung gleich erkannt wird. Insofern müssen die Argumente bei den sich ergebenden Gelegenheiten knapp, präzise und verbindlich vorgetragen werden.*

Aus der Praxis von soziale Gesundheit e. V.

4.4.2 Setting-Ansatz der Arztpraxisinternen Sozialberatung

Die Arztpraxisinterne Sozialberatung verfolgt den in der Gesundheitsförderung etablierten Setting-Ansatz (vgl. Kap. 2.1). In dem jeweiligen Quartier, in dem sich die kooperierende Arztpraxis befindet,

identifizieren die Sozialberater*innen für die Beratung relevanten Angebote und Dienstleistungen. Als Kriterien für die Erfassung dienen Angaben zu Zugänglichkeit, Verfügbarkeit, Kontinuität, Fachlichkeit und Relevanz für die Zielgruppen der Sozialberatung. Zudem werden Kontakte zu Akteuren und Netzwerken für eine potentielle Zusammenarbeit bzw. für die Weiterleitung der Patient*innen aufgebaut. Die Arbeit der Arztpraxisinternen Sozialberatung zielt im Sinne des Care-Managements auf eine Verbesserung des Zusammenspiels von Akteuren in den jeweiligen Quartieren. Dabei ist das Spektrum an potentiell relevanten Akteuren breit gefächert (vgl. Abbildung 1).

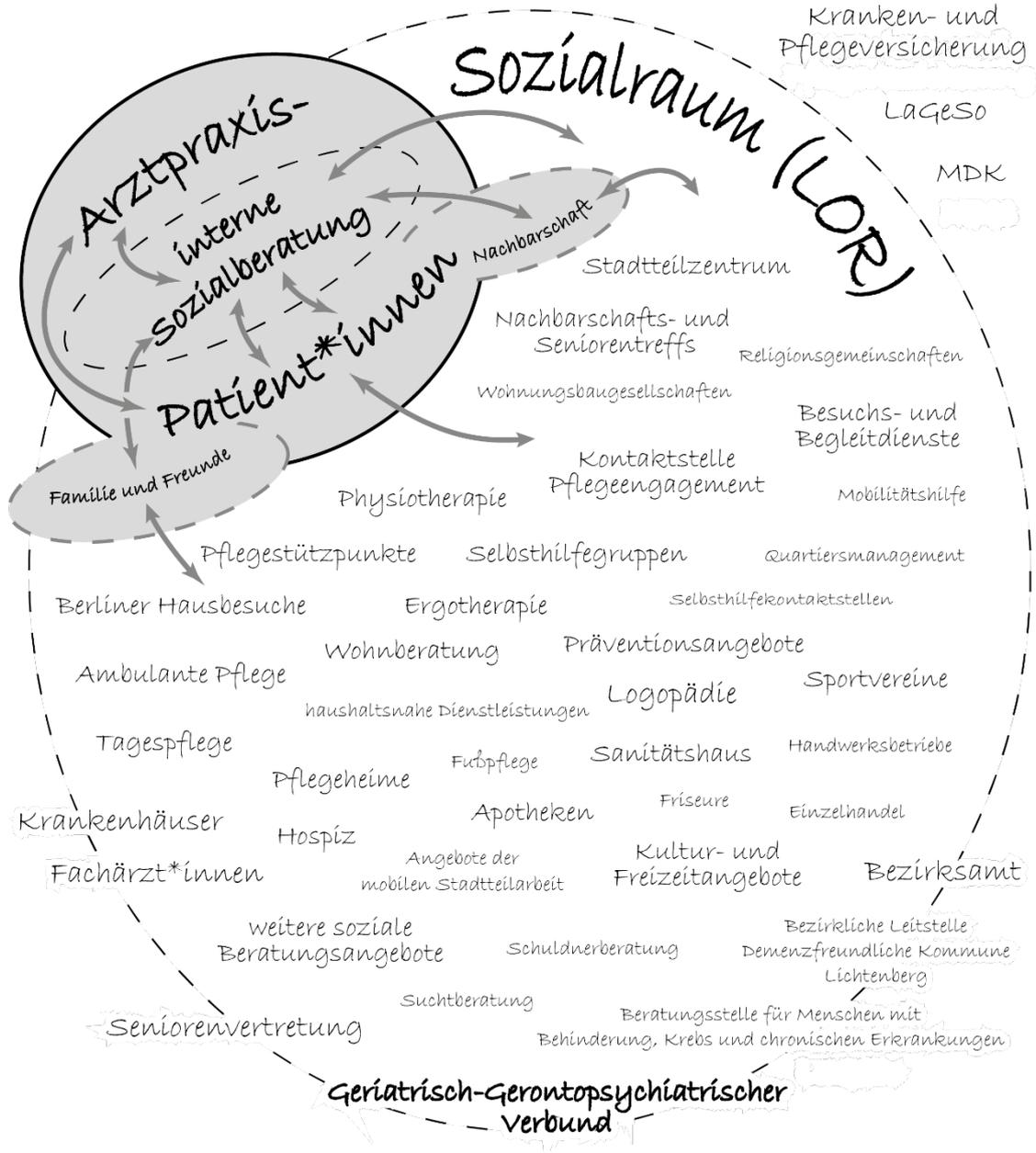


Abbildung 1: Potentielle Akteure, Angebote und Dienstleistungen im Quartier.

Die vielen gesundheitsförderlichen sowie sozial-kulturellen Angebote in Lichtenberg sind einzigartig für uns. Auf die können wir schnell, direkt und verlässlich zugreifen, weil wir uns kennen vom Gesundheitsbeirat, von der Lichtenberger Gesundheitskonferenz, von Netzwerken und Arbeitskreisen.

Zitat soziale Gesundheit e. V.

Gemeinsam mit den Patient*innen prüfen die Sozialberater*innen, welche Angebote und Dienstleistungen für sie geeignet und nutzbar sind. In den Beratungsprozessen kann zudem sichtbar werden, welche Angebote im Quartier fehlen oder sich für eine bessere Zugänglichkeit und Nutzbarkeit weiterentwickeln sollten. Diese Erkenntnisse können zur Verbesserung von präventiven und Unterstützungsstrukturen über Netzwerke, wie bspw. den Geriatriisch-Gerontopsychiatrischen Verbund (GGV) oder den Gesundheitsbeirat, an die Akteure im Quartier zurückgespiegelt werden. Als räumliche Orientierung und Abgrenzung der jeweiligen Quartiere können die Lebensweltlich orientierten Räume (LOR) dienen, die in Berlin die kleinste „räumliche Grundlage für Planung, Prognose und Beobachtung demografischer und sozialer Entwicklungen“¹¹ darstellen. In dem Bericht „Dokumentation zur Modifikation der Lebensweltlich orientierten Räume“, der von der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen auf ihrer Homepage bereitgestellt wird, wird die aktuelle Zuordnung der LOR in den Bezirken dargestellt (Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen 2020).

Die Kontaktdaten der Akteure im Quartier werden zusammen mit Hintergrundinformationen zur Zusammenarbeit mit der Arztpraxisinternen Sozialberatung in einer Adresskartei zusammengestellt und regelmäßig aktualisiert. Zusätzlich werden öffentlich zur Verfügung stehende Datensammlungen genutzt, wie bspw. der Hilfelotse Berlin. Soweit vorhanden werden Flyer und weitere schriftliche Informationen von Akteuren und Angeboten gesammelt und bei Bedarf in den Beratungen genutzt.

Leistungen im Care-Management durch soziale Gesundheit e. V.:

- Vernetzung, Öffentlichkeitsarbeit
- Ermittlung der Versorgungsangebote im Quartier
- Austausch mit der Abteilung QPK im Bereich Gesundheit des Bezirksamtes Lichtenberg von Berlin, mit den Gesundheits- und Sozialdiensten sowie Dienstleistungsanbietern und sozialen Trägern im gemeinnützigen Bereich
- Mitarbeit in regionalen Arbeitskreisen und Netzwerken
- Information der Hausarzt*innen über Versorgungsangebote, gesetzliche Rahmenbedingungen und Finanzierungsmöglichkeiten
- Aufzeigen von Versorgungsdefiziten und Verbesserungsmöglichkeiten.

¹¹ https://www.stadtentwicklung.berlin.de/planen/basisdaten_stadtentwicklung/lor/

Wir gestalten zwischen dem Arzt, dem Klienten sowie sozialen und gesundheitlichen Dienste-Anbietern geschlossene Kommunikations- und Handlungskreisläufe, solange bis sich die Lage stabilisiert hat. Mit unseren frühzeitigen Interventionen, verhindern wir, dass sich soziale und psychosoziale Probleme auf die Gesundheit durchschlagen können.

Wir integrieren Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung unter Einschluss der gesundheitlichen und sozialen Ressourcen vor Ort. Aber genauso stehen die Aktivierung von eigenen Ressourcen und die von Familie, Freunden, Nachbarn im Fokus.

Zitat soziale Gesundheit e. V.

4.4.3 Beratung und Begleitung von Patient*innen

Bei der lebensweltlich orientierten Beratung und Begleitung der Patient*innen durch die Arztpraxisinterne Sozialberatung stehen die Menschen mit ihren Bedürfnissen und Ressourcen im Fokus. Unabhängig von möglichen einschränkenden Faktoren werden die Patient*innen als mündig und mitverantwortlich für die Entwicklung ihrer Lebenslage angesehen. Anstelle einer ausschließlich fürsorglich und paternalistisch ausgerichteten Hilfe und Unterstützung zielt diese patientenzentrierte Ausrichtung der Beratung darauf ab, zusammen mit den Patient*innen nachhaltige Wege zur Verbesserung ihrer gesundheitlichen Lage und Lebensqualität zu finden. In der Beratung werden also keine „fertigen Lösungen“ durch die Berater*innen präsentiert, sondern es werden Hilfestellungen zur gemeinsamen Lösungsfindung angeboten. Die Selbstbestimmung der Patient*innen steht im Zentrum der Beratung (vgl. Kap. 2.1). Resultieren soll daraus eine größere Akzeptanz von Lösungswegen, die Stärkung der Selbstwirksamkeit der Patient*innen und damit mittelfristig die Unabhängigkeit von den Berater*innen. Je nach Beratungsanlass erfolgt eine einmalige Beratung oder es wird ein Beratungsprozess zur Begleitung der*des Patient*in über mehrere Termine durchgeführt. Ein Beratungsprozess besteht aus folgenden Schritten: Assessment, Intervention, Monitoring, Evaluation und Entpflichtung. Die Umsetzung dieser Schritte wird fortlaufend dokumentiert und als Bericht in einer Datenbank abgelegt.

4.4.3.1 Assessment

Jede Beratung und jeder Beratungsprozess beginnen mit einem Assessment, in dem eine Einschätzung des Falles und der Bedarfe der*des Patient*in stattfindet. Im Assessment werden in standardisierter Form die Stammdaten sowie die wesentlichen Angaben zur Lebenssituation und den verfügbaren Ressourcen der*des Patient*in erfasst (vgl. 4.5.3.1 und 4.5.3.2).

Das Assessment wird im Sinne der patientenzentrierten Herangehensweise als ausführliches und offen gestaltetes Gespräch zwischen Patient*in bzw. Angehörigen und Sozialberater*in entlang des

Aufnahmebogens umgesetzt. Dabei geht es nicht nur um den Gewinn von fallrelevanten Informationen, sondern auch um den Aufbau einer Vertrauensbasis. Es wird abgestimmt, welche Unterstützung gewünscht wird und welche Handlungsmöglichkeiten die*der Patient*in sieht. Im Assessment können – unter Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen und Entbindung der Schweigepflicht – ggf. Informationen von Mitarbeiter*innen der jeweiligen Arztpraxis oder aus Patientenakten genutzt werden.

*Der Aufbau und Erhalt von Vertrauen zu den Patient*innen ist unsere wichtigste Arbeitsgrundlage. Dafür sorgen wir beim Kontakt mit ihnen für eine respektvolle und zugewandte Gesprächsatmosphäre. Die Patient*innen stehen mit ihren Anliegen im Mittelpunkt. Sie sollen ihre Sorgen, Gedanken und Gefühle äußern können und sich verstanden fühlen.*

Zitat soziale Gesundheit e. V.

In der Erstberatung wird vereinbart, ob eine einmalige Beratung, eine Weiterleitung oder eine umfassendere Begleitung (Case-Management) durchgeführt werden. Hierbei ist der Wunsch der*des Patient*in maßgeblich. Ein Case-Management wird empfohlen, wenn einer oder mehrere der folgenden Kriterien zutreffen (Löcherbach et al. 2018):

- Eine schwierige Lebenssituation der*des Hilfesuchenden.
- Die Notwendigkeit mehrere Leistungserbringer*innen und informelle Unterstützer*innen zur Verbesserung der Lebenssituation zusammenbringen zu müssen.
- Fehlende Ressourcen, um die Inanspruchnahme von Angeboten selber organisieren und koordinieren zu können.
- Bedarfe, die durch die Regelversorgung nicht gedeckt werden können.
- Die Bereitschaft der*des Hilfesuchenden sich auf das Case- und Care-Management einzulassen.

Abhängig von dem geplanten Verlauf der weiteren Beratung oder Begleitung werden die hierfür notwendigen Ressourcen festgelegt, bspw. Zeit, Informationsmaterialien oder weitere Akteure. Im Rahmen des Erstberatungstermins wird gemeinsam mit der*dem Patient*in ein Assessmentbericht ausgefüllt. Er besteht aus einem Stammdatenblatt und den Ergebnissen des Assessments. Auf dem Stammdatenblatt werden folgende Daten zur*zum Patient*in vermerkt:

- Identifikationsnummer
- Behandelnde*r Ärzt*in
- Zuständige*r Sozialberater*in
- Art der Beratung (einmalige Beratung, Case- und Care-Management, Gerontologisches Case- und Care-Management)

- Beginn und Ende des Beratungsprozesses
- Personenbezogene Daten (Name, Geschlecht, Geburtsdatum)
- Kontaktdaten (Wohnanschrift, Telefon, E-Mail plus Kontakt- und Beziehungsdaten einer Haupt- und ggf. weiterer Kontaktpersonen)
- Grund für die Weiterleitung in die Sozialberatung
- Krankenkasse

Des Weiteren werden im Assessment folgende Angaben schriftlich dokumentiert:

- Angaben zur gesundheitlichen Situation (subjektive Einschätzung Gesundheitszustand, Haupterkrankung bzw. Beschwerden, Pflege- und Behinderungsgrad)
- Familienstand/Haushaltsgröße
- Wohnsituation (Lage der Wohnung, Stockwerk, Anzahl Zimmer, Heizung, Sanitärbereich, barrierefreie Zugänglichkeit, ggfs. Wohnungsbaugesellschaft)
- Nutzung von Hilfsmitteln
- Angaben für den Fall der Geschäfts- und/oder Einwilligungsunfähigkeit (Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung)
- Zugang zur Arztpraxisinternen Sozialberatung (über Ärzt*in, MFA, Angehörige, Eigeninitiative)

Der Assessmentbericht schließt mit einer Einschätzung der*des fallaufnehmenden Sozialberater*in zur Hilfebedürftigkeit und zu potentiellen Unterstützungsangeboten sowie akuten Betreuungsbedarfen ab.

4.4.3.2 Intervention

Die Intervention besteht i. A. aus einer Kombination von sozialer Beratung und psychosozialen Gesprächen. Sie ist ganzheitlich angelegt und orientiert sich an den Bedürfnissen der*des Patient*in. Die Interventionsziele und die Maßnahmen zum Erreichen der Ziele werden im Rahmen des Assessments zwischen Sozialberater*in und Patient*in vereinbart und mit der*dem Ärzt*in abgestimmt. Auf dieser Grundlage wird ein Interventionsplan erstellt und schriftlich niedergelegt. Der Interventionsplan legt für jeden einzelnen Fall fest, welche kurz-, mittel- und langfristigen Ziele die*der Patient*in gemeinsam mit der Arztpraxisinternen Sozialberatung erreichen will. In dem Plan werden die zur Zielerreichung notwendigen Maßnahmen festgehalten und nach Dringlichkeit gewichtet. Zudem wird bestimmt, welche zusätzlichen Akteure und Kostenträger gegebenenfalls eingebunden werden müssen und inwieweit zeitlich strukturierte Abläufe, bspw. bei der Beantragung von Leistungen, zu berücksichtigen sind. Bei allen Überlegungen muss das richtige Maß zwischen dringend erforderlichen bzw. gewünschten bzw. angemessenen Entwicklungsschritten gefunden und dabei sowohl die Selbstbestimmung der Patient*innen geachtet als auch die Ressourcen der Sozialberater*innen berücksichtigt werden.

„Feuerwehreinsätze“ – Im Notfall versorgt

Wir reagieren auf akute Krisensituationen unmittelbar. Mit unseren „Feuerwehreinsätzen“ organisieren wir für vulnerable Patienten in Not- und Krisensituationen schnelle medizinische und pflegerische Hilfen. Das betrifft insbesondere die Übergänge Wohnung/Krankenhaus, Wohnung/stationäre Pflegeeinrichtung oder Wohnung/Therapieeinrichtung. Befinden sich Patienten in einer komplexen Situation, sind mitunter bis zu zehn Einrichtungen parallel zu koordinieren, was gelingt, wenn alle Fäden in einer Hand liegen.

Aus der Praxis von soziale Gesundheit e. V.

Der abgestimmte Interventionsplan gibt den Rahmen für die Intervention vor. Umfang und Dauer der Intervention richten sich nach dem Unterstützungsbedarf der*des Patient*in. Umgesetzt werden je nach Bedarf Maßnahmen, die im Folgenden zusammenfassend dargestellt sind. Diese können in Einzelfällen an die jeweiligen Anforderungen und Lebenslagen der*des Patient*in angepasst werden. Die Koordination der Intervention erfolgt durch die*den Sozialberater*in.

(1) Informieren

Die Sozialberater*innen informieren die*den Patient*in entsprechend der vorliegenden Bedarfe zu bestehenden Angeboten der Gesundheitsförderung und Teilhabe, zu Unterstützungs- oder anderen Beratungsangeboten. Hierbei werden Angemessenheit und Passgenauigkeit der Angebote berücksichtigt und, wenn möglich, nicht kommerzielle Angebote bevorzugt. Die Sozialberater*innen haben sich vor der Weitergabe von Informationen über das Leistungsspektrum, die Seriosität von Anbietern und die Inhalte von Angeboten informiert. Bei Bedarf stellen sie den Patient*innen schriftliche Informationsmaterialien (bspw. Flyer, Handreichungen, etc.) zur Verfügung.

(2) Weiterleiten

Die Sozialberatung versteht sich als Schnittstelle zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen. Daher kommt der Weiterleitung der Patient*innen an andere Einrichtungen eine wichtige Bedeutung zu. Die thematisch eher übergreifend angelegte Sozialberatung arbeitet eng mit anderen, spezifischeren Beratungsstellen zusammen, wie den Pflegestützpunkten, der Beratungsstelle für Menschen mit Behinderung, Krebs oder chronischen Erkrankungen, der Schuldnerberatung, der Suchtberatung oder der Wohnberatung, und vermittelt Ratsuchende in die entsprechenden Angebote. Zur Prävention von Einsamkeit und zur Förderung der Gesundheit leiten die Sozialberater*innen zudem an offene Freizeitangebote im Quartier weiter, wie bspw. Seniorencafé, Gesprächsgruppen, Spaziergangsgruppen oder Seniorensport. Außerdem stellen sie bei Bedarf den Kontakt zu Selbsthilfegruppen her.

(3) Beantragen

Die Beantragung von Unterstützungsleistungen oder das Ausfüllen von Formularen können insbesondere für ältere Menschen große Herausforderungen darstellen. Hierbei unterstützen die Sozialberater*innen die Patient*innen nach Abwägung des Einzelfalls auf Wunsch. Möglich ist in diesem Zusammenhang auch eine konkrete Entlastung von Ärzt*innen, indem bspw. bei der Beantragung von Reha-Leistungen oder Transportdiensten, beim Ausfüllen von Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten geholfen wird.

(4) Vermitteln

Unterstützungsbedürftigen Menschen stehen innerhalb des Bezirks und in ihren Wohnquartieren zahlreiche Hilfsangebote zur Verfügung, die häufig nicht bekannt sind. Die Sozialberater*innen informieren hierzu (1), leiten zu entsprechenden Angeboten weiter (2) und unterstützen bei der Beantragung von Leistungen (3). Sie können aber auch niedrigschwellige Angebote im Sozialraum direkt vermitteln, etwa alltagsunterstützende Angebote oder ehrenamtliche Besuchs- oder Begleitdienste. Auch hierbei ist von zentraler Bedeutung, dass sich die Sozialberater*innen zunächst der Seriosität der Angebote versichert haben. Im Rahmen der Vermittlungstätigkeit kann zudem eine Zusammenarbeit mit dem Entlassmanagement der Krankenhäuser erfolgen. In akuten Fällen oder in krisenhaften Situationen, die schnelles Handeln erforderlich machen, unterstützen die Sozialberater*innen die Patient*innen je nach Bedarfslage bei der Suche nach und Vermittlung von geeigneten Unterstützungsangeboten.

(5) Begleiten

Die Sozialberater*innen können Patient*innen in problematischen Lebenslagen oder nach krisenhaften Lebensereignissen über einen längeren Zeitraum unterstützen und begleiten. Besondere Belastungssituationen können zum Beispiel auf Grund chronischer Erkrankungen, einer belastenden Pflege von Angehörigen, einer Verwitwung oder der Entlassungen nach längerem Krankenhausaufenthalt entstehen. Hier können die Sozialberater*innen bei der Ordnung von Alltagsangelegenheiten und der Beantragung von Leistungen unterstützen. Darüber hinaus können die Patient*innen mit psychosozialen Gesprächen begleitet und stabilisiert werden. In Ausnahmefällen ist es möglich, dass die Sozialberater*innen die Patient*innen zu ausgewählten Terminen, etwa Beratungsterminen, begleiten. Hierbei sind die verfügbaren Ressourcen der Sozialberater*innen zu beachten.

(6) Aktivieren

Die Sozialberatung dient nicht nur dazu, bei akuten Problemen kompetent zu unterstützen. Sie zielt auch darauf, die Chance der Patient*innen auf Autonomie, Selbstverwirklichung, soziale Teilhabe und ein gesundes Leben zu stärken. Vor diesem Hintergrund zählt die Aktivierung von Selbsthilfepotentialen, die Ermutigung zu sozialen Begegnungen, die Förderung eines positiven Gesundheitsverhaltens und die Erhöhung der Gesundheitskompetenz zu den Aufgaben der Sozialberatung. Die Sozialberater*innen stimmen sich hierfür mit den Ärzt*innen, dem Praxispersonal und ggfs. weiteren Akteuren, wie Vertreter*innen von Sportvereinen oder Stadtteilzentren, Ernährungsberater*innen oder Physiotherapeut*innen ab. In den Beratungen erläutern sie die Wirkungen sozialer Aktivitäten und gesundheitsförderlichen Verhaltens, z. B. von geselligen Unternehmungen, Teilnahme an Bewegungsangeboten, gesunder Ernährung, Verzicht auf Suchtmittel oder Vorsorgeuntersuchungen. Mit der Information zu (1), der Weiterleitung an (2) und der Vermittlung in (4) soziale oder gesundheitsförderliche Angebote unterstützen sie das individuelle Gesundheitsverhalten.

Spaziertandems - Bewegung an frischer Luft und gute Gespräche

Viele trauen sich im höheren Alter nicht allein auf die Straße. Wir vermitteln Spaziertandem-Partner, die wir u. a. über die Freiwilligenagentur oder Stadtteilzentren rekrutieren. Wir begleiten diese Tandems. Es ist interessant zu beobachten, wie sich stabile Beziehungen entwickeln und gemeinsamen Hobbies, wie Kochen oder Besuch von Kulturveranstaltungen gefrönt wird. Die älteren Menschen blühen regelrecht auf, wenn sie wieder an die frische Luft kommen und mit jemandem reden können. Auch den ehrenamtlichen Tandempartnern bekommt es gut.

Zitat einer ehrenamtlichen Tandempartnerin: „Ich gehe spazieren und nehme jemanden mit auf diesem Weg. Ein interessantes Gespräch entspinnt sich dann immer. Ich erfahre neue Dinge, wie das Leben des anderen verlaufen ist. Es freut mich, aus diesen Erfahrungen für mich zu schöpfen. Das macht mich weiser und gelassener.“

Aus der Praxis von soziale Gesundheit e. V.

(7) Moderieren

Informelle Unterstützung durch Familienangehörige, Freund*innen oder Nachbar*innen zählt im Alter zu einer der zentralen Ressourcen. Um Einsamkeit und sozialer Isolation zu begegnen, vermitteln die Sozialberater*innen Kontakte im Quartier, beispielsweise zu Nachbarschaftsgruppen oder ehrenamtlich Engagierten. Darüber hinaus können sie im Rahmen ihrer fachlichen Möglichkeiten und Grenzen Gespräche in Familien moderieren, um den familiären Zusammenhalt wieder zu fördern und möglicherweise bestehende Konflikte zu entschärfen (solche Gespräche werden intern als „Versöhnungsgespräche“ bezeichnet).

„Versöhnungsgespräche“ – Wenn Menschen sich unversöhnlich gegenüberstehen

Konflikte innerhalb von Familien oder auch mit der Nachbarschaft sind für alle Beteiligten schmerzhaft und können sich belastend auf die Gesundheit und Lebensqualität auswirken. Sie entstehen durch unterschiedliche Haltungen, Meinungen oder Vorstellungen. Durch Versöhnungsgespräche werden die Familienmitglieder oder die an Konflikten Beteiligten aus der Nachbarschaft miteinander ins Gespräch gebracht und es wird gemeinsam nach fairen und realistischen Lösungen gesucht, die von allen mitgetragen werden können. Die Sozialberatung nimmt dabei eine neutrale Rolle ein.

Aus der Praxis von soziale Gesundheit e. V.

4.4.3.3 Monitoring

Die Intervention wird durch ein Monitoring während des gesamten Prozesses begleitet. Hierbei werden die Maßnahmen regelmäßig anhand der im Interventionsplan festgelegten Ziele, der möglicherweise veränderten Lebenslage oder Gesundheitssituation der*des Patient*in und der Empfehlungen der*des behandelnden Ärzt*in überprüft und gegebenenfalls gemeinsam mit den Patient*innen angepasst. Je nach Bedarf erfolgen dazu auch Abstimmungen mit der*dem Ärzt*in. Die Ergebnisse des Monitorings werden im Rahmen der laufenden Berichterstattung schriftlich festgehalten (vgl. 4.5.3).

Der Verlauf der Intervention wird einem Monitoringbericht festgehalten. Dabei wird die Form der Beratung erfasst (Beratungsgespräch in der Praxis, telefonische Beratung, Hausbesuch) und die Anzahl der Termine, wenn es sich um einen Beratungsprozess handelt. Basierend auf den Angaben der*des Patient*in wird die Umsetzung der im Interventionsplan vereinbarten Maßnahmen dokumentiert. Außerdem werden die Ergebnisse sowie Empfehlungen festgehalten, die der*dem Patient*in nach Abschluss des Case-Managements durch die*den Sozialberater*in gegeben wurden. Abschließend wird vermerkt, wann die Entpflichtung durchgeführt wurde.

4.4.3.4 Selbstevaluation

Der jeweilige Beratungs- und Begleitungsprozess wird durch die Sozialberater*innen intern evaluiert. Dabei soll ermittelt werden, ob die im Interventionsplan vorgesehenen Ziele erreicht, der*die Patient*in unterstützt und entlastet sowie die Gesundheitskompetenz erhöht wurden. Hierzu wird ein standardisierter Fragebogen entwickelt, der sich an den Zielen der Sozialberatung orientiert und durch die Sozialberater*innen zu Prozessende ausgefüllt wird (vgl. 4.5.3). Im Rahmen der

Selbstevaluation wird reflektiert, ob die gewählten Maßnahmen der Intervention angemessen waren, und förderliche sowie hinderliche Faktoren benannt, die den Beratungsprozess beeinflusst haben.

4.4.3.5 Entpflichtung

Wenn keine weiteren Maßnahmen durch die Sozialberater*innen erforderlich sind oder gewünscht werden, wird der Begleit- und Beratungsprozess abgeschlossen. Die Sozialberater*innen werden entpflichtet. Der während des gesamten Beratungsprozesses fortlaufend geschriebene Bericht wird abgeschlossen und in der Patientenakte aufgenommen. Er kann von der*dem behandelnden Ärzt*in für weitere Behandlungs- oder Therapieentscheidungen genutzt werden.

4.5 Arbeitsorganisation innerhalb der Sozialberatung

4.5.1 Stellenprofile der Sozialberater*innen

Die Beratung der Zielgruppen erfolgt durch Sozialberater*innen. Ihre zentrale Aufgabe besteht darin, Patient*innen, die durch die*den Ärzt*in zu ihnen weitergeleitet werden, zu beraten, psychosozial zu unterstützen und zu begleiten (vgl. 4.4). Sie setzen die Zusammenarbeit mit den Ärzt*innen und weiteren Mitarbeitenden in den Arztpraxen eigenständig um und vernetzen sich mit relevanten Akteuren im Quartier.

Die Sozialberater*innen sollten über ein abgeschlossenes Studium der Sozialen Arbeit, Gerontologie, Pflegewissenschaften, Public-Health oder vergleichbarer Studiengänge verfügen. Sie sollten neben fachlichen Qualifikationen auch über soziale Kompetenzen verfügen, wie Empathie und ein gutes Kommunikationsvermögen. Hilfreich sind bei der Arbeit in familiären Kontexten zumindest Grundkenntnisse zur Mediation. Da die Arbeit der Sozialberater*innen bevorzugt in den Arztpraxen stattfindet, sollten sich die Sozialberater*innen in fremde Arbeitskontexte einfügen und flexibel auf die jeweiligen Praxisabläufe reagieren können.

Die Sozialberater*innen sind verpflichtet, sich regelmäßig fortzubilden und an Schulungen und Veranstaltungen teilzunehmen, um ihre Beratungskompetenzen kontinuierlich weiterzuentwickeln und zu überprüfen. Insbesondere sollten ihre Kenntnisse zur Beantragung von Leistungen nach den Sozialgesetzbüchern und zu den Angeboten weiterer Beratungsstellen immer auf dem neuesten Stand sein. Weitere für die Beratung relevante Themen sind Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz, Prävention von Pflegebedarf, Prävention von Einsamkeit und Wohnraumanpassung.

4.5.2 Aufgaben und Zuständigkeiten im Team

Die Sozialberater*innen stimmen ihre Beratungen mit den Arztpraxen eigenständig ab. Die Zuteilung der Arztpraxen wird durch die Projektleitung koordiniert. Diese ist zudem für die Kontaktaufnahme, die Gewinnung von neuen Kooperationspartnern und die übergeordnete Abstimmung mit den kooperierenden Praxen verantwortlich. Der Projektleitung schafft für die Sozialberater*innen einen Rahmen, der ihnen die Umsetzung einer selbstständigen und eigenverantwortlichen Beratung ermöglicht. Das beinhaltet auch die Integration von zeitlichen und finanziellen Ressourcen für Netzwerkaktivitäten und Qualifizierungen der Sozialberater*innen. Dabei koordiniert sie einen ressourcenschonenden und zielführenden Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel.

Die Sozialberater*innen gestalten den Beratungsprozess eigenverantwortlich und legen in direkter Abstimmung mit den Patient*innen die Interventionen fest. Sie erstellen einen Bericht zu jeder Beratung, den sie in einer zentralen Datenbank ablegen bzw. den Ärzt*innen zur Verfügung stellen. Gemeinsam mit der Projektleitung reflektieren sie regelmäßig die Qualität sowie die Angemessenheit der Umsetzung der Beratung, auch vor dem Hintergrund sich ändernder Regelungen und Gesetze. Sie identifizieren und dokumentieren Angebote im Quartier und vernetzen sich mit relevanten Akteuren.

4.5.3 Dokumentation der Beratung

Die schriftliche Dokumentation der Beratung stellt ein zentrales Instrument für die Sozialberater*innen dar und wird im Laufe des Beratungsprozesses kontinuierlich fortgeschrieben. Mit ihrer Hilfe lässt sich der Verlauf einer Beratung nachvollziehen und sie dient als Grundlage für die Selbstevaluation. Die Form der Dokumentation kann im Projektverlauf an die in der Arbeitspraxis entwickelten Strukturen angepasst und weiterentwickelt werden. Alle Unterlagen zu einem Fall werden in einer Klienten-Akte bzw. digital in einer Datenbank abgelegt. Die Klienten-Akte besteht aus dem Assessmentbericht, dem Interventionsplan, dem Monitoring und dem Evaluationsbericht. Die Teilberichte bestehen jeweils aus einer Übersichtstabelle, in der nach einem festgelegten System bzw. einer Codierung Angaben gemacht werden können, und freien Textfeldern zur inhaltlichen Beschreibung des spezifischen Falls.

Zusätzlich enthält die Klienten-Akte die Datenschutzerklärung der*des Patient*in und die Schweigepflichtentbindung. Die Klienten-Akte erhält eine Identifikationsnummer (ID), um sie systematisch ablegen zu können. Damit können die Sozialberater*innen während des Beratungsprozesses oder bei einer krankheits- oder urlaubsbedingten Vertretung auf alle wichtigen Informationen zu einem Fall zurückgreifen. An den Umgang mit der Klienten-Akte werden, wegen der darin zusammengefassten schützenswerten personenbezogenen Daten, besonders hohe Datenschutzerfordernisse gestellt (vgl. 4.7).

4.5.4 Information und Kommunikation im Team

Die Sozialberater*innen werden durch das Team und die Projektleitung in ihre Tätigkeit eingearbeitet. In einem regelmäßigen Rhythmus (ein- bis zweiwöchentlich) finden Teamsitzungen statt, in denen sich die Sozialberater*innen gegenseitig ihre „Fälle“ vorstellen (kollegiale Fallberatungen) und gemeinsam das Vorgehen reflektiert wird. Die Teamsitzungen dienen auch dem Austausch von Absprachen mit Akteuren und der internen Begleitung der Netzwerkarbeit.

Der Wissensaustausch der Sozialberater*innen untereinander wird durch eine digitale Plattform gefördert, auf der aktuelle Gesetze und Verordnungen, Formulare für Antragsstellungen oder weitere Informationen wie Hinweise auf Fachliteratur oder Veranstaltungen für alle Mitarbeitenden zugänglich abgelegt werden. Relevant sind dabei für die Zielgruppe der älteren Patient*innen insbesondere Hintergrundinformationen zu Leistungen der Sozialgesetzbücher V (Gesetzliche Krankenversicherung), VI (Gesetzliche Rentenversicherung), SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen), SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) und XII (Sozialhilfe).

4.5.5 Information und Kommunikation in/mit der Arztpraxis

Die Abstimmung zur Kooperation einer Arztpraxis mit der Sozialberatung erfolgt durch die Projektleitung. Die Kommunikation im Rahmen von Beratungs- und Begleitungsprozessen übernimmt die*der zuständige Sozialberater*in. Die Form der Kommunikation (mündlich, schriftlich, telefonisch) und der Rhythmus (regelmäßig, fallbezogen, bei Bedarf) stimmen die Sozialberater*innen mit den jeweiligen Ärzt*innen und dem Praxispersonal ab. Hierbei geht es zum einen um den Austausch von Informationen zu der*dem Patient*in, bspw. zur Übergabe von Berichten und der Besprechung von Fällen. Zum anderen betrifft es die Terminplanung der Beratungen. Hierfür wird ein von der Praxis einsehbarer Terminkalender geführt, der es den Praxismitarbeiter*innen gestattet, für Patient*innen Termine bei den Sozialberater*innen direkt einzutragen. Alternativ erfolgt die Terminvergabe über das Terminsystem der Arztpraxis.

Eine Aufgabe der Sozialberater*innen besteht darin, relevante Angebote und Akteure im Sozialraum zu identifizieren und Informationen hierzu aufzubereiten. Um diese Informationen den Ärzt*innen und dem Praxispersonal zugänglich zu machen, kann mit den Praxen ein System vereinbart werden, bspw. ein Ablageort für Flyer und Broschüren oder eine Datenbank mit Kontaktdaten.

4.6 Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung erfolgt auf unterschiedlichen Ebenen: Auf einer übergeordneten Ebene muss die Qualität der Arztpraxisinternen Sozialberatung an sich überprüft und gesichert werden. Auf der Umsetzungsebene muss die Qualität der Beratungen und Beratungsprozesse kontrolliert werden. Die Qualität der Beratungsprozesse wird, wie oben beschrieben, durch ein internes Monitoring und eine interne Evaluation sowie kollegiale Fallberatungen im Team gesichert (vgl. 4.4.3. und 4.5.4).

Die Qualitätssicherung auf der übergeordneten Ebene kann mit Hilfe einer regelmäßigen Wirkmodellierung überprüft werden. Hierbei werden die Bedingungen, die das Projekt und seine Umsetzung rahmen, die intendierten Ziele und die dafür vorgesehenen Maßnahmen abgebildet. Diese sollten nach verschiedenen Ebenen unterschieden werden, bspw. den Ebenen der Gesundheitsversorgung im Quartier, der Arztpraxen und der Patient*innen. Einen Vorschlag für die Anwendung eines Wirkmodells für Sozialberatungen in Schweizer Hausarztpraxen liefern Hosek et al. (2020). Eine Anpassung des Modells auf die spezifischen Ausformungen anderer Arztpraxisinterner Sozialberatungen ist möglich und in Abbildung 2 beispielhaft für einzelne Aspekte umgesetzt. Dieses Modell kann mit dem Team als Schritt zur Qualitätssicherung weiter ausgebaut werden.

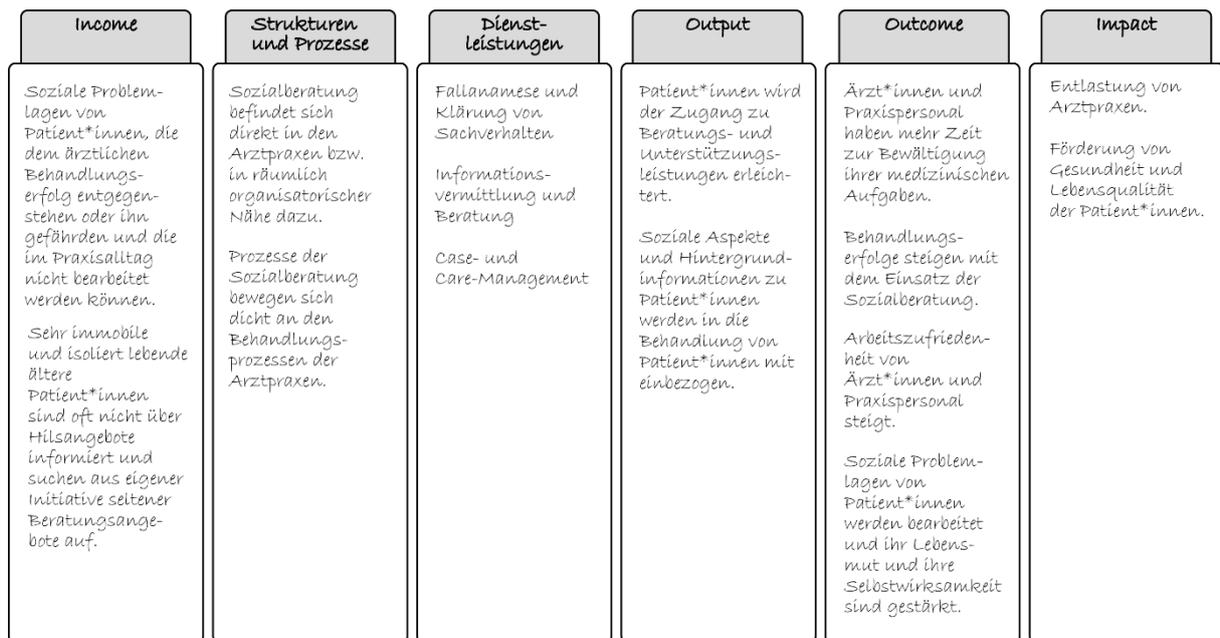


Abbildung 2: Beispiel für ein Wirkmodell zur Sozialberatung in Arztpraxen.

4.7 Vertraulichkeit und Datenschutz

Grundvoraussetzung für eine gelingende Sozialberatung sind eine professionelle Haltung der Sozialberater*innen und die Schaffung eines geschützten Rahmens, in dem eine Vertrauensbasis aufgebaut bzw. Vertraulichkeit sichergestellt werden. Nur unter diesen Bedingungen wird die Mehrheit der Patient*innen bereit sein, mit den Sozialberater*innen ihre individuelle Lebenssituation und sozialen Probleme offen zu besprechen. Wesentlich ist die verpflichtende Achtung des aus Artikel 2 Abs. 2 Grundgesetz abgeleiteten „Grundrecht auf informelle Selbstbestimmung“ durch die Sozialberater*innen.

Rechtlich konkretisiert ist das Grundrecht auf informelle Selbstbestimmung durch die gesetzlichen Regelungen zur Schweigepflicht und zum Datenschutz. Beide Regelungsbereiche stellen die unterschiedlichen Seiten der gleichen Medaille dar. Während es sich bei der Schweigepflicht um eine persönliche Verpflichtung und Haftung handelt, betrifft der Datenschutz Regelungen rund um die Übermittlung von personenbezogenen Daten, die durch Unternehmen zu sichern ist.

Als besonders schützenswert werden durch die Gesetzgebung gesundheitsbezogene Daten der Patient*innen angesehen, wie sie in den Arztpraxen und bei der Arztpraxisinternen Sozialberatung verarbeitet werden (vgl. Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)). Um den Schutz dieser Daten zu gewährleisten beachtet die Arztpraxisinternen Sozialberatung folgende Grundsätze:

- Sparsamkeit bei der Datenerhebung - Erhoben werden Daten und Informationen der Patient*innen nur in dem Umfang, in dem sie für die Sozialberatung erforderlich sind.
- Datenweitergabe nur mit Einverständnis der Patient*innen - Daten und Informationen werden ohne ein Einverständnis der jeweiligen Patient*innen nicht an Dritte weitergegeben. Dies gilt auch für Angehörige und Zuwendungsgeber. Die Sozialberater*innen können in Abstimmung mit der*dem kooperierenden Ärzt*in auf die Patientenakten zugreifen und berichten ihrerseits der*dem Ärzt*in über die Beratungsinhalte. Für beide Vorgänge sind

Schweigepflichtentbindungen durch die*den Patient*in erforderlich. Diese werden in separaten Dokumenten jeweils direkt mit der*dem Ärzt*in bzw. Sozialberater*in vereinbart.

- Beachtung von Auskunftspflichten und Widerspruch gegen die Datenerhebung - Die Patient*innen werden ausdrücklich auf ihr Recht hingewiesen, erfahren zu dürfen, ob und welche sie betreffenden Daten erhoben und verarbeitet werden. Aufgeklärt werden sie auch zu ihrem Recht, Widerspruch gegen die Datenerhebung einzulegen.
- Löschung von nicht mehr erforderlichen Daten - Wenn Daten für den Zweck, für den sie erhoben oder verarbeitet wurden, nicht mehr erforderlich sind, werden sie nach einer angemessenen Aufbewahrungsfrist gelöscht. Gelöscht werden die personenbezogenen Daten von Patient*innen auch, wenn dies von ihnen verlangt wird.
- Schutz erhobener Daten gegen unberechtigten Zugriff - Alle personenbezogenen Daten werden durch geeignete Maßnahmen vor einem unbefugten Zugriff durch Dritte ausreichend geschützt. Das betrifft sowohl digitale Dokumente als auch Ausdrucke, Formulare und Notizen.
- Verpflichtung von Mitarbeiter*innen auf Vertraulichkeit und das Datengeheimnis - Alle Mitarbeiter*innen der Arztpraxisinternen Sozialberatung, die mit der Verarbeitung von personenbezogenen Daten befasst sind, werden regelmäßig auf die Vertraulichkeit und das Datengeheimnis in schriftlicher Form verpflichtet sowie auf ihre Schweigepflicht und die daraus resultierende persönliche Haftung hingewiesen.

5. Abschließende Diskussion und Ausblick

Zunehmende Defizite und Lücken bei der ambulanten medizinischen Versorgungsstruktur, unstrukturierte Versorgungspfade sowie die wachsenden Versorgungsbedarfe werden sich in Zukunft immer deutlicher auf die Behandlungsmöglichkeiten und -qualität auswirken. Mit dem hier vorgestellten Konzept zur Sozialberatung innerhalb von Arztpraxen wird auf den bestehenden Reform- und Entwicklungsbedarf des gegenwärtigen Systems der ambulanten medizinischen Versorgung mit einem innovativen und zukunftsweisenden Modell reagiert. Im Sinne der zugehenden Sozialarbeit begibt sich Sozialberatung dabei mit ihrem Angebot an den Ort, an dem sich die Klient*innen (Patient*innen) mit ihren Bedarfen aufhalten. Ansatzpunkt ist dabei die Hausarztpraxen bei der Erfüllung ihres umfassenden Versorgungs- und Koordinierungsauftrags nach § 73 Abs. 1 SGB V zu unterstützen und gleichzeitig deren Schlüsselstellung mit ihrem im Hinblick auf die Patient*innen bestehenden Beziehungs- und Vertrauensvorsprung für einen niedrigschwelligen und direkten Zugang zu den Patient*innen zu nutzen. Etabliert wird damit ein lebensweltlicher Beratungsansatz, der sich nahtlos in die bestehende Berliner Versorgungslandschaft einfügt und diese um einen bisher fehlenden zentralen Baustein ergänzt.

Anlass zur Einrichtung der Lichtenberger Arztpraxisinternen Sozialberatung war die Wahrnehmung, dass insbesondere stark hilfe- und unterstützungsbedürftige ältere und hochaltrige Patient*innen große Schwierigkeiten haben einen Zugang zu im Bezirk Lichtenberg bestehenden Beratungs- und Unterstützungsangeboten zu finden. Insofern zielt das Angebot der Arztpraxisinternen Sozialberatung insbesondere auf Patient*innen, bei denen die Versorgungsbedarfe deutlich über die rein medizinische Versorgung hinausgehen, die damit die Ressourcen und Fachlichkeit des Personals von Arztpraxen überfordern und denen der Zugang zu anderen Beratungs- und Unterstützungsangeboten nicht gelingt. Für diese Gruppe von Patient*innen wird die Arztpraxisinterne Sozialberatung zur Schnittstelle zwischen dem medizinischen Versorgungssystem und komplementären gesundheitlichen, präventiven und sozialen Angeboten. Ziel ist es, die Patient*innen in ihrer sozialen und gesundheitlichen Lage zu stabilisieren, um

- einer Chronifizierung von Erkrankungen entgegenzuwirken,
- unnötige Notfalleinsätze und Krankenhauseinweisungen aus sozialen Gründen möglichst zu vermeiden und
- Pflegeverläufe besser gestalten zu können, um bspw. ungewünschte Umzüge in Pflegeheime zu verhindern.

Neben den positiven Wirkungen auf Gesundheit und Lebensqualität der Patient*innen bietet dieser Ansatz weitere Potentiale. Die Zusammenarbeit mit der Sozialberatung kann die Arbeitszufriedenheit des Praxispersonals erhöhen und die Arbeitsatmosphäre in den Praxen insgesamt positiv beeinflussen. Von den medizinischen Fachangestellten bis zu den Ärzt*innen wird dem Praxispersonal die Möglichkeit zurückgegeben in ihrem jeweiligen beruflichen Fachgebiet mit ihren spezialisierten fachlichen Kompetenzen tätig sein zu können und nicht zusätzliche Aufgaben übernehmen zu müssen, zu denen nur geringe Fachkenntnisse bestehen.

Innerhalb des Landes Berlins und des Bezirks Lichtenberg eröffnet sich mit dem dezentralen und zugehenden Ansatz der Arztpraxisinternen Sozialberatung die Möglichkeit zur Stärkung von kommunalen Teilhabe-, Unterstützungs- und Versorgungsstrukturen. Dafür muss allerdings von den diversen Akteuren die Bereitschaft bestehen das Potential des Ansatzes im Rahmen einer engen Vernetzung tatsächlich nutzen und einbinden zu wollen und institutionelle Eigeninteressen gegenüber den Bedürfnissen und Interessen von Patient*innen zurückzustellen.

Als grundlegende Herausforderung für eine nachhaltige Etablierung dieses Ansatzes bleibt, genauso wie schon vor mehr als 35 Jahren im Deutschen Ärzteblatt konstatiert wird, die Finanzierung der Zusammenarbeit „zwischen dem in freier Praxis tätigen Arzt und dem Sozialarbeiter [schwierig], weil die sozialversicherungsrechtliche Einordnung der Tätigkeit des Sozialarbeiters nicht geklärt ist und damit eine Bezahlung der Leistungen des Sozialarbeiters im Rahmen der Sozialversicherung bisher nicht geregelt werden konnte“ (Bundesärztekammer 1985).

6. Literaturverzeichnis

Braesecke, Grit; Pflug, Claudia (2017): Lotsen im Versorgungssystem. Gutachten und Ableitung konkreter Modellprojekte zu Lotsinnen und Lotsen im Versorgungssystem. IGES. Berlin.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e. V. (BAGSO) (Hg.) (2013): Gesund älter werden. Initiativen und Projekte zur Verbesserung der Lebensqualität und der Gesundheit älterer Menschen. Publikation Nr. 26. Bonn.

Bundesärztekammer (1985): Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Sozialarbeitern. Bekanntmachung. In: *Deutsches Ärzteblatt* 82 (3), S. 124–125.

Christophers, Birte (2022): Gesetzesinitiative zu Gesundheitskiosken. Lieber vorhandene Strukturen nutzen! In: *KV-Blatt* (06), S. 28.

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

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (2022): Gesundheitskioske müssen bedarfsgerecht und multiprofessionell ausgerichtet sein. Stellungnahme der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. Berlin. Online verfügbar unter <https://dvsg.org/veroeffentlichungen/stellungnahmen-und-positionen/>, zuletzt geprüft am 20.12.2022.

Döhner, Hanneli; Bleich, Christian; Kofahl, Christopher (2002): Case Management für ältere Hausarztpatientinnen und -patienten und ihre Angehörigen. Projekt Ambulantes Gerontologisches Team - PAGT. Unter Mitarbeit von Hanneli Döhner. Stuttgart: Kohlhammer (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 206).

Döpfmer, Susanne; Trusch, Barbara; Stumm, Judith; Peter, Lisa; Kuempel, Lisa; Grittner, Ulrike et al. (2021): Unterstützungsbedarf und -möglichkeiten für Hausärzte in der Versorgung von Patienten mit komplexem Bedarf: Eine Fragebogenerhebung Berliner Hausärzte. In: *Gesundheitswesen* (83), S. 844–853.

Eißler, Yvonne (2020): Arztsitze dort vergeben, wo es nötig ist. Novellierung des Bedarfsplans. In: *KV-Blatt* (6), S. 16–21.

Friedrich-Ebert-Stiftung (Hg.) (2017): Patient first! Für eine patientengerechte sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. Positionspapier. Bonn (WISO-Diskurs).

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

Graf, Pedro; Spengler, Maria; Nugel, Martin (2021): Leitbild- und Konzeptentwicklung. Eine Arbeitshilfe für soziale Organisationen. 7., aktualisierte Auflage. Regensburg: Walhalla (Blaue Reihe). Online verfügbar unter <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=6798386>.

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

Hartung, Susanne; Rosenbrock, Rolf (2022): Settingansatz–Lebensweltansatz. BZgA Leitbegriffe. Hg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Online verfügbar unter <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/settingansatz-lebensweltansatz/>, zuletzt geprüft am 20.12.2022.

Hosek, Martin; Honegger, Erich; Stadler, Andy (2020): Bessere Behandlung durch Sozialberatung in der Hausarztpraxis. In: *Schweiz Ärztztg*, S. 1318–1320. DOI: 10.4414/saez.2020.19125.

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

Jobst, D.; Fuchs, A.; Joest, A.; Nagel, N. (2007): Anliegen und Wünsche gesunder Patienten - wie gehen Hausärzte damit um? In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 69 (11), S. 607–611. DOI: 10.1055/s-2007-992777.

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

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

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

Kollak, Ingrid; Schmidt, Stefan (2016): Instrumente des Care und Case Management Prozesses: Springer Berlin Heidelberg.

Köngeter, Stefan (2022): Lebenswelten. In: Fabian Kessl und Christian Reutlinger (Hg.): Sozialraum. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden (20), S. 95–107.

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Hg.) (2021): Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung. Berlin.

Löcherbach, Peter; Klug, Wolfgang; Remmel-Faßbender, Ruth; Wendt, Wolf-Rainer (Hg.) (2018): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. 5., überarbeitete Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag (Soziale Arbeit).

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

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

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

Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen (2020): Dokumentation zur Modifizierung der Lebensweltlich orientierten Räume. Berlin. Online verfügbar unter https://www.stadtentwicklung.berlin.de/planen/basisdaten_stadtentwicklung/lor/download/Dokumentation_zur_Modifikation_LOR_2020.pdf, zuletzt geprüft am 20.12.2022.

Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen (Hg.) (2021): Monitoring Soziale Stadtentwicklung 2021. Langfassung. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.berlin.de/sen/sbw/stadtdaten/stadtwissen/monitoring-soziale-stadtentwicklung/bericht-2021/>, zuletzt geprüft am 20.12.2022.

Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung (2022): Eckpunktepapier für das Landesprogramm Integrierte Gesundheitszentren in Berlin, 16.11.2022.

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

SPD, BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN, FDP (Hg.) (2021): Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021 - 2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP). Berlin.

Stellmacher, Thorsten; Wolter, Birgit (2021): Evaluationsbericht zu Arztpraxisinterne Sozialberatung - Gesundheitsförderung und Teilhabe älterer Menschen. Präventive Beratung und Begleitung ermöglicht benachteiligten Menschen ein Leben in Würde bis zum Lebensende. Hg. v. Bezirksamt Lichtenberg. Berlin.

Stellmacher, Thorsten; Wolter, Birgit (2022): Wissenschaftliche Begleitung der Arztpraxisinternen Sozialberatung - Gesundheitsförderung und Teilhabe älterer Menschen. Bericht zum Zeitraum 1.1.-31.12.2021. Hg. v. Bezirksamt Lichtenberg. Berlin. Online verfügbar unter <https://igfberlin.de/schwerpunkt/lebenundwohnenimalter/181-arztpraxeninterne-sozialberatung>, zuletzt geprüft am 20.12.2022.

Thiersch, Hans; Grunwald, Klaus; Köngeter, Stefan (2012): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. In: Thole und Werner (Hg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 4 Aufl. [s.l.]: Springer VS, S. 175–196.

Tophoven, Christina (2022): Sektorenübergreifende Versorgung – wie schnell ist nichts passiert. In: *GuS* 76 (1), S. 5–14. DOI: 10.5771/1611-5821-2022-1-5.

Wendt, Wolf Rainer (2018): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. 7. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus (Soziale Arbeit).

Wild, Eva-Maria; Schreyögg, Jonas; Golubinski, Veronika; Röss, Vanessa; Schmidt, Henrike (2021): Hamburg Billstedt/Horn als Prototyp für eine Integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen (INVEST Billstedt/Horn). Vorabveröffentlichung des Evaluationsberichts gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF - Langfassung. Hamburg.

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

7. Anhang

7.1 Bevölkerung in Berlin und Lichtenberg

Nach dem Einwohnerregister des Amts für Statistik Berlin-Brandenburg lebten zum Stichtag 30. Juni 2022 insgesamt 3.821.881 Menschen in Berlin (vgl. Tabelle 2). Für den Bezirk Lichtenberg sind 304.485 Menschen erfasst. Damit liegt der Bezirk Lichtenberg bei der Anzahl der Einwohner*innen im mittleren Bereich der Berliner Stadtbezirke. Die höchsten Einwohnerzahlen weisen die Bezirke Pankow (418.249), Mitte (391.831) und Tempelhof-Schöneberg (351.567) auf. Am geringsten sind die Einwohnerzahlen in den Bezirken Marzahn-Hellersdorf (281.566) Reinickendorf (267.398) und Spandau (251.588).

Auch bei der Anzahl der Einwohner*innen die 65 Jahre und älter sind befindet sich der Bezirk Lichtenberg mit 58.304 Menschen beim berlinweiten Vergleich im mittleren Bereich (vgl. Tabelle 2). Deutlich mehr Menschen, die 65 Jahre und älter sind, leben bspw. in den Bezirken Steglitz-Zehlendorf (79.563), Charlottenburg-Wilmersdorf (78.857) und Tempelhof-Schöneberg (74.198). Weniger sind es u. a. in den Bezirken Spandau (53.395), Mitte (50.060) und Friedrichshain-Kreuzberg (30.427). Der Anteil der Einwohner*innen 65 Jahre und älter an der Gesamtbevölkerung liegt in Lichtenberg bei rund 19,1 % fast genau im berlinweiten Mittel (19,0 %). Auch der Altenquotient (Anzahl der Menschen 65 Jahre und älter die auf 100 Menschen im erwerbsfähigen Alter zwischen 18 bis unter 65 Jahre kommt) überschreitet im Bezirk Lichtenberg mit 30,2 den berlinweiten Wert von 29,5 nur leicht. Die höchsten Anteile von 65-Jährigen und älter und die höchsten Altenquotienten zeigen sich in den Berliner Bezirken Steglitz-Zehlendorf (Anteil 65+: 25,6 %, Altenquotient: 43,9), Reinickendorf (Anteil 65+: 23,2 %, Altenquotient: 38,9) und Charlottenburg-Wilmersdorf (Anteil 65+: 23,2 %, Altenquotient: 36,9). Deutlich niedriger sind diese Werte im berlinweiten Vergleich dagegen in den Bezirken Pankow (Anteil 65+: 14,8 %, Altenquotient: 22,0), Mitte (Anteil 65+: 12,8 %, Altenquotient: 17,8) und Friedrichshain-Kreuzberg (Anteil 65+: 10,4 %, Altenquotient: 14,1).

Bezirk	Einwohnerzahl	Anzahl 65 Jahre und älter	Anteil 65 Jahre und älter an Einwohnerzahl	Altenquotient ¹²
Charlbg.-Wilmersd.	339.405	78.857	23,2 %	36,9
Friedrh.-Kreuzb.	291.851	30.427	10,4 %	14,1
Lichtenberg	304.485	58.304	19,1 %	30,2
Marzahn-Hellersd.	281.566	60.354	21,4 %	35,5
Mitte	391.831	50.060	12,8 %	17,8
Neukölln	329.037	57.623	17,5 %	26,5
Pankow	418.249	62.058	14,8 %	22,0
Reinickendorf	267.398	62.026	23,2 %	38,9
Spandau	251.588	53.395	21,2 %	35,1
Steglitz-Zehlend.	310.454	79.563	25,6 %	43,9
Tempelh.-Schöneb.	351.567	74.198	21,1 %	33,5
Treptow-Köpenick	284.450	60.167	21,2 %	33,9
Berlin	3.821.881	727.032	19,0 %	29,5

Tabelle 2: Einwohnerzahlen, Einwohner*innen 65 Jahre und älter, deren Anteil an der Einwohnerzahl und Altenquotient in Berlin und den Bezirken. Datenquelle: Statistik Berlin-Brandenburg SB_A01-05-00_2022h01_BE (Stichtag 30.06.2022)

Bei einer kleinräumlicheren, auf den Bezirk Lichtenberg fokussierten Betrachtung, zeigen sich im Hinblick auf die Bevölkerungsverteilung innerhalb des Bezirks in fünf Prognoseräumen¹³ ebenfalls

¹² Der Altenquotient spiegelt hier die Anzahl der Menschen 65 Jahre und älter die auf 100 Menschen im erwerbsfähigen Alter von 18 bis unter 65 Jahre kommt wieder.

deutliche Unterschiede (vgl. Tabelle 3). Mit zusammengenommen 156.038 Einwohner*innen lebt zum 30. Juni 2022 mehr als die Hälfte der bezirklichen Bevölkerung in den beiden Prognoseräumen Lichtenberg Nord (77.061 Menschen) und Lichtenberg Mitte (78.977 Menschen). In Hohenschönhausen Nord sind es insgesamt 64.031 und in Hohenschönhausen Süd 51.061 Menschen. Mit 33.355 Einwohner*innen weist der Prognoseraum Lichtenberg Süd die geringste Bevölkerungszahl auf.

Beim Vergleich der bezirklichen Prognoseräume im Hinblick auf die Anzahl der dort lebenden älteren Einwohner*innen (65 Jahre und älter) sind die Werte in Lichtenberg Mitte mit 15.350, dicht gefolgt von Lichtenberg Nord mit 15.092 älteren Menschen am höchsten. In Hohenschönhausen Nord sind dies 12.075 und in Hohenschönhausen Süd 10.639 Menschen. Deutlich geringer ist die Anzahl der älteren Menschen mit 5.148 im Prognoseraum Lichtenberg Süd. Den größten Anteil an der Bevölkerung machen die 65-Jährigen und älteren Menschen mit 20,8 % im Prognoseraum Hohenschönhausen Süd aus. In Lichtenberg Nord sind dies 19,6 %, in Lichtenberg Mitte 19,4 % und in Hohenschönhausen Nord 18,9 %. In Lichtenberg Süd ist die Bevölkerung durchschnittlich etwas jünger. Der Anteil der älteren Bevölkerung beträgt dort 15,4 %.

Prognoseraum	Einwohnerzahl	Anzahl 65 Jahre und älter	Anteil 65 Jahre und älter an Einwohnerzahl	Altenquotient
Hohenschönhausen Nord	64.031	12.075	18,9 %	30,7
Hohenschönhausen Süd	51.061	10.639	20,8 %	34,5
Lichtenberg Nord	77.061	15.092	19,6 %	29,9
Lichtenberg Mitte	78.977	15.350	19,4 %	29,9
Lichtenberg Süd	33.355	5.148	15,4 %	24,2
Lichtenberg (insgesamt)	304.485	58.304	19,1 %	30,2

Tabelle 3: Einwohnerzahlen, Einwohner*innen 65 Jahre und älter, deren Anteil an der Einwohnerzahl und Altenquotient in Berlin und den Bezirken. Datenquelle: Statistik Berlin-Brandenburg SB_A01-05-00_2022h01_BE (Stichtag 30.06.2022)

Unterhalb der Prognoseräume bietet das Einwohnerregister eine weitere Differenzierung nach Planungsräumen an. Dabei weist das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (SB_A01-16-00_2021h02_BE) zum 31.12.2021 für Lichtenberg die höchsten Einwohnerzahlen in den Planungsräumen Weitlingkiez (16.263), Landsberger Allee (15.627), Zingster Straße Ost (11.761) und Fennpfuhl Ost (11.227) auf (vgl. dazu auch Abbildung 3).

¹³ Vgl. zu Lebensweltlich orientierten Räumen (LOR) und Prognoseräumen: https://www.stadtentwicklung.berlin.de/planen/basisdaten_stadtentwicklung/lor/

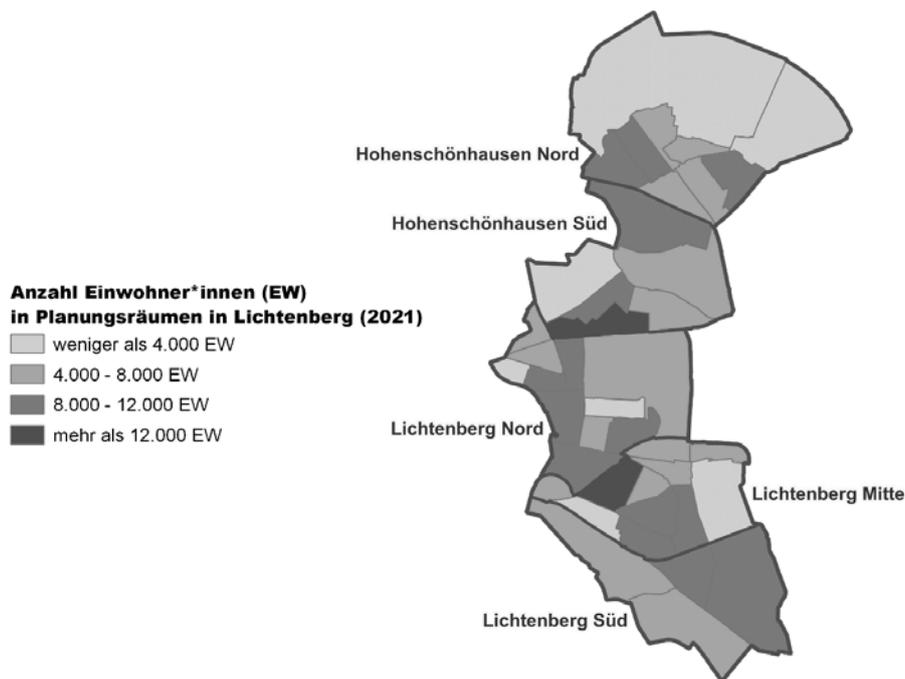


Abbildung 3: Einwohnerzahlen in Planungsräumen in Lichtenberg. Datenquelle: Darstellung durch das IGF e. V. auf Basis der Daten von Statistik Berlin-Brandenburg SB_A01-16-00_2022h01_BE (Stichtag 31.12.2021)

Die höchsten Anteile von Einwohner*innen, die 65 Jahre und älter sind, gibt es im Bezirk Lichtenberg in den Planungsräumen Fennpfuhlpark (31 %), Volkradstraße (29 %), Hohenschönhausener Straße (28 %), Dolgenseestraße (27 %) und Tierpark (26 %) (vgl. Abbildung 4).

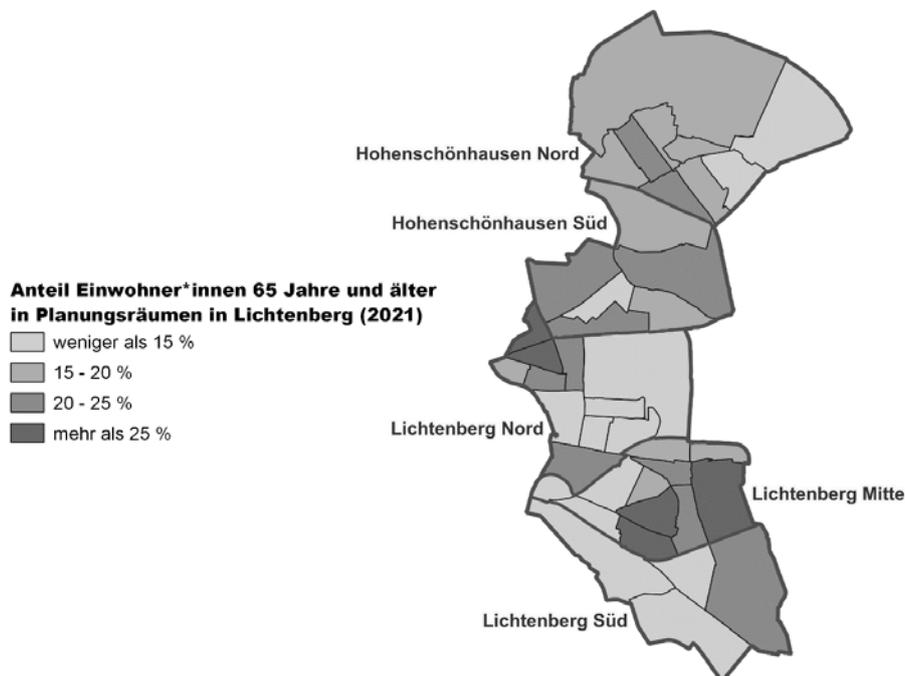


Abbildung 4: Anteil an Einwohner*innen 65 Jahre und älter in Planungsräumen in Lichtenberg. Datenquelle: Darstellung durch das IGF e. V. auf Basis von Daten von Statistik Berlin-Brandenburg SB_A01-16-00_2022h01_BE (Stichtag 31.12.2021)

7.2 Soziale Lage der Bevölkerung

Einen Eindruck zur sozialen Lage der Bevölkerung in den Planungsregionen vermittelt der im Rahmen des Monitoring Soziale Stadtentwicklung Berlin (MSS)¹⁴ ermittelte Gesamtindex Soziale Ungleichheit (Status/Dynamik-Index). Dieser Gesamtindex zur Darstellung der räumlichen Verteilung von sozialer Ungleichheit in Berlin kombiniert einen für die Planungsräume ermittelten sozialen Status mit einer Aussage zur Veränderungstendenz (Dynamik) der sozialen Lage in den einzelnen Planungsräumen innerhalb der letzten 2 Jahre. Dabei ergibt sich die Ausprägung des sozialen Status und die Veränderungsdynamik aus Daten zur Arbeitslosigkeit (nach SGB II), dem Transferbezug (existenzsichernde Leistungen für Nicht-Arbeitslose nach SGB II und XII) und der Kinderarmut (Transferbezug SGB II der unter 15-Jährigen) in den einzelnen Planungsräumen. Wiedergegeben werden sozialer Status und Veränderungsdynamik jeweils in 3 Stufen.

Innerhalb Berlins variieren die Ergebnisse zur sozialen Benachteiligung beim Monitoring Soziale Stadtentwicklung 2021 erheblich. Für die räumliche Verteilung von Gebieten mit erhöhten Anteilen sozial benachteiligter Einwohner*innen innerhalb Berlins sieht der Monitoring-Bericht zum MSS 2021 der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen (2021) besondere Konzentrationen in den Ortsteilen Wedding, Moabit, Gesundbrunnen, Kreuzberg, Charlottenburg-Nord, Falkenhagener Feld, Neukölln, Hellersdorf, Reinickendorf und dem Märkischen Viertel. Für die Planungsräume im Bezirk Lichtenberg zeigt sich überwiegend ein mittlerer und teilweise auch höherer sozialer Status und eine weitestgehend stabile bis teilweise sogar positive Tendenz (vgl. Abbildung 5). Ein niedriger Status mit gleichzeitig stabiler Dynamik liegt nach dem MSS 2021 in Lichtenberg für die Planungsräume Hohenschönhausener Straße, Zingster Straße West und Falkenberg Ost vor. Für die Planungsregion Wartenberg Nord wird neben einem niedrigen Status zusätzlich auch eine negative Dynamik ausgewiesen.

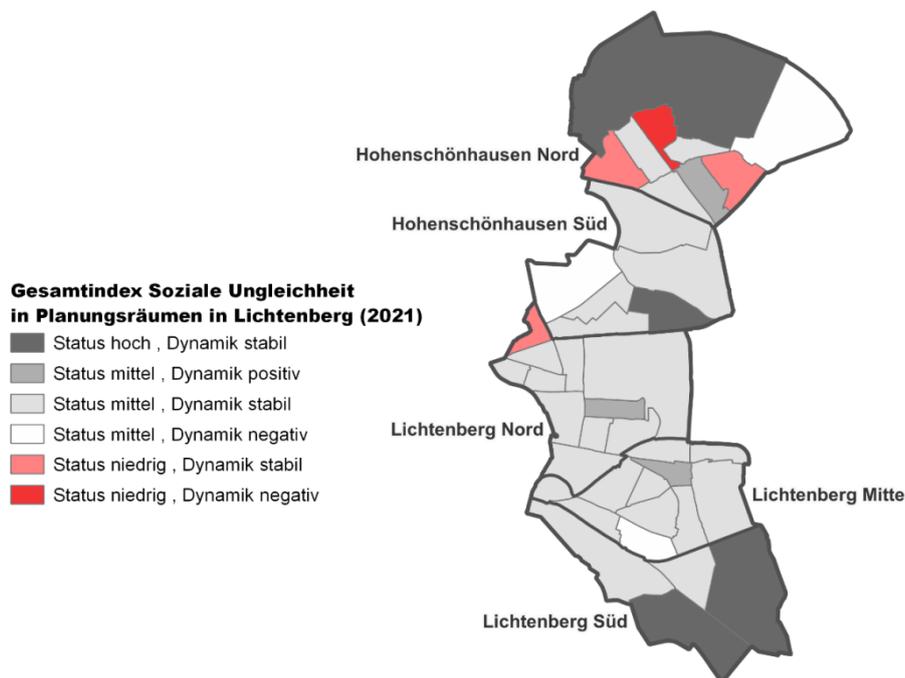


Abbildung 5: Gesamtindex Soziale Ungleichheit nach dem Monitoring Soziale Stadtentwicklung (MSS) in Planungsräumen in Lichtenberg. Datenquelle: Darstellung durch das IGF e.V. auf Basis von Daten des MSS tabelle_1_gesamtindex_soziale_ungleichheit_sdi_mss_2021 (Stichtag 31.12.2020)

¹⁴ Vgl. zum Monitoring Soziale Stadtentwicklung (MSS) der Berliner Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen und zu den aktuellen Daten <https://www.berlin.de/sen/sbw/stadtdaten/stadtwissen/monitoring-soziale-stadtentwicklung/bericht-2021>.

Einen Eindruck zur prekären sozialen Lage der älteren Bevölkerung vermittelt die räumliche Verteilung von Leistungsempfänger*innen von Grundsicherung im Alter (nach SGB XII). Bezieher*innen von Grundsicherung im Alter haben die Altersgrenze erreicht und entweder gar keine oder nur sehr geringe Ansprüche auf eine Altersrente erworben. Dadurch verfügen sie nicht über ein Einkommen mit dem sie ihren Lebensunterhalt sichern können. Zum Stichtag 31.12.2021 erhielten rund 6,7 % der älteren in Berlin gemeldeten Menschen (65 Jahre und älter) Grundsicherung im Alter nach SGB XII. Beim Vergleich der einzelnen Stadtbezirke zeigen sich die höchsten Anteile in Mitte (13,4 %), Friedrichshain-Kreuzberg (13,2 %) und Neukölln (10,2 %) (vgl. Tabelle 4). Deutlich ist auch, dass in ganz Berlin ältere Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit zu größeren Anteilen auf Grundsicherung im Alter angewiesen sind als Ältere mit deutscher Staatsangehörigkeit.

Bezirk	Anteil Grundsicherung im Alter an Bevölkerungsgruppe 65+, insgesamt	Anteil Grundsicherung im Alter an Bevölkerungsgruppe 65+, deutsche Staatsangehörigkeit	Anteil Grundsicherung im Alter an Bevölkerungsgruppe 65+, ohne deutsche Staatsangehörigkeit
Charlbg.-Wilmsd.	8,69 %	7,26 %	18,75 %
Friedrh.-Kreuzb.	13,19 %	10,72 %	23,13 %
Lichtenberg	4,16 %	3,22 %	37,54 %
Marzahn-Hellersd.	4,16 %	3,59 %	34,93 %
Mitte	13,43 %	10,56 %	24,99 %
Neukölln	10,31 %	8,06 %	24,40 %
Pankow	3,52 %	3,15 %	15,61 %
Reinickendorf	5,30 %	4,29 %	18,92 %
Spandau	6,98 %	5,97 %	18,45 %
Steglitz-Zehlend.	3,96 %	3,38 %	11,58 %
Tempelh.-Schöneb.	7,97 %	6,21 %	22,37 %
Treptow-Köpenick	2,41 %	2,10 %	20,39 %
Berlin	6,69 %	5,33 %	21,45 %

Tabelle 4: Anteile von Empfänger*innen von Grundsicherung im Alter (65 Jahre und älter) nach 4. Kapitel SGB XII außerhalb von Einrichtungen an der Bevölkerungsgruppe nach Staatsangehörigkeit in den Berliner Bezirken. Datenquelle: (vgl. Statistik Berlin Brandenburg: Empfängerstatistik SGB XII 4. Kap. Berlin LOR 2021 Dezember (Stichtag 31.12.2021))

Auf Ebene der Prognoseräume heben sich beim berlinweiten Vergleich Kreuzberg Nord (22,5 %), Neukölln (19,2 %), Kreuzberg Ost (18,6 %), Gesundbrunnen (16,9 %), Schöneberg-Nord (16,3 %), Wedding (14,9 %) und Moabit (14,5 %) mit einem hohen Anteil an Grundsicherungsempfänger*innen deutlich ab.

Im Bezirk Lichtenberg gibt es die größten Anteile an Empfänger*innen von Grundsicherung im Alter in den Prognoseräumen Hohenschönhausen Nord (5,52 %), Lichtenberg Mitte (4,4 %) und Lichtenberg Nord (4,2 %). Auf Ebene der Planungsräume sind besonders stark die Victoriastadt (14,2 %), Herzbergstraße 9,7 %), Zingster Straße West (7,8 %) und Falkenberg Ost (8,9 %) betroffen (vgl. Abbildung 6).

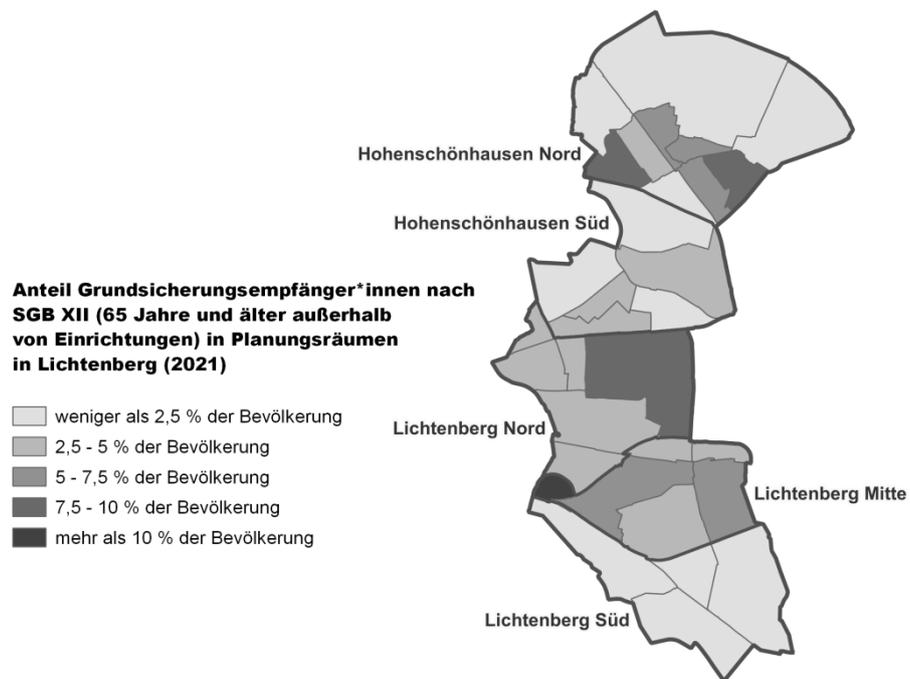


Abbildung 6: Anteil der Grundsicherungsempfänger*innen in Planungsräumen in Lichtenberg. Datenquelle: Darstellung durch das IGF e. V. auf Basis der Empfängerstatistik SGB XII 4. Kap. Berlin LOR 2021 Dezember (Stichtag 31.12.2021)