

# Planung und gesundheitliche Versorgung in sozialen Brennpunkten

BERNHARD GIBIS,  
ELISABETH FIX

Dr. med. Bernhard Gibis ist Dezernent im Dezernat Sicherstellung und Versorgungsstruktur in der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Berlin

Dr. Elisabeth Fix ist Referentin Rehabilitation, Alten- und Gesundheitspolitik im Deutschen Caritasverband e.V., Berliner Büro

Schieflagen erkennen, Maßnahmen auswählen und diese ergreifen sind Grundelemente einer Planung, die passgenau auch für die Verbesserung von medizinischen Versorgungsverhältnissen in sozialen Brennpunkten sinnvoll sein kann. Dabei ist ein Mehr an bestehender Versorgung selten ausreichend, Menschen in sozialen Brennpunkten werden mit dem bestehenden medizinischen Angebot häufig nicht erreicht. Hierzu gehören insbesondere auch solche „ohne Papiere“ oder ohne hinreichende Sprachkenntnisse. Notwendig sind deshalb Versorgungsansätze, die Daseinsvorsorge und medizinische Versorgung besser als bisher verbinden.

## Einleitung

Sozialer Brennpunkt, Problemviertel, Ghetto, no-Go-Area: Die Begrifflichkeiten zeigen, in unterschiedlicher Ausprägung und Perspektive, die Mehrdimensionalität sich überlagernder Problemlagen in Städten. Gemeinsam ist allen Begriffen, dass räumlich abgegrenzte Nachbarschaften, Kieze oder Viertel besondere Merkmale aufweisen, die sie von der Regelsituation vergleichbarer großer sozialgeographischer Räume unterscheiden.

Diese Besonderheiten betreffen nicht nur Einkommen, Sprachkompetenz, Bildung oder verfügbarer Wohnraum, sondern auch die gesundheitliche Lage ihrer Bewohnerinnen und Bewohner. Die Gründe hierfür sind vielfältig und nicht allein auf die jeweilige Erkrankung zu reduzieren, sondern wirken gegenseitig verstärkend. Krankheit und soziale Lage sind eng miteinander verbunden und führen gemeinsam zu eindeutigen, nicht weg

zu diskutierenden Ergebnissen. Nicht nur ist die Morbidität der Bewohner solcher Viertel deutlich im Vergleich zur Restbevölkerung erhöht, konsequenterweise ist dies auch die Mortalität und in der Folge davon die Lebenserwartung deutlich reduziert [z.B. Marmot 2017]. Es ist nicht weiter verwunderlich, dass während der Corona-Pandemie Inzidenz-Hotspots in prekären Wohn- und Lebensverhältnissen anzutreffen waren.

Gerade deswegen greift die Vorstellung, dass mehr bisherige medizinische und pflegerische Versorgung allein ausreichen, um diesen Umständen abzuhelfen, zu kurz. Das Zusammenwirken von Einkommensarmut, eingeschränkter Gesundheitskompetenz, schwierigen Wohnverhältnissen oder auch ungenügender sprachlicher Teilhabe am gesellschaftlichen Leben kann Krankheit bedingen, die Therapie derselben beseitigt aber nicht die tatsächlichen Ursachen und ist damit ein „kurieren am Symptom“. Eine spezifisch auf diese besonderen Bedarfe

ausgerichtete pflegerische und medizinische Versorgung kann als Ausgangspunkt jedoch einen signifikanten Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage darstellen mit dem Ziel, in einigen Fällen einander bedingende Teufelskreisläufe zu unterbrechen. Gleichwohl fällt auf, dass nicht nur in Deutschland die infrastrukturelle Ausstattung zur gesundheitlichen Versorgung solcher Viertel bis auf wenige Ausnahmen diesen Problemen nicht gesondert Rechnung trägt. Im Gegenteil ist festzustellen, dass, ähnlich anderer Bereiche der Daseinsvorsorge, die Versorgungsaufwände nicht mit den Anforderungen Schritt halten können und im Gegenteil ein Rückzug sozialstaatlicher Präsenz festgestellt werden kann [siehe auch: Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur 2016].

Mit immer besser werdender Datenverfügbarkeit, neuen Möglichkeiten der Analyse und Darstellung beispielsweise durch geographische Informationssysteme stellt sich nach Jahren der Planungsaversion die Frage, ob mit Möglichkeiten der Planung ein wesentlicher Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung in solchen Gebieten geleistet werden kann. Zukunftsbezogene Planung beinhaltet dabei mehrere Funktionen, unter anderem a) die der Früherkennung problematischer Entwicklungen, b) die der Orientierung im weiteren Vorgehen, c) der Koordination von Maßnahmen und schließlich d) der Moderation beispielsweise bei Verteilung knapper Ressourcen wie Arztstühle.

**Vorgehensweise**

In dem folgenden Beitrag sollen Möglichkeiten und Grenzen planerischer Ansätze zur verbesserten Versorgung solcher Regionen näher betrachtet werden. Hierzu werden die gesundheitlichen Besonderheiten solcher Bezirke, die Dichte und bisherige Ausprägung medizinischer und pflegerischer Versorgung, Lösungsansätze und Voraussetzungen für eine verbesserte, an die besonderen Bedingungen angepasste Versorgung solcher sozialer Räume betrachtet und bewertet. Im Mittelpunkt stehen Möglichkeiten und Grenzen der ambulanten medizinischen und pflegerischen Versorgung gesetzlich Krankensicherter mit einem Exkurs zur Frage nichtversicherter Patientinnen und Patienten.

Der Artikel ist konzeptionell entlang der sich gegenseitig bedingenden Trias Raumabgrenzung, Analyse und geeignete Maßnahmen (Versorgungsansätze) verfasst.

**Raumabgrenzung**

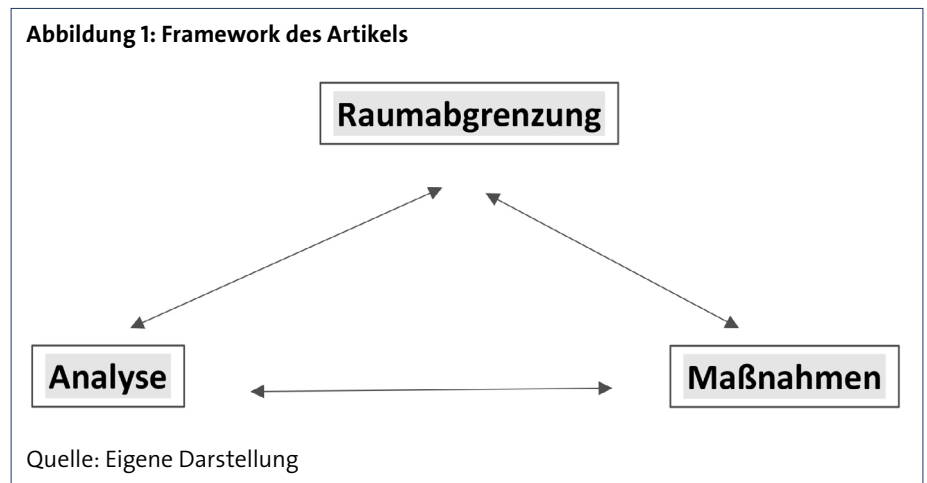
Hinsichtlich des Zusammenhangs von Krankheit und sozialer Lage haben Mosse und Tugendreich schon 1912 stichhaltige Nachweise aus Routinedaten zusammengetragen [Mosse und Tugendreich 1912]. Dieser konsistente, auch in anderen Ländern zu beobachtende Effekt, lässt sich naturgemäß auch für Deutschland nachweisen. Allen Ansätzen ist dabei gemein, dass sie sich auf abgrenzbare, geographische Räume beziehen. Ohne eine solche sozialräumliche Zuordnung fällt ein Vergleich schwer, bleiben Erkenntnisse über Interventionsansätze begrenzt und das Wesen des benachteiligten Raums negiert.

Jegliche Befassung mit bevor- oder benachteiligten Regionen beginnt deshalb mit einer nachvollziehbaren, im besten Fall wissenschaftlich begründeten, zumindest aber wissenschaftlich informierten Abgrenzung von Gebieten. Diese Abgrenzung sollte Ergebnis eines standardisierten Verfahrens sein und erlaubt damit nicht nur den Vergleich im Hinblick auf so relevante Parameter wie Lebenserwartung oder Morbidität, sondern auch prognostische Analysen über die künftige Entwicklung dieser Parameter in diesem Gebiet. Probleme bzw. die Manipulierbarkeit, die sich aus der Abgrenzung ergeben können, sind vielfältig publiziert worden. Unter dem Modifiable area unit Problem (MAUP) wird ein statistischer Bias ver-

standen [Tuson et al 2019], der durch eine entsprechende Raumabgrenzung verursacht wird und zu, nicht selten erwünschten oder zumindest billigend in Kauf genommenen, Verwerfungen bei der Berechnung von aggregierten Indikatoren führt. Das stärkste diesbezügliche Phänomen ist das sog. Gerymandering mit dem durch geschickte Raumabgrenzung Wahlergebnisse z.B. bei amerikanischen Präsidentschaftswahlen befördert oder verhindert werden sollen. Aus diesem Grund besteht auch bei der Abgrenzung von Untersuchungsgebieten zur gesundheitlichen Versorgung ein inhärenter Trend, auf bestehende administrative Raumabgrenzungen zurückzugreifen. Unterstützend kommt hinzu, dass für diese Abgrenzungen wie z.B. Bundesländer oder Kreise, relevante statistische Daten in einer Zeitreihe vorliegen, wie beispielsweise Mortalitätsdaten.

Bestehende administrative Abgrenzungen sind aber häufig nicht geeignet, kleinräumigen Besonderheiten sozialer Lagen entsprechend Rechnung zu tragen und sind oft auch zu grob gegliedert, um „Kiezprobleme“ erkennen zu können. Der Frage der Raumabgrenzung kommt somit eine wichtige Bedeutung zu, die im Falle der lebensweltlich orientierten Räume, wie sie in Berlin etabliert wurden, explizit adressiert wurde [Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen 2020]. Hierarchisch gegliedert wird Berlin in 58 Prognoseräume mit durchschnittlich 65.000 Einwohnern aufgeteilt, die sich wiederum in 143 Bezirksregionen mit durchschnittlich 27.000 Einwohnern und schließlich in 542 Planungsräume mit durchschnittlich jeweils 7000 Einwohnern teilen.

Abbildung 1: Framework des Artikels



## Lebensweltlich orientierte Räume

Mit den lebensweltlich orientierten Räumen (LOR) stehen für Berlin Raumabgrenzungen zur Verfügung, mit denen auch Vergleiche zur gesundheitlichen Lage angestellt werden können, ein Sonderfall, wie er bundesweit nur selten eine Entsprechung findet. Gleichzeitig versucht das Land, soweit möglich, Daten auf der Ebene dieser Raumabgrenzung zu erheben und zur Verfügung zu stellen. Daten liegen i.d.R. allenfalls auf der Ebene der Gemeindeverbände, häufiger jedoch auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte oder weitergehender Abgrenzungen wie der Raumordnungsregionen vor. Aber auch bei den LOR ist feststellbar, dass Daten auf Individualebene punktuell, aber nicht über das gesamte Fragen- und Problemkontinuum hinweg verfügbar sind, und Probleme des ökologischen Fehlschlusses durch die Verwendung aggregierter Daten somit nicht ausgeschlossen werden können. Dennoch zeigt dieser Ansatz, dass sinnvolle Raumabgrenzung und die Bereitstellung essenzieller sozioökonomischer Daten die Grundlagen für eine verbesserte Analyse der Versor-

### **Sinnvolle Raumabgrenzung und die Bereitstellung essenzieller sozioökonomischer Daten können die Grundlagen für eine verbesserte Analyse der Versorgungssituation und Ausgangspunkt für das Ergreifen entsprechender Maßnahmen sein.**

gungssituation und darauf aufbauend, Ausgangspunkt und Anlass für das Ergreifen entsprechender Maßnahmen sein können. In Berlin wurde unbenommen dieser kleinräumigen Betrachtung ein Beschluss im Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen gefasst, wonach Praxisneugründungen oder Praxisverlegungen an der bestehenden Niederlassungsdichte auszurichten sind, womit einzelne, vergleichsweise gut versorgte Bezirke bei der Standortwahl ausscheiden.

Die Niederlassung beispielsweise von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten folgt nicht notwendigerweise der

Problemlage einzelner Bezirke. Gleichzeitig ist aber auch zu berücksichtigen, dass der öffentliche Nahverkehr im Vergleich zu ländlichen Gebieten deutlich stärker ausgebaut und damit berlinweit eine vergleichsweise gute Erreichbarkeit gegeben ist und zudem gerade bei der Inanspruchnahme von Leistungen der psychischen Versorgung Standorte in unmittelbarer Nachbarschaft offensichtlich gemieden werden.

### **Sozialraumbezogene Analyse der Versorgungsinfrastruktur, Indexbildung**

Voraussetzung oder zumindest wesentlicher Bestandteil von Planungsansätzen ist eine umfassende Verfügbarkeit relevanter Informationen sowohl zur Versorgungslage als auch zur Lebenssituation der Bewohnerinnen und Bewohnern von sozialen Brennpunkten. Diese ist oft nur auf größerer Raumabgrenzungsebene wie z.B. dem Kreis oder der kreisfreien Stadt gegeben, nicht aber auf Straßenzugsebene. Weitestgehende Datentransparenz besteht derzeit bezüglich der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen

Leistungserbringer, die grundsätzlich durch Geokodierung punktgenau in geographische Informationssysteme eingepflegt werden können. Eine ähnliche Transparenz besteht hinsichtlich anderer Leistungserbringer wie zum Beispiel der Pflege, Heilmittelerbringer wie in der Soziotherapie, Physio-, Ergo- und Logotherapie (noch) nicht. Die Anzahl und Verortung von Pflegekräften wird zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht umfassend erhoben und bekannt gemacht, so dass die

Grundvoraussetzung für einen planerischen, berufsgruppenübergreifenden Ansatz, nämlich eine hinreichend gute Datenverfügbarkeit, derzeit nur selten gegeben ist. Gleiches gilt auch für das Krankenhauswesen Wesentlicher Baustein einer integrierten Planung auch für Versorgungsverbesserungen in sozialen Brennpunkten ist deshalb die Schaffung fachgruppen- und institutionenübergreifender Datenvoraussetzungen, auf deren Grundlagen sowohl eine status-Quo-Erhebung als auch Gestaltungsziele und Umsetzungsschritte entwickelt werden können.

Ähnliches gilt für die Verfügbarkeit von Daten, die zur Beschreibung der BewohnerInnen von sozialen Brennpunkten herangezogen werden können. Nach Vorarbeiten in Bayern durch [Mielck, Fairburn, Maier 2012] haben Kroll et al. 2017 den deutschen Deprivationsindex vorgestellt (GISD) [Kroll et al 2017]. In einem Kompositansatz wurden die Dimensionen Einkommen, Bildung und Beruf zu je einem Drittel in einen Index aufgenommen, für den Daten auch, aber nicht durchgehend, auf der Ebene der 4504 Gemeindeverbände vorliegen. Eine weitergehende Differenzierung, wie z.B. auf der Ebene der LOR Berlins, gelingt aufgrund fehlender bundesweiter Datenverfügbarkeit nicht, erlaubt aber die Ausweisung entsprechend problembeladener Regionen in Deutschland einschließlich der Möglichkeit von Datenreihen. Die Verwendbarkeit dieses Ansatzes auf kleinräumiger Ebene scheint bei gegebener Datenverfügbarkeit grundsätzlich möglich. So liegen eine Reihe Daten auch auf dieser Abgrenzungsebene vor und können in Bezug gesetzt werden, so wie dies Kroll et al. exemplarisch durchgeführt haben. Die Ergebnisse dieser publizierten Untersuchungen überraschen nicht wirklich, auch in diesen Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, dass ein erhöhter Deprivationsindex einer Region mit erhöhten Morbiditätsraten einhergeht.

In einer Untersuchung für den Gemeinsamen Bundesausschuss hat ein Forschungskonsortium der LU München um Leonie Sundmacher 2018 systematisch die vorliegenden Untersuchungen zu soziodemographischen Faktoren und Arztbedarf ausgewertet und eigene Berechnungen zum Einfluss dieser Faktoren auf die Inanspruchnahme ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen angestellt [GBA 2018]. Aufgrund der fehlenden Verfügbarkeit entsprechender Daten (z.B. Einkommen, Arbeitslosigkeit) auf Individualebene wurde zur Vermeidung von ökologischen Fehlschlüssen die Aufnahme solcher Faktoren in das vertragsärztliche Planungssystem hingegen nicht empfohlen (siehe z.B. S. 296 des Gutachtens). Erkennbar wurde auch, dass neben Alter und Geschlecht sowie der 2019 eingeführten Größe für Morbidität Sozialfaktoren einen geringen zusätzlichen Aufklärungswert für die beobachtete Varianz beitragen und insofern ihr Einfluss in der Rangfolge hinter den genannten Faktoren steht. Insofern wurde die Nutzung

von Sozialfaktoren für die ärztliche und psychotherapeutische Kapazitätsplanung als nicht praktikabel bewertet. Die analytische Ebene hilft dabei, Versorgungsmuster zu erkennen und zu bewerten. Nicht immer sind diese intuitiv. Die Inanspruchnahme von Leistungen folgt nicht notwendigerweise der Morbiditätslast einer Bevölkerungsgruppe. Beispielhaft sei die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen genannt, die nicht entlang der Morbidität einzelner Bevölkerungsgruppen konsistent ist. So ist beispielsweise die Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen in der GKV bei Frauen des Alters von 20-44 Jahren 2,5 höher als in der gleichen Altersgruppe der Männer [GBA 2021]. Es fällt auf, dass die Inanspruchnahme sowohl zwischen den Geschlechtern als auch den Altersklassen erheblich differiert. Ähnliches gilt auch für den Faktor sozialer Status. Hohe psychische Morbiditätslast bedeutet nicht automatisch vermehrte Inanspruchnahme von entsprechenden Leistungen und eine höhere Niederlassungsdichte entsprechender Fachgruppen in solchen Bezirken [siehe auch Kopetsch und Maier 2018].

Besonderes Augenmerk verdient der Personenkreis der Nichtversicherten. Es wird davon ausgegangen, dass dieser durch Fluchtursachen und eine insgesamt zunehmende Migration nach Deutschland und hier auch in soziale Brennpunkte größer wird. Auch hier wird deutlich, dass der traditionell datengestützte planerische Ansatz an Grenzen stoßen und durch entsprechend flexible Versorgungsansätze flankiert werden muss.

### **Neue Versorgungsansätze in sozialen Brennpunkten**

Um Planungsinstrumente auch für die Verbesserung der Versorgung in sozialen Brennpunkt nutzbar zu machen ist die Datenverfügbarkeit von entsprechender Wichtigkeit. Planung sollte sich dabei nicht nur auf die Analyse des Status quo beziehen und auf den quantitativen Ausbau bestehender Strukturen abzielen. Wichtig erscheint deshalb die Frage nach der Angemessenheit der angebotenen Versorgungsstrukturen. Das bisher auf die selbstständige Kontaktaufnahme und Besuche in Praxen ausgerichtete traditionelle ambulante gesundheitliche Versorgungsangebot durch einzelne Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten bedarf einer Hinter-

fragung hinsichtlich der Angemessenheit dieses Angebots für die Bewohner sozialer Brennpunkte. Dies heißt nicht, dass Patienten auch solcher Gebiete nicht mehr Koproduzenten ihrer eigenen Gesundheit sind und sich entsprechend eigeninitiativ in die eigene Gesundheit einbringen sollten. Das Erkennen eigener Betroffenheit, die Organisation von Terminen und das aktive Einbringen eigener zeitlicher und mentaler Ressourcen sind Erfolgsfaktoren auf dem Weg zur eigenen Gesundheit. Diese Kapazitäten dürfen jedoch nicht überall und gleichermaßen vorausgesetzt werden, so dass im Interesse der Vermeidung von Morbiditätsverdichtungen, Mortalitätsanhäufungen und schließlich zurückgehender Lebenserwartung auch in bundesweiten Statistiken Anstrengungen zur Verbesserung der Versorgungslage in solchen Gebieten erforderlich erscheinen.

### **Beispiele niedrigschwelliger Versorgung**

Die defizitäre gesundheitliche Versorgung von sozial benachteiligten Menschen in sozialen Brennpunkten, aber auch von wohnungslosen Personen, Geflüchteten oder Menschen in aufenthaltsrechtlicher Illegalität zeigt, wie unter einem Brennglas, dass die Regelversorgung für die medizinischen Bedarfe dieser Regionen allein nicht ausreicht. Nachfolgend seien jeweils einige good-practice-Beispiele genannt die, je nach Konstellation vor Ort, für eine Versorgungsverbesserung geeignet sein können. Eine Planungsperspektive muss deshalb nicht nur den Bestand der Versorgung, sondern auch neue Zugänge und Modelle beinhalten.

#### **Einfacher, niedrigschwelliger, wohnortnaher Zugang, auch zugehend**

Ein gutes Beispiel für einen niedrigschwelliger Zugang zur Gesundheitsversorgung von Menschen in sozialen Brennpunkten ist das Modell der Gesundheitskioske nach skandinavischem Vorbild, wie z.B. in Billstedt/Horn, Köln und seit kurzem in Aachen und Essen. Die Menschen können den Gesundheitskiosk ohne Termin aufsuchen und erhalten niedrigschwellig Zugang

zu Beratungs-, Präventionsangeboten und werden in medizinische Versorgung oder auch soziale Angebote vermittelt. In Skandinavien sind die Gesundheitskioske häufig lebensweltorientiert an Einkaufszentren angesiedelt.

Auch Migranten in und außerhalb sozialer Brennpunkte haben teilweise Probleme des Zugangs zur Versorgung,

### **Ein gutes Beispiel für einen niedrigschwelliger Zugang zur Gesundheitsversorgung von Menschen in sozialen Brennpunkten sind Gesundheitskioske nach skandinavischem Vorbild.**

insbesondere bei fehlenden Sprachkenntnissen. Bewährt hat sich hier das zugehende Modell der Stadtteilmütter und -väter in Bezirken mit einem hohen Migrantenanteil. Sie kennen die Probleme und Lebenslagen der Menschen aufgrund ihres eigenen Lebenshintergrunds und des Lebens im selben Umfeld genau und können daher als Peers gesundheitliche und andere soziale Hilfen erschließen. Einen niedrigschwelliger Zugang speziell für Geflüchtete bietet auch das Projekt „Schutzengel Flensburg“. Familienunterstützende Dienste oder Elterntreffpunkte bieten Frühe Hilfen, um Entwicklungsstörungen bei Kindern von Null bis drei Jahren zu verringern oder zu verhindern, indem speziell alleinerziehende Mütter oder Schwangere in schwierigen Lebenslagen unkompliziert, z.B. im Rahmen eines Frühstücks, mit einer Kinderärztin oder Familienhebamme ins Gespräch kommen können, ihre Bedarfe benennen können und somit der Kontakt ins Regelsystem partizipativ angebahnt wird.

Wohnungslose Menschen sind vielfach auf eine aufsuchende Versorgung z.B. durch Straßenambulanzen, wie die der Stadtmissionen oder des Caritas Arztmobils in Berlin, angewiesen. Als weitere niedrigschwellige Möglichkeit haben sich auch Arztpraxen oder Ambulanzen gegründet, die schwerpunktmäßig wohnungslose Menschen versorgen. Ein Beispiel hierfür ist die Jenny De la Torre-Stiftung in Berlin. Der niedrigschwellige Zugang darf aber den Blick auf das Grundproblem verstellen, dass

wohnungslose Menschen, die zudem häufig nicht versichert sind, nicht im Regelsystem versorgt werden können. Aufgrund des Nichtversicherten-Status erfolgt die ärztliche Versorgung obdachloser Menschen in Deutschland häufig ehrenamtlich. Eine wesentliche Voraussetzung für die Lösung dieser Probleme ist ein Rechtsanspruch auf medizinische und pflegerische Versorgung auch für Nichtversicherte. Zudem müssen Menschen, die aus medizinischen Gründen, auch auf nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel, wie Dermatika bei Hauterkrankungen angewiesen sind, auch zu Lasten der GKV verordnungsfähig sein.

Eine weitere große Personengruppe, die in Deutschland medizinisch-pflegerisch stark unterversorgt ist, sind Menschen in aufenthaltsrechtlicher Illegalität. In Deutschland leben immerhin mindestens 180.000 Menschen ohne Papiere („sans papiers“), nach einigen Schätzungen sogar bis zu einer halben Mio. Menschen. Deren Zugang zum Gesundheitswesen ist faktisch aufgrund der Meldepflichten nach § 87 AufenthG gehemmt; sie sind daher auf niedrigschwellige Angebote angewiesen. Ein gutes Versorgungsbeispiel hierfür ist die Malteser Migranten Medizin in Berlin, die Menschen ohne Krankenversicherung im Rahmen einer Erstuntersuchung und Notfallversorgung bei plötzlicher Erkrankung, Verletzung oder Schwangerschaft betreut. Die Zugangshürde der Meldepflicht nach § 87 AufenthG muss jedoch strukturell durch eine gesetzliche Änderung beseitigt werden, denn die gesundheitliche Versorgung aller Menschen ist ein Menschenrecht.

### **Multiprofessionelle und teambasierte Versorgung**

Von einer in vielen anderen europäischen Ländern bereits wohlgeprobten multiprofessionellen Versorgung durch ein in einer gemeinsamen Versorgungseinheit zusammengeschlossenes Team aus Ärzt:innen, Pflegekräften und Therapeut:innen oder gar institutionalisierter Kooperation ist Deutschland aufgrund seines stark segmentierten Gesundheitswesens noch weit entfernt. Ansätze sind hier in Medizinischen Versorgungszentren oder den Teams der spezialisierten, ambulanten Palliativversorgung (SAPV) zu erkennen. Gerade für sozial benachteiligte Menschen kann

eine interprofessionelle Versorgung mit einem niedrigschwelligen wohnortnahen Zugang, den beispielsweise Pflegekräfte entsprechend des Ansatzes von „community health nursing“ (CHN) unterstützen können, von hohem Nutzen. Strukturell verankert werden sollten solche Teams in lokalen integrierten oder noch besser intersektoralen Gesundheitszentren (IGZ). In intersektoralen Gesundheitszentren kann eine hybride ambulant-stationäre Versorgung stattfinden, die auch ein Angebot für Kurzlieger enthält, z.B., wenn alleinlebende erkrankte Menschen über Nacht beobachtet werden müssen, aber eigentlich nicht krankenhausbedürftig sind. Dies impliziert ebenfalls ein Angebot an solitärer Kurzzeitpflege, die auch für ambulant versorgte pflegebedürftige Menschen aus dem Stadtteil zugänglich sein sollte.

### **Koordinierte Versorgung durch Etablierung von Lotsenstrukturen**

Gerade sozial benachteiligte Menschen haben häufig Schwierigkeiten, sich in unserem fragmentierten Gesundheitswesen zurecht zu finden. Sie benötigen Unterstützung, um sich gut durch das System zu navigieren zu können. Vorbild für eine solche Lotsenstruktur kann wiederum der schon erwähnte Gesundheitskiosk sein. Die Lotsen vermitteln Patient:innen an notwendige medizinisch-pflegerische, aber auch soziale Angebote weiter. Erforderlichenfalls ist auch eine längerfristige Begleitung in Form eines Case-Managements möglich.

Bewährt hat sich z.B. der sog. „Babylotse“ in Geburtskliniken. Mit dem Ziel, jedem Kind ein gesundes und gewaltfreies Aufwachsen zu ermöglichen, wollen Babylotsen junge Eltern in ihren Gesundheits-, Versorgungs-, Beziehungs- und Erziehungskompetenzen stärken. Babylotsen sind als stigmatisierungsfreier und früher Zugang prädestiniert, um psychosoziale Bedarfe rund um die Geburt niedrigschwellig zu erfassen und die Klient:innen ggf. in Frühe Hilfen zu vermitteln. Lots:innen in Geburtskliniken sind zumeist Sozialpädagog:innen, Familienhebammen oder Kinderkrankenpfleger:innen, oft auch mit Schwerpunkt CHN.

Verknüpfung gesundheitlicher und sozialer Angebote: Gerade bei Menschen,

die in sozialen Brennpunkten leben, ist die gesundheitliche Situation eng mit der prekären sozialen Lage erworben. Daher sind Angebote wie Gesundheitskioske, die einen niedrigschwelligen Zugang zu Beratungs- und Präventionsangeboten sowie auch in soziale Angebote, wie z.B. Schuldnerberatung, bieten oder in medizinische Angebote wie Suchtberatung vermitteln, geradezu perfekt auf die multiplen Problemlagen dieser hochvulnerablen Personen zugeschnitten.

### **Verknüpfung gesundheitlicher und sozialer Angebote**

In Gesundheitskiosken kommt die bisher in Großbritannien bereits erprobte, aber in Deutschland noch nicht verbreitete Form des „social prescribing“ zum Tragen. Es hat sich gezeigt, dass Patient:innen Hausarztpraxen häufig nicht wegen medizinischer Probleme, sondern wegen sozialer Belastungen und Sorgen aufsuchen. Die ärztliche Überweisung dieser Patient:innen mit komplexeren gesundheitlichen und sozialen Bedarfen an Vermittlungssysteme wie z.B. an den Gesundheitskiosk können zielführend sein. Dort kann gezielt in

### **Nicht alle Probleme bedürfen einer medizinischen Lösung – social prescribing als Alternative.**

andere soziale Beratungs- oder Unterstützungsangebote überwiesen werden wie z.B. in die Schuldnerberatung. Auch „Social prescribing“ sollte deshalb in planerische Überlegungen für soziale Brennpunkte einbezogen werden.

An der Schnittstelle zwischen medizinischer Versorgung und sozialer Unterstützung agieren auch die Krankenstuben für wohnungslose Menschen. Dies sind stationär-ambulante Angebote, in denen sich obdachlose Menschen auskurieren können, auch ggf. palliative Versorgung erhalten, stets begleitet von sozialen Unterstützungsangeboten.

Die Verknüpfung von medizinischer Versorgung und psychosozialer Begleitung ist auch für Geflüchtete von höchster Relevanz. Vielfach haben Geflüchtete nicht nur Flucht und Vertreibung erleiden müssen, sondern auch Gewalt und Folter. Oft begleiten daher Angst und Depres-

sion ihren Alltag. Geflüchtete bedürfen daher der Behandlung in psychosozialen Zentren oder spezifischen Trauma-Ambulanzen und Therapiezentren, wie dem Kölner Therapiezentrum für Menschen nach Folter und Flucht. Gerade an diesem Beispiel zeigt sich, wie essenziell Sprachmittlung als Voraussetzung der Behandlung ist. Dolmetscherkosten werden jedoch nur im Rahmen des AsylBLG übernommen, aber nicht mehr, sobald die Migranten dessen Regelkreis verlassen haben. Bewährt in der Versorgung von Geflüchteten haben sich auch sog. kommunale Präventionsketten, wie z.B. die „Präventionskette Salzgitter“. Deren Ziel ist die Integration neu ankommender Geflüchteter durch gesundheitsförderliche Maßnahmen. In der kommunalen Präventionskette arbeiten daher alle wichtigen Akteure aus dem Gesundheitswesen, der Bildung, der Jugendhilfe und der Jobcenter mit zivilgesellschaftlichen Akteuren zusammen, um den Zugang zu medizinischer Versorgung, Sprachangeboten und Arbeitsmarktberatung sicherzustellen.

### **Adressatengerechte Stärkung der Gesundheitskompetenz**

Die Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz sind in Deutschland nach wie vor mittelschichtszentriert. Im Sinne eines public-health-Ansatzes bedarf es jedoch gerade der Stärkung der Gesundheitskompetenzen sozial benachteiligter Menschen. Wichtig ist der Erwerb von Gesundheitskompetenzen in deren Alltag. Diese muss zielgruppenspezifisch konstruiert sein. „Health literacy“ sollte zudem bedeuten, dass komplexe Sachverhalte, die schriftlich vermittelt werden, in einfacher Sprache und audiovisuell aufbereitet werden.

### **Zusammenfassung**

Planerische Ansätze müssen aufgrund der häufig lokal umschriebenen Problemlage von sozialen Brennpunkten bis auf Straßenzugsniveau kleinräumig aufgerichtet sein. Die Identifikation und vor allem Abgrenzung solcher Räume ist ein schwieriger, nur in Teilen wissenschaftlich informierter Prozess, der eine Willensbildung entsprechender legitimer Gremien voraussetzt. Die Entscheidung über solche Abgrenzungen, die neben positiven Förderentscheidun-

gen auch Aspekte der Stigmatisierung in sich trägt, sollte deshalb in räumlicher Nähe, d.h. auf Gemeindeebene getroffen werden und kann sinnvollerweise nicht durch Festlegung auf Bundesebene erfolgen.

Gleichwohl können auf Bundesebene aber ermöglichende Voraussetzungen für einen solchen lokalen Planungsprozess geschaffen werden. Unabdingbar erscheint dabei die Herstellung von Versorgungstransparenz quer über die Fachgruppen und Strukturen der ambulanten und stationären Versorgung hinweg. So liegen z.B. in der vertragsärztlichen Versorgung für 24 Fachgruppen detaillierte Informationen zur Arztdichte vor. Diese werden je nach der für die Fachgruppen unterschiedlichen Größe der Einzugsgebiete entsprechenden kleineren (Mittelbereiche, z.B. Hausärzte) oder größeren (Raumordnungsregionen, z.B. Radiologen) Raumabgrenzungen zugeordnet und entlang fachgruppenspezifischer Verhältniszahlen bundesweit ausgewiesen. Die Arztdichte wird nach bundeseinheitlicher Berechnung morbiditätsorientiert regional gewichtet. Eine ähnliche, kleinräumige Versorgungstransparenz z.B. auch für die Pflege oder stationäre Einrichtungen herzustellen kann einen ersten wesentlichen Schritt für Versorgungsverbesserungen auch in sozialen Brennpunkten darstellen und entfaltet Mehrwerte auch in anderen Bereichen wie der sektorenübergreifenden ambulanten und stationären Versorgungsplanung.

Verbesserte Planung als Element einer verbesserten gesundheitlichen Versorgung sozialer Brennpunkte sollte sich dabei aber nicht auf bestehende Versorgungsstrukturen und deren gleichmäßige Verteilung konzentrieren bzw. beschränken. Hinterfragt werden muss, ob diese Strukturen vor dem Hintergrund der besonderen Versorgungsverhältnisse in solchen Gebieten ein adäquates Versorgungsangebot darstellen. Planung muss deshalb vor allem auch neue, im Grunde über den Geltungsbereich des SGB V hinausgehende Versorgungsansätze beinhalten. Medizinische Versorgung darf dabei auch nicht als Defizit ausgleich für Versäumnisse anderer Bereiche der Daseinsvorsorge beispielsweise der

Bildung oder Sozialarbeit verstanden werden. Der Ausbau der beschriebenen aufsuchenden, teambasierten Angebote, settingsspezifischer Ansätze mit Lotsenunterstützung sowie ein besonderes Versorgungsangebot für nicht-versicherte Personen in den jeweils spezifischen Lebenswelten sozialer Brennpunkte sollte geprüft und in die jeweiligen planerischen Überlegungen einbezogen werden. Einmal mehr wird auch in dieser Fragestellung die Etablierung teambezogener Ansätze zu prüfen sein. Die unver-

## **Verbesserung der Datengrundlage für kleinräumige Planungsansätze und Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen für die gesundheitliche Versorgung von sozialen Brennpunkten sind operationalisierbare Reformansätze.**

bundene Versorgung von Patientinnen und Patienten durch Einzelpraxen und Pflegedienste reduziert die Wirksamkeit der jeweiligen Interventionen und wird durch den schon heute bestehenden Fachkräftemangel weiter erschwert. Aus diesem Grund sind Teammodelle der Versorgung, integriert durch Zentrenbildung oder durch effektive (analoge und digitale) Vernetzung der Beteiligten, sehr wahrscheinlich besser geeignet, mit den vielfältigen Problemlagen umgehen zu können. Im Sozialgesetzbuch V nicht angelegt und nur in wenigen Ausnahmen gelungen (Beispiel Spezialisierte ambulante Palliativversorgung) ist zudem die Vernetzung gesundheitlicher, in der Regel SGB V und XI-finanzierter Angebote und Leistungen der kommunalen Daseinsvorsorge. Bislang wurde die MVZ-Gründungsberechtigung von Kommunen nur sehr zurückhaltend genutzt, obwohl die Grenzen zwischen den Angeboten, z.B. bei der (gemeinde-)psychiatrischen Versorgung, naturgemäß fließend sind. Insofern sind neue, koordinierende und aufeinander abgestimmte Ansätze gefragt, die beide Welten, die sozialversicherungs- und die kommunal finanzierte, miteinander verbinden. Diese Verbindung kann auch einen Abbau von

Zugangsbarrieren bewirken: Beispiele wie die Einrichtung von Gesundheitskiosken zeigen, dass jenseits traditioneller Strukturen verbundene, professions- und institutionsübergreifende Versorgungsangebote Zugänge zur gesundheitlichen Versorgung verbessern können.

Zusammenfassend kann deshalb festgehalten werden, dass mit einer Verbesserung der Datengrundlage auch für kleinräumige Planungsansätze sowie einer Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen für die gesundheitliche

Versorgung von sozialen Brennpunkten operationalisierbare Reformansätze bestehen. Relevant ist dabei die Festlegung der Steuerungsebene, die sowohl über die Ziele als auch über die ergreifenden Maßnahmen zu bestimmen hat. Diese Ebene sollte auch aus Gründen der Legitimation und Kompetenz ortsnah, z.B. auf Gemeindeebene, angesiedelt sein. Während schon je nach Bundeslandgröße diese Ebene als zu weit entfernt angesehen werden kann gilt dies vor allem auch für die Bundesebene. De-

ren Rolle kann jedoch in der Schaffung von Voraussetzungen und befähigenden (Planungs-)Instrumenten für eine verbesserte Versorgung sozialer Brennpunkte bestehen. Die Konzeption und verbindliche Umsetzung eines bundesweiten Rahmens zur Datentransparenz als Planungsvoraussetzung für die Koordination, Moderation, Orientierung und Früherkennung problematischer Entwicklungen könnte dabei ein erster Schritt für verbesserte Planungsgrundlagen darstellen. ■

## Literatur

**Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur 2016.** Regionalstrategie Daseinsvorsorge. [https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/veroeffentlichungen/ministerien/bmvi/verschiedene-themen/2016/regionalstrategie-daseinsvorsorge-leitfaden-dl.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=4](https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/veroeffentlichungen/ministerien/bmvi/verschiedene-themen/2016/regionalstrategie-daseinsvorsorge-leitfaden-dl.pdf?__blob=publicationFile&v=4)

**Gemeinsamer Bundesausschuss 2018.** „Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung. [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3493/2018-09-20\\_Endbericht-Gutachten-Weiterentwicklung-Bedarfsplanung.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3493/2018-09-20_Endbericht-Gutachten-Weiterentwicklung-Bedarfsplanung.pdf)

**Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA) 2021.** [\[loads/62-492-2816/BPL-RL\\\_2022-03-18\\\_iK-2021-10-01.pdf\]\(https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2816/BPL-RL\_2022-03-18\_iK-2021-10-01.pdf\) Seite 121.](https://www.g-ba.de/down-</a></p>
</div>
<div data-bbox=)

**Kopetsch T, Maier W 2018.** Analyse des Zusammenhangs zwischen regionaler Deprivation und Inanspruchnahme – Ein Diskussionsbeitrag zur Ermittlung des Arztbedarfes in Deutschland. *Gesundheitswesen* 80(01): 27-33

**Kroll L, Schumann M, Hoebel J, Lampert T 2017.** Regionale Unterschiede in der Gesundheit – Entwicklung eines sozioökonomischen Deprivationsindex für Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(2)

**Maier W, Fairburn J, Mielck A 2012.** Regionale Deprivation und Mortalität in Bayern. Entwicklung eines ‚Index Multipler Deprivation‘ auf

Gemeindeebene. *Gesundheitswesen* 74(07): 416-425

**Marmot M. Social justice, epidemiology and health inequalities 2017.** *Eur J Epidemiol*; 32(7):537-546.

**Mosse, M.;Tugendreich, G. 1912.** Krankheit und Soziale Lage, J.F. Lehmann

**Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen Berlin 2020.** [https://www.stadtentwicklung.berlin.de/planen/basisdaten\\_stadtentwicklung/lor/download/Dokumentation\\_zur\\_Modifikation\\_LOR\\_2020.pdf](https://www.stadtentwicklung.berlin.de/planen/basisdaten_stadtentwicklung/lor/download/Dokumentation_zur_Modifikation_LOR_2020.pdf)

**Tuson M et al. 2019.** Incorporating geography into a new generalized theoretical and statistical framework addressing the modifiable areal unit problem. *Int J Health Geogr* 18(1)