

Lokale Gesundheitszentren in Hamburg: Auf dem Weg zu einer integrierten Primärversorgung

Abschlussbericht der Begleitevaluation

Im Auftrag von



Titel

Lokale Gesundheitszentren in Hamburg: Auf dem Weg zu integrierter Primärversorgung
Abschlussbericht der Begleitevaluation

Autorinnen und Autoren

Felix Freigang, inav GmbH
Saskia Lange, inav GmbH
Miriam Schmidt, inav GmbH
Prof. Dr. Volker Amelung, inav GmbH
Thorsten Pollmann, aQua-Institut GmbH
Dr. Dorothea Lemke, aQua-Institut GmbH
Uta Weidlich-Wichmann, aQua-Institut GmbH
Constance Stegbauer, aQua-Institut GmbH

Projektleitung

Felix Freigang
Saskia Lange
Prof. Dr. Volker Amelung

Impressum

inav – privates Institut für angewandte
Versorgungsforschung GmbH
Schiffbauerdamm 12
D-10117 Berlin Deutschland
www.inav-berlin.de
Kontakt: info@inav-berlin.de

In Kooperation mit

aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung
und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8–10
37073 Göttingen
<https://www.aqua-institut.de/>
Kontakt: office@aqua-institut.de

Auftraggeber

Bosch Health Campus GmbH
Robert Bosch Centrum für Innovationen im Gesundheitswesen
Auerbachstraße 110
70376 Stuttgart
www.bosch-health-campus.de

Als Kooperationspartner der

Behörde für Gesundheit, Soziales und Integration in Hamburg, Amt für Gesundheit
Kontakt: sozialversicherung@soziales.hamburg.de

Inhaltliche Ansprechpartnerin am BHC

Cordula Hoffmanns, Senior Projektmanagerin
Kontakt: Cordula.Hoffmanns@bosch-health-campus.com

Disclaimer

Alle Informationen wurden seitens inav – privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH mit größter Sorgfalt recherchiert und nach bestem Wissen zusammengestellt. Für den Inhalt kann dennoch keine Haftung übernommen werden.

Teile dieses Textes wurden mit Unterstützung von KI-Technologien ausformuliert und anschließend redaktionell überarbeitet.

Berlin, September 2026

Grußwort

Lokale Gesundheitszentren stärken – integrierte Versorgung weiterentwickeln

Gesundheit entsteht dort, wo Menschen leben. Deshalb braucht eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung nicht nur leistungsfähige Krankenhäuser und Arztpraxen, sondern auch niedrigschwellige, wohnortnahe Angebote, die medizinische, pflegerische und soziale Unterstützung miteinander verbinden.

Mit dem Programm PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung fördert der Bosch Health Campus seit vielen Jahren innovative Versorgungsmodelle, die genau diesen Ansatz verfolgen. Unser Ziel ist es, integrierte, bedarfsgerechte und sozialraumorientierte Versorgungsstrukturen zu stärken und neue Wege für eine bessere Gesundheitsversorgung insbesondere von Menschen in vulnerablen Lebenslagen aufzuzeigen.

Vor diesem Hintergrund freuen wir uns besonders über die Entwicklung der Lokalen Gesundheitszentren (LGZ) in Hamburg, die von der Behörde für Gesundheit, Soziales und Integration (Sozialbehörde) der Freien und Hansestadt Hamburg gefördert werden und wesentliche Prinzipien des PORT-Ansatzes aufgreifen. Die LGZ leisten einen wichtigen Beitrag dazu, Gesundheitsförderung, Prävention, Beratung sowie medizinische und soziale Unterstützung vor Ort zusammenzuführen. Sie schaffen Zugänge für Menschen, die von bestehenden Versorgungsangeboten oftmals nur schwer erreicht werden, und stärken die Vernetzung der Akteure im Quartier.

Als Initiator des PORT-Programms und Kooperationspartner der Sozialbehörde Hamburg war es dem Bosch Health Campus ein wichtiges Anliegen, die Entwicklung der LGZ über die Vernetzung mit den PORT-Zentren zu unterstützen sowie wissenschaftlich begleiten und evaluieren zu lassen. Die vorliegende Studie liefert wertvolle Erkenntnisse über die Wirkungen, Erfolgsfaktoren und Herausforderungen dieses innovativen Versorgungsansatzes. Sie zeigt eindrucksvoll, wie integrierte und sozialraumorientierte Versorgung einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit leisten kann.

Wir hoffen, dass die Ergebnisse dieser Studie dazu beitragen, die Weiterentwicklung der Lokalen Gesundheitszentren zu unterstützen und wichtige Impulse für die zukünftige Ausgestaltung integrierter Primärversorgung in Deutschland zu geben.

Bosch Health Campus

Stuttgart, im September 2026

Danksagung

Unser Dank gilt zunächst Dr. Annette Wieneke und Till Johnsen von der Sozialbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg für die vertrauensvolle Zusammenarbeit sowie den Trägerorganisationen, Mitarbeitenden, Netzwerkpartnerinnen und -partnern und allen beteiligten Fachkräften der Lokalen Gesundheitszentren. Ebenso danken wir allen Interview- und Gesprächspartnerinnen und -partnern, die durch ihre Offenheit, ihr Engagement und ihre Bereitschaft, Erfahrungen und Einschätzungen zu teilen, diese Evaluation wesentlich unterstützt haben. Ihre tägliche Arbeit und ihr Engagement vor Ort bilden eine wichtige Grundlage für die Weiterentwicklung der Lokalen Gesundheitszentren.

Zudem danken wir dem inav – Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH und dem aqua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH für die Durchführung und fachliche Begleitung der Evaluation der Lokalen Gesundheitszentren sowie für die vorliegende Ausarbeitung der Studie.

Unser besonderer Dank gilt den Mitgliedern des wissenschaftlichen und fachlichen Beirats, die die Studie mit ihrer Expertise, ihren kritischen Impulsen und konstruktiven Empfehlungen begleitet haben. Ihre Perspektiven aus Wissenschaft, Versorgungspraxis, Verwaltung und Gesundheitspolitik haben wesentlich zur Qualität und Relevanz der Untersuchung beigetragen:

- **John Afful**
Vorsitzender des Vorstandes, Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH)
- **Isabel Marin Arrizabalaga**
Mit Migrant*innen für Migrant*innen (MiMi Hamburg)
- **Dr. med. Patricia Hänel**
Fachärztin für Allgemeinmedizin; Gesundheitskollektiv Berlin e. V.
- **Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Härter, Dipl.-Psych.**
Direktor, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)
- **Dr. med. Jana Husemann**
Erste Vorsitzende, Hausärztinnen- und Hausärzteverband Hamburg; Fachärztin für Allgemeinmedizin
- **Dr. rer. biol. hum. Thomas Kloppe, M. A.**
Leitender Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, UKE
- **Matthias Mohrmann**
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender, AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
- **Birgit Pätzmann-Sietas**
Vorstandsmitglied, Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e. V. (BeKD)
- **Dr. jur. Dr. rer. med. Thomas Ruppel**
Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht
- **Dr. Jochen Sunken**
Abteilungsleiter Gesundheit und Patientenschutz, Verbraucherzentrale Hamburg e. V.

Für ihre Unterstützung und die vertrauensvolle Zusammenarbeit danken wir allen Beteiligten sehr herzlich.

Bosch Health Campus

Stuttgart, im September 2026

Inhalt

Executive Summary	7
1 Einleitung.....	11
1.1 Hintergrund	11
1.2 Bestehende Ansätze der Primärversorgung.....	13
1.3 LGZ-Förderprogramm der Sozialbehörde Hamburg	14
1.4 Kurzvorstellung der geförderten Projekte	15
2 Begleitevaluation	29
2.1 Ziele der LGZ-Evaluation	29
2.2 Evaluationsdesign.....	29
3 Ergebnisse	34
3.1 Angebot und Inanspruchnahme	34
3.2 Zugänglichkeit und Barrieren.....	48
3.3 Interprofessionelle Zusammenarbeit im LGZ	51
3.4 Interdisziplinäre und sektorenübergreifende Vernetzung.....	57
3.5 Nutzendenzufriedenheit.....	66
3.6 Exemplarische Darstellung von Versorgungspfaden.....	73
3.7 Ergänzende Analyse zur Versorgungsinanspruchnahme und gesundheitlichen Lage der wohnnahen Bevölkerung.....	84
4 Diskussion	85
4.1 Ergebnisdiskussion vor dem Hintergrund der Förderziele	85
4.2 Methodendiskussion	88
5 Handlungsempfehlungen und Impulse zur Weiterentwicklung.....	88
5.1 Wege zum Erfolg – Best Practices der LGZ-Arbeit.....	88
5.2 Weiterentwicklung der Förderrichtlinie 2025	98
Referenzen.....	100

Abkürzungsverzeichnis	102
Abbildungsverzeichnis	103
Tabellenverzeichnis	104
Anhang	105
Anlage 1: Exemplarische Anhaltszahlen zur Personalausstattung im Kontext gesundheitsbezogener Sozialarbeit in anderen Settings.....	105
Anlage 2: Zuordnung der Beratungsthemen und Anträge zu Gesetzesgrundlagen	106
Anlage 3: Standortspezifische Chancen und Herausforderungen.....	108
Anlage 4: Standortspezifische Auswertung der Nutzendenbefragung	109
Anlage 5: Methode und Ergebnisse der Routinedatenanalyse	110
Anlage 6: Absolute und relative Häufigkeiten der Kennzahlen (tabellarische Darstellung)	122
Anlage 7: Übersicht über relevante Kooperationspartner:innen der LGZ und typische Anlässe der Zusammenarbeit	123

Executive Summary

Hintergrund und Zielsetzung

Integrierte, sozialraumorientierte Primärversorgungsmodelle gewinnen zunehmend an Bedeutung, um gesundheitliche Versorgung niedrigschwellig und sektorenübergreifend zu gestalten. Ziel solcher Ansätze ist es, die Verwobenheit von medizinischen, pflegerischen und sozialen Bedarfen zu adressieren, Zugangsbarrieren abzubauen und insbesondere auch vulnerable Bevölkerungsgruppen besser zu erreichen. Die sechs von der Freien und Hansestadt Hamburg geförderten Lokalen Gesundheitszentren (LGZ) in Hamburg sind Vorreiter im Hinblick auf die Umsetzung dieser Zielsetzung. Dabei handelt es sich um regionale patientenorientierte Gesundheitszentren, die von der Behörde für Gesundheit, Soziales und Integration in Hamburg (Sozialbehörde) gefördert werden und sich am Konzept PORT – „Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ des Bosch Health Campus der Robert Bosch Stiftung orientieren. Die LGZ verfolgen einen interprofessionellen Ansatz, der Versorgung, Beratung, Koordination und Vernetzung im Quartier miteinander verbindet. Ihre Angebote sind an die Bedingungen des jeweiligen Stadtteils angepasst und bieten insbesondere Menschen mit sozialen, sprachlichen oder organisatorischen Barrieren Unterstützungs- und Beratungsmöglichkeiten, um sich im Gesundheits- und Sozialsystem besser zu orientieren. Zu den laut Förderrichtlinie verbindlichen Bestandteilen der LGZ gehören ein Angebot von Community Health Nursing bzw. Case Coordination, eine soziale Primär- bzw. Querschnittsberatung, sowie die verbindliche Kooperation mit mindestens einer haus- oder kinderärztlichen Praxis.

Evaluationsansatz

Die vorliegende Untersuchung ist als wissenschaftliche Begleitevaluation angelegt. Das heißt, sie fokussiert sich auf die Bewertung im Aufbau befindlicher Strukturen im Hinblick auf Reichweite, Akzeptanz, Nutzung und Wirkung der LGZ. Impulse zur Weiterentwicklung der bestehenden LGZ sowie zum Aufbau weiterer LGZ-Standorte in Hamburg oder in anderen Bundesländern, die sich aus den Ergebnissen der Untersuchung ableiten lassen, sind am Ende des Berichtes dargestellt.

Die Begleitevaluation basiert auf einem Mixed-Methods-Design, das quantitative und qualitative Datenerhebungen und Analysen miteinander kombiniert. Ziel ist eine Bewertung der Prozesse in den LGZ unter Berücksichtigung der vorhandenen Strukturen. Die Datengrundlage umfasst teilnehmende Beobachtungen an allen sechs LGZ-Standorten, 45 qualitative Interviews mit Mitarbeitenden und Netzwerkpartnern, schriftliche Befragungen von 541 Nutzenden des Angebots, quartalsweise Leistungsdokumentationen, exemplarische Fallvignetten sowie Routinedatenanalysen. Die unterschiedlichen Datenquellen wurden getrennt ausgewertet und anschließend miteinander trianguliert, um ein differenziertes Bild des Auf- und Ausbaus, der Nutzung und der Wirkungsweise der LGZ zu erhalten.

Zentrale Ergebnisse und Entwicklungspotenziale im Hinblick auf das Erreichen der Förderziele

Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung in belasteten Quartieren

Mit 7.755 Beratungen für rund 2.700 Personen im Beobachtungszeitraum von etwa einem Jahr gelingt es den LGZ, die lokale Bevölkerung zu erreichen. Insbesondere die Niedrigschwelligkeit der Angebote hat sich als wirksamer Schlüssel erwiesen, um Vertrauen aufzubauen und medizinische sowie soziale Versorgungspfade zu initiieren. Die psychosozialen Unterstützungsleistungen der LGZ wirken dabei stark entlastend und stabilisierend. Die Zentren agieren erfolgreich als „Brückenbauer“ und Lotsen.

Förderung sektorenübergreifender Versorgungsansätze

Auf der operativen Ebene funktioniert die Koordination von Versorgungsschnittstellen bereits sehr gut: 2.463 Vermittlungen und 1.538 Zuweisungen zeigen, dass Übergänge erfolgreich vermittelt und teils begleitet werden. Hausärzt:innen berichten von einer spürbaren Entlastung durch die Beratungsangebote, Doppeluntersuchungen werden vermieden und Ratsuchende werden zielgerichteter weitergeleitet. Die LGZ wirken hier präventiv gegen Versorgungsbrüche, besonders bei Personen mit geringer (navigationaler) Gesundheitskompetenz. Diese Erfolge beruhen oft jedoch noch auf individueller Beziehungsarbeit und sind nicht systemisch verankert. An einzelnen Standorten vorhandene verbindliche Strukturen wie Qualitätszirkel, standardisierte Fallkonferenzen und einheitliche Überweisungsformate (beispielsweise mittels Laufzettel oder geteilter digitaler Dokumentation) sollten flächendeckender zum Einsatz kommen. Die Zusammenarbeit mit stationären Einrichtungen kann zudem an einigen Standorten weiter gestärkt werden.

Verbesserung der Patientenorientierung

96,8 % der befragten Nutzenden (n = 525) gaben an, dass sie sich mit ihrem Anliegen in der Beratung verstanden fühlten, und die Bereitschaft, die LGZ weiterzuempfehlen liegt bei 98 % (n = 515). Diese Zahlen zeigen, dass die Nutzenden den LGZ ein sehr hohes Vertrauen entgegenbringen. Die Kombination aus offenen Sprechstunden und Terminangeboten sowie die Möglichkeit, feste Bezugspersonen zu etablieren (durchschnittlich 2,5 Folgeberatungen pro Erstkontakt), fördern Kontinuität und Eigenverantwortung der Nutzenden. Trotz dieser hohen Zufriedenheit besteht aktuell noch eine Lücke bei der zeitlichen Erreichbarkeit für spezifische Zielgruppen. Die aktuellen Öffnungszeiten passen oft nicht in den Alltag von Erwerbstätigen oder Schulkindern. Ohne eine Flexibilisierung dahingehend bleibt die angestrebte Niedrigschwelligkeit für einen wichtigen Teil der Bevölkerung eingeschränkt. Eine Erweiterung der Öffnungszeiten würde allerdings auch eine Verstärkung der Personaldecke erfordern.

Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit

Der Ansatz der interdisziplinären Zusammenarbeit hat sich als tragfähiges Fundament erwiesen: Die LGZ haben sich erfolgreich als zentrale „Knotenpunkte“ im lokalen Hilfesystem etabliert und treiben einen wichtigen kulturellen Wandel voran – weg von isolierter „Trägerlogik“ hin zu einer gemeinsamen „Bedarfslogik“. Die räumliche Integration von medizinischer Versorgung, Community Health Nursing bzw. Care Coordination und Sozialarbeit unter einem Dach fördert den täglichen informellen Austausch und ermöglicht eine ganzheitliche Betrachtung der Anliegen von Ratsuchenden. Um diesen erfolgreichen Ansatz zu skalieren und die Effizienz weiter zu verbessern,

liegt der Fokus nun auf der technischen Harmonisierung. Die Einführung einer einheitlichen digitalen Leistungsdokumentation und die Lösung von Schnittstellenproblemen stehen an, um den Datenaustausch nahtlos zu gestalten und die Vertretung im Team zu erleichtern. Zudem wird ein LGZ-übergreifender Austausch aufgebaut, um bewährte Praktiken zu teilen und Qualitätsstandards über alle Standorte hinweg zu vereinheitlichen.

Förderung sozialer Querschnitts-/Primärberatung

Im Beratungskontext der LGZ beläuft sich der Anteil medizinischer Anliegen aus dem Kontext des Sozialgesetzbuches V (SGB V) auf 40,4 % (somatische Themen 21,9 %, psychische Themen 18,5 %). Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass die ganzheitliche Beratung eine wichtige Säule der LGZ-Arbeit darstellt, wobei Bedarfe aus dem Leistungsspektrum außerhalb des SGB V einen Anteil von 59,6 % ausmachen. Die 10.791 dokumentierten Anliegen fallen in ein breites Spektrum, das von Wohnen und Finanzen bis hin zu Fragen zur Pflege und zu sprachlich bedingten Anliegen reicht. Die ganzheitliche Ausrichtung der LGZ über die Grenzen der Sozialgesetzbücher hinweg erweist sich damit als überaus sinnvoll, wirft aber auch die Frage auf, wie solche Konzepte perspektivisch finanziert sein sollten. An Grenzen stoßen die Zentren, wenn es um komplexe Sprachbarrieren oder tiefgreifende psychosoziale Krisen geht. Professionelle Sprachmittlung ist noch nicht überall als fester finanzierter Standard verankert, und die Kapazitäten für spezialisierte psychosoziale Beratung reichen oft nicht aus, um alle Bedarfe adäquat zu bedienen. Die neue Förderrichtlinie gewichtet diese Bereiche zwar stärker, doch die operative Umsetzung erfordert eine gezielte Stärkung der interkulturellen Kompetenzen im Team und eine Sicherstellung der Ressourcen für professionelle Dolmetscherdienste.

Herausforderungen

Insgesamt zeigt sich, dass der Tätigkeitsschwerpunkt der LGZ aktuell in den Bereichen Beratung, Netzwerkaufbau und koordinierter Versorgung unter Einbindung einer verbindlich kooperierenden Arztpraxis liegt. Langfristig ist angestrebt, die LGZ zu räumlich und organisatorisch integrierten Versorgungszentren zu entwickeln, die alle Leistungen inkl. der medizinischen Primärversorgung aus einer Hand erbringen. Dies entspricht auch dem Ansatz internationaler Referenzmodelle. Das Leistungsspektrum der LGZ soll zudem erweitert werden, insbesondere um einen größeren Umfang bevölkerungsbezogener Aktivitäten. Mit der Fortsetzung und dem Ausbau der Förderung im Rahmen der zweiten Förderrichtlinie sind für die Weiterentwicklung der bestehenden LGZ in diese Richtung aber bereits gute Voraussetzungen geschaffen.

Daneben bestehen aktuell Herausforderungen, die nicht im Einflussbereich der LGZ liegen. Dazu gehören insbesondere strukturelle Defizite, etwa im Hinblick auf den medizinischen Fachkräftemangel oder das Fehlen sonstiger medizinischer bzw. sozialer Unterstützungsangebote im Quartier. Eine nachhaltige Wirkung der LGZ erfordert daher parallel den Ausbau der allgemeinen medizinischen Infrastruktur und eine engere Abstimmung mit den Gesundheitsämtern für präzise Bedarfsanalysen. Überdies behindern fehlende gesetzliche Vorgaben zur Rolle und zu den Befugnissen von Community Health Nurses eine verbindliche Rollendefinition innerhalb der LGZ und eine stärkere Entlastung des Versorgungssystems insgesamt.

Fazit

Die Lokalen Gesundheitszentren (LGZ) in Hamburg stellen einen wirkungsvollen Ansatz dar, um Primärversorgung stärker sozialraumorientiert, niedrigschwellig sowie sektoren-, professions- und SGB-übergreifend zu gestalten. Besonders hervorzuheben sind die hohe Inanspruchnahme der Beratungsangebote, die große thematische Breite der Beratung über mehrere Sozialgesetzbücher hinweg, die Lotsenfunktion im komplexen Versorgungssystem, die hohe Zufriedenheit der Nutzenden und die Rolle der LGZ als verbindendes Element im lokalen Netzwerk. Die LGZ leisten bereits in der aktuellen Projektphase einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung in benachteiligten Stadtteilen. Sie demonstrieren, dass integrierte, niedrigschwellige Strukturen einen Mehrwert für die Bevölkerung, das Versorgungssystem und lokale Netzwerke schaffen können. Mit der stärkeren Integration von medizinischer Primärversorgung kann sich diese Wirkung noch stärker entfalten.

Gleichzeitig zeigt die Evaluation, dass erfolgreiche Modelle der integrierten Versorgung nicht schematisch übertragen werden können, sondern flexibel an lokale Gegebenheiten angepasst werden müssen. Unterschiedliche infrastrukturelle Voraussetzungen, bestehende Versorgungsangebote und spezifische Bedarfe der Quartiere erfordern kontextsensitive und anpassungsfähige Modelle. Das LGZ-Modell mit seinen sinnvoll gewählten Kernelementen bietet hierfür eine geeignete, flexible Grundlage.

Trotz unterschiedlicher lokaler Gegebenheiten stellen Best Practices an einzelnen Standorten teilweise Handlungsempfehlungen für die Weiterentwicklung der anderen Standorte dar. Zudem sollten sie im Rahmen der Etablierung weiterer LGZ-Standorte als Erfolgsfaktoren berücksichtigt werden.

Ökonomische Effekte der LGZ konnten im Rahmen der Routinedatenanalyse allerdings noch nicht nachgewiesen werden, wobei der Rahmen für derartige Analysen sowohl hinsichtlich der Inanspruchnahme als auch ökonomischer Effekte bereits entwickelt wurde und für spätere Analysen zur Verfügung steht.

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Das Anliegen, die Gesundheitsversorgung stärker sozialräumlich auszurichten und den Zugang zur Versorgung in sozial und gesundheitlich belasteten Quartieren gezielt zu verbessern, gewinnt angesichts zunehmender Ungleichheiten an Bedeutung. Insbesondere in urbanen Räumen zeigen sich deutliche Disparitäten in Bezug auf den Zugang zu medizinischen Versorgungsleistungen und die gesundheitliche Situation der Bevölkerung, die eine differenzierte, kleinräumige Betrachtung erfordern. Die Behörde für Gesundheit, Soziales und Integration in Hamburg (Sozialbehörde) adressiert diese Situation im Rahmen der Richtlinie zur Förderung lokaler Gesundheitszentren (LGZ-Förderrichtlinie) (siehe Kapitel 1.3).

Ein sensibler Indikator für sozialräumlich bedingte gesundheitliche Unterschiede ist die vorzeitige Sterblichkeit (Sterbefälle vor Vollendung des 65. Lebensjahres). In Hamburg variiert die Mortalität stark zwischen den Stadtteilen: Sozioökonomisch schlechter gestellte Stadtteile wie Harburg, Veddel (im Stadtteilcluster Wilhelmsburg) oder Billstedt weisen eine höhere vorzeitige Sterblichkeit auf als besser gestellte Stadtteile [1]. Diese Unterschiede lassen sich nicht allein durch Einkommensunterschiede erklären. Vielmehr wird Gesundheit von zahlreichen sozialen, ökonomischen, kulturellen und strukturellen Faktoren beeinflusst, wie nationale epidemiologische Studien (z. B. DEGS, KIGGS oder GEDA) bestätigen [2]. So weisen Menschen mit geringem Sozialstatus, niedrigem Bildungsniveau oder niedriger beruflicher Stellung deutlich häufiger chronische Erkrankungen, einen schlechteren Gesundheitsstatus, eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie eine niedrigere Lebenserwartung auf [2-4]. Zudem zeigt der zweite Health Literacy Survey Germany (HLS-GER 2), dass knapp 40 % der Bevölkerung über eine inadäquate Gesundheitskompetenz verfügen, was den Umgang mit gesundheitlichen Informationen und die Navigation im Versorgungssystem erheblich erschwert [5]. Sprachliche, organisationale und sozio-kulturelle Faktoren können diese Barrieren verstärken [4].

Auch strukturelle Faktoren beeinflussen den Zugang zur Versorgung. Das sog. *inverse care law* beschreibt einen negativen Zusammenhang zwischen gesundheitlichem Bedarf und der Verfügbarkeit von Versorgungsressourcen bzw. des Versorgungsangebots [6]. Weiterhin zeigen Quartiereffekte (auch Kontext- oder Nachbarschaftseffekte), wie das Umfeld gesundheitliche Chancen und Risiken prägt und die Inanspruchnahme von Leistungen beeinflusst [7, 8]. Es sind häufig Bevölkerungsgruppen mit niedrigem sozioökonomischen Status oder Migrationshintergrund, die seltener gesundheitliche Versorgungsleistungen in Anspruch nehmen [9]. Dies ist auch auf die fehlende Anpassung der Gesundheitsversorgung im deutschen Gesundheitssystem auf die Bedürfnisse sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen zurückzuführen („gaps in care“). Abbildung 1 veranschaulicht, welche Faktoren den Zugang und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie die Gesundheitskompetenz beeinflussen können.

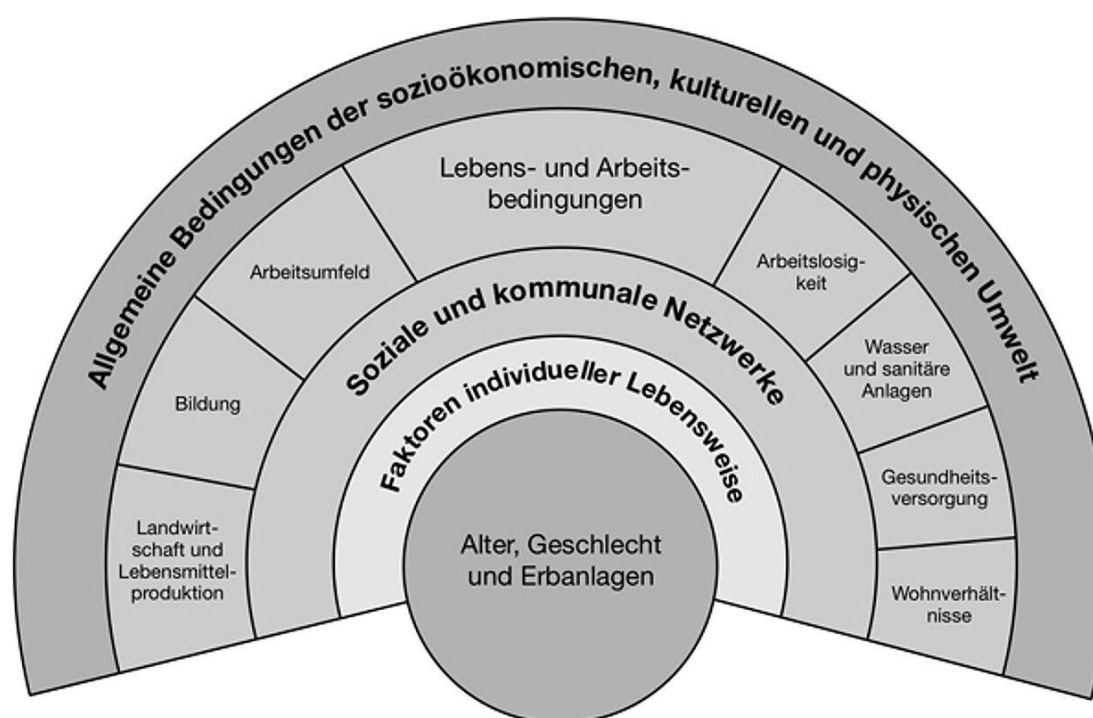


Abbildung 1: Determinanten der Gesundheit nach [10]

Sozioökonomische Ungleichgewichte und deren Einfluss auf Gesundheit zählen damit zu den zentralen Herausforderungen im Bereich Public Health [11]. Auch in vermeintlich strukturstarken urbanen Regionen wie Hamburg gibt es benachteiligte Bevölkerungsgruppen, die unter einem schlechten Zugang zu Versorgungsleistungen leiden, etwa infolge sprachlicher Hürden, einer hohen Abhängigkeit von Sozialleistungen oder einem niedrigen Bildungsgrad [6]. In diesen Gruppen sind gesundheitliche und soziale Problemlagen wie Arbeitslosigkeit und Unterstützungsbedarf häufig eng miteinander verflochten. Es sind Leistungen über die Regelversorgung hinaus erforderlich, um eine zielführende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu unterstützen. Daraus ergibt sich ein Bedarf an niedrigschwelligen, ganzheitlichen und sektorenübergreifenden Versorgungsangeboten für diese Zielgruppen [12, 13]. Die Integration von Angeboten des Gesundheits- und Sozialwesens stellt eine Möglichkeit dar, um auf die zunehmenden Versorgungsherausforderungen über Sektorengrenzen hinweg zu reagieren.

Daneben unterstreicht die Studienlage zur hausärztlichen Versorgung den dringenden Bedarf an integrierten Versorgungsansätzen. So zeigt eine Befragung der Bertelsmann Stiftung, dass Hausärzt:innen unter einer hohen Arbeitsbelastung leiden und sich eine multiprofessionelle Unterstützung im psychosozialen, präventiven und pflegerischen Bereich wünschen [14]. Regionale Untersuchungen betonen zudem Herausforderungen in der Delegation und Koordination komplexer Fälle [15], und Befragungen zu komplexen Fällen in der Versorgung stellen ergänzende sozialarbeiterische und pflegerische Kompetenzen als zentrale Komponenten des Behandlungserfolgs heraus [16]. Diese Befunde unterstreichen die Bedeutung von Versorgungsmodellen, die die verschiedenen Professionen und Sektoren miteinander vernetzen und damit die Primärversorgung nachhaltig stärken.

1.2 Bestehende Ansätze der Primärversorgung

In Deutschland existieren bereits seit einigen Jahren entsprechende Ansätze zur Stärkung der Primärversorgung: Neben der klassischen hausärztlichen Versorgung gewinnen multiprofessionelle Modelle wie Gemeindeschwestern, Gesundheitskioske und die Etablierung von Primärversorgungszentren [17], wie sie im Rahmen des Förderprogramms PORT des Bosch Health Campus erprobt werden, zunehmend an Bedeutung.

Die bestehenden Ansätze zielen in unterschiedlicher Ausprägung auf eine Bündelung medizinischer, pflegerischer und sozialer Leistungen, eine Verbesserung der Angebotskoordination und eine Erleichterung des Zugangs zur Versorgung für besonders vulnerable Gruppen ab. Primärversorgung wird in diesen Ansätzen über die klassische medizinische Versorgung in Einzelpraxen hinausgedacht und entsprechend der Definition des Expert Panel on „*Effective Ways of Investing in Health*“ der Europäischen Kommission verstanden, auf die sich auch die Robert Bosch Stiftung in einer Publikation zur Perspektive der Primärversorgung in Deutschland stützt:

Zugrundeliegendes Verständnis von Primärversorgung

„Primärversorgung ist die Versorgungsebene, welche allgemein zugängliche, integrierte, personenzentrierte und umfassende Gesundheits- und soziale Dienstleistungen bereitstellt. Diese Dienstleistungen werden von einem Team von Fachkräften erbracht, welches dafür verantwortlich ist, dass der großen Mehrheit personenbezogener Gesundheitsbedürfnisse angemessen begegnet wird. Die Dienstleistungen werden in einer dauerhaften Partnerschaft mit den Patienten und Laienversorgern/-pflegern unter Miteinbeziehung der Gegebenheiten in der Familie und lokalen Gemeinschaft umgesetzt und spielen eine zentrale Rolle in der gesamten Koordination und Kontinuität der Versorgung der Menschen.“ ([18], zitiert in [17])

Die Implementierung eines integrierten, sektoren- und sozialgesetzbuchübergreifenden Beratungs- und Vermittlungsangebotes birgt ein großes Potenzial zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit. Eine verbesserte Versorgungsintegration kann zudem die Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen verbessern, indem Leistungserbringende außerhalb des so etablierten Beratungs- und Vermittlungsangebotes entlastet werden sowie der Einsatz von Ressourcen optimiert und Versorgungskontinuitäten effizienter gesichert werden [19]. Zahlreiche Studien zeigen, dass derartige Versorgungsmodelle zu einer Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit und einer Verbesserung der Versorgungsqualität führen können [20, 21].

Die Lokalen Gesundheitszentren (LGZ) in Hamburg schließen an die genannten Ansätze an und gehen teilweise über diese hinaus: Sie sind stärker sozialraumorientiert und verknüpfen Gesundheits-, Pflege- und Sozialleistungen im Quartier eng miteinander. Durch niedrigschwellige Zugänge, aufsuchende Arbeitsweisen und verbindliche Kommunikations- und Kooperationsstrukturen schaffen sie abgestimmte Unterstützungsangebote, die sich an den spezifischen Bedarfen des Quartiers ausrichten. Damit stehen sie in der Tradition von Konzepten wie PORT, die Primärversorgung als gemeinsame Aufgabe verschiedener regionaler Akteure¹ verstehen. Genauso wie die PORT-Zentren sind die Hamburger LGZ von gemeinsamen Leitgedanken getragen,

¹ Da sich die Begriffe „Akteur“ und „Netzwerkpartner“ in der Regel auf Institutionen beziehen, werden sie in diesem Bericht durchgehend im generischen Maskulinum verwendet.

in ihren konkreten inhaltlichen Ausprägungen, Trägerstrukturen und der Einbindung in die bestehenden Versorgungsstrukturen aber durchaus heterogen.

1.3 LGZ-Förderprogramm der Sozialbehörde Hamburg

Das LGZ-Förderprogramm der Sozialbehörde Hamburg wurde nach dem Vorbild des PORT-Programms aufgesetzt, um die gesundheitliche und soziale Versorgung in besonders benachteiligten Stadtteilen gezielt zu stärken [22]. Die erste Förderrichtlinie sah vor, ab 1. Januar 2020 bis zu sieben LGZ in Quartieren mit niedrigem oder sehr niedrigem Sozialstatusindex für jeweils bis zu drei Jahre zu fördern. Die Förderung ist auf gemeinnützige Träger mit Sitz in Hamburg ausgerichtet und umfasste eine jährliche Grundfinanzierung von zunächst bis zu 100.000 Euro pro LGZ sowie eine halbe Stelle für Sozialberatung. Mit der neuen Förderrichtlinie von 2025 reagiert die Stadt Hamburg auf die bisherigen Erfahrungen und Herausforderungen und erhöht die Fördersumme auf maximal 200.000 Euro jährlich pro LGZ. Damit sollen die bestehenden LGZ finanziell abgesichert und die personellen Ressourcen gestärkt werden.

Ziele der ersten LGZ-Förderperiode (2020 bis 2025) [22]

- Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung in sozial und gesundheitlich belasteten Quartieren
- Förderung von sektorenübergreifenden Versorgungsansätzen zur Verbesserung der Patientenversorgung
- Verbesserung der Patientenorientierung durch lokal organisierte Zentren
- Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit von lokalen Beratungsstrukturen
- Förderung von sozialer Querschnitts-/Primärberatung zur Verbesserung der sozialen Situation

Zu den Kernbestandteilen eines LGZ gehören (1) das Angebot von Community Health Nursing bzw. Case Coordination zur Unterstützung in medizinischen bzw. pflegerischen Bedarfen und individuellen Steuerung, (2) eine soziale Querschnitts- bzw. Primärberatung, die über eine reine Verweisberatung hinausgeht, sowie (3) ein haus- oder kinderärztliches Versorgungsangebot. Letzteres ist aktuell integriert durch eine verbindliche Kooperationsvereinbarung zwischen den LGZ und im Stadtteil bestehenden Praxen. Perspektivisch ist jedoch im Sinne eines Primärversorgungszentrums eine organisatorische und räumliche Einheit von Sozialberatungs-, CHN- und ärztlichen Leistungen angestrebt. Eine zentrale Rolle kommt hierbei dem Angebot des Community Health Nursing zu. Die Aufgaben von CHN umfassen die Sicherstellung der Versorgungskoordination und -kontinuität, die Unterstützung von Patient:innen im Management ihrer Erkrankungen sowie Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung [23].

Ergänzt wird dieses Kernteam durch Kooperationen mit Pflegediensten, weiteren Gesundheits- und Sozialangeboten sowie dem öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) mit lokalen und bezirklichen Unterstützungsstrukturen. Die LGZ bieten somit niedrigschwellige, wohnortnahe Anlaufstellen, in denen medizinische, pflegerische und soziale Leistungen gebündelt und aufeinander abgestimmt werden. Ziel ist es, Patient:innen mit komplexen Bedarfen, insbesondere aus sozial benachteiligten Gruppen, einen besseren Zugang zu Versorgung und Beratung zu ermöglichen und Versorgungslücken zu schließen. In Abbildung 2 sind die Bestandteile der LGZ sowie ihre Einbettung in die Versorgungsstruktur grafisch dargestellt.

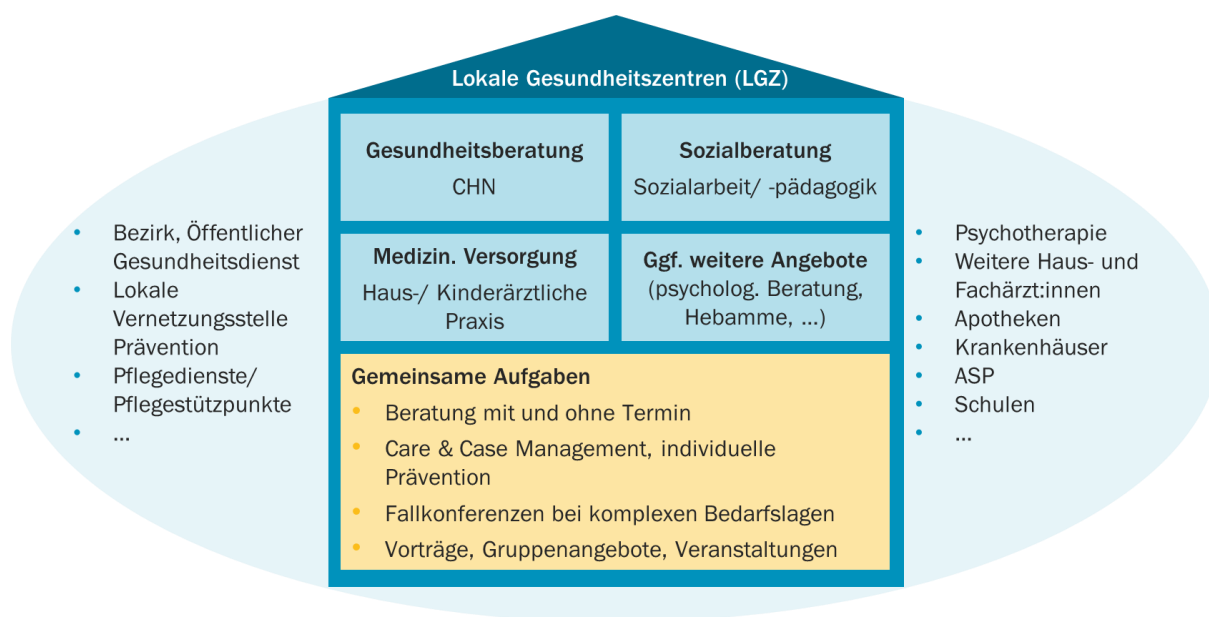


Abbildung 2: Komponenten, Aufgaben und Netzwerk eines LGZ
(Eigene Darstellung in Anlehnung an [24])

Die LGZ bilden damit einen wichtigen Baustein in der Weiterentwicklung sektorenübergreifender, patientenzentrierter Versorgungsmodelle und ergänzen bestehende Ansätze wie das PORT-Programm des Bosch Health Campus oder andere lokale Gesundheitsinitiativen. Diese Modelle unterscheiden sich von klassischen Einzelpraxen oder rein medizinischen Versorgungszentren durch die konsequente Integration pflegerischer Kompetenzen, sozialer Beratung sowie Care und Case Management in die Primärversorgung.

Mit dem LGZ-Förderprogramm setzt Hamburg ein bundesweit beachtetes Zeichen für innovative, quartiersnahe Versorgungsstrukturen, die auf die besonderen Herausforderungen sozial benachteiligter Stadtteile zugeschnitten sind und langfristig in die Regelversorgung überführt werden sollen.

1.4 Kurzvorstellung der geförderten Projekte

Im Rahmen des LGZ-Förderprogramms der Sozialbehörde Hamburg werden sechs Lokale Gesundheitszentren gefördert. Die Standortauswahl der LGZ wurde zum einen auf Basis des Sozialstatusindex der Hamburger Stadtteile entsprechend dem Sozialmonitoring der Stadt getroffen [25], zum anderen wurde ein Bewerbungsverfahren durchgeführt.

Eine kleinräumige Darstellung statistischer Gebiete nach Sozialstatusindex einschließlich der Kennzeichnung räumlicher Cluster statusniedriger Statistischer Gebiete findet sich in Abbildung 3. Alle bestehenden LGZ befinden sich in bzw. in direkter Nähe zu diesen Clustern. Der AWO Gesundheitstreff und Gesundheit.LOKAL sind dem Cluster Westlicher Stadtrand zuzuordnen, das LGZ Harburg befindet sich im Cluster Harburg und das GZ Mümmelmannsberg im Cluster Östlicher Stadtrand und das Lohbrügger GZ im Cluster Südöstlicher Stadtrand. Die Poliklinik Veddel ist dem Cluster Wilhelmsburg zugeordnet, direkt angrenzend an das Cluster Östliche innere Stadt.

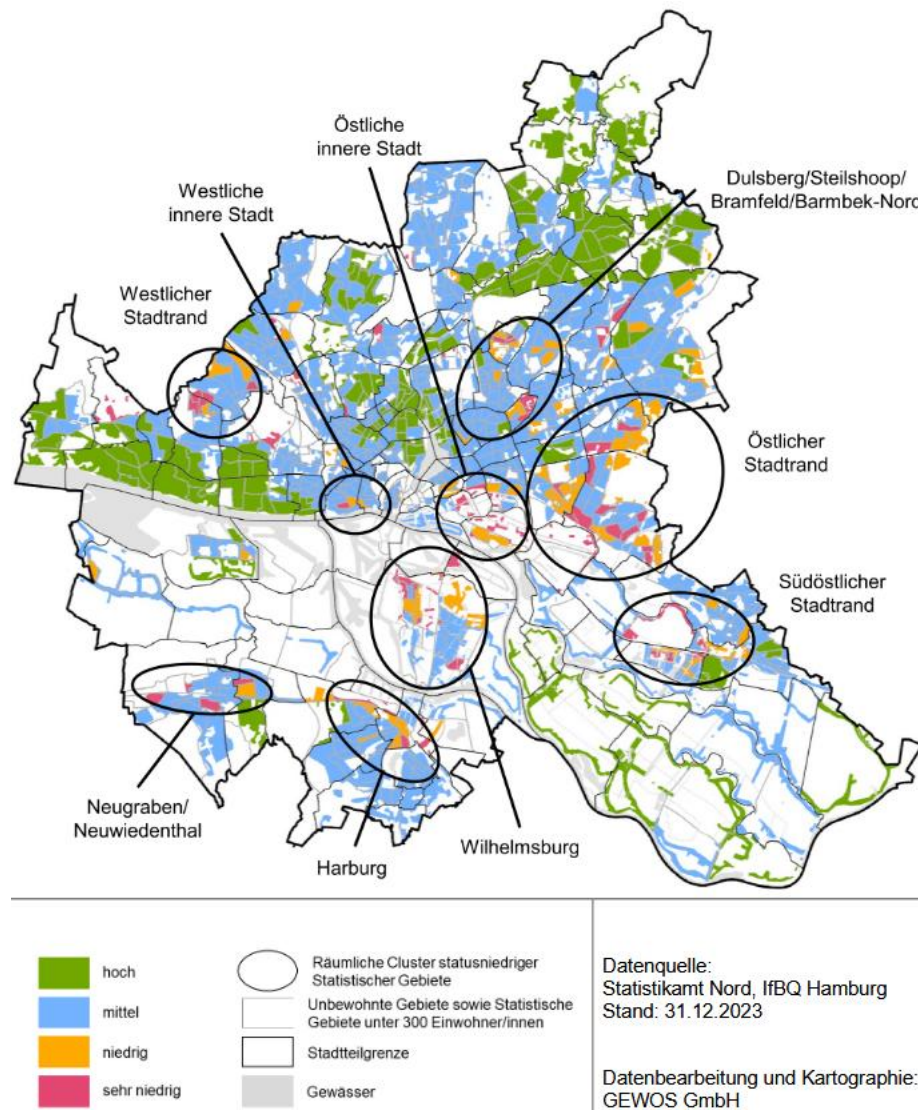


Abbildung 3: Räumliche Cluster statusniedriger Statistischer Gebiete in Hamburg [25]

[Datenlizenz Deutschland – Namensnennung – Version 2.0](#)

Die Standorte unterscheiden sich hinsichtlich des Beginns ihrer Tätigkeiten, der Einbettung in existierende Strukturen sowie ihrer Schwerpunkte und Zielgruppen. Wesentliche Charakteristika der einzelnen Standorte werden im Folgenden dargestellt. Die in diesem Zusammenhang aufgeführten Daten zur Bevölkerungs- und Versorgungsstruktur basieren auf den amtlichen Veröffentlichungen des Statistikamtes Nord [26].

1.4.1 AWO Gesundheitstreff Osdorf-Lurup

<https://www.awo-hamburg.de/im-quartier/gesundheitstreff/>

Der AWO Gesundheitstreff Osdorf-Lurup eröffnete im April 2023 auf Initiative des lokalen Gesundheitsamts hin unter der Trägerschaft des AWO Landesverbands Hamburg. Sein Einzugsgebiet umfasst die Stadtteile Osdorf und Lurup.

Osdorf und Lurup zählten Ende 2024 26.601 bzw. 37.755 Einwohner:innen mit einer vergleichsweise hohen Bevölkerungsdichte. Soziostrukturell zeichnet sich insbesondere der Stadtteil Lurup durch einen erhöhten Anteil an Personen aus, die Leistungen nach dem SGB II

beziehen. Hinsichtlich der Bevölkerungsanteile von Menschen mit Migrationshintergrund liegen beide Stadtteile etwas über dem Hamburger Durchschnitt.

Tabelle 1: Sozial- und Bevölkerungsstruktur Osdorf und Lurup (2024)

Indikator		Osdorf	Lurup	Hamburg gesamt
Einwohner:innen		26.602	37.755	1.973.896
Bevölkerungsdichte* (Einwohner:innen/km ²)		3.537	5.952	2.601
Geschlechterverteilung (Anteil an Einwohner:innen gesamt in %)	männlich	47,9%	49,0%	49,3%
	weiblich	52,1%	51,0%	50,7%
Einwohner:innen mit Migrationshintergrund (Anteil an Einwohner:innen gesamt in %)		44,2%	53,9%	40,4%
Einwohner:innen mit Leistungen nach SGB II (Anteil an Einwohner:innen gesamt in %)		11,4%	15,7%	10,2%

*Daten aus 2023

Quelle: Statistik Nord [26]

Die Altersstruktur zeigt im Vergleich zur stadtweiten Verteilung höhere Anteile an Kindern und Jugendlichen, während der Anteil der 18- bis 34-Jährigen und der 35- bis 54-Jährigen etwas unter dem Durchschnitt. Der Anteil an älteren Menschen über 65 Jahre liegt in Osdorf über dem Hamburger Durchschnitt.

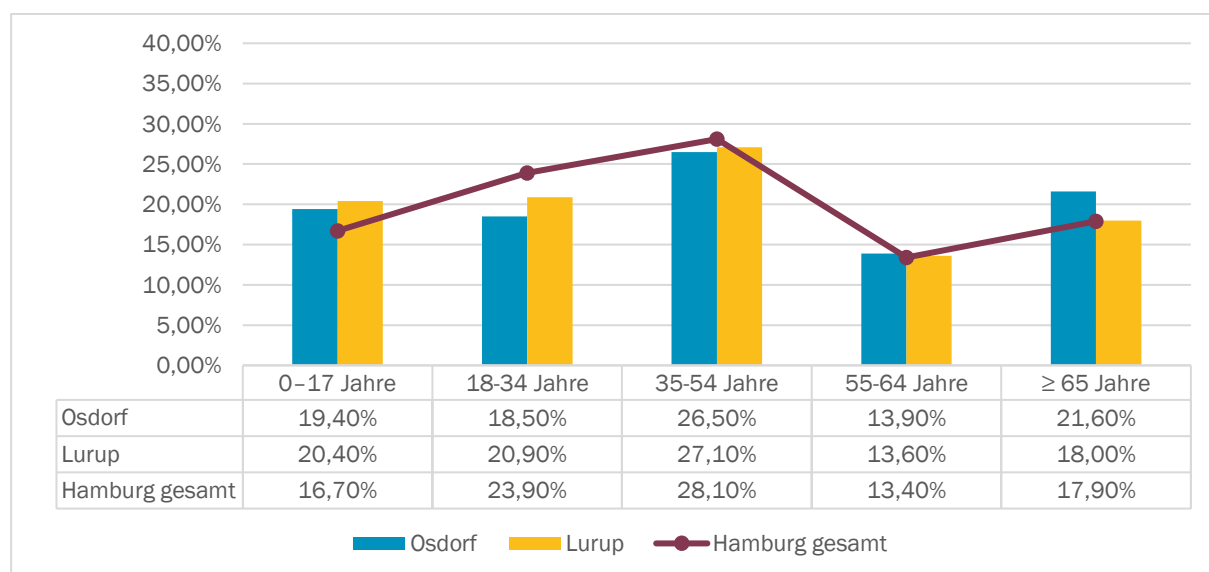


Abbildung 4: Altersstruktur Osdorf und Lurup (2024)

Quelle: Statistik Nord [26]

Im Bereich der medizinischen Versorgung zeigen sich strukturelle Engpässe, insbesondere in Lurup. Die Anzahl der Ärzt:innen je 100.000 Einwohner:innen beträgt in Osdorf 252, in Lurup jedoch nur 90 je 100.000 Einwohner:innen und liegt damit deutlich unter dem Hamburger Durchschnitt. Ähnlich verhält es sich bei der Anzahl der Zahnärzt:innen. Auch die Apothekendichte fällt in Lurup mit 11 je 100.000 Einwohner:innen geringer aus als der Hamburger Mittelwert von 18 je 100.000 Einwohner:innen. Die psychotherapeutische Versorgung für Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene zeichnet ein ähnliches Bild in Lurup, wie Tabelle 2 zeigt.

Tabelle 2: Gesundheitliche Versorgung Osdorf und Lurup (2024)

Indikator		Osdorf	Lurup	Hamburg gesamt
Ärzt:innen	absolut	67	34	5.388
	pro 100.000 Einwohner:innen	252	90	273
davon Allgemeinärzt:innen	absolut	18	18	1.304
	pro 100.000 Einwohner:innen	68	48	66
Zahnärzt:innen	absolut	16	11	1.747
	pro 100.000 Einwohner:innen	60	29	89
Apotheken	absolut	5	4	356
	pro 100.000 Einwohner:innen	19	11	18
Psychotherapeutische Versorgung - Erwachsene	absolut	18	2	1408
	Pro 100.000 Einwohner:innen	68	5	71
Psychotherapeutische Versorgung - Kinder und Jugendliche	absolut	7	1	296
	Pro 100.000 Einwohner:innen	26	3	15

Quellen: Statistik Nord [26] (Ärzt:innen und Apotheken); Kassenärztliche Vereinigung Hamburg [27]

(Psychotherapeutische Versorgung). Die Angaben unterscheiden nicht zwischen Voll- und Teilzeitbeschäftigten.

Der AWO Gesundheitstreff ist im Osdorfer Born gelegen, in direkter Nachbarschaft des Born-Centers sowie nahe des Bürgerhauses Bornheide. Die kooperierenden ärztlichen Praxen – eine hausärztliche und eine kinder- und jugendpsychiatrische Praxis – befinden sich im selben Gebäude wie die Beratungsangebote.

Das multiprofessionelle Team setzt sich aus einer Sozialberaterin, einer Gesundheitsberaterin und einer Koordinationsstelle sowie den Ärzt:innen der kooperierenden Praxen zusammen. Bei den Beratenden sind sprachliche Kompetenzen in Deutsch, Englisch und Russisch vorhanden. Sprachbarrieren werden darüber hinaus durch Sprachmittelnde des Projekts Mit Migranten für Migranten (MiMi) bzw. Stadtteilmütter überwunden, mit denen eng kooperiert wird.

Die Mitarbeitenden sind gut im Sozialraum vernetzt, beispielsweise mit dem lokalen Gesundheitsamt und diversen Beratungsstellen für unterschiedliche Anliegen, darunter Krebs- oder Sucht- sowie Pflegeberatungsstellen. Die Netzwerkpartner bieten hierbei teils auch direkt in den Räumlichkeiten des LGZ ihre Leistungen an, wie unter anderem die Krebsberatung des Trägers des LGZ, eine niedrigschwellige offene Suchtberatung sowie eine durch die kooperierende ärztliche Praxis geleitete ADHS-Elternggruppe.

1.4.2 Gesundheit.LOKAL

<https://www.gesundheitlokal.de/>

Das LGZ Gesundheit.LOKAL eröffnete im September 2022 im Bezirk Eimsbüttel unter der Trägerschaft der Diakonie „Alten Eichen“. Es ist für die Stadtteile Stellingen, Eidelstedt und Lokstedt zuständig.

Stellingen zählte Ende 2024 28.812 Einwohner:innen, während Eidelstedt 36.705 und Lokstedt 31.666 Einwohner:innen umfassen. Damit gehören sie zu den Stadtteilen mit einer vergleichsweise hohen Bevölkerungsdichte. Im Stadtteil Lokstedt wohnen im stadtweiten Vergleich weniger Personen mit Migrationshintergrund und auch weniger Personen, die Leistungen nach SGB II

beziehen. Eidelstedt liegt hier jeweils über dem Durchschnitt und Stellingen liegt ungefähr im Durchschnitt.

Tabelle 3: Sozial- und Bevölkerungsstruktur Stellingen, Eidelstedt, Lokstedt (2024)

Indikator		Stellingen	Eidelstedt	Lokstedt	Hamburg gesamt
Einwohner:innen		28.812	36.705	31.666	1.973.896
Bevölkerungsdichte* (Einwohner:innen/km ²)		4.656	4.163	6.419	2.601
Geschlechterverteilung (Anteil an Einwohner:innen gesamt in %)	männlich	49,4%	48,8%	47,2%	49,3%
	weiblich	50,6%	51,2%	52,8%	50,7%
Einwohner:innen mit Migrationshintergrund (Anteil an Einwohner:innen gesamt in %)		39,9%	45,1%	34,0%	40,4%
Einwohner:innen mit Leistungen nach SGB II (Anteil an Einwohner:innen gesamt in %)		9,1%	12,5%	6,4%	10,2%

*Daten aus 2023

Quelle: Statistik Nord [26]

Bezüglich der Altersstruktur befinden sich die Stadtteile ungefähr im Hamburger Durchschnitt. Stellingen hat einen etwas höheren Anteil an 18- bis 34-Jährigen. In Eidelstedt wohnen etwas mehr Menschen ab 65 Jahre.

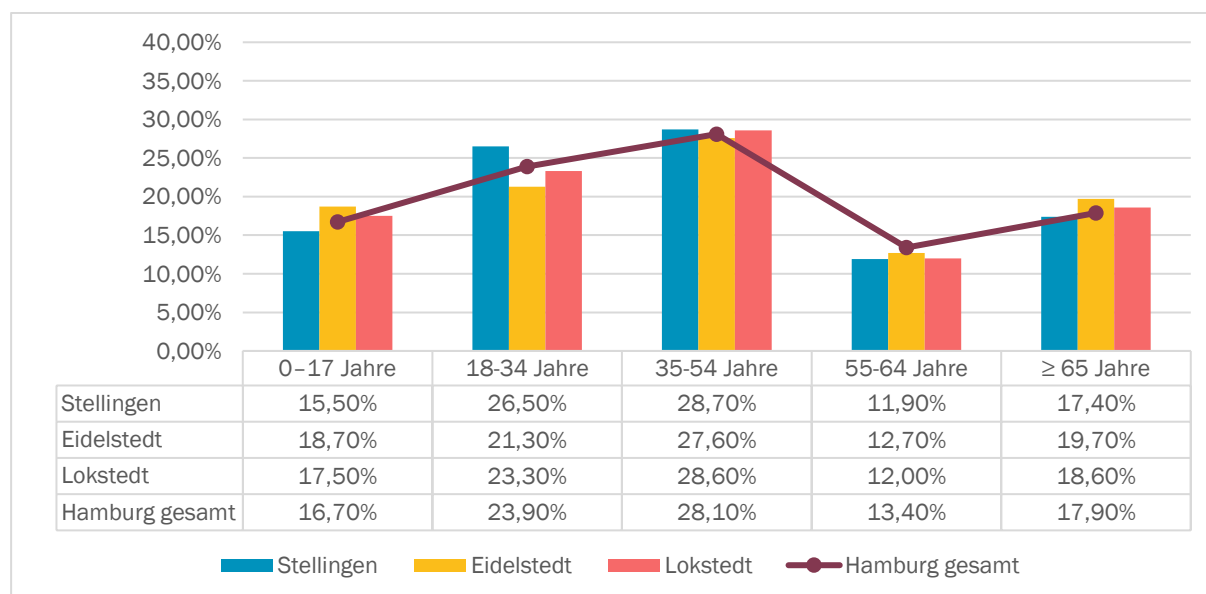


Abbildung 5: Altersstruktur Stellingen, Eidelstedt, Lokstedt (2024)

Quelle: Statistik Nord [26]

Bezüglich der gesundheitlichen Versorgung in Stellingen zeigen sich im Vergleich deutlich unterdurchschnittliche Verfügbarkeiten von niedergelassenen Ärzt:innen, Zahnärzt:innen und Apotheken. Die psychotherapeutische Versorgung unterscheidet sich in den drei Stadtteilen zwar deutlich; es ist jedoch insgesamt eine Unterversorgung für Erwachsene, Kinder und Jugendliche erkennbar.

Tabelle 4: Gesundheitliche Versorgung Stellingen, Eidelstedt, Lokstedt (2024)

Indikator		Stellingen	Eidelstedt	Lokstedt	Hamburg gesamt
Ärzt:innen	absolut	31	51	55	5.388
	pro 100.000 Einwohner:innen	108	139	174	273
davon Allgemeinärzt:innen	absolut	10	13	19	1.304
	pro 100.000 Einwohner:innen	35	35	60	66
Zahnärzt:innen	absolut	7	17	18	1.747
	pro 100.000 Einwohner:innen	24	46	57	89
Apotheken	absolut	3	5	4	356
	pro 100.000 Einwohner:innen	10	14	13	18
Psychotherapeutische Versorgung - Erwachsene	absolut	13	3	17	1408
	Pro 100.000 Einwohner:innen	45	8	54	71
Psychotherapeutische Versorgung - Kinder und Jugendliche	absolut	0	2	1	296
	Pro 100.000 Einwohner:innen	0	5	3	15

Quellen: Statistik Nord [26] (Ärzt:innen und Apotheken); Kassenärztliche Vereinigung Hamburg [27]

(Psychotherapeutische Versorgung). Die Angaben unterscheiden nicht zwischen Voll- und Teilzeitbeschäftigten.

Das LGZ Gesundheit.LOKAL befindet sich am Diakoniestandort „Alten Eichen“ und damit in unmittelbarer Nachbarschaft zu weiteren Angeboten des Trägers, wie Tagespflegeeinrichtungen, Altenheimen und Kindertagesstätten. Die Mitarbeitenden des LGZ können digitalgestützt auf diese Angebote zugreifen, insbesondere im Bereich der Pflege. Die kooperierende hausärztliche Praxis liegt Tür an Tür mit den Beratungsräumen des LGZ. Ergänzend besteht eine enge Kooperation mit einer psychologischen Psychotherapiepraxis.

Das interdisziplinäre Team des LGZ besteht aus einer CHN, einer Mitarbeitenden für Lebens- und Sozialberatung und einer Stelle zur Projektkoordination sowie den Ärztinnen der kooperierenden Praxis. Bei der Durchführung von Veranstaltungen wird das Team zusätzlich durch Ehrenamtliche unterstützt. Die Beratenden besitzen Deutsch- und Englischsprachkenntnisse. Im Jahr 2024 kam es mehrfach zu personellen Veränderungen in der Projektkoordination, wobei die Aufgaben zeitweise auch von den Beratenden selbst übernommen werden mussten. Seit Anfang 2025 ist die Stelle jedoch wieder regulär besetzt.

1.4.3 Gesundheitszentrum Mümmelmannsberg

<https://lokalesgesundheitszentrum.de/mummelmannsberg>

Das Gesundheitszentrum Mümmelmannsberg stellt seit Mai 2022 einen Standort der Gesundheit für Billstedt/Horn UG dar, die im Evaluationszeitraum an drei weiteren Standorten Gesundheitskioske betrieben hat. Das LGZ befindet sich in Mümmelmannsberg, einer Siedlung im Stadtteil Billstedt.

Ende 2024 umfasste Billstedt 73.098 Einwohner:innen, was einer Bevölkerungsdichte von 4.291 Personen pro km² entspricht. Die Region hat einen hohen Anteil an Leistungsempfänger:innen nach SGB II und zeichnet sich außerdem durch einen überdurchschnittlichen Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund aus.

Tabelle 5: Sozial- und Bevölkerungsstruktur Billstedt (2024)

Indikator		Billstedt	Hamburg gesamt
Einwohner:innen		73.098	1.973.896
Bevölkerungsdichte* (Einwohner:innen/km ²)		4.291	2.601
Geschlechterverteilung (Anteil an Einwohner:innen gesamt in %)	männlich	50,1%	49,3%
	weiblich	49,9%	50,7%
Einwohner:innen mit Migrationshintergrund (Anteil an Einwohner:innen gesamt in %)		63,7%	40,4%
Einwohner:innen mit Leistungen nach SGB II (Anteil an Einwohner:innen gesamt in %)		19,0%	10,2%

*Daten aus 2023

Quelle: Statistik Nord [26]

Billstedt zeigt in seiner Altersstruktur einen erhöhten Anteil an Kindern und Jugendlichen.

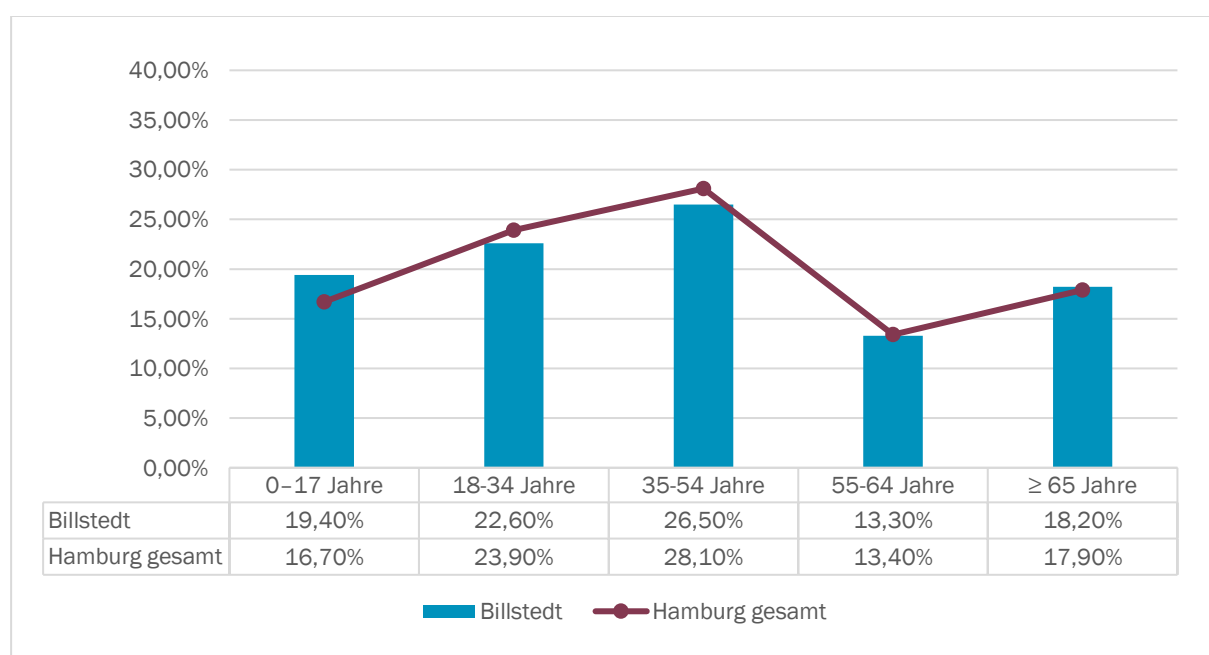


Abbildung 6: Altersstruktur Billstedt (2024)

Quelle: Statistik Nord [26]

Billstedts gesundheitliche Versorgung ist im Vergleich vor allem durch eine geringe Anzahl an Ärzt:innen, Zahnärzt:innen und Psychotherapeut:innen für Erwachsene geprägt.

Tabelle 6: Gesundheitliche Versorgung Billstedt (2024)

Indikator		Billstedt	Hamburg gesamt
Ärzt:innen	absolut	95	5.388
	pro 100.000 Einwohner:innen	130	273
davon Allgemeinärzt:innen	absolut	41	1.304
	pro 100.000 Einwohner:innen	56	66
Zahnärzt:innen	absolut	32	1.747
	pro 100.000 Einwohner:innen	44	89
Apotheken	absolut	10	356
	pro 100.000 Einwohner:innen	14	18
Psychotherapeutische Versorgung - Erwachsene	absolut	2	1408
	pro 100.000 Einwohner:innen	3	71
Psychotherapeutische Versorgung - Kinder und Jugendliche	absolut	8	296
	pro 100.000 Einwohner:innen	11	15

Quellen: Statistik Nord [26] (Ärzt:innen und Apotheken); Kassenärztliche Vereinigung Hamburg [27]

(Psychotherapeutische Versorgung). Die Angaben unterscheiden nicht zwischen Voll- und Teilzeitbeschäftigten.

Das GZ Mümmelmannsberg nutzt Räumlichkeiten im Erdgeschoss der SKH Stadtteilklinik Hamburg. Schwerpunkt des Beratungsangebots im GZ Mümmelmannsberg sind die Sprechstunden der CHNs, die zwei Mal wöchentlich ganztägig vor Ort stattfinden. Darüber hinaus werden regelmäßig eine Pflegeberatung sowie eine Sozialberatung von verbindlich kooperierenden externen Partnern in den Räumlichkeiten des LGZ durchgeführt. Seit Anfang 2024 bietet das LGZ zusätzlich einmal wöchentlich eine psychosoziale Familienberatung an. Ende 2024 wurde das Angebot um Beratung durch eine Hebamme erweitert. Ein besonderer Fokus des LGZ liegt weiterhin auf präventiven Maßnahmen, weshalb regelmäßig drei Präventions-Kurse angeboten werden („Fit ab 50“, Beckenbodentraining“ und „Gesunder Rücken“).

Das GZ Mümmelmannsberg kooperiert eng mit den weiteren Gesundheitskiosk-Standorten des Trägers. Zudem ist es insbesondere im medizinischen Bereich gut vernetzt. So findet u. a. eine enge Zusammenarbeit mit den Ärzt:innen der SKH Stadtteilklinik Mümmelmannsberg, mit Fach- und Hausärzt:innen des Ärztenetzes Billstedt/Horn e. V. sowie mit einem lokalen MVZ statt. Hierfür kommt seit Mitte 2024 ein standardisierter Überweisungsschein zum Einsatz. Gemeinsam mit dem Netzwerk finden zudem Qualitätszirkel zu verschiedenen Themen der Versorgungsoptimierung statt.

1.4.4 Lohbrügger Gesundheitszentrum

<https://der-begleiter.de/lohbruegger-gesundheitszentrum/>

Das Lohbrügger Gesundheitszentrum wurde im Juni 2023 unter der Trägerschaft von Der Begleiter gGmbH eröffnet. Sein Einzugsgebiet stellen die Stadtteile Lohbrügge und Bergedorf dar.

Ende 2024 zählte Lohbrügge 41.400 und Bergedorf 37.560 Einwohner:innen, womit die Bevölkerungsdichte beider Stadtteile über dem Durchschnitt liegt. In Lohbrügge ist der Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Bergedorf und zu Hamburg insgesamt etwas höher.

Tabelle 7: Sozial- und Bevölkerungsstruktur Lohbrügge und Bergedorf (2024)

Indikator		Lohbrügge	Bergedorf	Hamburg gesamt
Einwohner:innen		41.400	37.560	1.973.896
Bevölkerungsdichte* (Einwohner:innen/km ²)		3.166	3.627	2.601
Geschlechterverteilung (Anteil an Einwohner:innen gesamt in %)	männlich	48,2%	49,0%	49,3%
	weiblich	51,8%	51,0%	50,7%
Einwohner:innen mit Migrationshintergrund (Anteil an Einwohner:innen gesamt in %)		45,6%	39,7%	40,4%
Einwohner:innen mit Leistungen nach SGB II (Anteil an Einwohner:innen gesamt in %)		10,7%	10,7%	10,2%

*Daten aus 2023

Quelle: Statistik Nord [26]

Die Altersstruktur in Lohbrügge und Bergedorf zeigt im Hamburger Vergleich einen leicht geringeren Anteil an 18- bis 34-Jährigen und höhere Anteile älterer Einwohner:innen ab 65 Jahren.

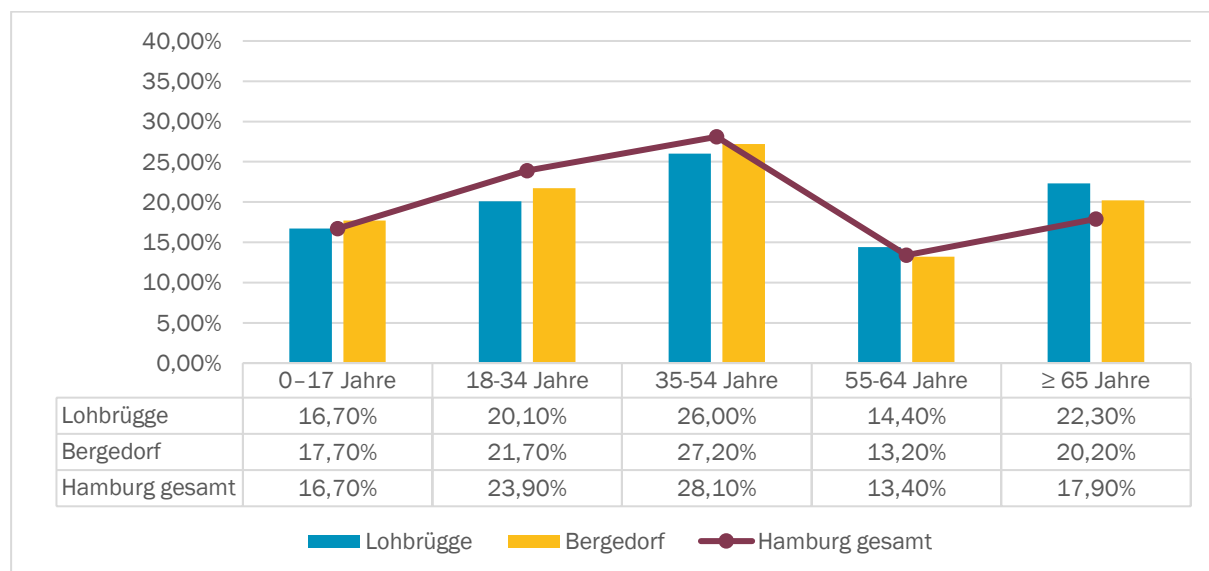


Abbildung 7: Altersstruktur Lohbrügge und Bergedorf (2024)

Quelle: Statistik Nord [26]

In Lohbrügge ist die gesundheitliche Versorgung deutlich unterdurchschnittlich ausgeprägt. Sowohl die ärztliche als auch die zahnärztliche und psychotherapeutische Versorgungsdichte liegen jeweils unter dem Hamburger Durchschnitt. Im Gegensatz dazu verfügt Bergedorf über ein vergleichsweise breites Angebot an Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung.

Tabelle 8: Gesundheitliche Versorgung Lohbrügge und Bergedorf (2024)

Indikator		Lohbrügge	Bergedorf	Hamburg gesamt
Ärzt:innen	absolut	40	174	5.388
	pro 100.000 Einwohner:innen	97	463	273
davon Allgemeinärzt:innen	absolut	11	39	1.304
	pro 100.000 Einwohner:innen	27	104	66
Zahnärzt:innen	absolut	25	58	1.747
	pro 100.000 Einwohner:innen	60	154	89
Apotheken	absolut	6	12	356
	pro 100.000 Einwohner:innen	14	32	18
Psychotherapeutische Versorgung - Erwachsene	absolut	1	42	1408
	Pro 100.000 Einwohner:innen	2	112	71
Psychotherapeutische Versorgung - Kinder und Jugendliche	absolut	4	21	296
	Pro 100.000 Einwohner:innen	10	56	15

Quellen: Statistik Nord [26] (Ärzt:innen und Apotheken); Kassenärztliche Vereinigung Hamburg [27]

(Psychotherapeutische Versorgung). Die Angaben unterscheiden nicht zwischen Voll- und Teilzeitbeschäftigten.

Das Lohbrügger Gesundheitszentrum befindet sich in einem gemeinsamen Gebäude mit dem Gesundheitsamt Bergedorf sowie dem Träger des LGZ. Die kooperierende hausärztliche Praxis des LGZ befindet sich zwar nicht im selben Gebäude wie die Beratungsräumlichkeiten, ist aber in weniger als fünf Minuten fußläufig erreichbar.

Im Rahmen der LGZ-Förderung wurden an diesem Standort Mittel für ein dreiköpfiges Team mit den Professionen CHN, Sozialarbeit und Sozialpädagogik beantragt, die wie in der Förderrichtlinie vorgesehen, in enger Kooperation mit der hausärztlichen Praxis zusammenarbeiten sollen. Im Verlauf der Evaluation kam es jedoch zu häufigen Personalwechseln, wodurch die Stellen der CHN und der Sozialberatung über längere Zeit nicht besetzt waren. Neben deutscher und englischer Sprache waren zeitweise auch russische und türkische Sprachkenntnisse im Team vorhanden.

Der Begleiter gGmbH bietet neben dem LGZ psychosoziale Hilfen, Sozial- und Migrationsberatungen an, stellt betreute Wohnmöglichkeiten insbesondere für Familien bereit, engagiert sich in der Jugendhilfe und organisiert verschiedene Gruppenangebote. Das Lohbrügger GZ hat dabei digitalgestützten Zugriff auf die Angebote des Trägers. Darüber hinaus kooperiert das LGZ eng mit lokalen Partnern wie der Apotheke, dem Jobcenter und regionalen Pflegediensten.

1.4.5 Lokales Gesundheitszentrum Harburg

<https://www.drk-harburg.hamburg/start/angebote/beratung-und-vernetzung/lokales-gesundheitszentrum-harburg.html>

Das Lokale Gesundheitszentrum Harburg eröffnete im Mai 2024 unter der Trägerschaft des DRK Kreisverbands Hamburg-Harburg. Da keine geeigneten Räumlichkeiten für das Zentrum gefunden wurden, fanden die Beratungen zunächst an drei unterschiedlichen Standorten im Stadtteil Harburg bzw. in Neuwiedenthal statt. Perspektivisch wird jedoch eine dauerhafte Lösung in Harburg angestrebt.

Der Stadtteil Harburg² zählte Ende 2024 29.237 Einwohner:innen, womit die Bevölkerungsdichte deutlich über dem Hamburger Durchschnitt liegt. Bezüglich der Geschlechterverteilung zeigt sich in Harburg ein deutlich höherer Anteil an männlichen Einwohnern. Auch die Anteile an Personen mit Migrationshintergrund und Leistungsempfängenden nach dem SGB II, liegen höher als der Hamburger Durchschnitt.

Tabelle 9: Sozial- und Bevölkerungsstruktur Harburg (2024)

Indikator		Harburg	Hamburg gesamt
Einwohner:innen		29.237	1.973.896
Bevölkerungsdichte* (Einwohner:innen/km ²)		7.250	2.601
Geschlechterverteilung (Anteil an Einwohner:innen gesamt in %)	männlich	55,4%	49,3%
	weiblich	44,6%	50,7%
Einwohner:innen mit Migrationshintergrund (Anteil an Einwohner:innen gesamt in %)		52,7%	40,4%
Einwohner:innen mit Leistungen nach SGB II (Anteil an Einwohner:innen gesamt in %)		17,3%	10,2%

*Daten aus 2023

Quelle: Statistik Nord [26]

Harburgs Altersstruktur zeigt einen deutlich höheren Anteil an Einwohner:innen im Alter von 18 bis 34 Jahren und einen geringeren Anteil an Einwohner:innen über 55 Jahre als der Hamburger Durchschnitt.

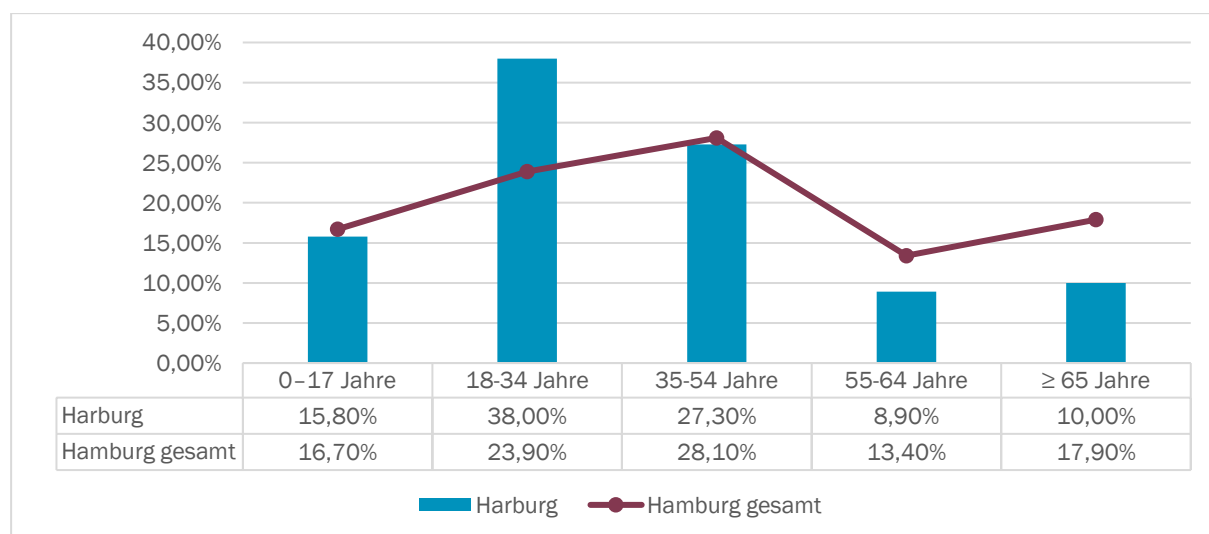


Abbildung 8: Altersstruktur Harburg (2024)

Quelle: Statistik Nord [26]

Harburg weist im Vergleich zum Hamburger Durchschnitt eine hohe Anzahl an Ärzt:innen insgesamt sowie von Zahnärzt:innen auf. Auch die Dichte der Allgemeinärzt:innen, Psychotherapeut:innen und der Apotheken liegt deutlich über dem Hamburger Durchschnitt.

² Der Stadtteil Harburg ist nicht deckungsgleich mit dem Bezirk Harburg, der 178.341 Einwohner:innen umfasst (Stand 31.12.2024).

Tabelle 10: Gesundheitliche Versorgung Harburg (2024)

Indikator		Harburg	Hamburg gesamt
Ärzt:innen	absolut	165	5.388
	pro 100.000 Einwohner:innen	564	273
davon Allgemeinärzt:innen	absolut	25	1.304
	pro 100.000 Einwohner:innen	86	66
Zahnärzt:innen	absolut	69	1.747
	pro 100.000 Einwohner:innen	236	89
Apotheken	absolut	11	356
	pro 100.000 Einwohner:innen	38	18
Psychotherapeutische Versorgung - Erwachsene	absolut	25	1408
	pro 100.000 Einwohner:innen	86	71
Psychotherapeutische Versorgung - Kinder und Jugendliche	absolut	11	296
	pro 100.000 Einwohner:innen	38	15

Quellen: Statistik Nord [26] (Ärzt:innen und Apotheken); Kassenärztliche Vereinigung Hamburg [27]

(Psychotherapeutische Versorgung). Die Angaben unterscheiden nicht zwischen Voll- und Teilzeitbeschäftigten.

Das Lokale Gesundheitszentrum Harburg nutzte zum Zeitpunkt der Evaluation unterschiedliche Räumlichkeiten: An zwei Tagen der Woche wurden hierfür Räumlichkeiten des Trägers genutzt (Stadtteil- und ein Beratungszentrum); an zwei weiteren Tagen fanden die Beratungen in Räumlichkeiten des Netzwerkpartners KAMI e. V. statt.

Das Team umfasst zwei Personen, von denen eine die Koordination sowie die CHN-Tätigkeiten übernimmt, während die zweite Person für die Sozialberatung zuständig ist. Die Beratungen finden in deutscher und englischer Sprache statt. Zu diesem LGZ gehören zwei hausärztliche Praxen, die über verbindliche Kooperationsvereinbarungen angebunden sind. Weiterhin besteht eine informelle Zusammenarbeit mit weiteren Praxen, in denen auch jeweils Informationsmaterial über das LGZ-Angebot ausliegt.

Der DRK Kreisverband Hamburg-Harburg bietet ein umfassendes Spektrum an sozialen und pflegerischen Dienstleistungen für verschiedene Altersgruppen und Bedürfnisse an, darunter Kindertagesstätten und Jugendbetreuung, ambulante Pflege- und Betreuungsdienste, Seniorentreffs, betreutes Wohnen sowie Beratungs- und Unterstützungsangebote für Geflüchtete und Familien, auf die das LGZ zurückgreifen kann. Das LGZ arbeitet zudem fallbezogen mit KAMI e. V., einem Verein für Kinder-, Jugend- und Familienförderung zusammen. Darüber hinaus befindet sich das Netzwerk des Standortes noch im Aufbau.

1.4.6 Poliklinik Veddel

<https://poliklinik1.org/>

Die Poliklinik Veddel besteht seit September 2017 als Stadtteilgesundheitszentrum unter der Trägerschaft des Vereins „Gruppe für Stadtteilgesundheit und Verhältnisprävention e. V.“. Seit 2018 wird die Poliklinik Veddel im Rahmen des PORT-Programms gefördert. Durch die LGZ-Förderung seit September 2020 wurden zusätzliche Angebote entsprechend der Förderrichtlinie geschaffen.

Der Stadtteil Veddel zählte Ende 2024 4.328 Einwohner:innen und zeichnet sich durch eine vergleichsweise geringe Bevölkerungsdichte aus. Die Geschlechterverteilung in Veddel zeigt einen

erhöhten Anteil an männlichen Einwohnern im Vergleich zum Hamburger Durchschnitt. Sozialstrukturell ist der Stadtteil Veddel geprägt durch einen sehr hohen Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund sowie an Personen, die Leistungen nach dem SGB II erhalten.

Tabelle 11: Sozial- und Bevölkerungsstruktur Veddel (2024)

Indikator		Veddel	Hamburg gesamt
Einwohner:innen		4.328	1.973.896
Bevölkerungsdichte* (Einwohner:innen/km ²)		981	2.601
Geschlechterverteilung (Anteil an Einwohner:innen gesamt in %)	männlich	53,6%	49,3%
	weiblich	46,4%	50,7%
Einwohner:innen mit Migrationshintergrund (Anteil an Einwohner:innen gesamt in %)		76,3%	40,4%
Einwohner:innen mit Leistungen nach SGB II (Anteil an Einwohner:innen gesamt in %)		21,9%	10,2%

*Daten aus 2023

Quelle: Statistik Nord [26]

Die Altersstruktur in Veddel zeigt deutlich höhere Anteile an jüngeren Menschen zwischen 18 und 34 Jahren und geringere Anteile an Personen über 55 Jahre, vor allem in der Altersgruppe ab 65 Jahren.

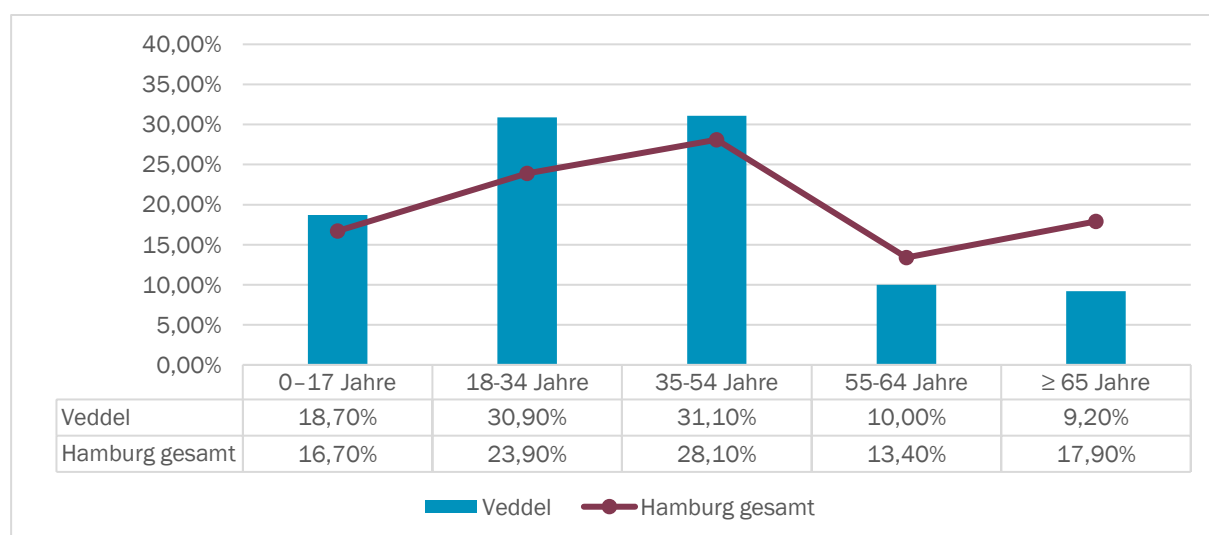


Abbildung 9: Altersstruktur Veddel (2024)

Quelle: Statistik Nord [26]

Die gesundheitliche Versorgung in Veddel weist zwar insgesamt eine niedrige Anzahl an Ärzt:innen auf. Gemessen an der Einwohnerzahl ist die Zahl der Allgemeinärzt:innen und Apotheken jedoch vergleichsweise hoch. Eine psychotherapeutische Versorgung ist dagegen nicht vorhanden.

Tabelle 12: Gesundheitliche Versorgung Veddel (2024)

Indikator		Veddel	Hamburg gesamt
Ärzt:innen	absolut	4	5.388
	pro 100.000 Einwohner:innen	92	273
davon Allgemeinärzt:innen	absolut	4	1.304
	pro 100.000 Einwohner:innen	92	66
Zahnärzt:innen	absolut	2	1.747
	pro 100.000 Einwohner:innen	46	89
Apotheken	absolut	1	356
	pro 100.000 Einwohner:innen	23	18
Psychotherapeutische Versorgung - Erwachsene	absolut	0	1408
	pro 100.000 Einwohner:innen	0	71
Psychotherapeutische Versorgung - Kinder und Jugendliche	absolut	0	296
	pro 100.000 Einwohner:innen	0	16

Quellen: Statistik Nord [26] (Ärzt:innen und Apotheken); Kassenärztliche Vereinigung Hamburg [27]

(Psychotherapeutische Versorgung). Die Angaben unterscheiden nicht zwischen Voll- und Teilzeitbeschäftigten.

An der Poliklinik Veddel konnte durch die LGZ-Förderung das bestehende Angebot deutlich erweitert werden. Aus LGZ-Mitteln werden an diesem Standort psychologische Beratung, Gemeinwesenarbeit, Sozialberatung und Care Coordination sowie koordinatorische Aufgaben finanziert. Im Team sind vorwiegend deutsche, englische und französische Sprachkenntnisse vorhanden; darüber hinaus kann im Rahmen einer Kooperation bei Bedarf auf einen professionellen Dolmetscherdienst zurückgegriffen werden. Schwerpunktmäßig finden Beratungen zu Themen der Existenzsicherung, des Wohnens, zu aufenthaltsrechtlichen Fragen sowie komplexen gesundheitlichen Anliegen statt. Das im Rahmen der LGZ-Förderung geschaffene Angebot fügt sich dabei nahtlos in die bereits zuvor gewachsene Kultur der multiprofessionellen Zusammenarbeit in der Poliklinik Veddel ein und kann auf eine starke interne Verweisstruktur zurückgreifen.

Die LGZ-Beratenden nutzen für ihre Angebote Beratungsräume an den drei Standorten der Poliklinik Veddel. Die unmittelbare räumliche Nähe zur hausärztlichen Versorgung ermöglicht hierbei eine enge Abstimmung im Versorgungsalltag.

Darüber hinaus bestehen interne Kooperationen mit einer CHN, psychotherapeutischer Versorgung, Hebammen sowie der Lokalen Vernetzungsstelle Prävention. Zusätzlich hat das LGZ einen direkten Zugang zu einem etablierten Netzwerk von Vereinen, die in Veddel aktiv sind und seit langem eng mit der Poliklinik kooperieren. Neben der fallbezogenen Zusammenarbeit wird dieses Netzwerk auch zur Planung gemeinsamer Veranstaltungen genutzt.

2 Begleitevaluation

2.1 Ziele der LGZ-Evaluation

Die vorliegende Untersuchung ist als Begleitevaluation angelegt. Das heißt, sie fokussiert sich auf die Bewertung bestehender bzw. im Aufbau befindlicher Strukturen im Hinblick auf Reichweite, Akzeptanz, Nutzung und Wirkung der LGZ. Impulse zur Weiterentwicklung der bestehenden LGZ sowie zum Aufbau weiterer LGZ-Standorte, die sich aus den Ergebnissen der Untersuchung ableiten ließen, sind am Ende des Berichtes dargestellt.

Zentrales Ziel der Evaluation war es, den Aufbau und die Weiterentwicklung der sechs LGZ über einen Zeitraum von zwölf bis 15 Monaten zu begleiten und mittels evidenzbasierter Empfehlungen zu unterstützen. Im Sinne einer Prozessevaluation [28, 29] wurden hierzu förderliche und hinderliche Faktoren im Implementierungsprozess der LGZ identifiziert. Die gewonnenen Erkenntnisse schaffen eine Grundlage, um die LGZ in Hamburg weiterzuentwickeln, und bieten zugleich Orientierung für die Umsetzung und dauerhafte Etablierung ähnlicher Primärversorgungsansätze.

Die Erfassung erster Wirkungen des LGZ-Angebots erfolgte über eine Befragung von Nutzenden sowie über Interviews mit LGZ-Mitarbeitenden, Netzwerkpartnern und Vertreter:innen der kooperierenden Arztpraxen. Eine explorative Routinedatenanalyse zielte zudem darauf ab, zu untersuchen, inwiefern sich die Einrichtung der LGZ auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Stadtgebiet auswirkt.

Die Evaluation der Hamburger LGZ wurde anwendungsnah und partizipativ gestaltet. Die frühzeitige und kontinuierliche Einbindung relevanter Stakeholder war ein integraler Bestandteil des Evaluationskonzepts. Bereits zu Beginn der Evaluation wurden in einem gemeinsamen Workshop mit den wichtigsten Akteuren die Ziele der LGZ und der Evaluation konkretisiert. Im weiteren Verlauf wurden regelmäßig Zwischenergebnisse aus der Datenerhebung und Analyse in Workshops vorgestellt und diskutiert, um eine solide, kontextsensitive Interpretation der Daten sicherzustellen.

Es ist zu beachten, dass einige der LGZ sich zum Zeitpunkt der Evaluation noch im Aufbau befanden und zunächst sehr beschränkte Ressourcen von zwei halben Beratungsstellen pro Standort zur Verfügung standen. In dieser Phase der Implementierung ist eine erste Bestandsaufnahme sinnvoll, um eine Baseline im Hinblick auf Akzeptanz, Nutzung und erste Effekte zu etablieren und Optimierungspotenziale aufzuzeigen. Zur Darstellung einer Entwicklung (Verbesserung der Reichweite, Erreichen von Zielgruppen, Heben von Effizienzpotenzialen, Erfassen nachhaltiger Wirkungen etc.) sind weitere Evaluationen im Abstand von zwei bis drei Jahren erforderlich. Die Erkenntnisse aus der vorliegenden Evaluation können hierbei einen Ausgangspunkt für vertiefende Untersuchungen im Rahmen der Begleitung der LGZ über einen längeren Zeitraum darstellen.

2.2 Evaluationsdesign

Die Evaluation nutzt ein Mixed-Methods-Design, das qualitative und quantitative Erhebungsmethoden kombiniert und so die differenzierte Betrachtung verschiedener Aspekte der LGZ-Arbeit und -Implementierung ermöglicht. Die teilnehmende Beobachtung ermöglicht ein fundiertes Verständnis der praktischen Arbeit vor Ort. Die Interviews mit LGZ-Beratenden und Netzwerkpartnern vertiefen das Verständnis für Arbeitsabläufe, Herausforderungen und Erfolgsfaktoren –

sowohl in der LGZ-internen Zusammenarbeit als auch im lokalen Netzwerk. Leistungsdaten liefern quantitative Informationen zur Inanspruchnahme von Leistungen und zu Entwicklungen über die Zeit. Ergänzend macht die Befragung von Nutzenden des LGZ-Angebots Erfahrungen und Wahrnehmungen durch die Zielgruppen sichtbar, während die Fallvignetten qualitative Einblicke in Beratungsprozesse und die Wirkung auf exemplarische Patientenpfade bieten. Eine Auswertung von Routinedaten erweitert die Erkenntnisse um Kennzahlen der Gesundheitsversorgung auf Ebene der Einzugsgebiete der LGZ. Die verschiedenen Datenquellen werden konkret im Folgenden hinsichtlich der Datenerhebung und -analyse beschrieben.

2.2.1 Datengrundlage

Teilnehmende Beobachtung

Insgesamt wurde in allen sechs LGZ-Standorten eine eintägige teilnehmende Beobachtung durchgeführt, um einen Einblick in die unterschiedlichen Abläufe und Arbeitsweisen sowie die räumlichen Gegebenheiten zu erhalten. Nach einem Jahr wurden die teilnehmende Beobachtung an einigen Standorten wiederholt, um etwaige Veränderungen festzustellen. Im Fokus der Beobachtung standen vor allem Abläufe und Schnittstellen innerhalb der LGZ sowie Aktivitäten nach außen mit dem jeweiligen Stadtteil. In Abstimmung mit den LGZ wurden gut frequentierte Tage ausgewählt, sodass das Standardgeschehen gezielt beobachtet werden konnte. Anhand eines vorab ausgearbeiteten Beobachtungsplans, der neben vorgegebenen Aspekten auch Freiraum für weitere explorative Beobachtungen zuließ, wurden die Beobachtungen in Form von anonymen Beobachtungsprotokollen festgehalten.

Qualitative Interviews

Im Rahmen von 45 qualitativen, leitfadengestützten Interviews wurden relevante Akteure zu ihren Erfahrungen im bzw. in der Zusammenarbeit mit den LGZ befragt. Die Stichprobe umfasst neben den Vertretenden der LGZ (insbesondere CHN und Sozialberatung sowie die kooperierende hausärztliche Praxis) verschiedene Stakeholder im Stadtteil (darunter Pflegeeinrichtungen, Gesundheitsämter, weitere Beratungsstellen). Die Auswahl der Interviewpartner:innen erfolgte in Abstimmung mit den LGZ (purposive sampling). Über alle LGZ hinweg wurden 48 Personen interviewt. In einigen Fällen wurden die Interviews mit zwei Personen gleichzeitig geführt, sofern dies gewünscht war und sinnvoll erschien. Themenschwerpunkte bildeten Fragestellungen zum Aufbau, zur Arbeitsweise, zum Schnittstellenmanagement, zur sektorenübergreifenden und interdisziplinären Zusammenarbeit und zur lokalen Einbindung der LGZ. Die Interviews fanden vorwiegend in der ersten Jahreshälfte 2024 telefonisch oder über ein Videokonferenzsystem statt und dauerten je nach Zielgruppe 30 bis 60 Minuten. Zusätzlich wurden mit LGZ-Mitarbeitenden sowie ausgewählten Vertreter:innen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes nach einem Jahr erneut Interviews geführt, um Veränderungen und Entwicklungen zu erfassen.

Im Anschluss an jedes semi-strukturierte Interview wurde die Tonaufnahme transkribiert. Die Transkripte wurden dann entsprechend der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring [30] analysiert. Nach Abschluss der Auswertung erfolgte eine vertiefende Triangulation der qualitativen Datenergebnisse mit den quantitativ erhobenen Daten.

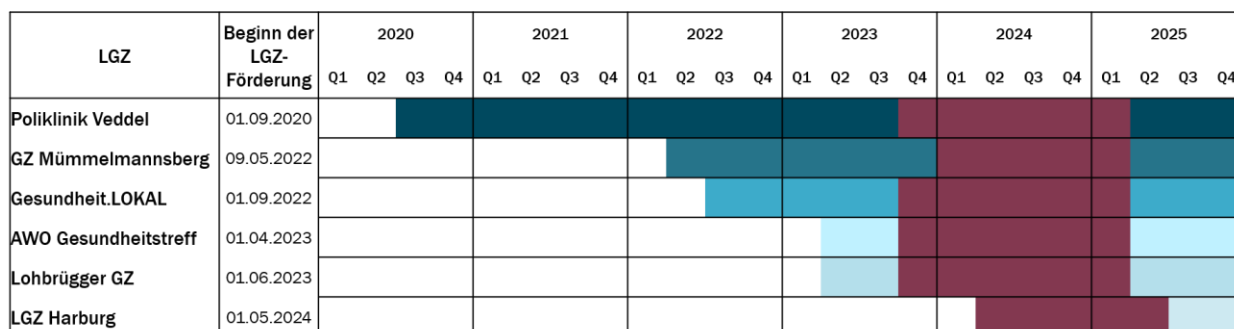
Nutzendenbefragung

Zur Erfassung der Wirksamkeit der LGZ aus Sicht der Nutzenden des Angebots kam ein Fragebogen zum Einsatz. Dieser orientierte sich an etablierten und validierten Instrumenten und wurde zusätzlich um eigene projektspezifische Fragen ergänzt. Zu den Aspekten, die im Rahmen der Nutzendenbefragung erhoben wurden, gehörten allgemeine Patientenzufriedenheit (erhoben durch Elemente des ZAP, Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung [31]), wahrgenommene Ganzheitlichkeit der Versorgung, Orientierung in der Versorgung und Übergang zwischen Versorgungsangeboten (Elemente des PEIC – Patient Experience of Integrative Care [32]) sowie Aspekte der navigationalen Gesundheitskompetenz (HLS-EU [33]). Die Auswahl der Fragen wurde im Sinne des partizipativen Ansatzes gemeinsam mit den LGZ-Mitarbeitenden getroffen. Neben einem möglichst geringen Umfang der Befragung wurde dabei auf leicht verständliche Fragen geachtet, die überdies in sechs Sprachen (Albanisch, Arabisch, Englisch, Persisch, Russisch, Türkisch) übersetzt wurden, um sprachliche Hürden zu verringern und so die Teilnahme an der Befragung für eine breite Zielgruppe zu ermöglichen.

Dabei sollten verschiedene Aussagen zur Beratung im LGZ mit „ja“, „teilweise“ und „nein“ bewertet werden. Die papierbasierten, anonymen Fragebögen wurden durch die LGZ-Beratenden an erwachsene Personen ausgehändigt, die Leistungen der LGZ in Anspruch genommen haben. Die Fragebögen konnten entweder von den Befragten vor Ort in eine versiegelte Einwurfbox geworfen oder zu Hause ausgefüllt und in einem vorfrankierten Rückumschlag per Post an die inav GmbH gesendet werden. Die Befragung lief von September 2023 bis Juni 2025. Zum Ende der Befragung lagen pro LGZ mindestens 50 Fragebögen vor. Die aus den Fragebögen gewonnenen quantitativen Daten wurden mithilfe der statistischen Software R [34] deskriptiv ausgewertet. Insgesamt wurden 541 Fragebögen in die Auswertung einbezogen.

Leistungsdaten

Um das Leistungsangebot der einzelnen LGZ zu beurteilen, erfassten die Beratenden der LGZ über mindestens ein Jahr quartalsweise die von ihnen erbrachten Leistungen sowie deren Inanspruchnahme. Abbildung 10 zeigt den Beginn der LGZ-Förderung an den einzelnen Standorten im Verhältnis zum standortspezifischen Erhebungszeitraum.



Legende

- Förderzeitraum der einzelnen Standorte
- Erhebungszeitraum (Leistungsdokumentation) im Rahmen der Begleitevaluation

Abbildung 10: Laufzeit und Erhebungszeitraum nach LGZ-Standort

Zu den erhobenen Leistungsdaten zählen unter anderem die Art der Angebote mit Fokus auf Beratungen, die Häufigkeit der Inanspruchnahme sowie soziodemografische Angaben zu den

Nutzenden des LGZ-Beratungsangebots. Hierzu wurde eine Mustervorlage für alle geförderten LGZ in Form einer Excel-Liste bereitgestellt. Durch die Verwendung einer einheitlichen Vorlage konnten die Daten systematisch erfasst und so die Vergleichbarkeit der Ergebnisse innerhalb eines LGZ sowie zwischen den LGZ sichergestellt werden. Die Daten wurden in aggregierter und damit anonymer Form zur Verfügung gestellt, sodass kein Personenbezug erkennbar war.

Die Daten wurden deskriptiv ausgewertet und es wurden primär absolute und relative Häufigkeitsverteilungen betrachtet. Durch die quartalsweise Erfassung konnten zudem zeitliche Entwicklungen dargestellt werden.

Daneben war eine Zuordnung der erfassten Leistungen zu den einzelnen Sozialgesetzbüchern von Interesse, um die Ganzheitlichkeit der Betreuung über das gesamte Versorgungskontinuum hinweg zu beurteilen. Die Zuordnung erfolgte auf Grundlage der Angaben zu Beratungsinhalten.

Fallvignetten

Die Erhebung und Analyse von Fallvignetten diene schließlich der Einschätzung des Ressourcenverbrauchs sowie möglicher Wirkungen des LGZ-Angebots auf verschiedenen Ebenen anhand exemplarischer Patient Journeys. Jedes LGZ stellte hierfür auf Basis einer bereitgestellten Vorlage mindestens drei Fallvignetten zu Fällen unterschiedlicher Komplexität in anonymisierter Form zur Verfügung, die für ihre Arbeit inhaltlich und hinsichtlich der Zusammenarbeit exemplarisch sind. Neben einer Kurzbeschreibung des Falls wurden darin die Unterstützung des LGZ skizziert sowie zeitliche Aufwände und Ergebnisse der Begleitung dargestellt. Die Fallvignetten wurden hinsichtlich der Anliegen, der beteiligten Personen innerhalb und außerhalb des LGZ, der Ausgangslage und Zielerreichung sowie des zeitlichen Aufwands vergleichend analysiert.

Ergänzende Datenquellen

Ergänzend zu den eigens für die Evaluation erhobenen Primärdaten wurden weitere Datenquellen hinzugezogen. Hierzu zählen insbesondere die jährlich durch die LGZ erstellten Sachberichte mit Informationen unter anderem zu Personal, Beratungs- und Vernetzungsaktivitäten sowie standortspezifische Entwicklungen. Zur Erfassung der Bedarfslage in den Stadtteilen, in denen die LGZ angesiedelt sind, wurde zudem die Gesundheits- und Sozialberichterstattung der Stadt Hamburg berücksichtigt. Darüber hinaus wurden im Rahmen einer explorativen Analyse die Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg zu rund 360.000 Versicherten aus Hamburg für die Jahre 2018 bis Juni 2024 verwendet, um die Gesundheitsversorgung und die gesundheitliche Lage der Bevölkerung in den Einzugsgebieten der LGZ zu beschreiben (siehe Kapitel 3.7 und Anlage 5).

2.2.2 Datensynthese

Die Ergebnisse aus den verschiedenen Datenquellen wurden abschließend zusammengeführt, um umfassende Aussagen zur Prozessqualität und zur Wirkung der LGZ-Arbeit treffen zu können.

Tabelle 13 bietet einen Überblick über die untersuchten Themenkomplexe sowie die Zuordnung der Informationen aus den jeweiligen Datenquellen, die für die übergreifende Analyse und Bewertung herangezogen wurden. Die vorgestellten Ergebnisse werden in Kapitel 4 anhand der ersten LGZ-Förderrichtlinie aus dem Jahr 2019 und den darin definierten Förderzielen bewertet und diskutiert.

Tabelle 13: Zuordnung der Datenquellen und Informationen zu untersuchten Themenkomplexen

Themenkomplex	Kriterien	Datenquellen
Angebot und Inanspruchnahme	Angebotsbreite	Leistungsdaten Sachberichte Qualitative Interviews
	Inanspruchnahme des Angebots	Leistungsdaten Teilnehmende Beobachtung
	Bedarfsorientierung der Angebote	Qualitative Interviews Gesundheits- und Sozialberichterstattung HH Fallbeispiele
Zugänglichkeit und Barrieren	Räumliche Lage und Gestaltung	Teilnehmende Beobachtung
	Bewertung der Zugänglichkeit durch Nutzende	Nutzendenbefragung
	Niedrigschwelligkeit des Angebots	Leistungsdaten Sachberichte Qualitative Interviews Fallbeispiele Teilnehmende Beobachtung
Interprofessionelle Zusammenarbeit im LGZ	Teamzusammensetzung	Leistungsdaten Sachberichte
	Interne Arbeitsorganisation	Qualitative Interviews Teilnehmende Beobachtung
Sektorenübergreifende Vernetzung im Stadtteil	Zuweisungen und Vermittlungen, nach Akteursgruppen	Leistungsdaten Fallbeispiele
	Formen der fall- und stadtteilbezogenen Zusammenarbeit	Sachberichte Qualitative Interviews
	Zufriedenheit des Netzwerks mit der Zusammenarbeit	Qualitative Interviews
Nutzendenzufriedenheit	Kompetenzgewinn und Zufriedenheit bei Nutzenden des LGZ-Angebots	Nutzendenbefragung Fallbeispiele
Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung	Versorgungslage in den LGZ-Stadtteilen	Gesundheits- und Sozialberichterstattung der Stadt HH
	Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung	Routinedatenanalyse
Exemplarische Versorgungspfade	Typische Aufwände und exemplarische Wirkungen der LGZ auf Patient Journeys	Fallbeispiele

3 Ergebnisse

3.1 Angebot und Inanspruchnahme

Die Auswertung zur Inanspruchnahme des LGZ-Beratungsangebots beruht auf den erhobenen Leistungsdaten, ergänzt durch qualitative Informationen aus den jährlichen Sachberichten. Die Darstellung der einzelnen Standorte in den Grafiken erfolgt analog zur Vorstellung in Kapitel 1.4 in alphabetischer Reihenfolge.

Überblick: Wie wird das Angebot der LGZ angenommen?

- Insgesamt wurden im Beobachtungszeitraum (mind. ein Jahr je LGZ) standortübergreifend 7.755 Beratungskontakte mit schätzungsweise 2.700 Personen verzeichnet. Dies zeigt einen deutlichen Bedarf an niedrigschwelliger Beratung in den Stadtteilen.
- Durch Veranstaltungen zu Themen wie Pflege, Polymedikation, psychische Gesundheit und Familienhilfen erreichen die LGZ zusätzlich Personen im Stadtteil.
- Die Anliegen der Ratsuchenden umfassen eine große Bandbreite gesundheitlicher und sozialer Themen über die Sozialgesetzbücher hinweg. Den größten Anteil haben gesundheitsrelevante Anliegen aus dem Leistungsbereich des SGB V (40,4 %), gefolgt von Anliegen sozialer und finanzieller Sicherung (SGB II: 15 %, SGB III: 3 %). Weiterhin ist das Thema „Übersetzung und Navigation“ mit 18,3 % von hoher Relevanz. Die LGZ nehmen damit eine wichtige SGB-übergreifende Steuerungs- und Lotsenfunktion ein.
- Das Angebot wurde mehrheitlich von Frauen in Anspruch genommen. Einer Mehrheit der Ratsuchenden mit nichtdeutscher Muttersprache (52,4 %) stehen nur begrenzt Fremdsprachenkenntnisse der LGZ-Mitarbeitenden gegenüber. Eine Stärkung der Sprachkompetenzen in den LGZ-Teams ist erstrebenswert.

3.1.1 Gesamtumfang und Verteilung der Inanspruchnahme

Beratungskontakte

Im gesamten Erhebungszeitraum³ wurden standortübergreifend insgesamt 7.755 Beratungskontakte erfasst. Den größten Anteil verzeichnete die Poliklinik Veddel mit 36,1 % (n = 2.800), gefolgt vom GZ Mümmelmannsberg mit 27 % (n = 2.097). Dahinter folgen das LGZ Harburg (12,1 %, n = 937), der AWO Gesundheitstreff (9,4 %, n = 727) und Gesundheit.LOKAL (8,7 %, n = 673). Den geringsten Anteil hatte das Lohbrügger GZ mit 6,7 % (n = 521).

Im Durchschnitt fanden damit 228 Beratungskontakte je Quartal und Standort (76 je Monat) statt, wobei in den meisten LGZ insgesamt ein Stellenanteil von etwa einer VZÄ für die Beratung

³ Für die Standorte AWO Gesundheitstreff, Gesundheit.LOKAL, Lohbrügger GZ und Poliklinik Veddel liegen Daten ab dem Pilotquartal Q4/2023 vor. Das GZ Mümmelmannsberg wurde ab Q1/2024 in die reguläre Datenerhebung aufgenommen. Das LGZ Harburg nahm erst im Mai 2024 den Betrieb auf; hier erfolgte die Erhebung bis Q2/2025, um Vergleichbarkeit herzustellen. Die Erhebung fand damit im Durchschnitt über 5,67 Quartale je Standort statt.

vorgesehen ist. Vor dem Hintergrund, dass es sich bei den LGZ um eine neue Organisationsform handelt, ist eine unmittelbare Bewertung dieser Zahlen nicht möglich. Insgesamt zeigen sie, dass ein relevanter Bedarf an niedrigschwelliger Beratung und Unterstützung in Form von Case Coordination bzw. Case Management vorhanden ist. Ein Vergleich mit Arztkontakten ist aufgrund der unterschiedlichen Tätigkeitsprofile nur eingeschränkt aussagekräftig. Um die Auslastung der Beratenden zu beurteilen, können Empfehlungen zur Personalausstattung aus unterschiedlichen Feldern der gesundheitsbezogenen Sozialarbeit als Orientierung herangezogen werden (Anlage 1 im Anhang).

Aus den vorliegenden Beratungskontaktzahlen lässt sich aufgrund der aggregierten Erfassung keine unmittelbare Aussage über die Gesamtzahl der erreichten und beratenen Personen ableiten. Auf Basis der dokumentierten Kurzkontakte und Erstberatungen (siehe 3.1.2) kann jedoch näherungsweise geschätzt werden, dass im gesamten Erhebungszeitraum rund 2.700 Personen in den LGZ beraten wurden.

Pro aktivem Quartal lagen die Kontaktzahlen an den Standorten zwischen mindestens 55 (Q2/2024, LGZ Harburg) und einem Maximum von 701 im Q1/2024 in der Poliklinik Veddel. Die Quartalsentwicklung zeigt deutliche Unterschiede: Das LGZ Harburg weist seit der Eröffnung einen kontinuierlichen Anstieg auf, während die Anzahl der Beratungskontakte im Lohbrügger GZ leicht rückläufig ist. Die übrigen Standorte zeigen über die Quartale hinweg stabile Kontaktzahlen. Abbildung 11 stellt die quartalsweise Verteilung der Beratungskontaktzahlen in den einzelnen LGZ dar.

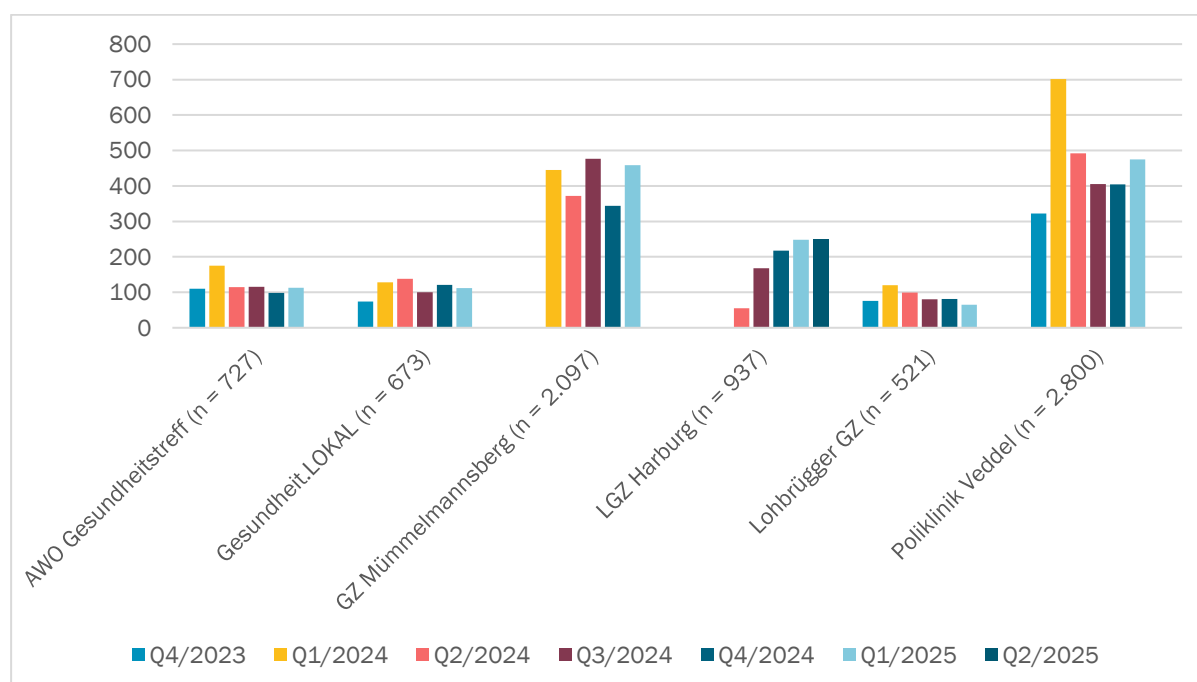


Abbildung 11: Beratungskontaktzahlen der Standorte pro Quartal (n = 7.755)

Die Varianz der Kontaktzahlen ist primär durch Ressourcen, Organisation und Zusatzangebote geprägt; der Sozialraumbedarf allein erklärt die Unterschiede vermutlich nicht. Höhere Kontaktzahlen in der Poliklinik Veddel und im GZ Mümmelmannsberg lassen sich auf etablierte Arbeitsroutinen, die Einbettung in bestehende Netzwerke sowie zusätzliche Beratungsangebote zurückführen. So verfügte das GZ Mümmelmannsberg neben Community Health Nursing und Sozialberatung über eine Pflege- und eine Hebammensprechstunde, während die Poliklinik Veddel

eine psychologische Beratung anbot. Die im Vergleich zu den folgenden Quartalen hohe Anzahl an Beratungen in Q1/2024 an der Poliklinik Veddel ist zudem auf die Stelle der Care Coordination zurückzuführen, die in den folgenden Quartalen zeitweise unbesetzt war. Der Standort Harburg begann mit der Eröffnung in Q2/2024 mit der Datenerhebung und profitierte nach einer personellen Aufstockung ab Q3/2024 und zunehmender Bekanntheit von einem deutlichen Zuwachs. Das Lohbrügger GZ verzeichnete dagegen häufige Personalwechsel, was Kapazitäten reduzierte und den Aufbau von Routinen erschwerte. Im AWO Gesundheitstreff und bei Gesundheit.LOKAL wirkten sich temporäre Ausfälle in der Projektkoordination und der Fokus auf komplexe Anliegen mit hohem Bearbeitungsaufwand auf die Beratungskontaktzahlen aus.

Beratungsdauer

Für 6.424 Beratungskontakte liegen Angaben zur Beratungsdauer vor. Der Großteil der Beratungen (61,2 %, $n = 3.933$) dauerte 30 bis 59 Minuten. Dies trifft sowohl auf Erst- als auch auf Folgeberatungen zu. Weitere 25,1 % ($n = 1.615$) der Beratungen fanden in Form von Telefonaten bzw. Kurzkontakten mit einer Dauer von unter 30 Minuten statt. Lediglich 12,9 % ($n = 828$) der Beratungen dauerten zwischen 60 und 90 Minuten, während nur 0,7 % ($n = 48$) der Kontakte sich über eine Länge von über 90 Minuten erstreckte, wie Abbildung 12 zeigt.

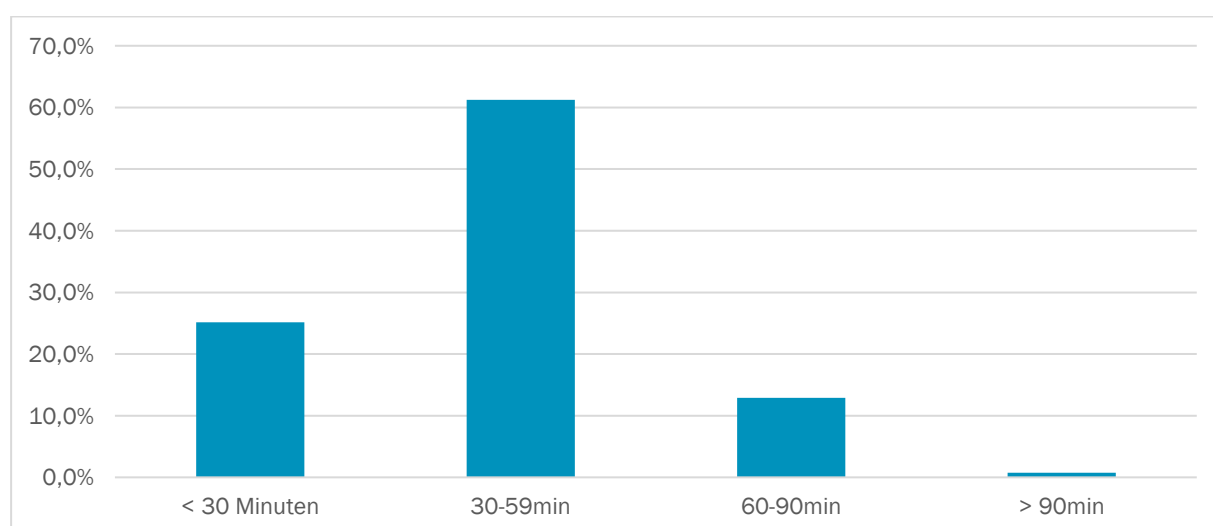


Abbildung 12: Beratungsdauer, standortübergreifend in Prozent ($n = 6.424$)

Die vergleichende Betrachtung der Beratungsdauer je Kontakt an den einzelnen Standorten macht jedoch Unterschiede deutlich (Abbildung 13). Insbesondere das Verhältnis von Kurzberatungen unter 30 Minuten zu längeren Beratungen ist je nach Standort verschieden. Die Gründe für die Unterschiede sind vielfältig. Neben der Art der Anliegen haben auch die interne Arbeitsorganisation und das Rollenverständnis der LGZ einen Einfluss darauf, ob Anliegen beispielsweise in einer Kurzberatung mit Terminvereinbarung für eine weitere Beratung geklärt werden oder ob direkt ausführlich beraten wird.

Das GZ Mümmelmannsberg und die Beratung in der Poliklinik Veddel haben aufgrund standardisierter Terminlängen besonders hohe Anteile an Beratungskontakten unter 60 Minuten (siehe Abbildung 13). Das LGZ Harburg, das Lohbrügger GZ und der AWO Gesundheitstreff sowie die Hebammensprechstunde und die Pflege- und Sozialberatung im GZ Mümmelmannsberg weisen höhere Anteile längerer Gespräche auf, bedingt durch flexible, bedarfsorientierte Beratung und komplexere Fälle (siehe Abbildung 13 und Abbildung 14).

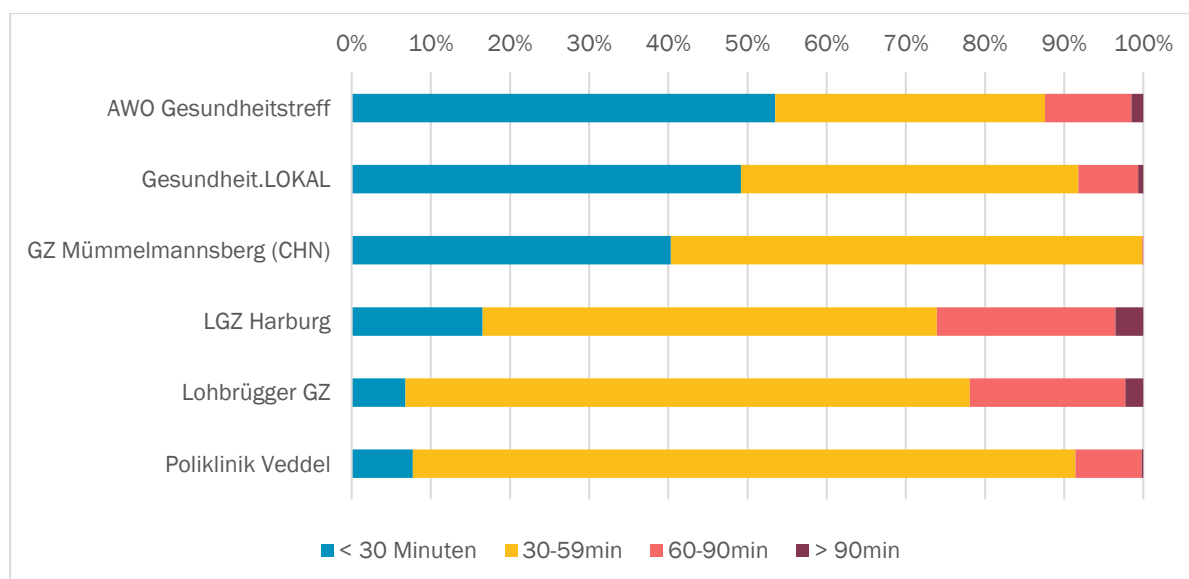


Abbildung 13: Beratungsdauer nach Standort in Prozent (n = 5.995)

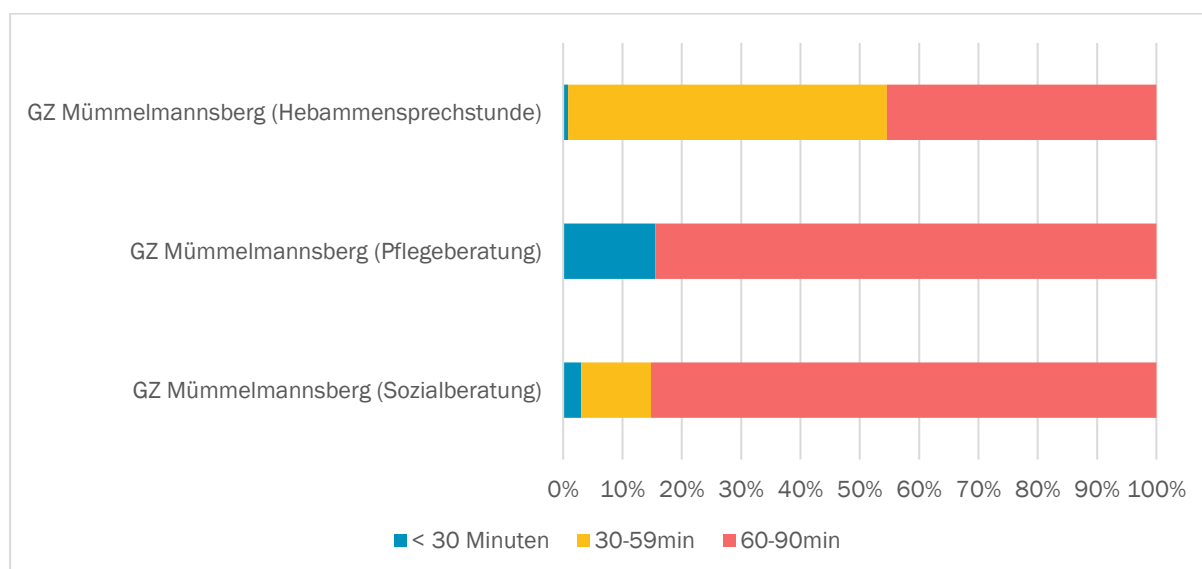


Abbildung 14: Beratungsdauer GZ Mümmelmannsberg (außer CHN) in Prozent (n = 429)

Veranstaltungen

Neben individuellen Beratungen wurden an allen Standorten Veranstaltungen zu verschiedenen Themen organisiert und durchgeführt. Teilweise fanden diese in Kooperation mit externen Netzwerkpartnern statt. Die Dokumentation erfolgte in den verschiedenen LGZ sehr unterschiedlich, sodass die quantitativen Angaben zu den Teilnehmezahlen zwischen den einzelnen Standorten nicht direkt miteinander vergleichbar sind. Das Spektrum der Themen, zu denen Veranstaltungen durchgeführt wurden, ist sehr breit. Es umfasste u. a. die Aspekte Bewegungsförderung, Polymedikation, psychische Gesundheit von Kindern, Stressmanagement, Familienhilfe, Frauengesundheit, Trauerarbeit, Empowerment, Zivilcourage und Rassismus. Insgesamt wurden die Veranstaltungen gut angenommen.

Die Organisation von Veranstaltungen sowie die erreichte Personenzahl wurde mit einem unterschiedlichen Detailgrad von den jeweiligen Standorten dokumentiert, weshalb eine Quantifizierung und Gegenüberstellung nur teilweise möglich ist. Zudem wurden einige Veranstaltungen aufgrund

einer zu geringen Teilnehmendenzahl abgesagt. Für die dokumentierten Veranstaltungen wurde eine Reichweite von 802 Teilnehmenden festgehalten. Thematisch dominierten standortübergreifend die Bereiche „Gesundheit und Pflege“ (61,8 %, n = 475) mit den häufigsten Veranstaltungen und den meisten erreichten Personen, gefolgt von „Psychischer Gesundheit von Kindern“ (19,9 %, n = 153) und „Familien- und Frauenhilfe“ (7,4 %, n = 57).

3.1.2 Differenzierte Betrachtung des Beratungsgeschehens

Art der Beratungskontakte

Im gesamten Betrachtungszeitraum wurden 1.266 Erstberatungen verzeichnet. Die meisten Erstberatungen fanden im GZ Mümmelmannsberg (26,5 %, n = 336) und in der Poliklinik Veddel statt (26,4 %, n = 334). Das LGZ Harburg trägt 17,9 % (n = 227) zu den Erstberatungen bei, Gesundheit.LOKAL 10,9 % (n = 138) und das Lohbrügger GZ 11,1 % (n = 141). Die wenigsten Erstberatungen wurden im AWO Gesundheitstreff verzeichnet (7,1 %, n = 90). Stattdessen fanden hier häufig Kurzkontakte statt (Abbildung 15).

Die Folgeberatungen beliefen sich im gleichen Zeitraum auf 3.202 Beratungen. In absoluten Zahlen wurden die meisten Folgeberatungen in der Poliklinik Veddel verzeichnet (50,1 %, n = 1.604). Ein Fünftel der Folgeberatungen fand im GZ Mümmelmannsberg statt (20,2 %, n = 647), während der AWO Gesundheitstreff 8,7 % (n = 279) und das LGZ Harburg 8,5 % (n = 272) der Folgeberatungen verzeichnete. Das Lohbrügger GZ und Gesundheit.LOKAL führten mit 7,2 % (n = 229) bzw. 5,3 % (n = 171) die wenigsten Folgeberatungen durch.

Insgesamt kommen etwa 2,5 Folgeberatungen auf eine Erstberatung, sodass die Anliegen im Durchschnitt innerhalb von drei bis vier Beratungskontakten geklärt werden. Das Verhältnis von Erst- zu Folgeberatungen unterscheidet sich je nach Standort jedoch teils sehr stark. So kamen im LGZ Harburg 1,2 Folgeberatungen auf eine Erstberatung, was mit Blick auf die Anzahl an Vermittlungen in Kapitel 3.4 auf eine zügige Weiterleitung an die jeweils zuständige Stelle spricht. Im LGZ Gesundheit.LOKAL wurden ebenfalls nur 1,2 Folgeberatungen auf eine Erstberatung verzeichnet, was auf schnell zu lösende, weniger aufwendige Beratungsthemen hinweisen könnte. 1,6 Folgeberatungen pro Erstberatung im GZ Mümmelmannsberg und 1,9 im Lohbrügger GZ weisen auf tendenziell zügig lösbare Themen hin. Im AWO Gesundheitstreff wurden hingegen 3,1 Folgeberatungen pro Erstberatung verzeichnet, in der Poliklinik Veddel sogar 4,8. Letzteres lässt sich durch die psychologische Beratung erklären, bei der sich in der Regel an eine Erstberatung vier bis fünf Folgeberatungen anschließen. Außerdem lassen sich tendenziell komplexere Themen und ein entsprechend umfassender Beratungsbedarf feststellen.

Weiterhin wurden telefonische bzw. Kurzkontakte erfasst, die nicht als vollständige Beratungskontakte gezählt wurden. Diese fanden vor allem im GZ Mümmelmannsberg (n = 654), bei Gesundheit.LOKAL (n = 299) und im AWO Gesundheitstreff (n = 358) statt. Die Poliklinik Veddel verzeichnete 162 telefonische bzw. Kurzkontakte, das LGZ Harburg 99 und das Lohbrügger GZ 27. Bei diesen Kurzberatungen wurden keine Patientenmerkmale erfasst. Abbildung 15 stellt die Verteilung der Art der Beratungskontakte an allen Standorten dar.

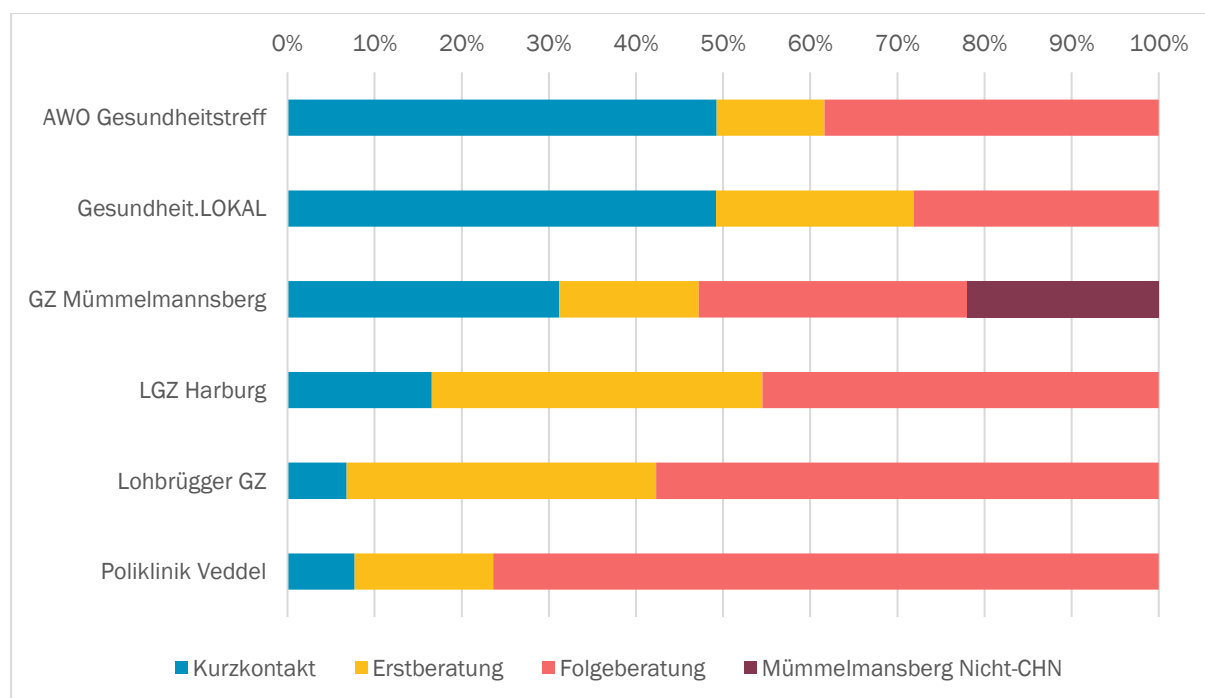


Abbildung 15: Beratungsarten nach Standort in Prozent (n = 6.067)

Zu beachten ist hierbei, dass die Zahlen für die Poliklinik Veddel neben der Gesundheits- und Sozialberatung und den Kontakten der Case Managerin auch Beratungskontakte der psychologischen Beratung mit oben genannten Besonderheiten beinhalten.

Im GZ Mümmelmansberg wurden ausschließlich die Kontakte der CHN nach Erst- und Folgeberatung getrennt erfasst. Bei weiteren 263 Kontakten der Sozialberatung, 152 Kontakten der Hebammensprechstunde sowie 45 Kontakten der Pflegeberatung konnte nicht in Erst- oder Folgeberatung unterschieden werden, diese sind daher separat aufgeführt.

Beratungsdauer nach Erst- und Folgeberatungen

Mit Blick auf die Erstberatungen allein zeigt sich ein weitgehend homogenes Bild der Beratungsdauern. 83,5 % (n = 1.057) der Erstberatungen konnten innerhalb von einer Stunde beendet werden, unabhängig vom Standort. Die oben genannten Gründe für die Unterschiede in der Beratungsdauer treffen auch auf die Erstberatungen zu. Bei der Poliklinik Veddel ist zu beachten, dass die psychologischen Beratungen grundsätzlich auf eine Dauer von 50 Minuten festgelegt sind. Längere Beratungen fanden in diesem Rahmen lediglich aufgrund des Einsatzes einer Sprachmittlung oder aufgrund von Hausbesuchen statt. Dies betraf über den gesamten Erhebungszeitraum zehn Kontakte. Abbildung 16 stellt die Beratungsdauer der Erstberatungen grafisch dar.

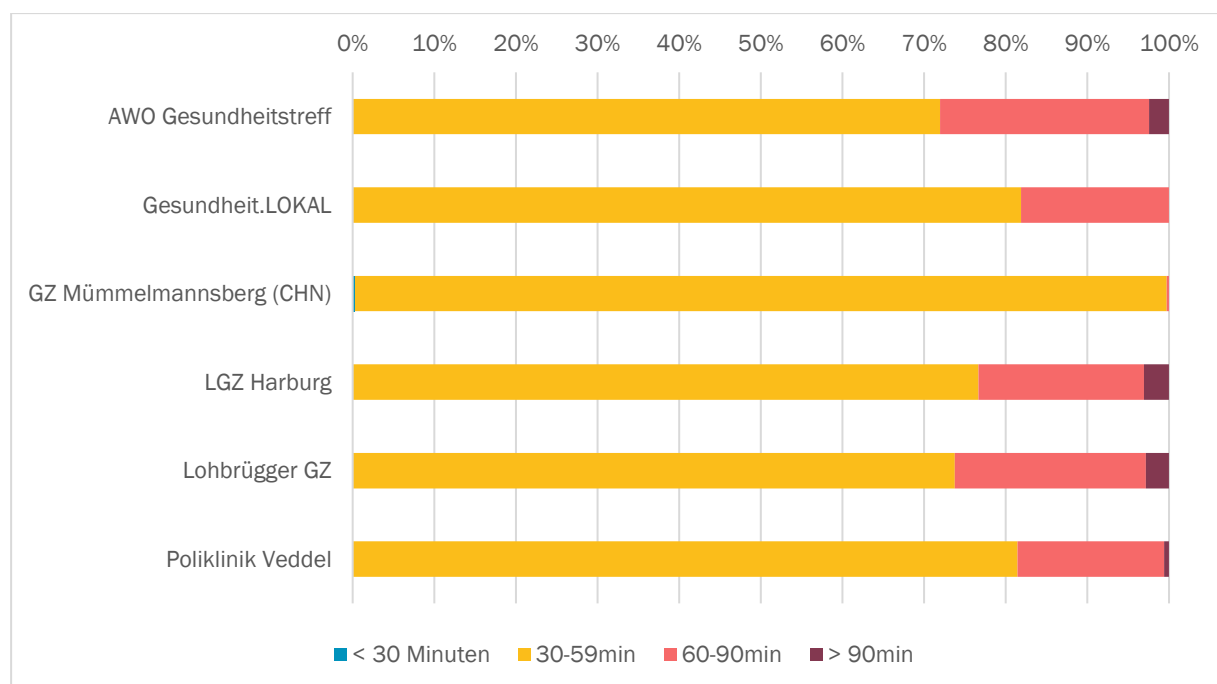


Abbildung 16: Beratungsdauer der Erstberatungen nach Standort (n = 1.266)

Im Gegensatz zu den Erstberatungen variiert die Dauer der Folgeberatungen zwischen den Standorten etwas stärker. Standortübergreifend wurden 87,3 % (n = 2.794) der Folgeberatungen innerhalb von einer Stunde durchgeführt. Den niedrigsten Wert weist das LGZ Harburg mit 62,1 % der Folgeberatungen innerhalb von 30 bis 59 Minuten auf. Das GZ Mümmelmannsberg sticht mit einem Anteil von 99,9 % an Beratungen unter 60 Minuten heraus. Für die Poliklinik Veddel ist dies vorrangig in der festgelegten Dauer der psychologischen Beratung auf 50 Minuten begründet, die hier mit vier bis fünf Folgeberatungen pro Erstberatung ins Gewicht fällt. Abbildung 17 stellt die Beratungsdauer der Folgeberatungen grafisch dar.

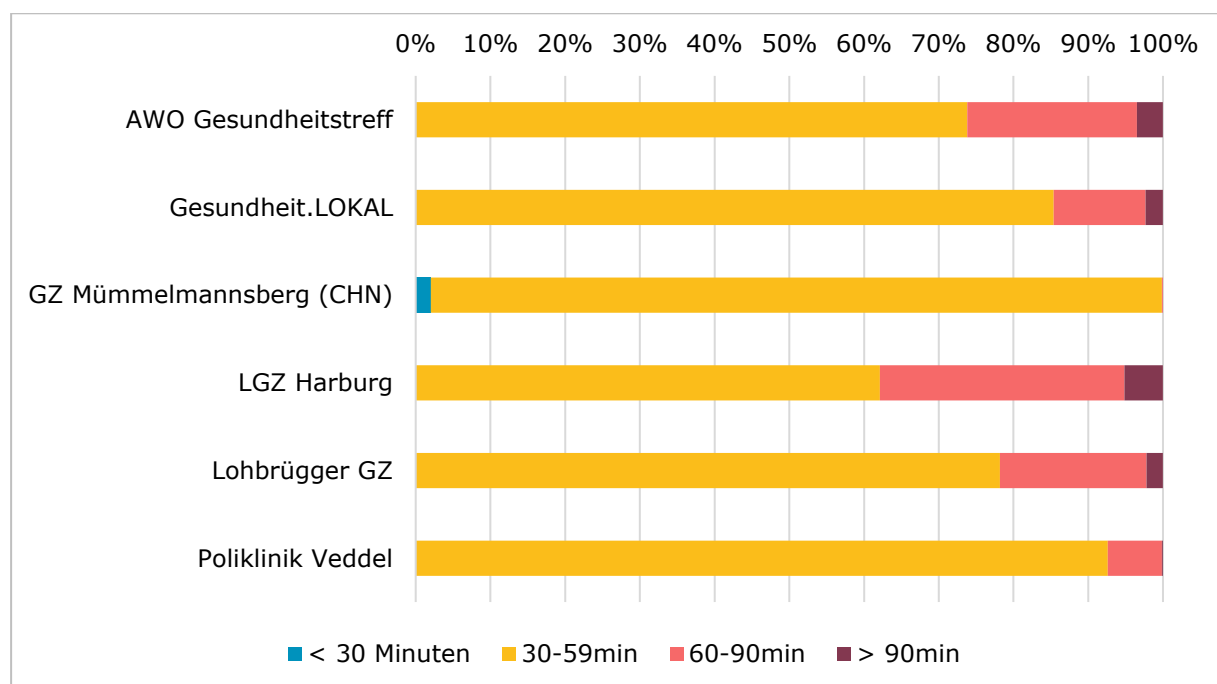


Abbildung 17: Beratungsdauer der Folgeberatungen nach Standort (n = 3.202)

Bei gemeinsamer Betrachtung der Beratungskontaktzahlen und -dauer lässt sich feststellen, dass das GZ Mümmelmannsberg und die Poliklinik Veddel eine hohe Anzahl an Beratungskontakten bei gleichzeitig geringem Anteil von längeren Beratungen über 60 Minuten aufweisen. Der Unterschied in der Anzahl der Beratungskontakte lässt sich damit nicht allein durch die höheren personellen Kapazitäten an diesen Standorten im Vergleich zu den anderen LGZ erklären, sondern zusätzlich durch effiziente Arbeitsorganisation, Priorisierung und etablierte Netzwerke. So gelingt es dort, viele Beratungen in kürzerer Zeit durchzuführen. Im Gegensatz dazu gehen an anderen LGZ-Standorten geringere Beratungskontaktzahlen mit höheren Anteilen längerer Beratungsdauern einher. Neben den genannten Gründen spielt hierbei teils auch der Fokus auf qualitativ intensivere Begleitung komplexer Fälle mit längeren Gesprächsdauern eine Rolle.

Diese Gegenüberstellung zeigt ein Spannungsfeld zwischen quantitativen und qualitativen Zielen in der Versorgungsorganisation der LGZ: Während eine hohe Quantität Unterstützung für einen möglichst großen Teil der Stadtteilbevölkerung bietet, kann durch die Verfolgung qualitativer Ziele individuelle Passgenauigkeit der Versorgung gerade in besonders komplexen Fällen sichergestellt werden. LGZ nehmen hier eine vermittelnde Rolle ein, indem sie flexibel auf regionale Bedürfnisse reagieren und unterschiedliche Versorgungsstrategien situativ umsetzen.

3.1.3 Inhaltliche Schwerpunkte

Die Beratungsthemen sowie die daraus resultierenden Antragstellungen wurden erfasst, um Art und Umfang der Unterstützungsbedarfe systematisch zu dokumentieren. Dies ist u. a. wichtig, um perspektivisch Finanzierungsmodelle zu entwickeln, die eine Zuordnung zu unterschiedlichen Sozialversicherungsträgern (neben SGB V insbesondere SGB XI und IX sowie SGB II, III, VI und VIII) ermöglichen.

Beratungsthemen

Es wurden insgesamt über alle Standorte hinweg im Erhebungszeitraum 10.791 Beratungsanliegen geäußert und dokumentiert. Innerhalb einer Beratung wurden demnach häufig zwei oder mehr Themen besprochen.

Die dokumentierten Beratungsthemen wurden den Leistungsbereichen der Sozialgesetzbücher (SGB) systematisch zugeordnet. Die detaillierte Zuordnung der Themen zu den einzelnen Sozialgesetzbüchern ist in Tabelle 19 ausgewiesen. Anschließend wurden die prozentualen Verteilungen der Standorte gemittelt, um eine standortübergreifende Betrachtung der inhaltlichen Schwerpunkte der Beratungsangebote über alle LGZ hinweg zu gewinnen. Die daraus resultierende Verteilung ist in Abbildung 18 dargestellt. Dabei zeigt sich der hohe Anteil an Themen aus dem Leistungsbereich des SGB V, sowohl somatisch und versicherungsrechtlich (21,9 %) als auch psychisch (18,5 %), mit insgesamt 40,4 %. Weiterhin nimmt das Thema „Übersetzung und Navigation“ mit 18,3 % einen großen Stellenwert ein, was auf die Relevanz der LGZ mit ihrer Steuerungs- und Lotsenfunktion hinweist.

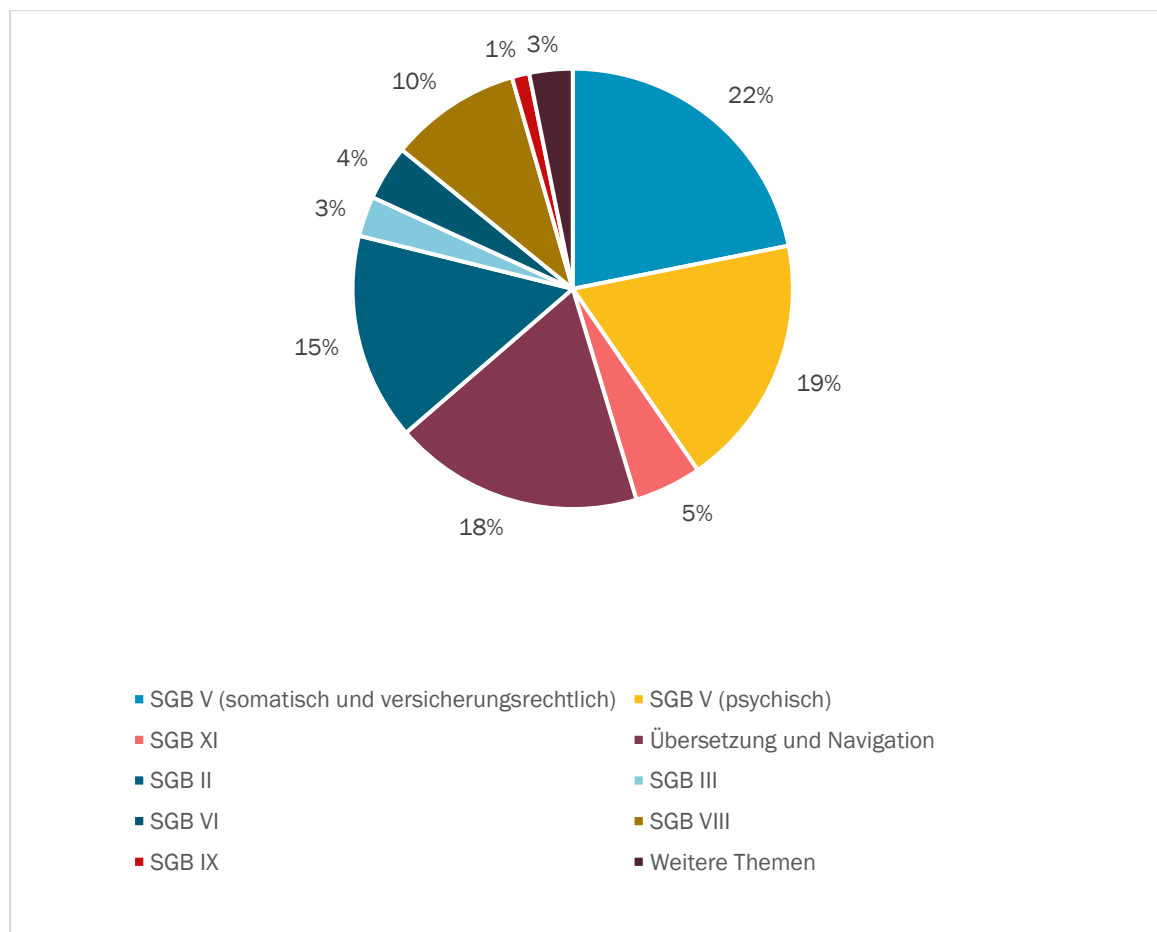


Abbildung 18: Gewichtete Zuteilung der Beratungsthemen zu Sozialgesetzbüchern (n = 10.791)

Gesundheitliche Anliegen waren an allen Standorten relevant (n = 3.105; 28,77 %). Medizinische Themen (ohne psychische Belastungen) beinhalteten dabei sowohl somatische Beschwerden als auch versicherungsrechtliche und leistungsspezifische Fragen und machten insgesamt 16,3 % (n = 1.760) aus. Im LGZ Gesundheit.LOKAL gab es mit 60,2 % (n = 230) den größten Bedarf an gesundheitlichen Anliegen mit einem großen Anteil an psychischen Belastungen. Weiterhin wiesen das Lohbrügger GZ (52,19 %, n = 191) und das GZ Mümmelmannsberg (45,47 %, n = 788) hohe Anteile an gesundheitlichen Bedarfen auf. An der Poliklinik Veddel machte dieses Thema lediglich 20,3 % (n = 1.330) der dokumentierten Beratungsthemen aus.

Ungefähr ein Fünftel der Beratungen drehte sich um Themen der sozialen und finanziellen Sicherung (21,4 %, n = 2.304). In der Poliklinik Veddel (30,1 %, n = 1.977) und dem Lohbrügger GZ (28,4 %, n = 104) machten diese Themen sogar fast ein Drittel bzw. mehr als ein Viertel aus. Einen ebenfalls hohen Bedarf gab es an Beratungen zu den Themen „Übersetzung und Navigation“ (19,1 %, n = 2.062), die vor allem im AWO Gesundheitstreff (36 %, n = 292), GZ Mümmelmannsberg (27,2 %, n = 472) und LGZ Harburg (25,9 %, n = 243) in einen hohen Anteil der Beratungen angesprochen wurden. Abbildung 19 stellt die Verteilung der Beratungsthemen grafisch dar.

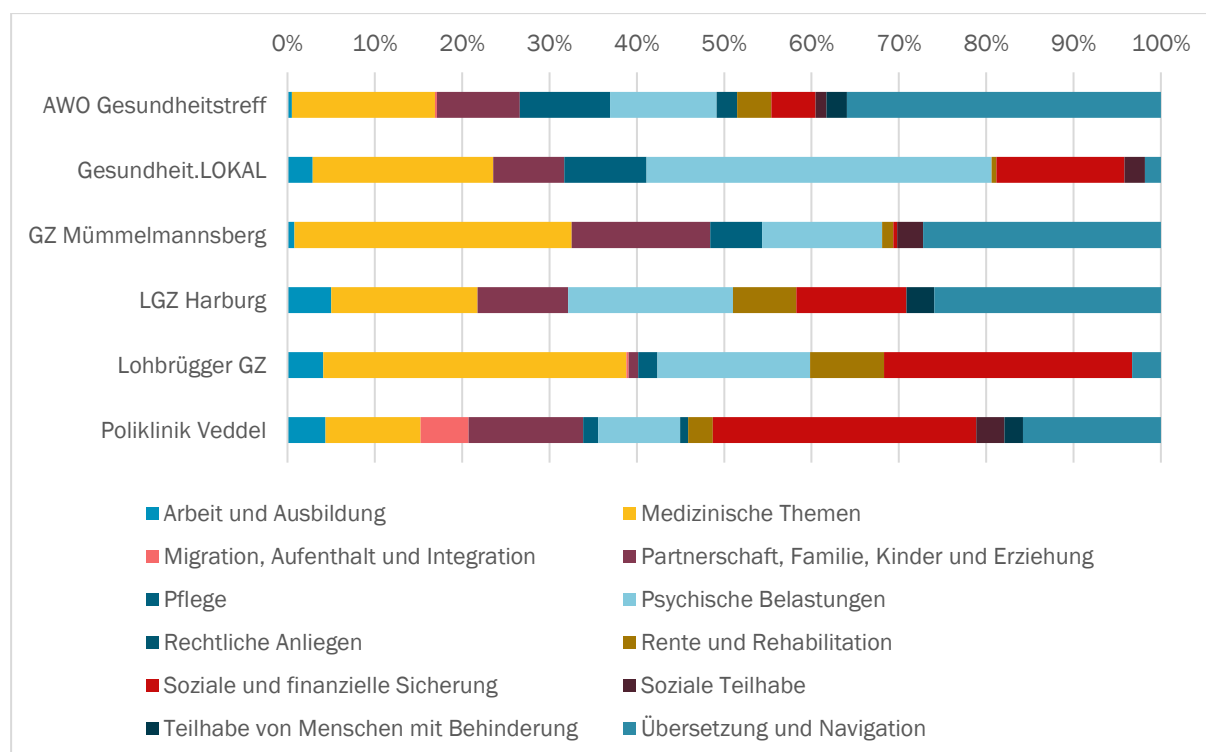


Abbildung 19: Verteilung der Beratungsthemen nach Standort in Prozent (n = 10.791)

Antragstellungen

Über alle Standorte hinweg wurde zudem in 1.598 Fällen Unterstützung bei Antragstellungen dokumentiert. Diese umfassten sämtliche Sozialgesetzbücher sowie weitere relevante Rechtsgebiete (darunter Asyl- und Aufenthaltsrecht, Eltern- und Kindergeld, Unterhalts-, Steuer-, Verwaltungs- und Wohnungsrecht).

Auch die Antragstellungen wurden den Leistungsbereichen der Sozialgesetzbücher zugeordnet (siehe Anlage 2, Tabelle 19) und ihre Verteilung wurde analog zum Vorgehen bei den Beratungsthemen standortübergreifend betrachtet. Dabei zeigt sich ein hoher Anteil an Antragstellungen zum Thema Pflege im Bereich des SGB XI (26 %) sowie zur sozialen und finanziellen Sicherung im Bereich des SGB II (21,7 %). Weitere Themen, die keinem SGB, aber anderen Gesetzesquellen zugeordnet werden können, nehmen mit 22,4 % ebenfalls über ein Fünftel der Antragstellungen ein.

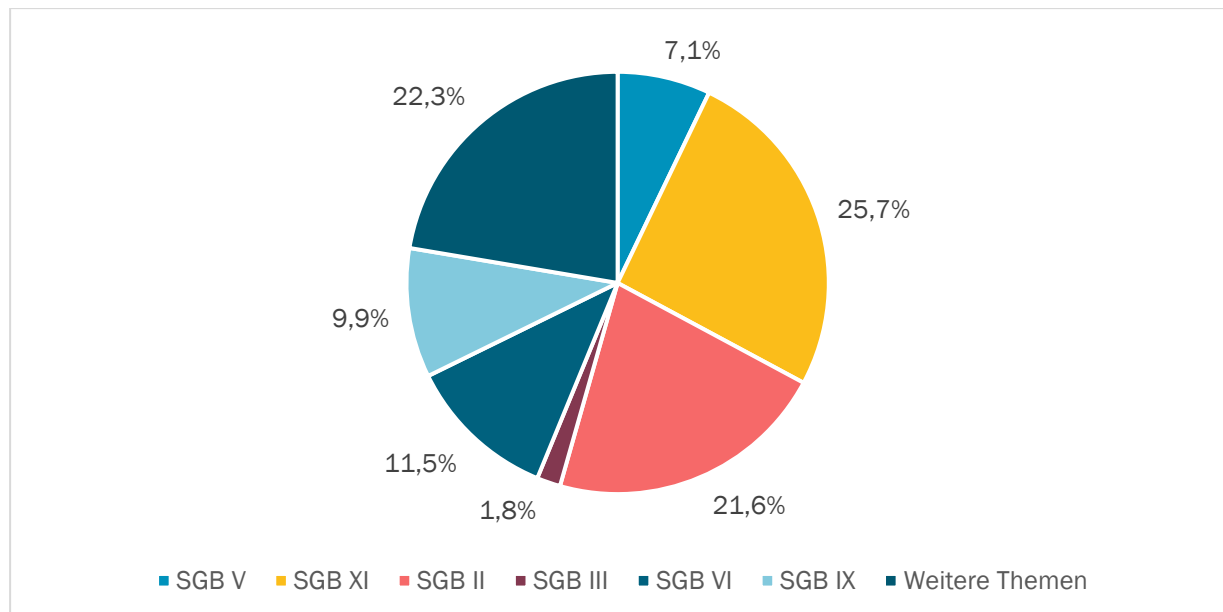


Abbildung 20: Gewichtete Zuteilung der Antragstellungen zu Sozialgesetzbüchern in Prozent (n = 1.598)

Der Bereich „Soziale und finanzielle Sicherung“ (SGB II und III) stellt mit 517 Anträgen (32,4 %) den größten Themenblock dar. Besonders ausgeprägt ist er in der Poliklinik Veddel (33,7 % der dortigen Anträge, n = 233), dem LGZ Harburg (46,3 %, n = 200) und dem Lohbrügger GZ (33,3 %, n = 25). Das Leistungsgebiet der Pflegeversicherung (SGB XI) dominiert bei Gesundheit.LOKAL (51,5 %, n = 50), dem GZ Mümmelmannsberg (50 %, n = 83) und dem AWO Gesundheitstreff (23,7 %, n = 31). Weitere standortspezifische Schwerpunkte sind die Themen „Partnerschaft, Familie, Kinder und Erziehung“ (SGB VIII) im LGZ Harburg (19 %, n = 82) und der Poliklinik Veddel (15,3 %, n = 106) sowie die „Teilhabe von Menschen mit Behinderung“ (SGB IX, XII) im AWO Gesundheitstreff (20,6 %, n = 27). Das Thema „Medizinische Leistungen“ (SGB V) nahm bei Gesundheit.LOKAL (19,6 %, n = 19) einen wichtigen Stellenwert ein, während der Bereich „Rente und Rehabilitation“ (SGB VI) im Lohbrügger GZ häufig angesprochen wurde (22,7 %, n = 17).

Dieser thematische Fokus lässt sich sowohl durch die sozialen Bedarfe im jeweiligen Stadtteil als auch durch die personelle Expertise der Beratenden im jeweiligen LGZ erklären. So kann zum Beispiel das GZ Mümmelmannsberg medizinische und pflegerische Fragestellungen besonders gut abdecken, insbesondere durch die Einrichtung einer Pflegesprechstunde und die personellen Kapazitäten der CHN. Abbildung 21 stellt die Verteilung der Antragstellungen nach Thema grafisch dar.

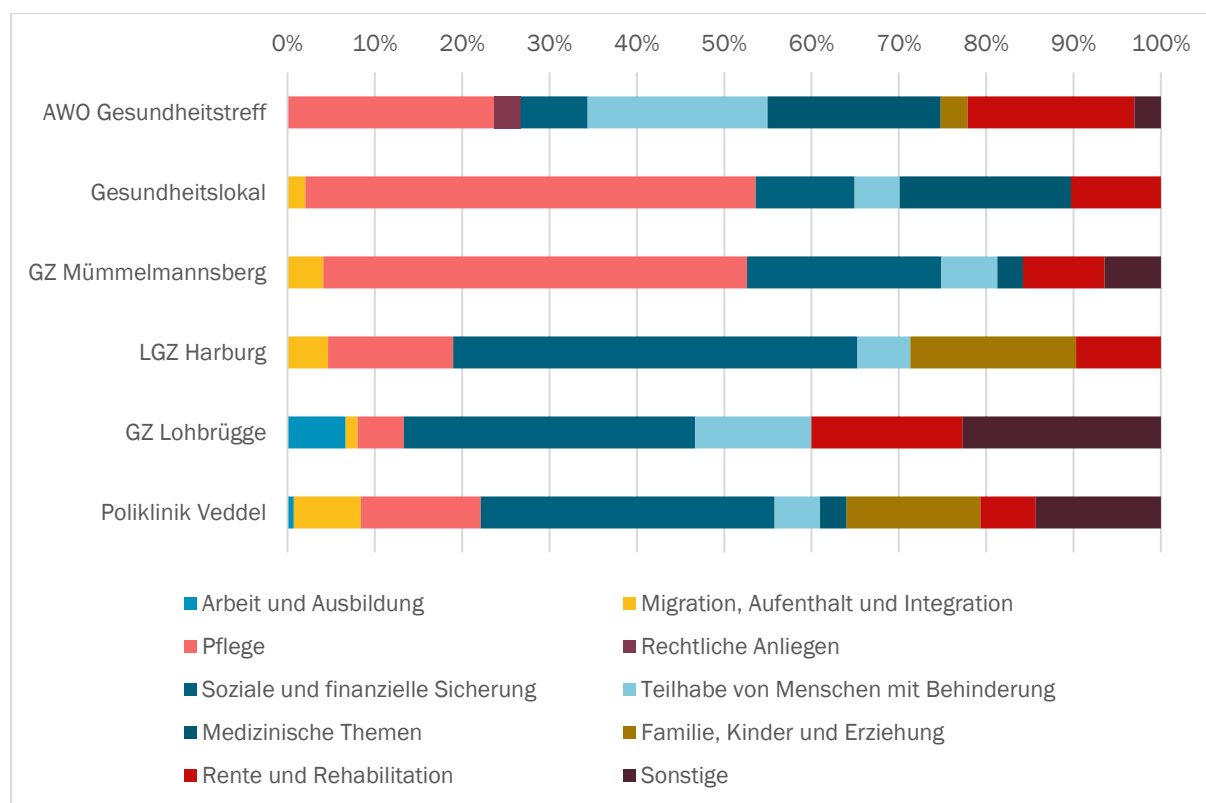


Abbildung 21: Verteilung der Antragsthemen nach Standort in Prozent (n = 1.598)

Die Analyse verdeutlicht, dass eine kleinteilige Zuordnung zwischen Aufwand und potenziellen Kostenträgern vermutlich nicht zielführend ist.

3.1.4 Soziodemografie bei Beratungskontakten

Im Rahmen der Erhebung soziodemografischer Merkmale der Ratsuchenden wurden Geschlecht und Alter sowie die Beratungs- und teilweise auch die Muttersprache erfasst. Dabei ist zu beachten, dass die Angabe des Geschlechts auf der Einschätzung der beratenden Fachkräfte beruht und nicht auf der Selbstausskunft der Nutzenden. Die Erhebung erfolgte standortabhängig nur bei Erst- oder sowohl bei Erst- als auch bei Folgeberatungen.

Geschlecht

Insgesamt liegen 4.989 Angaben zum Geschlecht vor. Der überwiegende Teil der Ratsuchenden wurde als weiblich dokumentiert (62 %, $n = 3.094$), während 37,9 % als männlich wahrgenommene Personen dokumentiert wurden ($n = 1.889$). 0,12 % der Ratsuchenden ($n = 6$) wurden keinem der binären Geschlechter zugeordnet und als divers erfasst (Abbildung 22). Gemessen am Frauenanteil in der Bevölkerung der jeweiligen Stadtteile wurden die Beratungsangebote somit überproportional stark von Frauen genutzt.

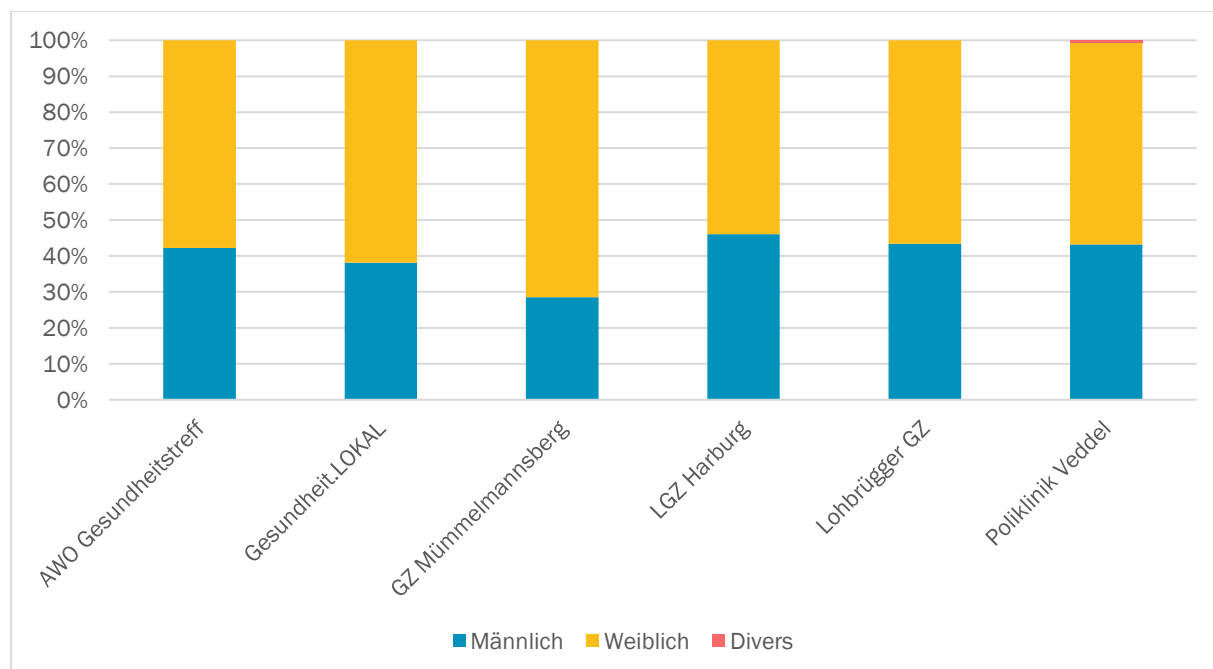


Abbildung 22: Geschlechterverhältnis bei Inanspruchnahme nach Standort ($n = 4.989$)

Alter

Für insgesamt 6.187 Beratungskontakte liegen Angaben zum Alter vor. Die größte Altersgruppe entfiel auf Personen im Alter zwischen 35 und 64 Jahren, die mit 55 % ($n = 3.405$) mehr als die Hälfte aller erfassten Kontakte ausmachen. Etwa ein Fünftel der Beratungskontakte (23 %, $n = 1.426$) entfiel auf Personen im Alter von 65 Jahren oder älter. Junge Erwachsene im Alter zwischen 18 und 34 Jahren machten 17,8 % ($n = 1.100$) der Beratungskontakte aus. Der Anteil von Personen unter 18 Jahren lag bei 4,1 % ($n = 256$). Letzteres kann teilweise auf die Dokumentation zurückgeführt werden, da bei Beratungen zu kindbezogenen Themen häufig die Daten der Eltern erfasst wurden, was die Altersstruktur zugunsten der Erwachsenen verzerrt. Da Mehrfachkontakte einzelner Personen möglich waren, handelt es sich nicht zwingend um ebenso viele unterschiedliche Individuen, sondern um die Häufigkeit von Kontakten innerhalb der jeweiligen Altersgruppen. Abbildung 23 stellt die Altersverteilung bei Inanspruchnahme der Beratung grafisch dar.

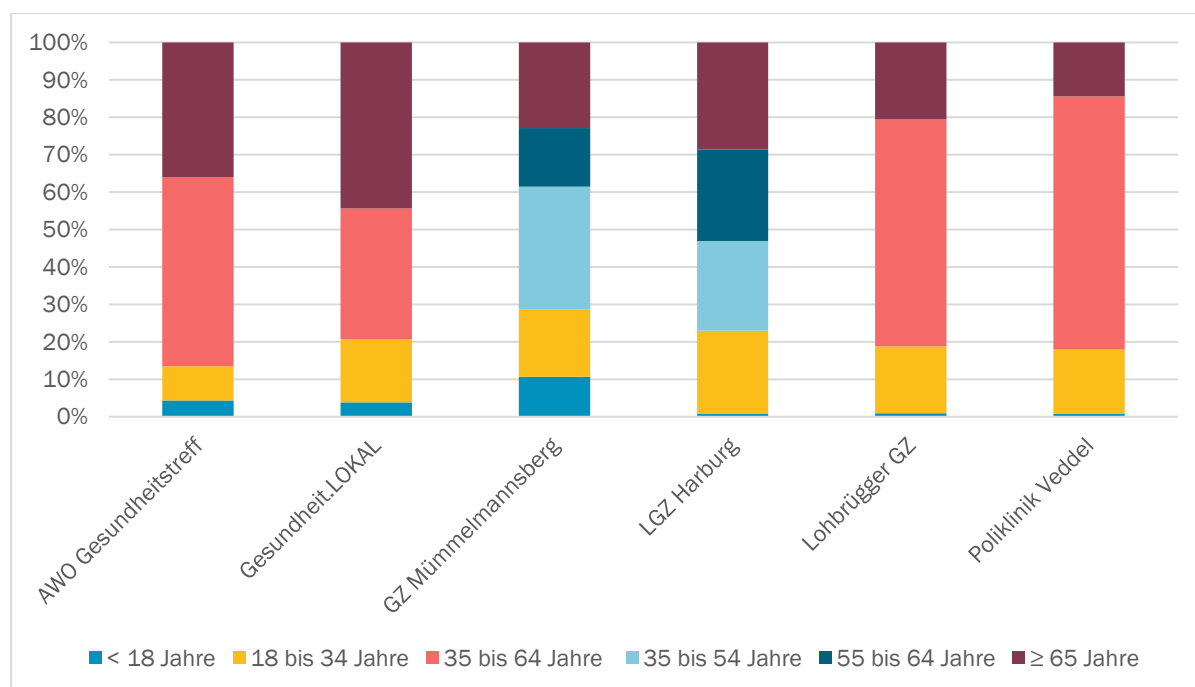


Abbildung 23: Altersverteilung bei Inanspruchnahme (n = 6.187)

Im Vergleich zur Altersverteilung in den jeweiligen Stadtteilen zeigt sich, dass die Ratsuchenden im AWO Gesundheitstreff sowie bei Gesundheit.LOKAL tendenziell älter waren als die durchschnittliche Bevölkerung im Stadtteil. Im Gegensatz dazu suchten mit knapp 10 % im Vergleich mehr Menschen unter 18 das GZ Mümmelmannsberg auf, als dies in den anderen LGZ der Fall war.

Beratungs- und Muttersprache

Auch die Beratungssprache wurde erhoben. Der weit überwiegende Teil der Beratungen fand auf Deutsch statt (83 %, n = 2.279). Darüber hinaus wurden 8,7 % (n = 238) der Beratungen in englischer Sprache durchgeführt. In anderen Sprachen erfolgte ein Anteil von insgesamt 7,9 % (n = 172) erfolgten. Der geringe Anteil weiterer Sprachen ist vor allem darauf zurückzuführen, dass diese mit den in den Beratungsteams vorhandenen Sprachkompetenzen nur eingeschränkt abgedeckt werden konnten. In Einzelfällen wurden Beratungen in Arabisch, Dari, Kurdisch, Farsi, Russisch, Türkisch und Polnisch durchgeführt. Bei Bedarf wurden dabei verschiedene Formen der Sprachmittlung eingesetzt. Diese umfassten insbesondere die informelle Übersetzung durch Angehörige, das Hinzuziehen Ehrenamtlicher sowie den Einsatz von Übersetzungs-Apps.

Ergänzend zur Beratungssprache wurde in Teilen auch die Muttersprache der Beratenen erfasst. In 47,6 % der dokumentierten Fälle (n = 456) war Deutsch die angegebene Muttersprache. Englisch wurde lediglich in 2,4 % (n = 23) der Fälle als Erstsprache dokumentiert. Die Hälfte der Ratsuchenden, für die die Muttersprache dokumentiert wurde (50 %, n = 479), sprach eine andere Muttersprache als Deutsch oder Englisch. Dabei wurden zahlreiche Sprachen genannt, darunter südeuropäische Sprachen (z. B. Portugiesisch, Spanisch, Italienisch), osteuropäische Sprachen (z. B. Albanisch, Polnisch, Serbisch, Tschetschenisch), Russisch sowie vorderasiatische und nahöstliche Sprachen (z. B. Türkisch, Arabisch, Kurdisch, Farsi). Auch west- und subsahara-afrikanische Sprachen wie Twi, Gambisch und Suaheli wurden angegeben. Diese sprachliche Heterogenität unterstreicht die Notwendigkeit nachhaltiger und strukturierter Lösungen für die Sprachmittlung in niedrigschwelligen Beratungssettings.

3.1.5 Zusammenfassende Einschätzung der Bedarfsorientierung

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die hohe Anzahl an Beratungskontakten auf einen relevanten Beratungsbedarf der Bevölkerung in den jeweiligen Stadtteilen hinweist. Unterschiede zwischen den Standorten können sowohl auf personelle Kapazitäten und etablierte Arbeitsroutinen als auch auf den jeweiligen Bekanntheitsgrad der Standorte zurückgeführt werden. Interviews mit den Mitarbeitenden der LGZ legen außerdem nahe, dass der Bedarf im Stadtteil mit den vorhandenen Mitteln nicht vollständig gedeckt wird, was sich insbesondere in einer Verlängerung der Wartezeiten auf Beratungstermine im Laufe des Erhebungszeitraums zeigt. Häufige Bedarfe werden zum Teil bereits mittels gezielter Veranstaltungen gebündelt adressiert. Dieser Bereich könnte insbesondere durch die CHN der LGZ noch stärker ausgebaut werden, um so dem Ziel der Gesundheitsförderung und Prävention auf Stadtteilebene gerecht zu werden.

Die Beratungsdauer, die in der Mehrzahl der Fälle unter 60 Minuten liegt, deutet darauf hin, dass viele Anliegen kurzfristig und punktuell geklärt werden können. Gleichzeitig kann dies auch auf eine Fokussierung auf verweisende Beratungsformate hinweisen, bei denen eine erste Einschätzung oder Weitervermittlung im Vordergrund steht.

Die soziodemografischen Merkmale der Ratsuchenden zeigen, dass Ratsuchende überwiegend weiblich und im Alter zwischen 35 und 64 Jahren sind. Frauen übernehmen häufig zentrale Aufgaben im Bereich der familiären Sorgearbeit. Infolgedessen sind sie verstärkt mit Themen wie Pflege, Erziehung, Gesundheit und sozialer Absicherung konfrontiert, was einen erhöhten Beratungsbedarf in dieser Bevölkerungsgruppe erklären kann. Zudem ist diese Altersgruppe häufig von Mehrfachbelastungen geprägt, etwa durch die gleichzeitige Verantwortung für Beruf, Familie und Pflege, was den Bedarf nach und die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten zusätzlich verstärkt [37]. Ein Vergleich mit der soziodemografischen Struktur der jeweiligen Stadtteile zeigt, dass sich standortspezifische Merkmale der lokalen Bevölkerung in der Zusammensetzung der Ratsuchenden grundsätzlich widerspiegeln. Dies unterstreicht die Bedeutung einer sozialraumorientierten Ausgestaltung der Angebote.

Bezüglich der eingesetzten Beratungssprachen kann festgehalten werden, dass die Vielfalt der Bedarfe eine erhebliche Herausforderung darstellt. Dies unterstreicht die Notwendigkeit verlässlicher und strukturierter Lösungen zur Sprachmittlung, um Zugangsgerechtigkeit sicherzustellen.

Die thematische Breite der Beratungsanliegen sowie der daraus hervorgehenden Antragstellungen geht deutlich über gesundheitliche Fragestellungen hinaus. Sie umfasst ein weites Spektrum sozialer Unterstützungsbedarfe, wie sie in den verschiedenen Sozialgesetzbüchern geregelt sind. Die thematische Gewichtung an den einzelnen Standorten lässt sich dabei im Allgemeinen gut mit der Bedarfslage im jeweiligen Sozialraum, den spezifischen Zielgruppen des Standorts sowie den verfügbaren personellen Ressourcen erklären.

3.2 Zugänglichkeit und Barrieren

Der Zugang zu Gesundheits- und Sozialleistungen ist für viele Menschen nach wie vor mit erheblichen Hürden verbunden. Fehlendes Wissen, mangelnde Gesundheitskompetenz, unzureichende Deutschsprachkenntnisse oder das Fehlen einer Versicherung können den Zugang und die Inanspruchnahme von Leistungen deutlich erschweren. LGZ sollen diese Barrieren gezielt

abbauen. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass die LGZ selbst tatsächlich niedrigschwellig ausgestaltet sind.

Niedrigschwelligkeit bedeutet, dass Angebote ohne große Hürden und unabhängig von individuellen Voraussetzungen genutzt werden können [38]. Der Anspruch ist, allen Menschen – insbesondere auch vulnerablen Gruppen – einen Zugang zu ermöglichen. Dabei spielen verschiedene Dimensionen eine Rolle, die im Folgenden kurz erläutert sowie auf ihre Berücksichtigung in der Ausgestaltung der LGZ-Beratungsangebote hin überprüft werden.

Überblick: Inwiefern ist das Angebot der LGZ niedrigschwellig erreichbar?

- Die LGZ sind in statusniedrigen Gebieten angesiedelt, um die Nähe zu Bevölkerungsgruppen mit großen Unterstützungsbedarfen sicherzustellen. Die Nachbarschaft zu anderen sozialen Treffpunkten oder medizinischen Einrichtungen fördert zudem die Sichtbarkeit und damit verbunden die Zugänglichkeit des Angebots.
- Offene Sprechstunden unterstützen einen niedrigschwelligen Zugang, während durch Terminvergaben Wartezeiten reduziert werden können. Eine Kombination beider Strategien kann die Vorteile beider Optionen verbinden. Eingeschränkt wird die zeitliche Erreichbarkeit der LGZ dagegen durch begrenzte personelle Ressourcen und steigende Nachfrage mit zunehmender Bekanntheit des Angebots.
- Der Verzicht auf formale Voraussetzungen wie Krankenversicherung oder eigene finanzielle Mittel ermöglicht den Zugang für besonders vulnerable und sozial benachteiligte Gruppen.
- Durch individuelle, bedarfsorientierte Beratungsansätze schaffen die LGZ unabhängig vom Bildungsgrad Zugang zu Gesundheitsinformationen und sozialer Unterstützung.
- Durch die Nutzung digitaler Übersetzungstools und die Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Kultur- und Sprachmittler:innen überbrücken die LGZ sprachliche Hürden.

3.2.1 Räumliche Dimension

Die Lage der LGZ in den Clustern statusniedriger Statistischer Gebiete stellt sicher, dass die Nähe zum Wohnort derjenigen Bevölkerungsgruppen gegeben ist, bei denen besonders hohe Bedarfe vermutet werden. Dies spiegelt sich auch im Mobilitätsverhalten der Nutzenden des Angebots wider (siehe Kapitel 3.5.2) – die meisten Nutzenden sind auf kurze Wege und eine unkomplizierte Erreichbarkeit angewiesen sind, während motorisierte Individualmobilität eine untergeordnete Rolle spielt.

Neben der räumlichen Erreichbarkeit spielt auch die Sichtbarkeit der LGZ eine wichtige Rolle, um Personen mit Beratungsbedarfen effektiv zu erreichen. Die Nähe zu medizinischen Versorgungseinrichtungen oder sozialen Unterstützungsangeboten sorgt für hohe Sichtbarkeit und kurze Wege für Patient:innen. Für das Erreichen von „Laufkundschaft“ ist zudem die Lage an stark frequentierten Orten förderlich.

So profitiert der AWO Gesundheitstreff von der direkten Nachbarschaft zu einem Einkaufszentrum sowie diversen Beratungsangeboten, das Lohbrügger GZ von der Bahnhofsnähe und die Poliklinik Veddel von der zentralen Lage im Stadtteil sowie der Nähe zu sozialen Treffpunkten. Die Lage an solchen hochfrequentierten Orten sowie die Einbindung in bestehende lokale Beratungsstrukturen

erweisen sich als günstig. Die Räumlichkeiten von Gesundheit.LOKAL liegen hingegen etwas versteckt im Quartier Alten Eichen, was die Sichtbarkeit für verschiedene Zielgruppen einschränkt. Trotz dieser Unterschiede berichteten die Beratenden in keinem der LGZ von mangelndem Zulauf. Das LGZ Harburg arbeitete zu Beginn seiner Tätigkeit an wechselnden Standorten in Räumen anderer Träger. Dies erhöhte die Sichtbarkeit durch Präsenz in verschiedenen Stadtteilen, gleichzeitig erschwerte das Fehlen eigener Räumlichkeiten die klare Wahrnehmung und Bekanntheit des spezifischen Angebots des LGZ.

Überdies erweist sich eine klare räumliche Trennung von Warte- und Beratungsräumen als förderlich, um den Ratsuchenden ein Gefühl von Privatsphäre und Sicherheit zu vermitteln. Dieser Aspekt ist an vier Standorten bereits umgesetzt (siehe Anlage 3 im Anhang).

3.2.2 Zeitliche Dimension

Offene Beratungssprechstunden und flexible Terminvergaben sind zentrale Elemente, die die Zugänglichkeit der LGZ-Beratungsangebote in zeitlicher Hinsicht barrierearm gestalten. So können unterschiedliche Lebenssituationen und Bedürfnisse der Nutzenden berücksichtigt und eine unkomplizierte Inanspruchnahme gewährleistet werden. Gleichzeitig können durch diesen bedarfsorientierten Ansatz die begrenzten personellen Ressourcen im LGZ effizient im Sinne der Nutzenden eingesetzt werden.

In dieser Hinsicht zeigen sich Unterschiede zwischen den Standorten: Der AWO Gesundheitstreff und die Beratung in der Poliklinik Veddel bieten wenig offene Beratungszeiten an, die um die Möglichkeit der Terminvereinbarung zu weiteren Zeiten ergänzt werden. Das LGZ Harburg und Gesundheit.LOKAL bieten mit umfangreicheren Öffnungszeiten mehr Flexibilität. Gleichzeitig können durch die dort parallel stattfindenden offenen und Terminberatungen längere Wartezeiten entstehen. Das Lohbrügger GZ verfolgt einen Mittelweg, indem offene Sprechstunden und für Termine reservierte Zeiten ausbalanciert angeboten werden. Das GZ Mümmelmannsberg ist an allen Wochentagen erreichbar: An zwei Tagen pro Woche bieten CHN ganztägige Beratungen an, an den übrigen Tagen finden weitere spezialisierte Beratungen statt.

Die LGZ gehen mit der Kombination von offenen Sprechstunden und Terminvergaben auf die Bedürfnisse verschiedener Zielgruppen ein und schaffen Raum für eine möglichst niedrigschwellige und bedarfsgerechte Beratung. Dennoch bleibt es eine Herausforderung, eine Balance zwischen begrenzten Kapazitäten, ausreichend Flexibilität und der steigenden Nachfrage zu finden.

3.2.3 Administrative und monetäre Dimension

Die Beratungsangebote aller LGZ erfordern keine formalen Voraussetzungen wie eine Krankenversicherung, einen gesicherten Aufenthaltstitel oder eigene finanzielle Mittel seitens der Nutzenden, um Zugang zu erhalten. Dadurch werden Zugänge für besonders vulnerable und sozial benachteiligte Gruppen gewährleistet, die sonst an vielen Stellen mit erheblichen Zugangsbarrieren konfrontiert sind. Die weitgehende Befreiung von bürokratischen Hürden reduziert Schwellenängste und unterstützt eine schnelle und unkomplizierte Inanspruchnahme der Leistungen. Dies ist entscheidend, um Menschen in schwierigen Lebenslagen eine bedarfsgerechte Versorgung ohne finanzielle Belastungen oder administrative Ausschlussgründe zu ermöglichen und somit soziale Ungleichheiten im Zugang zu Versorgungsleistungen abzubauen.

3.2.4 Ressourcenorientierung

Der Zugang in die Versorgung wird auch durch den ressourcenorientierten Ansatz der Beratung in den LGZ gefördert. Ein wesentlicher Aspekt ist hierbei die Berücksichtigung der sprachlichen und kulturellen Kompetenzen der Zielgruppe. Trotz begrenzter personeller Ressourcen gelingt es vielen Zentren, auf diese individuell einzugehen, um beispielsweise auch Menschen mit eingeschränkten Deutschkenntnissen einen niedrighschwelligigen Zugang zu Gesundheits- und Sozialleistungen zu eröffnen. An der Poliklinik Veddel wird dies durch die Einbindung professioneller Dolmetschendienste unterstützt, die als Brücke zwischen den Kompetenzen der Ratsuchenden und dem Angebotssystem fungieren. Der AWO Gesundheitstreff arbeitet zur Sprach- und Kulturmittlung eng mit Ehrenamtlichen des Gesundheitsprojektes „Mit Migranten für Migranten“ (MiMi) und der „Stadtteilmütter“ zusammen. Da die Kapazitäten solcher externen Ressourcen begrenzt sind, ergänzen die LGZ diese durch den Einsatz von einfacher Sprache und digitalen Übersetzungstools, um die Selbstwirksamkeit der Ratsuchenden im direkten Kontakt zu stärken. Das GZ Mümmelmannsberg erweitert diesen Ansatz, indem es mehrsprachige Inhalte auf seiner Webseite (Englisch, Türkisch, Farsi) bereitstellt und damit der Zielgruppe die Möglichkeit gibt, sich eigenständig zu informieren.

Um die individuellen Ressourcen der Nutzenden des Angebots systematisch zu erfassen und darauf aufzubauen, kommen standardisierte Anamneseprozesse zum Einsatz. Diese dienen neben der Problemerkennung auch der Identifikation bereits vorhandener Lösungsansätze und Stärken der Ratsuchenden. Sie bilden die Grundlage für einen Beratungszyklus, der auf den spezifischen Lebenslagen und den persönlichen Kompetenzen jeder Person aufbaut. Während dieses Vorgehen im GZ Mümmelmannsberg bereits fest etabliert ist, arbeitet das Team des noch im Aufbau befindlichen LGZ Harburg an der Implementierung systematisch ressourcenfokussierter Prozesse. Der gegenseitige Austausch zwischen den LGZ ermöglicht es, erfolgreiche Strategien zur Aktivierung von Ressourcen der Ratsuchenden zu teilen und voneinander zu lernen.

Diese starke Orientierung an den Kompetenzen und Ressourcen der Ratsuchenden ist ein entscheidender Faktor für die Zugänglichkeit und Niedrighschwelligkeit der Angebote. Allerdings erfordert die individuelle Förderung dieser Ressourcen einen hohen personellen Aufwand. Um eine nachhaltige und bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen, empfiehlt es sich, die Sprachkompetenzen in den Teams weiter auszubauen und den Zugang zu zentralen Lösungen für Sprachmittlung zu regeln. Ein Monitoring der Anliegen kann dabei helfen, häufige Themen zu identifizieren und gebündelt mit Veranstaltungen oder Gruppenangeboten zu reagieren – Ansätze, die bereits vereinzelt von den LGZ verfolgt werden, um die kollektiven Ressourcen der lokalen Bevölkerung besser zu aktivieren (siehe Veranstaltungen in Kapitel 3.1.1.).

3.3 Interprofessionelle Zusammenarbeit im LGZ

Die interdisziplinäre Zusammensetzung der Teams an den Standorten bildet die Grundlage für eine umfassende Beratung, die sowohl gesundheitliche als auch soziale Aspekte berücksichtigt. Damit diese Vielfalt an Kompetenzen wirksam zur Geltung kommt, bedarf es klarer Strukturen in der Zusammenarbeit.

Überblick: Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit in den LGZ?

- Die Mitarbeitenden der LGZ erleben die Kombination aus medizinischer, pflegerischer und sozialer Expertise als wertvoll, um die Anliegen der Ratsuchenden zu bearbeiten.
- Kontinuität in der Teamzusammensetzung ermöglicht dabei eine kontinuierliche Weiterentwicklung, während personelle Ausfälle und Wechsel insbesondere in der Aufbauphase große Herausforderungen darstellen.
- Regelmäßige, strukturierte Austauschformate und Fallbesprechungen im interprofessionellen Team bieten Raum für die konzeptionelle Weiterentwicklung der Zusammenarbeit sowie den Austausch zu komplexen Fällen. Gleichzeitig ermöglichen informelle, kurzfristige Abstimmungen eine unmittelbare und kontinuierliche Unterstützung von Ratsuchenden.
- Die Ärzt:innen der LGZ berichten von spürbarer Entlastung durch die koordinierenden Aktivitäten sowie die Adressierung gesundheitsrelevanter, nicht-medizinischer Anliegen durch CHN und Sozialberatung.
- Die CHN übernehmen in vielen Fällen bereits wesentliche Aufgaben der Steuerung und kontinuierlichen Begleitung in medizinisch-pflegerischen Anliegen. Jedoch schränken die bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen sowie die begrenzten zeitlichen Ressourcen die eigenständige Übernahme umfassenderer medizinischer und pflegerischer Maßnahmen ein.
- Einheitliche Dokumentationssysteme werden als notwendig für einen effizienten Informationsfluss erachtet, sie fehlen jedoch bisher an den meisten Standorten.

3.3.1 Rollen und Arbeitsteilung

Die Multiprofessionalität stellt eine wesentliche Stärke der LGZ dar. Grundgedanke ist, dass die Verknüpfung von fachlicher Expertise und koordinierter Versorgung die Qualität der Versorgung erhöhen kann. Eine zentrale Rolle kommt dabei dem Angebot des Community Health Nursing zu. Idealerweise wird im Rahmen von Community Health Nursing ein breites Spektrum an Tätigkeiten in den Bereichen Versorgungskoordination und -kontinuität, Unterstützung von Patient:innen im Krankheitsmanagement sowie Prävention und Gesundheitsförderung abgedeckt. Neben fallbezogener Bedarfserfassung, Beratung und Steuerung umfasst dies insbesondere auch die Entwicklung von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention sowie die bevölkerungsorientierte Bedarfserhebung [23]. De facto liegt der Schwerpunkt der CHN-Tätigkeiten in den LGZ aber bisher auf der fallbezogenen beratenden Unterstützung, was sich u. a. auf die begrenzten personellen Kapazitäten zurückführen lässt.

Das Community Health Nursing wird überwiegend von (meist akademisierten) Gesundheits- und Krankenpflegekräften oder anderen akademisierten Gesundheitsfachkräften übernommen. Ein pflegerischer Hintergrund wird an dieser Stelle als besonders wertvoll erachtet, da dieser neben der fachlichen Expertise niedrigschwiligen Zugang zu Menschen mit sensiblen Bedarfen ermöglicht. Vor diesem Hintergrund soll die Mindestanforderung perspektivisch in einer abgeschlossenen Pflegefachausbildung mit entsprechender Zusatzqualifikation bestehen. Aufgrund der im Aufbau befindlichen Ausbildungsstrukturen in diesem Bereich wurden die Anforderungen für diese Stelle in der ersten LGZ-Förderperiode jedoch noch relativ offen gehalten.

Der Stellenumfang der CHN entspricht in der Regel einer halben Vollzeitstelle (0,5 VZÄ) mit etwa 20 Stunden pro Woche am jeweiligen Standort.

Das Stellenprofil der Sozialberatung sieht eine akademische Ausbildung im sozialen Bereich vor, beispielsweise in Sozialer Arbeit. Manche der Stelleninhaber:innen besitzen darüber hinaus eine Zusatzqualifikation im Gesundheitscoaching. Je nach Standort variiert der Stellenumfang hier zwischen 20 und 40 Stunden pro Woche (0,5 bis 1 VZÄ). Ergänzend gibt es an allen Standorten gesonderte Kapazitäten für koordinatorische Aspekte jenseits der Fallarbeit, beispielsweise zur Netzwerkpflege und für die Arbeit an internen Prozessen. Eine besondere Erweiterung des Portfolios besteht in der Poliklinik Veddel, wo zusätzlich psychologische Beratung durch eine Psychologin angeboten wird. Im GZ Mümmelmannsberg wurde das Angebot um eine regelmäßige Pflegeberatung und eine Hebammensprechstunde erweitert.

Die Zuständigkeiten innerhalb der Beratungsteams sind dabei grundsätzlich thematisch verteilt: Die CHN bearbeiten vorrangig medizinisch-pflegerische Fragestellungen, während die Sozialberatung soziale Anliegen übernimmt. Die thematische Zuweisung schafft Transparenz und Struktur in der Aufgabenverteilung und erleichtert den Beratenden die Planung ihrer Kapazitäten. Die Steuerungsfunktion übernimmt insbesondere in der Poliklinik Veddel und im GZ Mümmelmannsberg in der Regel die CHN:

„[D]as ist ja auch der Sinn eines [...] LGZs, dass man nicht seine Patienten einfach abgibt, in dem Sinne: ‚Ich navigiere dahin, gehen Sie mal dahin und gut ist.‘ [...] Deshalb sagen wir auch bewusst Bezugspflege. Das heißt, wir haben den Bezug zu diesen Patienten. Und auch wenn wir sie irgendwohin navigieren, terminieren wir sie wieder bei uns, um zu sehen, ob es überhaupt was gebracht hat.“ (Mitarbeitende 03)

In der Praxis weicht die Arbeitsteilung standortabhängig teils von dieser klaren Aufgabenteilung ab. So orientiert sich die Zuweisung von Ratsuchenden an Beratende an einigen Standorten beispielsweise stärker an verfügbaren Kapazitäten und Ressourcen, unabhängig vom konkreten Anliegen. Dies ist insbesondere im Rahmen offener Sprechstunden der Fall, da hier durch die fehlende Planbarkeit ankommender Bedarfe flexibel reagiert werden muss und zumindest im Erstkontakt nicht immer direkt die passende Beratungsperson zur Verfügung steht. Im Lohbrügger GZ erforderten zudem zeitweise Personalausfälle und unbesetzte Stellen eine flexible Reaktion auf Bedarfe. Ein wichtiger Faktor ist daneben der Wunsch vieler Ratsuchender nach Kontinuität: Für Folgeberatungen wünschen sich Ratsuchende häufig explizit die gleiche Beratungsperson, unabhängig vom weiterführenden Bedarf. Dies stärkt den Aufbau einer Vertrauensbasis, erschwert aber interne Weiterleitungen und erhöht damit die Relevanz eines internen Austauschs. Die Steuerungsaufgabe übernimmt entsprechend flexibel häufig die jeweils beratende Person und behält auch nach einer externen Weitervermittlung den Prozess der Ratsuchenden im Blick.

Schließlich berichten die Beratenden standortübergreifend, dass gesundheitliche und soziale Themen häufig so eng miteinander verbunden sind, dass eine strikte Trennung nach fachlicher Expertise kaum möglich ist. Im LGZ Harburg erfolgt die Beratung aus diesem Grund in vielen Fällen unabhängig von der Rolle der jeweiligen Beratungsperson. An den Standorten Lohbrügger GZ, Gesundheit.LOKAL und der Poliklinik Veddel werden bei komplexen Problemlagen auch gemeinsame Beratungen mit CHN und Sozialberatung sowie teils weiteren relevanten Akteuren durchgeführt und als hilfreich empfunden. Die Kombination aus erweiterter Pflegekompetenz und

Versorgungskoordination, sozialpädagogischer und teils psychologischer Expertise erlaubt so laut den befragten Mitarbeitenden eine flexible Bearbeitung der Anliegen und ermöglicht im Bedarfsfall eine unmittelbare Weiterleitung innerhalb des Teams.

Die Kompetenzen der Teams wurden im Projektverlauf durch gezielte Fort- und Weiterbildungen kontinuierlich erweitert, etwa im Bereich Erste Hilfe bei psychischen Erkrankungen, Umgang mit Menschen mit Fluchterfahrung oder Wundversorgung. Dennoch besteht aufgrund der Vielschichtigkeit der Beratungsbedarfe weiterer Fortbildungsbedarf. Einzelne Standorte formulierten darüber hinaus den Wunsch nach intensiverem Austausch innerhalb ähnlicher Professionen.

Mit fortschreitender Projektlaufzeit konnten die Standorte Routinen etablieren, Arbeitsteilungen stabilisieren und Tätigkeiten sowie Aufgabenfelder der Beratenden dynamisch weiterentwickeln. Neben der Beratung in den eigenen Räumlichkeiten konnte im Lohbrügger GZ ein fester Tag für Hausbesuche und die Begleitung zu Arztterminen eingerichtet werden, wodurch der niedrigschwellige Zugang für Klient:innen gestärkt wurde. Neben Arbeitsroutinen waren auch Supervisionen durch externe Personen hilfreich. Die Zusammenführung unterschiedlicher Perspektiven in einem geschützten Rahmen stärkte die interprofessionelle Zusammenarbeit und hatte zudem eine präventive Wirkung im Hinblick auf belastende Situationen. In LGZ ohne Supervision wurde der Wunsch danach geäußert.

Die Arztpraxen, die mittels Kooperationsvereinbarung in die LGZ-Versorgung eingebunden sind, bieten vereinfachte Möglichkeiten zur Vereinbarung von Terminen für LGZ-Nutzende, stehen flexibel als Ansprechpartner für die Beratenden zur Verfügung und beteiligen sich an regelmäßigen Austauschformaten wie Fallkonferenzen. Gleichsam identifizieren sie Patient:innen mit nicht-medizinischen Bedarfen und vermitteln diese an die Beratenden im LGZ. Die im Rahmen der Interviews befragten kooperierenden Ärzt:innen berichten in der Folge durchgehend von einer spürbaren Entlastung durch die LGZ-Beratungsangebote. Sie empfinden diese als sinnvolle Ergänzung zur ärztlichen Versorgung, die es ihnen ermöglicht, sich auf ihre Kernaufgaben zu konzentrieren.

„Das finde ich auch den größten Vorteil, dass es eigentlich nur ein Ansprechpartner ist. Also, natürlich drei Personen im LGZ, aber sozusagen eine Anlaufstelle. Und nicht eben, dass man sich als Hausarzt oder Hausärztin so viele Sachen merken muss.“ (Vertreter:in kooperierende Arztpraxis 01)

Ein zentraler Mehrwert wird in der koordinierenden Funktion gesehen: Die Beratenden sortieren Anfragen, bündeln Informationen, vermitteln gezielt an spezialisierte Dienste und übernehmen unterstützende Aufgaben, die die Ärzt:innen im Alltag kaum leisten könnten. So wird gewährleistet, dass notwendige vorbereitende Schritte vor fachärztlichen Behandlungen erfolgt sind oder begleitende Unterstützungsangebote nach einer medizinischen Intervention greifen. Dies stabilisiert aus Sicht der Ärzt:innen das gesamte Versorgungssystem und stellt sicher, dass Patient:innen im Übergang zwischen kontinuierlich betreut werden. In vielen Fällen trägt es nach Einschätzung der Ärzt:innen wesentlich zum Behandlungserfolg bei.

3.3.2 Interne Austauschformate

Interne Austauschformate in den LGZ stellen ein zentrales Element der interprofessionellen Zusammenarbeit dar und gewährleisten den Wissenstransfer zwischen den Fachrichtungen. Der interdisziplinäre Austausch trägt in der Erfahrung aller im LGZ beteiligten Akteure dazu bei, in

Situationen, in denen einzelne Fachkräfte an Grenzen stoßen, gemeinsam Lösungen zu entwickeln. Voraussetzung hierfür ist neben der fachlichen Qualifikation die Fähigkeit, die eigenen Grenzen zu erkennen und rechtzeitig in den Austausch zu gehen bzw. eine Weiterleitung zu veranlassen.

Dabei hat sich gezeigt, dass feste Austauschformate und flexible Kommunikationswege gleichermaßen zentral für die Zusammenarbeit sind. In allen Teams bestehen mittlerweile verbindliche Strukturen für regelmäßige Besprechungen, ergänzt durch alltägliche, informelle Absprachen. Dabei variiert die Ausgestaltung von Standort zu Standort: Während an manchen Standorten, wie dem AWO Gesundheitstreff oder Gesundheit.LOKAL, feste wöchentliche Treffen der Beratenden sowie zusätzliche Abstimmungen mit der Koordination bzw. den kooperierenden Praxen etabliert wurden, gestaltet sich der Informationsfluss an anderen Standorten stärker bedarfsorientiert. So gibt es im LGZ Harburg einen kontinuierlichen Austausch der Beratenden zu Fällen und organisatorischen Fragen anstelle von festen Teamsitzungen, während im Lohbrügger GZ wöchentliche Teamsitzungen zusätzlich durch ein Messenger-Tool zur direkten Kommunikation zwischen LGZ, Hausärztin und Apotheke ergänzt werden.

Vonseiten der kooperierenden Ärzt:innen werden die kurzen Kommunikationswege geschätzt. Zudem werden informelle Abstimmungen „zwischen Tür und Angel“ als sehr effektiv erlebt, da auf diese Weise offene Fragen schnell und unkompliziert geklärt werden können. Diese Form des Austauschs wird beispielsweise von den kooperierenden Ärzt:innen von Gesundheit.LOKAL und dem GZ Mümmelmannsberg auch aufgrund der Flexibilität als passend zu ihrem eng getakteten Arbeitsalltag beschrieben.

„[D]ie Zusammenarbeit im LGZ, die hier ja sehr gut funktioniert, lebt tatsächlich von dem kurzen Dienstweg. Dass ich innerhalb des LGZs tatsächlich meine Versorgungsaufträge gut und zügig untergebracht kriege.“ (Vertreter:in kooperierende Arztpraxis 03)

Andererseits bieten regelmäßige Treffen, Fallkonferenzen und konzeptionelle Runden einen Rahmen, um strukturiert über komplexe Fälle zu beraten oder gemeinsame Strategien zu entwickeln. Dies erfolgt beispielsweise an der Poliklinik Veddel im Rahmen institutionalisierter Treffen der Multiprofessionellen Zusammenarbeit. Ebenso sind im AWO Gesundheitstreff vergleichbare Formate etabliert.

„Wir haben [drei] Jour fixes [mit dem LGZ-Team]. Einen regelmäßigeren in zwei bis drei wöchentlichen Abständen zu akuten Patientenfragen, wo dann inhaltlich gesprochen wird. [...] Der zweite Jour fixe ist der interdisziplinäre Austausch. [...] Das sind dann interdisziplinäre Fallbesprechungen. Und dann haben wir noch einen dritten regelmäßigen Termin mit der LGZ-Leitung, meistens sind die beiden anderen Kolleginnen aber auch dabei, wo es um konzeptionelle Fragenstellungen geht. Also wie verankert man sich im Stadtteil? Welche Themen, Gesundheitsthemen laufen bei uns sozusagen auf, die eher eine generalisiertere Antwort brauchen als eine individuelle.“ (Vertreter:in kooperierende Arztpraxis 01)

Einschränkungen hinsichtlich der verfügbaren Räumlichkeiten führten im GZ Mümmelmannsberg hingegen dazu, dass interdisziplinäre Besprechungen zwischen den Beratenden nur schwer zu realisieren waren. Gleichzeitig besteht dort eine besonders enge Zusammenarbeit der CHN mit

kooperierenden Ärzt:innen: von gemeinsamen Visiten in der Stadtteilklinik über strukturierte Überweisungswege und Rückmeldeschleifen bis hin zu regelmäßigen Fallabsprachen.

An der Poliklinik Veddel wurde eine Kombination aus formellen und informellen Formaten etabliert. Wöchentlich stattfindenden interdisziplinären Fallbesprechungen geht hier stets ein Zeitfenster für den spontanen, bilateralen offenen Austausch voraus, sodass die Mitarbeitenden trotz ihrer Verteilung auf drei verschiedene Standorte regelmäßig niedrigschwellig zusammenkommen. Überdies können an der Poliklinik Veddel auch die Ratsuchenden selbst eigene Sprechstunden mit allen für ihr jeweiliges Anliegen relevanten Akteuren initiieren.

Neben standortinternen Formaten gab es auch überregionale Austauschmöglichkeiten. Durch die Sozialbehörde Hamburg und den Bosch Health Campus initiierte Workshops und weitere standortübergreifende Treffen ermöglichen es den LGZ, voneinander zu lernen und erfolgreiche Praktiken zu übertragen. In diesen Treffen tauschen sich die LGZ-Vertreter:innen über Bedarfe in verschiedenen Stadtteilen sowie über geeignete Strukturen für die Beratung und die fachliche Zusammenarbeit aus. Die LGZ-Beratenden empfinden diesen Austausch als sehr wertvoll und merken an, dass dieser noch weiter ausgebaut werden könnte. Gleichzeitig setzen begrenzte zeitliche Ressourcen und lange Wege zwischen den LGZ der Erhöhung der Frequenz Grenzen.

3.3.3 Dokumentation

Die Dokumentation der Beratungstätigkeiten spielt an allen Standorten eine zentrale Rolle. Sie dient nicht nur der Nachvollziehbarkeit von Beratungsgesprächen, sondern stellt auch eine wesentliche Grundlage für Austauschprozesse zwischen den unterschiedlichen Professionen dar. Darüber hinaus ermöglicht sie teilweise die Überprüfung der Inanspruchnahme weiterführender Angebote und stellt ein Instrument zur quantitativen Auswertung von Beratungskontakten dar. In der Praxis konnte diese Monitoring-Funktion jedoch nur eingeschränkt umgesetzt werden, da unterschiedliche technologische Lösungen mit jeweils spezifischen Vor- und Nachteilen zum Einsatz kamen.

So reichte die Spanne der eingesetzten Lösungen von Microsoft-Anwendungen bis hin zu Software zur professionellen Dokumentation, die über den jeweiligen Träger zur Verfügung gestellt wurde. Während die Microsoft-Anwendungen für die einfache Einzeldokumentation grundsätzlich funktional sind, berichten die Beratenden im Hinblick auf Monitoring, Nachvollziehbarkeit und Benutzerfreundlichkeit von einem deutlichen Mehraufwand, weil dort entsprechende Such- oder Sortierfunktionen fehlen. Die Nutzung professioneller Software wurde dagegen überwiegend positiv bewertet, da sie eine einheitliche Dokumentation und damit eine bessere Kontinuität in der Beratung ermöglichten. So können sich Mitarbeitende bei Abwesenheit einer Beratungsperson schnell einen Überblick über einen Fall verschaffen und Doppelberatungen somit vermieden werden:

„[W]ir haben alle Einsicht auf die Einträge, die wir bei unseren Klienten machen. Das heißt, wenn auch einer mal nicht vor Ort ist oder sei es krank, Urlaub oder im Außentermin irgendwo und da mal ein Klient wieder vor der Tür steht, können wir trotzdem einsehen, was bisher denn gemacht wurde. Da eventuell andocken, zu gucken, dass es sich nicht doppelt. Beziehungsweise können wir dann Informationen an den Klienten auch weitergeben, wenn die Kollegin schon

*etwas gemacht hat und das noch nicht weiter kommuniziert wurde.“
(Mitarbeitende 04)*

Mit Einwilligung der Klient:innen bieten manche Systeme zudem die Möglichkeit, den Zugriff für weitere Akteure außerhalb der LGZ-Struktur, jedoch innerhalb desselben Trägers zu erlauben. Dies wurde für die professionsübergreifende Zusammenarbeit als vorteilhaft wahrgenommen. Gleichzeitig traten aber auch hier Einschränkungen auf, wenn die Software vor allem qualitativ ausgerichtet war und ergänzend weiterhin auf Excel-Tabellen zurückgegriffen werden musste, um quantitative Monitoringaufgaben zu erfüllen.

Eine geteilte Dokumentation der Beratungs- und ärztlichen Angebote existierte im Evaluationszeitraum an keinem der Standorte. Lediglich ein Standort erprobt die Nutzung eines in die Telematikinfrastruktur eingebundenen Messenger-Tools zur unkomplizierten Kommunikation zwischen Beratenden, hausärztlicher Praxis und lokaler Apotheke. Die Beteiligten loben diese Anwendung als eine schnelle und datenschutzkonforme Lösung zum Informationsaustausch. Die perspektivische Anbindung der Beratenden der LGZ an die Telematikinfrastruktur mit den damit verbundenen Chancen der geteilten Dokumentation, beispielsweise in der ePA, erscheint jedoch schwierig, da die Vergabe von KIM-Adressen bisher nicht für sie vorgesehen ist.

Insgesamt wird die Dokumentation von den Mitarbeitenden als unverzichtbares Instrument der Fallkoordination, der Qualitätssicherung und der teaminternen Abstimmung verstanden. Trägerweite Systeme mit einheitlicher Struktur und niedrigschwelligen Monitoring-Funktionen bieten den höchsten Nutzen, während fragmentierte Einzellösungen zwar praktikabel sind, jedoch insbesondere im Hinblick auf Nachhaltigkeit, Effizienz und interprofessionelle Zusammenarbeit Defizite aufweisen.

3.4 Interdisziplinäre und sektorenübergreifende Vernetzung

Zentral für die Arbeit der LGZ sind der Aufbau und die Pflege tragfähiger Netzwerke. Mitarbeitende der LGZ empfinden diese als wesentliche Grundlage für eine umfassende und koordinierte Versorgung in den jeweiligen Stadtteilen. Sie schätzen besonders die Möglichkeit, mit unterschiedlichen Professionen und Einrichtungen zusammenzuarbeiten, um Menschen nachhaltig und niedrigschwellig zu unterstützen. Durch die Netzwerkarbeit werden aus ihrer Sicht die Kontinuität der Versorgung verbessert, die Kommunikation vereinfacht und das Verständnis für die komplexen Bedarfe der Klient:innen vertieft.

Überblick: Wie sind die LGZ in den Stadtteilen vernetzt?

- In 2.150 Fällen ist bekannt, wie die Ratsuchenden auf das LGZ-Beratungsangebot aufmerksam wurden. In 43,1 % der Fälle erfolgte eine Zuweisung aus dem Gesundheitswesen, in 28,5 % der Fälle kam die Zuweisung aus dem Sozialwesen. 28,5 % der Nutzenden suchten ein LGZ aus Eigeninitiative bzw. nach einer privaten Empfehlung auf. Die LGZ sind entsprechend sowohl bei relevanten Akteuren als auch in der Bevölkerung bekannt.
- Insgesamt 2.463 Vermittlungen an Einrichtungen des Gesundheitswesens (50,3 %) und des Sozialwesens (49,7 %) aus dem LGZ sprechen zudem für eine gute Kenntnis der lokalen Unterstützungsstrukturen seitens der Beratenden und für eine bedarfsorientierte Anbindung.
- Akteure aus dem Netzwerk der LGZ schätzen die Flexibilität und unkomplizierte Zusammenarbeit, etwa in Form von gegenseitigen Verweisen, Informationsaustausch oder gemeinsamen Beratungen. Sie erleben diese als wirksam in der Unterstützung von Klient:innen.
- Die Beteiligung der LGZ-Mitarbeitenden in verschiedenen Gremien trägt über die fallbezogene Arbeit hinaus zu einer bedarfsorientierten Weiterentwicklung der Angebote zur Gesundheitsförderung im Stadtteil bei.
- Vorbehalte von noch nicht beteiligten Akteuren könnten aus Sicht der bisherigen Kooperationspartner:innen durch Aufklärung über die Rolle und mögliche Mehrwerte des LGZ ausgeräumt werden.

3.4.1 Netzwerkaufbau und -pflege aus Sicht der LGZ

Die Beratenden der LGZ kooperieren sowohl fall- als auch stadtteilbezogen mit den Akteuren des Netzwerks. Auf Fallebene sind gegenseitige Vermittlungen von Klient:innen zwischen den LGZ und anderen Akteuren zentraler Bestandteil der Arbeit im LGZ. Die LGZ stehen dabei in engem Kontakt mit ihren Ansprechpersonen bei Netzwerkpartnern und tauschen sich telefonisch, per E-Mail oder in Präsenztreffen aus, um die bestmögliche Unterstützung der Betroffenen sicherzustellen. Ergänzend sorgen regelmäßige Beratungsangebote der Netzwerkpartner in den Räumlichkeiten der LGZ für einen niedrigschwelligen Zugang zu den entsprechenden Angeboten. So finden beispielsweise im AWO Gesundheitstreff regelmäßig Beratungen durch den Pflegestützpunkt bzw. eine Pflegeberatung sowie sozial- und psychoonkologische Krebsberatung und Suchtberatung statt. Diese festen Sprechstunden sind wichtige Anlaufstellen für Ratsuchende und erweitern das Angebot des LGZ.

Auf Struktur- bzw. Stadtteilebene nehmen die LGZ an verschiedenen Gremien, Konferenzen und Arbeitsgruppen teil. Diese Beteiligung stellt einen wichtigen Baustein dar, um gesundheitsförderliche Strukturen im Stadtteil zu stärken und die Vernetzung auf einer übergeordneten, strukturellen Ebene weiterzuentwickeln. Durch die Teilnahme an solchen stadtteilbezogenen Formaten gelingt es aus Sicht der Mitarbeitenden, Angebote und Projekte miteinander abzustimmen und den Blick auf gemeinsame Herausforderungen zu richten.

Veranstaltungen und Öffentlichkeitsarbeit spielen ebenfalls eine wichtige Rolle im Netzwerkaufbau. Die LGZ nutzen lokale Aktionstage, Vorträge und gelegentliche Medienpräsenz, um ihre

Angebote bekannt zu machen. Ziel ist unter anderem, die Sichtbarkeit für andere Leistungserbringer zu erhöhen und gleichzeitig möglichst viele Menschen in den Stadtteilen zu erreichen.

Herausforderungen bestehen unter anderem in der flächendeckenden Einbindung weiterer spezialisierter Fachstellen bzw. Akteure, beispielsweise von Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendmedizin sowie aus dem psychiatrischen Bereich. Weiteren Entwicklungsbedarf sehen die LGZ-Mitarbeitenden in der Etablierung verbindlicher, standardisierter Prozesse für den Austausch und die Fallkoordination. Beschränkte zeitliche und personelle Ressourcen sowohl in den LGZ als auch bei Netzwerkpartnern schränken zudem die Möglichkeiten der Zusammenarbeit auch im Rahmen bestehender Kooperationen stellenweise ein.

Besonders niedergelassene Ärzt:innen sind aufgrund hoher Arbeitsbelastung schwer für neue Kooperationsstrukturen zu gewinnen, was sich aus Sicht der LGZ-Mitarbeitenden insbesondere in der Aufbauphase bei der Suche nach möglichen Kooperationspartner:innen zeigte. Dies ist unter anderem dadurch bedingt, dass die erforderliche Koordination und regelmäßige Austauschrunden mit den LGZ-Mitarbeitenden Ressourcen erfordern, die in den Praxen zum Teil knapp bemessen sind, wie auch vonseiten der kooperierenden Praxen bestätigt wird:

„[M]an muss verstehen, dass Ärzte Wirtschaftsunternehmen sind. [Sie sind] wahnsinnig eng getaktet. [...] Und da, das wäre meine Hypothese, gibt es einfach erstmal keine Räume, in denen so eine wirkliche Strukturveränderung [möglich ist], die erstmal [...] nach mehr Aufwand [klingt]. Aber [ich bin der Meinung,] dass [die] Ärzteschaft sich [...] viel mehr vom Selbstverständnis [her] öffnen darf“ (Vertreter:in kooperierende Arztpraxis 02)

Darüber hinaus berichten Ärzt:innen und Apotheker:innen, dass in ihrem Kollegenkreis teils die Sorge vor Konkurrenz oder Doppelstrukturen besteht, wenn alternative Zugänge zur Versorgung gestärkt werden. Gleichzeitig betonen sie, dass das LGZ ihrer Erfahrung nach keine Parallelstrukturen schafft. Vielmehr schließt es bestehende Versorgungslücken und entlastet andere Akteure im System spürbar. Es bedürfe daher insbesondere Aufklärung über die spezifischen Aufgaben, Zielsetzungen und Mehrwerte des LGZ, um Missverständnisse zu vermeiden und die Akzeptanz im Versorgungsnetzwerk weiter zu stärken.

3.4.2 Quantitative Analyse der Schnittstellen mit dem Netzwerk

Um das Netzwerk der LGZ-Beratungen umfassend zu analysieren, wurden Zuweisungen und Vermittlungen zwischen dem Netzwerk und den LGZ erfasst. Dabei ging es nicht nur darum zu beurteilen, wie bekannt die LGZ-Beratungsangebote bei anderen Leistungserbringenden sind, sondern auch darum, die Bedarfe der Ratsuchenden zu erkennen. Zudem lässt sich ableiten, wie gut die beratenden Mitarbeitenden der LGZ über die lokalen Angebote informiert sind und ob sie wissen, an welche Stellen sie gezielt und passgenau weitervermitteln können, um den individuellen Unterstützungsbedarf der Ratsuchenden optimal abzudecken. Die Zahlen der Zuweisungen und Vermittlungen zeigen insgesamt, dass die Beratenden der LGZ nicht nur in das Netzwerk eingebunden werden, sondern auch selbst das Netzwerk aktiv nutzen und stärken.

Zuweisungen an die Beratungsangebote der LGZ

Insgesamt wurde in 2.150 Fällen erfasst, über welchen Weg die Ratsuchenden auf das Beratungsangebot der LGZ aufmerksam gemacht wurden (Abbildung 24). In 71,5 % (n = 1.538) der dokumentierten Fälle erfolgte der Besuch auf Anraten eines Leistungserbringenden aus dem Sozial- oder Gesundheitswesen, was auf einen hohen Bekanntheitsgrad im Netzwerk hinweist. Zuweisungen aus dem Gesundheitswesen machten hiervon 60,2 % (n = 926) der Fälle aus. Vorrangig verwiesen Haus- und Fachärztinnen an die LGZ-Beratungsangebote, wobei die kooperierenden Praxen hier vermutlich einen großen Anteil ausmachen. Vereinzelt suchten die Nutzenden ein LGZ über die Zuweisung eines Krankenhauses auf. Aus dem Sozialwesen wurden 39,8 % (n = 612) Personen an die LGZ-Beratungsangebote verwiesen. Hierzu zählen neben öffentlichen Behörden wie dem Jobcenter und dem Versorgungsamt auch soziale Einrichtungen wie Geflüchtetenunterkünfte oder Seniorenzentren sowie Einrichtungen der psychologischen Beratung und der Kinder- und Jugendarbeit. Teilweise bestanden Kooperationen zwischen diesen Einrichtungen und den LGZ.

Weitere 23,8 % (n = 511) suchten das LGZ-Beratungsangebot direkt ohne Zuweisung auf (Selbstmelder:innen) und 4,7 % (n = 101) kamen auf private Empfehlung hin zu den LGZ. Die hohe Zahl an Personen, die das LGZ-Beratungsangebot direkt aufsuchten, spricht für die Bekanntheit der LGZ in der lokalen Bevölkerung und betont die Relevanz von zielgerichteter Öffentlichkeitsarbeit.

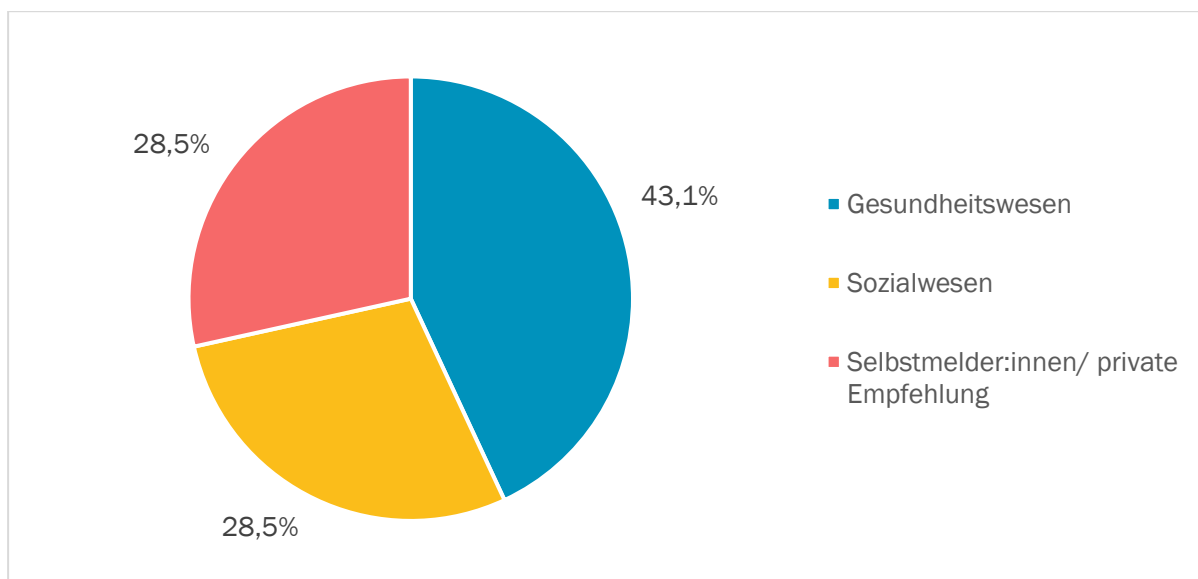


Abbildung 24: Anteil der gesamten Zuweisungen nach Akteursgruppe

Unterschiede zwischen den LGZ-Beratungsangeboten im Hinblick auf die Zuweisungsstruktur sind teilweise auf den jeweiligen Fokus und die personellen Kompetenzen der LGZ zurückzuführen (Abbildung 25). So ist das GZ Mümmelmannsberg durch den Fokus auf die medizinische und pflegerische Versorgung besonders gut im Gesundheitswesen vernetzt, während das LGZ Harburg durch den Träger und die räumliche Nähe zu weiteren sozialen Beratungsstellen mehr Kontakte in das Sozialwesen hat. Daneben spielen auch Unterschiede in der Dokumentation zwischen den einzelnen Zentren eine Rolle, die maßgeblich durch die Verwendung verschiedener Dokumentationssysteme mit ihren jeweiligen Stärken und Schwächen zustande kommen.



Abbildung 25: Zuweisungen nach Akteursgruppe und Standort (n = 2.150)

Vermittlungen

Zudem wurde erfasst, wohin die Beratenden der LGZ die Ratsuchenden weiterleiten. Insgesamt wurden 2.463 Vermittlungen berichtet. Die Vermittlungen verteilen sich zu gleichen Teilen auf Einrichtungen des Sozialwesens (49,7 %, n = 1.223) und Einrichtungen des Gesundheitswesens (50,3 %, n = 1.240).

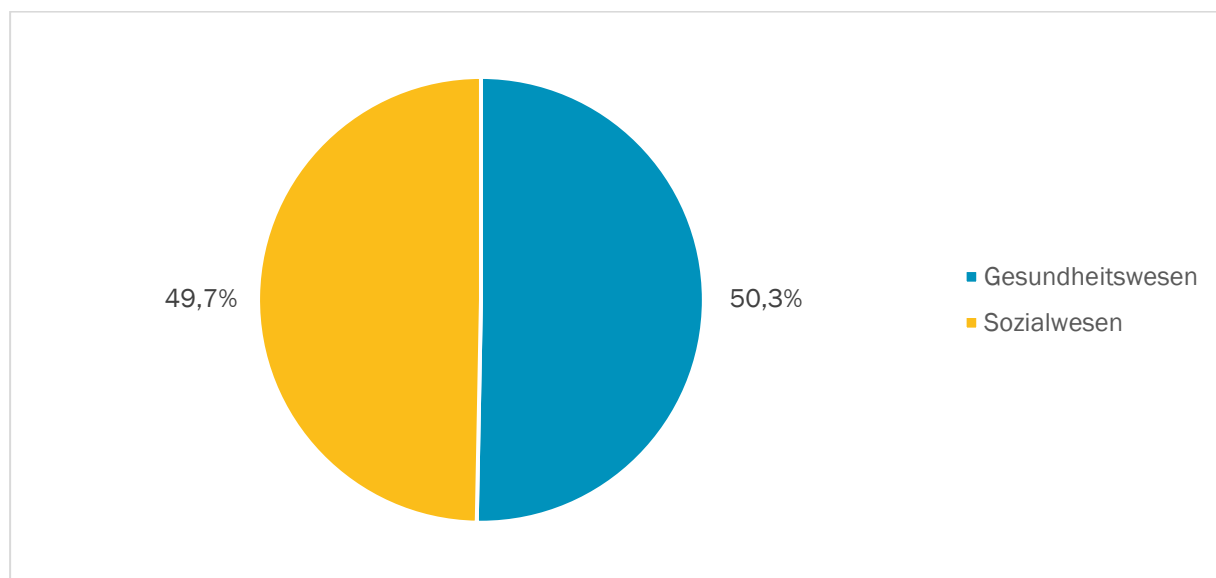


Abbildung 26: Anteil der gesamten Vermittlungen nach Akteursgruppe

Auch in Relation zur Gesamtzahl der beratenen Personen (ca. 2.700) zeigt sich, dass bis zu 90 % der Klient:innen vom LGZ an eine weiterführende Stelle vermittelt wurden. Dabei ist erneut die potenzielle Unvollständigkeit der Dokumentation zu berücksichtigen, sodass der erfasste Anteil möglicherweise unterschätzt wird und der tatsächliche Vermittlungsanteil in der Praxis höher

ausfällt. Gleichzeitig sind jedoch auch Vermittlungen einer Person an verschiedene Stellen nicht auszuschließen.

In Bezug auf die Weitervermittlung zeigen sich Unterschiede zwischen den LGZ-Standorten: Während das LGZ Harburg und die Poliklinik Veddel überwiegend an Einrichtungen des Sozialwesens vermitteln, fokussiert sich das GZ Mümmelmannsberg stärker auf Einrichtungen des Gesundheitswesens. Diese unterschiedliche Ausrichtung lässt sich vor allem durch die jeweiligen konzeptionellen Schwerpunkte und die Bedarfsstruktur in den Einzugsgebieten erklären. Die Vermittlungen nach Standort sind in Abbildung 27 dargestellt.

Vermittlungen an Einrichtungen des Gesundheitswesens umfassen hauptsächlich Pflegeeinrichtungen sowie Haus- und Fachärzt:innen. Die Vermittlungen an Einrichtungen des Sozialwesens weisen mehr Variation auf. So wurde unter anderem an die Sozialberatung verwiesen, aber auch an die Beratungsstelle für Familien, Alleinerziehende und Schwangere, die Suchtberatung, die Rechtsberatung, Beratungsstellen zum Thema Wohnen, die Arbeitsagentur und das Jobcenter, Bildungseinrichtungen sowie Gemeinschaftseinrichtungen.

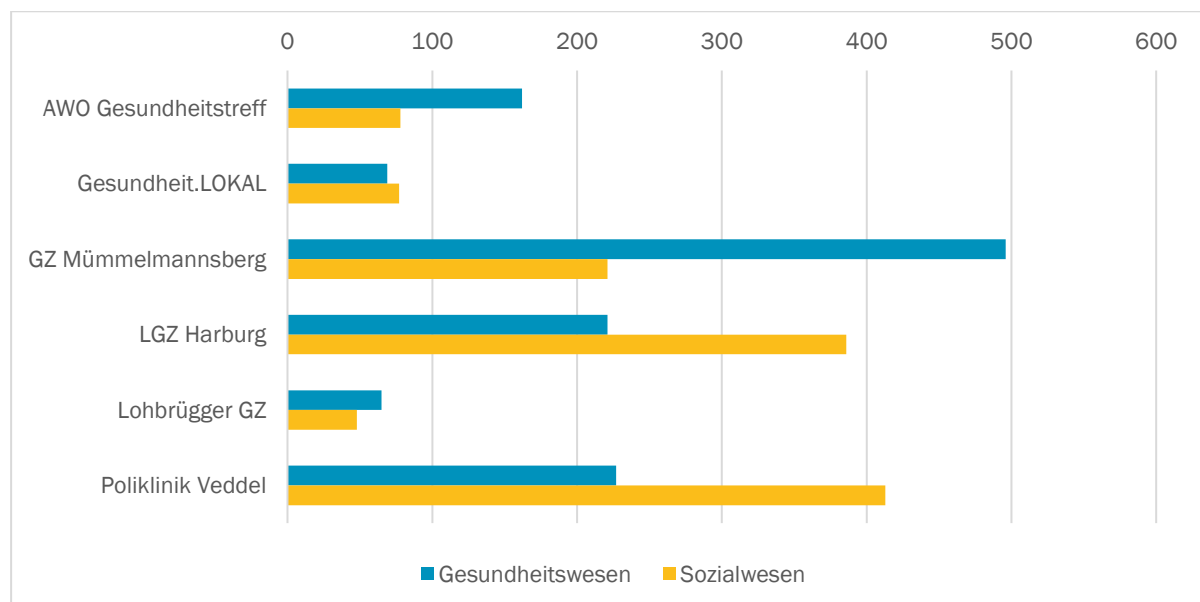


Abbildung 27: Vermittlungen nach Akteursgruppe nach Standort (n = 2.463)

3.4.3 Chancen und Hürden der Zusammenarbeit aus Sicht des Netzwerks

Für die Weiterentwicklung der LGZ ist es entscheidend, auch die Perspektiven der Netzwerkpartner zu berücksichtigen. Nur so lassen sich die vorhandenen Stärken gezielt ausbauen und bestehende Herausforderungen gemeinsam angehen. Die folgenden Abschnitte fassen die Sichtweisen verschiedener befragter Akteure aus den Bereichen Pflege, Soziales und Öffentlicher Gesundheitsdienst zusammen und liefern damit wichtige Impulse für eine weitere erfolgreiche Vernetzung.

Pflege

Aus dem pflegerischen Bereich wurden Vertreter:innen von Pflegediensten bzw. einer Pflegeberatung aus den Netzwerken der LGZ befragt. Auch von diesen werden die LGZ durchweg als wertvolle Ergänzung der bestehenden Versorgungslandschaft beschrieben. Sie schlossen spürbare Lücken zwischen medizinischer, pflegerischer und sozialer Unterstützung, wirkten niedrigschwellig und seien im jeweiligen Stadtteil zu einer festen Anlaufstelle geworden. Besonders hervorgehoben wird ihre Fähigkeit, Menschen mit komplexen Problemlagen, etwa mit Pflegebedarf, sprachlichen Hürden oder fehlender Krankenversicherung, schnell und unbürokratisch Zugang zu Hilfe zu verschaffen. Erfolgsgeschichten veranschaulichen den praktischen Nutzen. So sei es gelungen, dass ein pflegebedürftiger Mann durch gemeinsames koordiniertes Handeln von LGZ und Pflegedienst in seiner Wohnung verbleiben konnte.

„Beim Pflegestützpunkt gehe ich hin und sage: ‚Hier, ich brauche Hilfe.‘ Und dann sagen die: ‚Ja, passen Sie auf. Ich schicke Ihnen mal einen Antrag zu. Wir füllen das zusammen aus.‘ [...] Und das LGZ guckt halt schon so, wie kann derjenige so lange wie möglich hier zu Hause in meinem Stadtteil wohnen? Ja? Und welche Verknüpfungen kann ich herstellen?“ (Netzwerk Pflege 01)

Die konkrete Zusammenarbeit mit den LGZ wird dabei als eng und verlässlich erlebt. Regelmäßige Treffen, kurze Kommunikationswege und ein offener, lösungsorientierter Austausch prägen die Kooperation. Während das Lohbrügger GZ und Gesundheit.LOKAL in der Zusammenarbeit mit Pflegeberatungsstellen stark auf vernetzte Fallarbeit setzen, ist die Arbeit im GZ Mümmelmannsberg stärker auf die Vermittlung in die Pflegeberatung und dortige Unterstützung bei Pflegegradanträgen fokussiert. Die Terminvergabe erfolgt in letzterem Fall direkt über die Dokumentationssoftware und wird ergänzt durch bedarfsweise telefonische oder schriftliche Abstimmung.

Sozialwesen

Im sozialen Bereich wurden standortübergreifend Personen aus den Netzwerken der LGZ befragt, die eine große Bandbreite möglicher Kooperationen im sozialen Bereich widerspiegeln: von Frühförderung und Kinder-, Jugend- und Familienhilfe über soziale Treffpunkte, Migrations- oder Sozialberatung, Assistenz in der Sozialpsychiatrie, Angebote wie Einzelfallhilfe und Lebensmittel-ausgabe in kirchlicher Trägerschaft bis hin zu Lotsenansätzen für ältere Menschen.

Die befragten Akteure nehmen die Zusammenarbeit mit den LGZ insgesamt als sehr positiv und bereichernd wahr. Die LGZ werden vor allem als niedrigschwellige und gut erreichbare Anlaufstellen geschätzt, die Menschen mit verschiedenen gesundheitlichen und sozialen Belangen verlässlich unterstützen und kontinuierlich begleiten.

„Weil die Hürden für die Familien nicht so groß sind, als wenn man sie direkt irgendwo andocken würde. Sondern die [LGZ] haben einfach ein bisschen Zeit, ein bisschen Luft, [da ist] nochmal eine andere Ansprechperson. Und [die Familien] können die Gedanken, sich irgendwo auf den Weg zu machen, einfach ein bisschen sacken lassen. Und das sind noch mal kleinere Schritte.“ (Netzwerk Soziales 01)

Sie bieten aus ihrer Sicht eine gute Brücke zwischen medizinischer Versorgung, sozialer Beratung und Gesundheitsförderung und ergänzen damit klassische Versorgungsstrukturen um lebenswelt-nahe und ganzheitliche Zugänge.

„Es geht eben nicht nur, da geht man hin, kriegt ein Rezept, aus die Maus, sondern es wird mehr getan. Prävention, es wird auch der Mensch dahinter gesehen und dann geguckt: Wo kann man unterstützen?“ (Netzwerk Soziales 02)

Die Zusammenarbeit mit den LGZ ist geprägt von einem vertrauensvollen und kooperativen Austausch, der sowohl auf individueller Ebene der Fallbegleitung als auch auf Stadtteilebene stattfindet.

Auf Fallebene berichten die befragten Akteure, dass sie zunächst mittels Verweises versuchen, Personen den selbstständigen Zugang zu den LGZ-Beratungsangeboten zu ermöglichen. Wenn dies nicht gelingt, folgt oft eine persönliche Begleitung, teilweise auch mehrmalig, um den Weg zum LGZ zu erleichtern und Barrieren abzubauen. Ebenso weisen die LGZ in umgekehrter Richtung die Klient:innen auf passende Angebote im Stadtteil hin oder binden sie direkt dort an. Der Kontakt wird dabei von allen im Netzwerk in der Regel als unkompliziert empfunden. Im Falle komplexer Mehrfachbelastungen oder erhöhtem Unterstützungsbedarf werden teils auch gemeinsame Beratungen durchgeführt, um verschiedene Perspektiven zusammenzuführen und in enger Abstimmung die nächsten Handlungsschritte zu planen. Solche Einzelfallkooperationen sind zeitintensiv und bilden eher die Ausnahme, werden aber in bestimmten Fallkonstellationen als sehr wertvoll und zielführend für alle Beteiligten empfunden.

„Und da, in dem Fall haben wir sehr intensiv eine Zeit lang [zusammen]gearbeitet, weil [im LGZ] dann eben speziell diese Bereiche Gesundheit mit: ‚Was ist mit Reha-Maßnahmen, was kann man irgendwie an Gesundheitsförderung anbieten, wie kann man ihn da stabilisieren?‘ [adressiert wurden]. Und ich habe dann mich eben [um] den aufenthaltsrechtlichen Teil gekümmert.“ (Netzwerk Soziales 03)

Manche Kooperationen umfassen zudem teils regelmäßig wiederkehrende Präsenz bei lokalen Angeboten. So waren beispielsweise die Mitarbeitenden von Gesundheit.LOKAL mehrfach vor Ort bei einer Lebensmittelausgabe, um in diesem Rahmen Kontakt zu den dort Anwesenden herzustellen und erste Beratungsgespräche anzubieten. Diese ersten Berührungspunkte mit dem LGZ-Beratungsangebot im gewohnten Umfeld der Menschen fördern einen niedrighschwelligen Zugang und den Vertrauensaufbau der Zielgruppen im Hinblick auf die Angebote.

Der Austausch unter den Partnern wird auch über verschiedene Gremien und Netzwerktreffen gepflegt. Neben Fallfragen werden hier insbesondere aktuelle Entwicklungen besprochen und Projektideen ausgetauscht sowie Änderungen im rechtlichen Rahmen diskutiert. Diese Vernetzung ermöglicht es, schnell auf sich wandelnde Herausforderungen zu reagieren und gemeinschaftlich an den lokalen Bedarfen orientierte Präventions- oder Interventionsangebote zu entwickeln, beispielsweise im Bereich Resilienzförderung, Bewegungsgruppen oder psychosoziale Workshops.

Gleichzeitig wurde von Vertreter:innen aus dem Sozialwesen auch geäußert, dass die Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit der LGZ noch weiter gestärkt werden könnte, sodass das Netzwerk besser über aktuelle Angebote informiert ist.

Es werden darüber hinaus Herausforderungen in der Zusammenarbeit mit den LGZ benannt. Die begrenzten personellen und räumlichen Ressourcen mindern die Aufnahmefähigkeit der LGZ und behindern eine Ausweitung des Angebots, wie Netzwerkpartner des GZ Mümmelmannsberg und der Poliklinik Veddel berichten. Um die LGZ nicht zu überlasten, verweisen die befragten Akteure teils nur noch Personen mit sehr großem Unterstützungsbedarf an die LGZ. Die Informationsweitergabe ist noch nicht immer optimal organisiert und fehlende Schnittstellen zwischen den Dokumentationssystemen verursachen häufig einen Mehraufwand. Netzwerkpartner schlagen in diesem Kontext auch standardisierte Überweisungsstrukturen vor, die die effiziente Informationsweitergabe fördern. Das Fehlen verbindlicher Strukturen für regelmäßige Fallbesprechungen erschwert zudem eine systematische Koordination. Finanzielle Unsicherheiten und befristete Förderungen der LGZ stellen aus Sicht der Netzwerkpartner ein Risiko für die Stabilität der Zusammenarbeit dar.

Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)

Aus Sicht der befragten Vertreter:innen der lokalen Gesundheitsämter haben die LGZ großes Potenzial, Versorgungslücken zu schließen. Gerade für Menschen in komplexen Problemlagen, mit Sprachbarrieren oder fehlendem Zugang zu bestehenden Hilfen sehen sie in den LGZ eine wichtige Ergänzung der bestehenden Strukturen.

Positiv bewertet wird die frühzeitige Einbindung der LGZ in die behördlichen und lokalen Strukturen. Auf diese Weise können sich bestehende Angebote wie etwa die Mütter- und Familienberatung, die sozialpsychiatrischen Dienste, das kommunale Gesundheitsförderungsmanagement (KGFM) und das LGZ-Beratungsangebot sinnvoll ergänzen, anstatt parallel nebeneinander zu laufen. Es entstünden so stabile Kooperationen, von denen die Bevölkerung unmittelbar profitiere. In einigen Stadtteilen hätten sich auch gemeinsame Forschungs- und Entwicklungsprojekte von LGZ und ÖGD ergeben, die die Position der Gesundheitsämter als Partner im lokalen Gesundheitsnetzwerk sichtbar stärken. Auf der anderen Seite werde der Aufbau tragfähiger Kooperationen zwischen LGZ und ÖGD aus Sicht der Gesundheitsämter erschwert, wenn letztere erst verzögert oder nicht in ausreichendem Maße eingebunden werden. Als herausfordernd wird zudem wahrgenommen, dass Rollen- und Aufgabenprofile der LGZ noch nicht ausreichend geklärt beziehungsweise kommuniziert sind, sodass bisweilen Unklarheit hinsichtlich des spezifischen medizinischen oder sozialen Beitrags der LGZ im Gesamtgefüge besteht.

Gute Erfahrungen der Zusammenarbeit wurden in institutionell verankerten Formaten wie festen Steuerungs- oder Lenkungsgremien gemacht. Hierbei schätzten die Gesundheitsämter, dass Bedarfe regelmäßig gespiegelt, Versorgungsfragen früh diskutiert und die Aufgaben klar zwischen den Akteuren abgestimmt werden können. Solche Strukturen erleichterten gegenseitiges Verständnis, beugten Überschneidungen vor und erhöhten die Akzeptanz der LGZ in der lokalen Versorgungslandschaft.

Gleichzeitig verweisen die Ämter darauf, dass es einer stärkeren übergeordneten Koordination bedarf. Fragen wie Dokumentation, Sprachmittlung oder Datenschutz betreffen alle LGZ gleichermaßen und sollten nicht an jedem Standort aufs Neue gelöst werden, sondern mit Unterstützung durch übergeordnete Strukturen. Darüber hinaus machen die Befragten zwei weitere zentrale Problembereiche saus: Erstens bleibe die ärztliche Beteiligung eine große Hürde. So seien niedergelassene Ärzt:innen zu stark ausgelastet, um sich auf Kooperationen einzulassen und diese mit Leben zu füllen. Daran ändere auch die punktuelle Einbindung einzelner Praxen

wenig. Zweitens sei das Konzept für viele Bürger:innen und auch andere Akteure schwer verständlich. Während die ärztliche Praxis und das Krankenhaus vertraute Institutionen darstellten, sei das LGZ erklärungsbedürftig, was zur Folge habe, dass Leistungen nicht selbstverständlich nachgefragt oder vermittelt würden. Hier sehen die Gesundheitsämter eine besondere Verantwortung in der Öffentlichkeitsarbeit und Bekanntmachung der LGZ, um Missverständnisse abzubauen und Hemmschwellen zu senken.

Insgesamt betonen die Befragten, dass die LGZ-Beratungsangebote bereits jetzt einen großen Mehrwert darstellen. Sie würden Hausärzt:innen entlasten, indem sie psychosoziale Bedarfe auffangen, vielfältige Angebote im Stadtteil bündeln und konkrete Beiträge leisten, um gerade vulnerable Gruppen besser zu erreichen. Besonders die interprofessionelle Zusammenarbeit wird als Stärke hervorgehoben. Zudem sehen die Gesundheitsämter die politische Unterstützung und die inzwischen in Teilen gesicherte Finanzierung als wichtigen Schritt hin zu einer Verstetigung des Modells.

Die Befragten weisen darauf hin, dass eine Stärke des LGZ-Modells in der Anpassungsfähigkeit an verschiedene Kontexte mit unterschiedlichen Bedarfen besteht. LGZ sollten aus ihrer Sicht folglich auch in Zukunft nicht als starres Modell verstanden werden, sondern weiterhin als flexibler Baukasten für verschiedene Formen wohnortnaher Versorgung konzipiert sein. So könne dem Umstand Rechnung getragen werden, dass je nach Stadtteil andere Strukturen und Tätigkeitsschwerpunkte sinnvoll sein können. Entscheidend sei die Möglichkeit, aus verschiedenen Bausteinen jeweils eine passgenaue Kombination für den Sozialraum zu entwickeln und diese eng mit dem Gesundheitsamt und weiteren Partnern zu verknüpfen.

3.5 Nutzendenzufriedenheit

Zur Erfassung der allgemeinen Zufriedenheit mit den Leistungen des LGZ sowie der wahrgenommenen Kompetenzsteigerung wurde an allen Standorten ein papierbasierter Fragebogen ausgegeben. Nutzende des LGZ-Beratungsangebots erhielten diesen in der Regel zum Abschluss eines Beratungszyklus⁴.

⁴ Eine Ausnahme bildet die Poliklinik Veddel. Dort erhielten Nutzende den Fragebogen beispielsweise auch nach einer ärztlichen Konsultation, sodass sich die Beurteilung dieser Personen möglicherweise nicht wie an den anderen Standorten primär auf die beratenden Angebote des Community Health Nursing bzw. der Case Coordination sowie die Sozialberatung bezieht, sondern auch auf die medizinische Versorgung bzw. das Gesamtangebot der Poliklinik Veddel.

Überblick: Wie bewerten die Ratsuchenden das LGZ-Beratungsangebot?

- Insgesamt 541 Personen nahmen standortübergreifend an der Befragung zu ihren Erfahrungen mit dem LGZ-Beratungsangebot teil. Die Befragten waren mehrheitlich weiblich (60,1 %) und hatten einen Migrationshintergrund (56,6 %). 28,8 % gaben an, arbeitslos zu sein, 22,7 % waren Rentner:innen und 56,1 % waren alleinstehend. Dies ist repräsentativ für die Zielgruppe der LGZ.
- Der Großteil der Befragten kam zu Fuß (51,9 %) oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln (32,1 %) in die LGZ, was die Bedeutung einer guten Erreichbarkeit von LGZ unterstreicht.
- Die Befragten waren insgesamt sehr zufrieden mit der Unterstützung im LGZ und empfehlen es weiter.
- Die Befragten fühlen sich im Hinblick auf Bearbeitung ihrer Anliegen unterstützt.

3.5.1 Beschreibung der Stichprobe

Aus der Befragung liegen insgesamt 541 Rückmeldungen vor. Die Verteilung der Rückmeldungen aus den einzelnen Zentren ist in Tabelle 14 dargestellt. Die angestrebte Mindestzahl an Rückmeldungen bemaß sich an der Anzahl an Beratungskontakten je Standort. So begründet sich die vergleichsweise hohe Anzahl an Rückmeldungen aus dem GZ Mümmelmannsberg sowie der Poliklinik Veddel, die bereits länger etabliert sind.

Tabelle 14: Anzahl der Rückmeldungen zur Nutzendenzufriedenheit aus den LGZ

LGZ	N = 541
AWO Gesundheitstreff	50 (9,2 %)
Gesundheit.LOKAL	55 (10,2 %)
GZ Mümmelmannsberg	156 (28,8 %)
LGZ Harburg	69 (12,8 %)
Lohbrügger GZ	59 (10,9 %)
Poliklinik Veddel	152 (28,1 %)

Die Bevölkerung in den Einzugsgebieten der LGZ ist insgesamt durch besondere Bedarfslagen geprägt. Die soziodemografischen Angaben der Befragten decken sich mit wesentlichen Merkmalen der Bevölkerung in den jeweiligen Stadtteilen (vgl. Kapitel 1.4), etwa in der Geschlechterverteilung mit einem überwiegenden Anteil weiblicher Personen, in der Altersgruppe der 35- bis 64-Jährigen, im hohen Anteil an Personen mit Migrationshintergrund sowie in der Verteilung des Erwerbsstatus. Auch die Anzahl an Personen pro Haushalt in Verbindung mit einer relativ kleinen Wohnfläche weist auf den eher niedrigen sozialen Status der erreichten Personen hin. Dies spricht gleichermaßen eine Repräsentativität der Befragung und die Erreichung der Zielgruppe. Die detaillierten soziodemografischen Angaben der Befragten sind der folgenden Tabelle 15 zu entnehmen.

Tabelle 15: Soziodemografische Daten der Befragten

Variable	N	N = 541
Alter (Jahre)	535	
<18		4 (0,7 %)
18 bis 34		162 (30,3 %)
35 bis 64		255 (47,7 %)
65+		114 (21,3 %)
<i>Fehlende Werte</i>		6 (1,1 %)
Geschlecht	529	
Weiblich		318 (60,1 %)
Männlich		207 (39,1 %)
Divers		4 (0,8 %)
<i>Fehlende Werte</i>		12 (2,2 %)
Migrationshintergrund	523	
Ja		296 (56,6 %)
Nein		227 (43,4 %)
<i>Fehlende Werte</i>		18 (3,3 %)
Höchster Schulabschluss	510	
Ohne Schulabschluss		66 (12,9 %)
Hauptschulabschluss		152 (29,8 %)
Realschulabschluss		134 (26,3 %)
Hoch- oder Fachhochschulreife		139 (27,3 %)
Sonstiges		19 (3,7 %)
<i>Fehlende Werte</i>		31 (5,7 %)
Berufliche Situation	528	
Vollzeit		86 (16,3 %)
Teilzeit		78 (14,8 %)
Selbstständig		12 (2,3 %)
Arbeitslos		152 (28,8 %)
Rente		120 (22,7 %)
Ausbildung/Studium		40 (7,6 %)
Sonstige		40 (7,6 %)
<i>Fehlende Werte</i>		13 (2,4 %)
Familienstand	522	
Alleinlebend/Geschieden/Verwitwet		293 (56,1 %)
Partnerschaft/Verheiratet		229 (43,9 %)
<i>Fehlende Werte</i>		19 (3,5 %)

Variable	N	N = 541
Anzahl Personen im Haushalt	496	
Mittelwert (SD)		3,9 (2,4)
Median [Min, Max]		5,0 [1,0; 10,0]
Fehlende Werte		45 (8,3 %)
Anzahl Minderjähriger im Haushalt	388	
Mittelwert (SD)		0,8 (1,1)
Median [Min, Max]		0,0 [0,0; 6,0]
Fehlende Werte		153 (28 %)
Wohnfläche	486	
Mittelwert (SD)		63,0 (19,8)
Median [Min, Max]		62,0 [0,0; 200,0]
Fehlende Werte		55 (10 %)
Bisherige Inanspruchnahme von Beratungen im LGZ	477	
Erstbesuch		91 (19,1 %)
2 bis 5 Mal		214 (44,9 %)
6 bis 10 Mal		79 (16,6 %)
> 10 Mal		93 (19,5 %)
Fehlende Werte		64 (12 %)

3.5.2 Bewertung der Zugänglichkeit des LGZ-Angebots

Von 541 Personen, die an der Befragung teilnahmen, äußerten sich 511 zur Frage, welchen Anfahrtsweg sie zum LGZ nutzten. Mehr als die Hälfte (51,9 %, n = 265) erreichte das LGZ zu Fuß, knapp ein Drittel (32,1 %, n = 164) nutzte den öffentlichen Personennahverkehr (HVV). Weiterhin nutzten 8,6 % (n = 44) private Verkehrsmittel wie Auto, Roller oder Motorrad. 6,1 % (n = 31) der Befragten kamen mit dem Fahrrad zum LGZ, sieben Personen (1,4 %) gaben unter der Kategorie Sonstige beispielsweise eine Fahrgemeinschaft oder den Hausbesuch durch Mitarbeitende des LGZ an. Abbildung 28 stellt die Verteilung der Anfahrtswege grafisch dar.

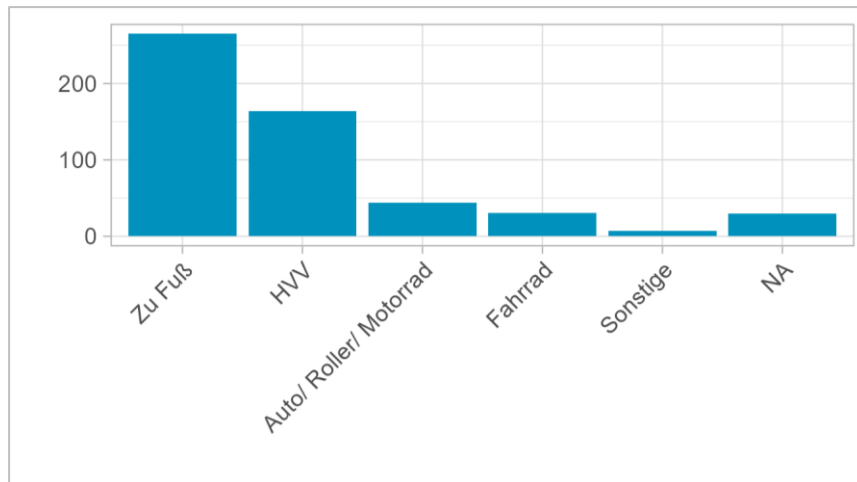


Abbildung 28: Anfahrtswege zu den LGZ

Die örtliche Erreichbarkeit wurde von 93,0 % (n = 493) der 530 Befragten, die hierzu eine Angabe machten, positiv bewertet. Lediglich 0,9 % (n = 5) äußerten sich negativ, während 6,0 % (n = 32) die gute Erreichbarkeit nur teilweise als gegeben ansahen.

Auch die Wartezeit auf einen Beratungstermin wurde überwiegend positiv bewertet: 88,9 % (n = 454) von 511 Befragten beantworteten die Frage, ob die Wartezeit akzeptabel sei, mit „ja“. 10,6 % (n = 54) gaben „teilweise“ an und nur 0,6 % (n = 3) stuften die Wartezeit als nicht akzeptabel ein.

Die Öffnungszeiten wurden von 86,0 % (n = 443) der 515 Personen, die diese Frage beantworteten, positiv bewertet. 12,8 % (n = 66) empfinden diese teilweise als zufriedenstellend, während nur 1,2 % (n = 6) eine negative Einschätzung abgaben.

Diese Ergebnisse sprechen für eine insgesamt gute Erreichbarkeit und Zugänglichkeit der Standorte aus Sicht der Nutzenden, wie auch Abbildung 29 grafisch zeigt.

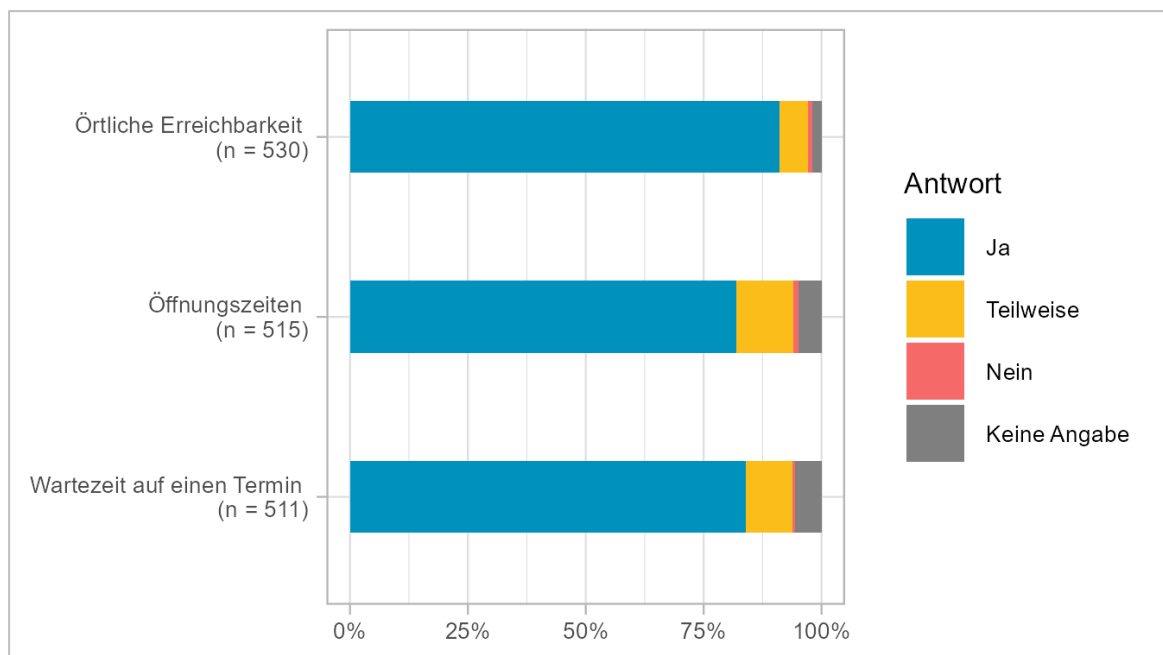


Abbildung 29: Bewertung der Zugänglichkeit der LGZ

3.5.3 Navigationale Gesundheitskompetenz

Weiterhin wurden Aussagen zur empfundenen Steigerung der eigenen Kompetenzen durch die Beratung im LGZ durch die Nutzenden bewertet. Neben vollkommener bzw. teilweiser Zustimmung oder Ablehnung wurde die Option „Trifft nicht zu“ angeboten. Zwischen 485 und 498 Personen machten Angaben zu den Aussagen in diesem Themenblock.

Von 485 Personen stimmten 55,5 % (n = 269) zu, dass die Beratung im LGZ ihnen bei der Orientierung im Gesundheitswesen bzw. der Kenntnis medizinischer Ansprechpartner:innen geholfen hat. 27 Personen (5,6 %) antworteten mit „teilweise“, keine Person antwortete mit „nein“ und für 39 % (n = 189) der Befragten traf diese Aussage nicht auf ihr Anliegen an das jeweilige LGZ zu. Ebenso bestätigten 56,4 % (n = 281) von 498 Personen, dass die Beratung im LGZ ihnen soziale Unterstützungsmöglichkeiten aufzeigen konnte. 34 Personen (6,8 %) beantworteten diese Aussage mit „teilweise“, vier Personen (0,8 %) mit „nein“. Für 182 Personen (36,6 %) traf diese Aussage nicht zu. Ebenfalls für über die Hälfte (55,62%, n = 277) der 498 antwortenden Personen traf die Aussage zu, durch die Beratung im LGZ gelernt zu haben, wie die Terminvereinbarung in medizinischen oder sozialen Einrichtungen funktioniert. Wiederum 36 Personen (7,2 %) antworteten mit „teilweise“, drei Personen (0,6 %) konnten diese Aussage nicht bestätigen. Für 182 Personen (36,6 %) traf diese Aussage nicht zu. Die Aussage, ihre Erkrankung bzw. nach der Beratung besser zu verstehen traf auf 266 (54,9 %) der Befragten zu. Für 44 (9,1 %) traf diese Aussage teilweise zu, vier Personen (0,82 %) lehnten diese Aussage ab. Bei 171 Personen (35,26 %) fand diese Aussage keine Anwendung. Abbildung 30 visualisiert die Antwortverteilung für diese Aspekte.

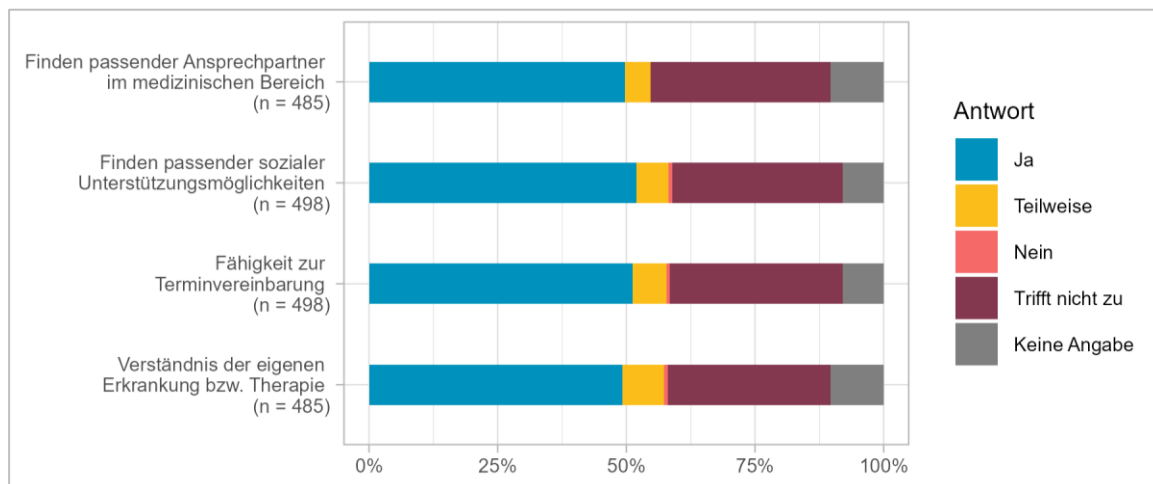


Abbildung 30: Kompetenzsteigerung in verschiedenen Aspekten

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Besuch des LGZ und die entsprechende Beratung bei den Nutzenden in den meisten Fällen zu einer empfundenen Steigerung der eigenen Kompetenz geführt hat. Neben navigationalen Aspekten im Gesundheits- und Sozialsystem trifft dies auch auf den Umgang mit eigenen Erkrankungen und das Verständnis von Therapieoptionen zu.

3.5.4 Zufriedenheit mit der LGZ-Versorgung

Abschließend wurden die Nutzenden zu ihrer allgemeinen Zufriedenheit mit dem LGZ-Beratungsangebot befragt. Gefragt wurde beispielsweise, inwiefern sich die Nutzenden verstanden fühlten und wie gut sie die LGZ-Mitarbeitenden verstehen konnten.

Die Frage, ob sich die Ratsuchenden vom Beratungspersonal verstanden fühlten, wurde von den 525 Personen, die hierzu Angaben machten, überwiegend positiv beantwortet: 96,8 % (n = 508) gaben an, sich verstanden gefühlt zu haben. Weitere 3,2 % (n = 17) wählten die Antwortoption „teilweise“; keine Person beantwortete die Frage negativ. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Frage, ob das Beratungspersonal bei der Verständigung in der jeweiligen Muttersprache unterstützend tätig war. Insgesamt gaben 58,0 % (n = 290) der 500 Personen, die diese Frage beantworteten, an, eine solche sprachliche Unterstützung erhalten zu haben. Setzt man diesen Anteil in Beziehung zu den 56,6 % (n = 296) der Befragten, die einen Migrationshintergrund angaben, erscheint dieser Wert plausibel. Zugleich wählten 37,6 % der Befragten die Antwortoption „trifft nicht zu“. Dies ist vor dem Hintergrund der in Kapitel 3.1 dargestellten Sprachverteilung erwartbar, da etwa die Hälfte der Befragten Deutsch als Muttersprache angab und somit keine sprachliche Unterstützung erforderlich war. Zwei Personen (0,4 %) gaben dagegen an, keine Hilfe durch das LGZ-Personal hinsichtlich des Sprachverständnisses erhalten zu haben. Abbildung 31 stellt diese Verteilung grafisch dar.

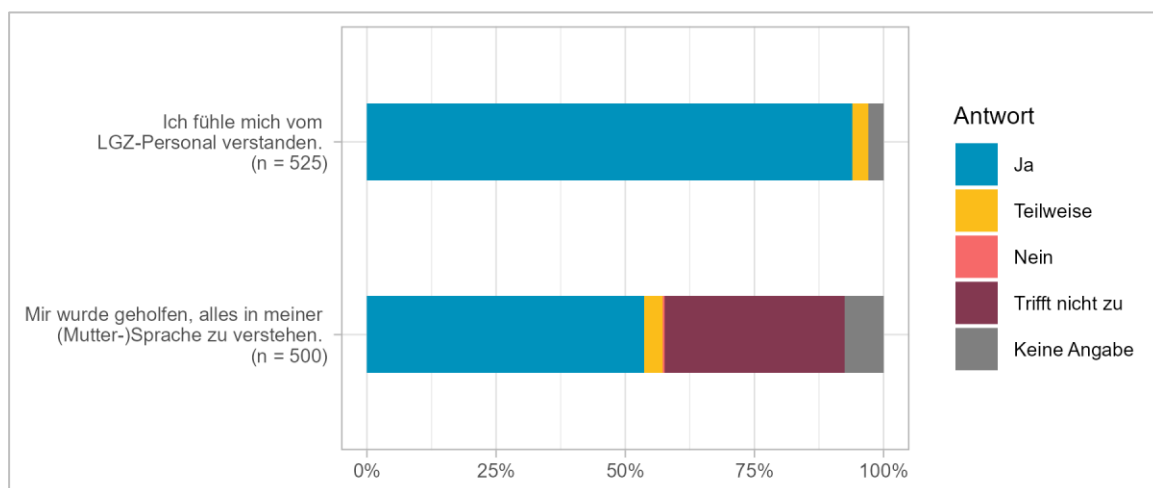


Abbildung 31: Empfundenes Verständnis während der Beratung

Die weiteren Fragen zur Zufriedenheit wurden je nach Frage von 485 bis 519 Personen beantwortet. Die Ergebnisse zeigen insgesamt eine sehr hohe Zufriedenheit mit den erbrachten Leistungen. So beantworteten 89,1 % (n = 450) der Personen die Frage, ob alle Fragen in der Beratung beantwortet wurden, mit „ja“. Lediglich zwei Personen (0,4 %) antworteten mit „nein“ und 44 Personen (9,1 %) antworteten mit „teilweise“. Ähnlich stellt sich die Verteilung bei der Frage dar, ob die Person in Entscheidungen eingebunden wurde: Hier wählten 92,9 % (n = 459) der Personen die Option „ja“, 34 Personen (6,9 %) wählten „teilweise“ und eine Person (0,2 %) antwortete mit „nein“. Die meiste Zustimmung erhielt die Aussage „Ich habe Vertrauen in das LGZ-Personal“. 97,7 % (n = 507) der 519 Personen, die eine Antwort abgaben, stimmten zu, während zwölf Personen (2,3 %) mit „teilweise“ antworteten. Ebenso bewertete ein Großteil der Personen die umfassende Bearbeitung verschiedener Anliegen, darunter Antragshilfestellung oder

Terminfindung, als positiv (97,9 %, n = 501), elf Personen (2,2 %) bewerteten diesen Aspekt neutral.

Die allgemeine Zufriedenheit mit dem Beratungsangebot lag bei 96,1 % (n = 496); 3,9 % (n = 20) wählten ‚teilweise‘. Keine der befragten Personen äußerte Unzufriedenheit. Ein ähnlich hohes Ergebnis zeigte sich bei der Frage nach der Weiterempfehlung: 97,9 % (n = 504) würden die LGZ weiterempfehlen, 2,1 % (n = 11) gaben ‚teilweise‘ an, während keine Person eine Weiterempfehlung ausschloss. Abbildung 32 visualisiert die Antworten auf Fragen der Zufriedenheit.

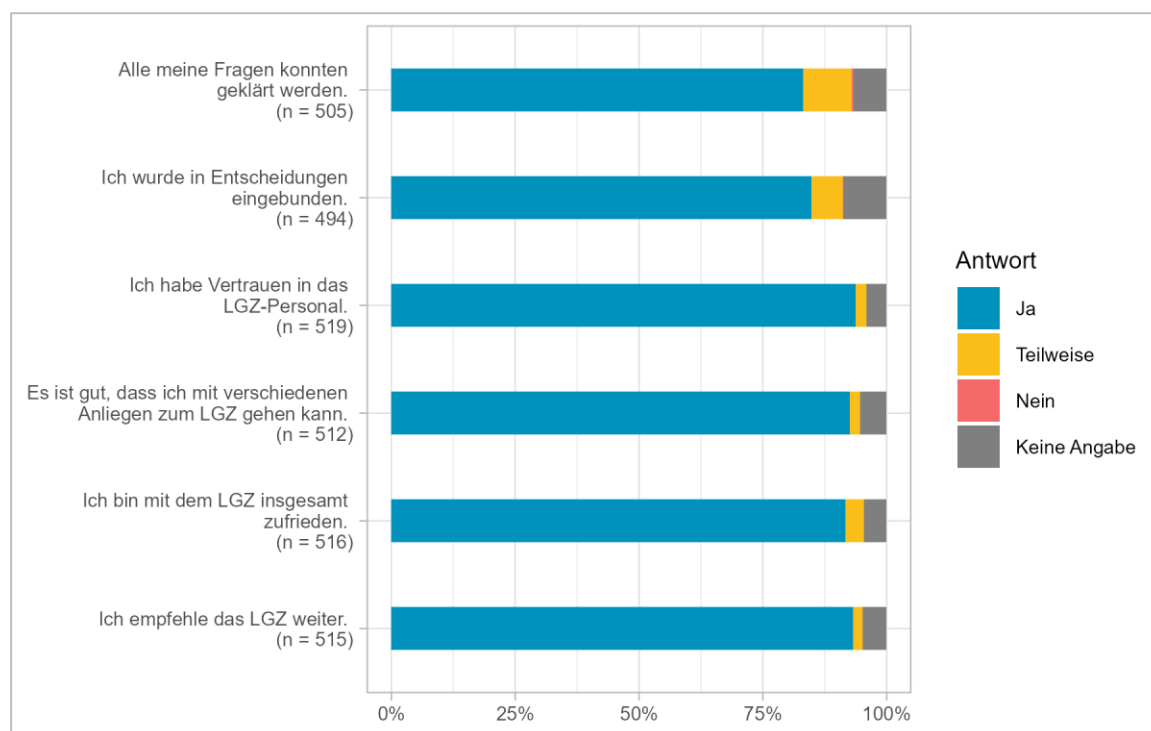


Abbildung 32: Zufriedenheit mit Aspekten der Beratung bzw. dem LGZ

Die Befragung zeigt eine insgesamt sehr hohe Zufriedenheit mit den Beratungsleistungen in den LGZ, insbesondere was die Unterstützung, Einbindung in Entscheidungsprozesse und das Vertrauen in das Personal betrifft. Auch die Weiterempfehlungsbereitschaft ist mit nahezu 98 % sehr hoch, was die hohe Akzeptanz und Relevanz der Angebote unterstreicht.

3.6 Exemplarische Darstellung von Versorgungspfaden

Basierend auf den zuvor dargestellten aggregierten Daten zu Beratungszahlen und Termindauern wurden ergänzend konkrete Fallvignetten analysiert. Ziel dieser vertieften Untersuchung ist es, den Einfluss der LGZ auf die Versorgungswege zu erfassen und den Ressourceneinsatz auf Ebene einzelner Fälle zu quantifizieren.

Die Vignetten repräsentieren somit unterschiedliche Komplexitätsgrade und verdeutlichen exemplarisch die thematischen Schwerpunkte sowie die spezifischen Herausforderungen und Arbeitsweisen vor Ort. Zudem macht diese Herangehensweise sichtbar, welcher Ressourcenbedarf sich hinter Beratungszyklen in Fällen unterschiedlicher Komplexität tatsächlich verbirgt.

Die Auswahl der Fälle orientierte sich an gemeinsam mit den LGZ definierten Kriterien. Fälle geringer Komplexität sind hierbei definiert als solche, in denen in wenigen Beratungskontakten mit dem LGZ ein klar umrissenes Anliegen bearbeitet wurde. Fälle mittlerer Komplexität stellen

reguläre Beratungszyklen mit Identifizierung und Adressierung von Bedarfen über mehrere Termine dar. Fälle hoher Komplexität sind schließlich solche mit besonders hohem Koordinationsaufwand, beispielsweise aufgrund der gleichzeitigen Betreuung mehrerer Personen (z. B. in Form eines Familiensystems) oder einer komplexen Problemlage, die die Anbindung und Koordination mit verschiedenen Stellen erfordert.

Überblick: Welchen Effekt haben die LGZ auf die Versorgung?

- Die LGZ unterstützen bedarfsgerecht in Fällen verschiedener Komplexität mit jeweils auf die Situation angepasstem Aufwand. Durch gezielte Beratung und Koordination schaffen die LGZ eine deutliche Entlastung für Angehörige, eine Stabilisierung der Versorgung und eine bessere Inanspruchnahme von Leistungen. Gleichzeitig wirken sie den möglichen Folgen eines Geflechts gesundheitlicher und sozialer Problemlagen wie Chronifizierung, Verschuldung oder Wohnungsverlust wirksam entgegen.
- Durch die Förderung von Selbstmanagement und psychosozialen Ressourcen der Nutzenden durch die LGZ kann eine nachhaltige Stabilisierung der individuellen Lebenssituation erreicht werden.
- Die bedarfsgerechte Einbindung von Angehörigen sowie diversen Akteuren im Stadtteil begünstigt den Aufbau eines tragfähigen Unterstützungsnetzwerks.

3.6.1 Fälle geringer Komplexität

Anhand ausgewählter Fallvignetten mit geringer Komplexität werden typische Versorgungsprozesse in Situationen mit überschaubarem Hilfebedarf dargestellt. Die ausgewählten Fälle zeigen exemplarisch, wie das LGZ auch bei weniger komplexen Anliegen mit spezifischen Barrieren eine wichtige Brückenfunktion im Versorgungssystem übernehmen kann. Dabei stehen häufig die Navigation und Überbrückung von Zugangsbarrieren im Fokus, wie etwa sprachliche Hürden oder mangelnde Gesundheitskompetenz. Im Folgenden werden zwei Fälle mit niedriger Komplexität tabellarisch zusammengefasst und anschließend näher beschrieben.

Tabelle 16: Übersicht - Fälle geringer Komplexität

	A1	A2
Anzahl Termine	5	1
Zeitaufwand in Min. (Beratung/begleitend)	285 (195 / 90)	30 (20 / 10)
Themen	Pflegegradantrag Entlastung Angehöriger	Suche nach fachärztlicher Praxis
Involvierte Akteure (LGZ-interne Akteure)	CHN, MD, Pflegedienst, Alltagsbegleiter	CHN, Fachärzt:in
Besondere Bedarfe	Keine	Mangelnde Deutschkenntnisse

Fall A1

Die 78-jährige Klientin ist durch eine fortschreitende Parkinson-Erkrankung im Alltag stark eingeschränkt. Sie lebt allein und wird überwiegend von einer Angehörigen unterstützt, die dadurch an

ihre Belastungsgrenze kommt. Nach einem Gespräch in der hausärztlichen Praxis wurde ein Beratungsgespräch im LGZ initiiert mit dem Ziel, die adäquate Versorgung der Klientin sicherzustellen und gleichzeitig die Angehörige zu entlasten. In mehreren Beratungsterminen wurde der Unterstützungsbedarf eruiert und es wurde bei der Beantragung eines Pflegegrads unterstützt. Auf Grundlage des bewilligten Pflegegrad-Antrags erhält die Klientin regelmäßige Unterstützung beim Duschen durch einen Pflegedienst. Zusätzlich wurde durch das LGZ die Erledigung von Einkauf und Wohnungsreinigung durch Alltagsbegleiter organisiert. Dies ermöglichte eine relevante Entlastung der Angehörigen und verbesserte die Lebensqualität beider Beteiligten deutlich.



Abbildung 33: Fallbeispiel A1 (eigene Darstellung)

Das LGZ erfüllte in diesem Fall eine wichtige unterstützende Funktion, indem es zur Annahme von Hilfe motiviert und den Zugang zu Leistungen erleichtert hat. Gerade angesichts der wachsenden Zahl pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen, die oftmals neben Beruf und eigener Familienverantwortung zusätzliche Pflege leisten, entstehen schnell Situationen der Überlastung. Um diese Belastungen wirksam abzufangen, sind niedrigschwellige Anlaufstellen wie das LGZ von zentraler Bedeutung, da sie Orientierung geben, Hilfestellung leisten und dadurch die Versorgung insgesamt stabilisieren.

Fall A2

Die 30-jährige Klientin stammt nicht aus Deutschland. Sie hat einen Partner und zwei Kinder. Bei ihrem neugeborenen Kind bestand der Verdacht auf Hüftgelenkdysplasie, was eine zeitnahe fachärztliche Untersuchung erforderte.

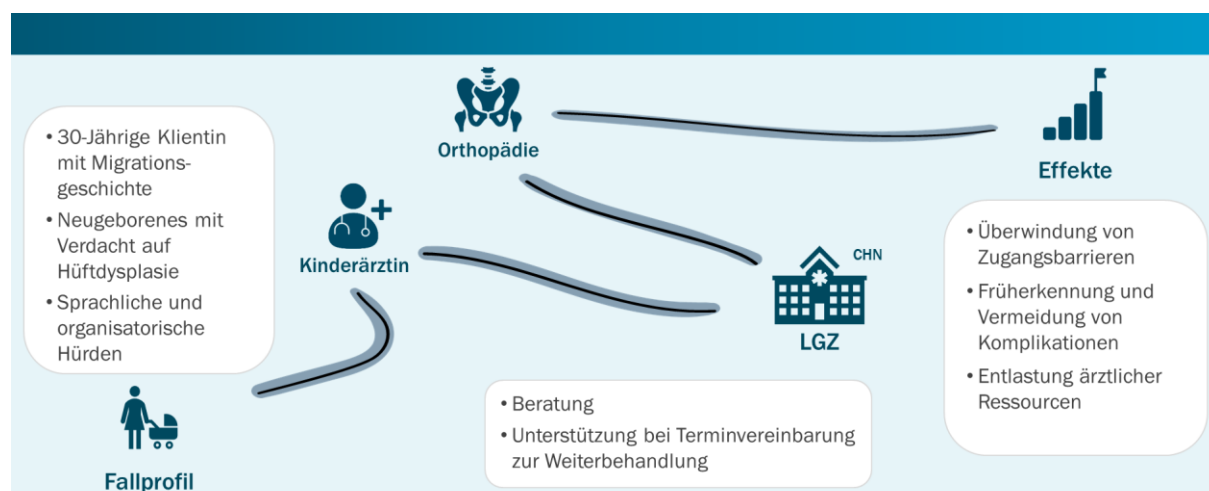


Abbildung 34: Fallbeispiel A2 (eigene Darstellung)

Da die Verständigung mit der Klientin hauptsächlich auf Englisch erfolgte, stellten sprachliche und organisatorische Hindernisse eine Herausforderung dar. Das LGZ unterstützte bei der schnellstmöglichen Vermittlung eines Termins zur Hüftsonografie in einer kinderärztlichen Praxis.

Somit wurde die Diagnose zügig gestellt und es konnten weiterführende Maßnahmen eingeleitet werden. Gleichzeitig entlastete die Unterstützung die kinderärztliche Praxis, da durch die Vorabkoordination die Effizienz in der Terminvergabe und -durchführung verbessert wurde.

Zusammenfassung

Diese Beispiele zeigen, dass selbst in Fällen mit niedrigem Komplexitätsgrad spezifische Herausforderungen bestehen, bei denen das LGZ durch gezielte Beratung und Koordination eine deutliche Entlastung für Angehörige, eine Stabilisierung der Versorgung und eine bessere Inanspruchnahme von Leistungen ermöglicht. Die Fallvignetten zeigen zudem, dass LGZ flexibel auf sehr unterschiedliche Zielgruppen reagieren – von pflegebedürftigen Senior:innen bis hin zu jungen Familien mit sprachlichen Barrieren – und dabei sowohl die Betroffenen als auch die beteiligten Versorgungsstrukturen wirksam unterstützen.

3.6.2 Fälle mittlerer Komplexität

Im Folgenden werden exemplarisch drei Fallvignetten mit mittlerer Komplexität dargestellt. Diese Fälle zeigen die vielfältigen Herausforderungen und den erhöhten Ressourcenbedarf, der durch komplexere Gesundheits- und Sozialproblematiken sowie eine notwendige Koordination über verschiedene Akteure hinweg entsteht.

Tabelle 17: Übersicht - Fälle mittlerer Komplexität

	B1	B2	B3
Anzahl Termine	6	7	8
Zeitaufwand in Min. (Beratung/begleitend)	450 (345 / 105)	315 (260 / 55)	430 (270 / 160)
Themen	Entzündung der Augenhöhle Chronische Schmerzen	Psychische Beeinträchtigungen Soziale Isolation Behördenkommunikation	Bewältigung von Renteneintritt und kürzlicher Trennung Panikattacken Blutdruck-Monitoring
Involvierte Akteure (LGZ-interne Akteure)	CHN, Hausärzt:in, Schmerzambulanz, Augenärzt:in	Sozialberatung, CHN, Krankenversicherung, Jobcenter, ASP	CHN, Hausärzt:in, Empfehlung von Bewegungskursen
Besondere Bedarfe	Eingeschränkte Deutschkenntnisse Enge Wohnverhältnisse Bürgergeldbezug	Fehlender Versicherungsschutz Psychische Belastungen Fehlende soziale Kontakte	Frisch berentet Belastende Lebenssituation

Fall B1

Der etwa 33-jährige Klient erlitt in der Vergangenheit ein Schädel-Hirn-Trauma, bei dem ihm ein Auge entfernt wurde. Seitdem leidet er unter chronischen Kopfschmerzen und akut unter einer schmerzhaften, eitrigen Entzündung der Augenhöhle aufgrund unzureichender Versorgung. Der Klient lebt in beengten Verhältnissen, ist verheiratet, Vater von drei Kindern und bezieht Bürgergeld. Die Verständigung auf Deutsch ist nur eingeschränkt möglich.

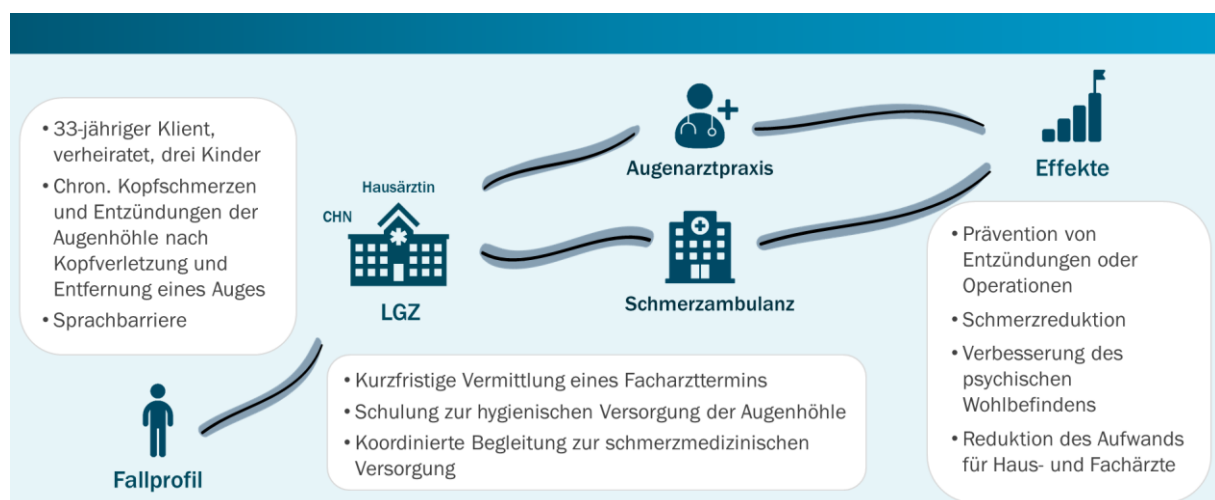


Abbildung 35: Fallbeispiel B1 (eigene Darstellung)

Durch die Unterstützung des LGZ wurde innerhalb weniger Tage eine Anbindung an eine augenärztliche Praxis hergestellt. Die fachärztliche Versorgung und die begleitenden ausführlichen, niedrigschwelligen Erläuterungen durch die Gesundheitsberaterin des LGZ sichern eine dauerhafte hygienische Versorgung der Augenhöhle und können so weitere Entzündungen oder operative Eingriffe verhindern.

Die Vermittlung zu einer Schmerzambulanz gestaltete sich komplexer und erforderte rund zwei Monate koordinierte Begleitung, um einen passenden Termin zu organisieren sowie alle notwendigen Unterlagen vorzubereiten. Die Unterstützung des LGZ führte zu einer deutlichen psychischen Entlastung und einer spürbaren Reduktion der Schmerzen. Der Klient berichtet nun von mehreren schmerzfreien Tagen pro Woche. Gleichzeitig wurde der Aufwand in haus- und fachärztlichen Praxen durch die umfangreiche Vor- und Nachbereitung durch das LGZ reduziert.

Fall B2

Der Klient ist Anfang 30, lebt allein, bezieht Geld vom Jobcenter und ist von schwerwiegenden psychischen Erkrankungen betroffen, die zu sozialer Isolation, zur Vermeidung von Kontakten und zu Verwahrlosung führen. Er öffnet keine Post, meidet Internetnutzung und hat nur sporadischen Kontakt zu seiner Familie. Diese Situation ist hochgradig belastend und birgt ein erhebliches Risiko für weitere Verschlechterungen seiner psychischen und sozialen Lage.



Abbildung 36: Fallbeispiel B2 (eigene Darstellung)

Das LGZ fungierte in diesem Fall als niedrighschwelliger Zugangspunkt zum Gesundheits- und Sozialsystem, da der Klient vorübergehend keinen Versicherungsschutz besaß und reguläre Versorgungsstrukturen für ihn aufgrund hoher Zugangshürden nicht erreichbar waren. Die Vermittlung eines Versicherungsnachweises und die Anbindung an eine hausärztliche Praxis und die Ambulante Sozialpsychiatrie (ASP) ermöglichte erstmals wieder eine kontinuierliche medizinische Betreuung.

Dadurch konnten potenziell schwerwiegende Folgen wie Leistungsstreichung, Verschuldung oder Wohnungsverlust abgewendet werden. Das LGZ unterstützte zudem das Fallmanagement des Jobcenters, das aufgrund begrenzter personeller Ressourcen keine umfassende Betreuung leisten konnte. Durch diese koordinierte Hilfe wurde eine Stabilisierung der psychischen Gesundheit erreicht und die Perspektive einer möglichen Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt eröffnet.

Fall B3

Der 67-jährige Klient ist seit Kurzem berentet, lebt allein und leidet an Panikattacken, chronischen Rückenschmerzen sowie Erschöpfung. Nach Verweis durch die Hausärztin an das LGZ-Beratungsangebot erhielt er in mehreren Beratungsterminen individuelle Hilfestellung durch motivierende Gesprächsführung und konnte seine Gefühle ausführlich äußern. Es wurden persönliche Ressourcen durch positive Aktivitäten wie Radfahren, Spaziergänge und Musikhören gestärkt. Wesentliche Strategien zum Umgang mit Panikattacken wurden erläutert. Der Klient wurde in einen Bewegungskurs des LGZ vermittelt, was zur Besserung der Rückenschmerzen beitrug. Zusätzlich stellte die CHN erhöhte Blutdruckwerte fest, weshalb diese nun regelmäßig kontrolliert werden. Zudem erhielt der Klient eine Bereatung zu blutdrucksenkenden Maßnahmen und Entspannungsverfahren. Schlafprobleme wurden durch Empfehlungen für eine verbesserte Schlafhygiene adressiert.



Abbildung 37: Fallbeispiel B3 (eigene Darstellung)

Durch diese umfassende Begleitung konnten die Panikattacken deutlich reduziert und das Wohlbefinden gestärkt werden. Die Begleitung durch beratende Tätigkeit der CHN im LGZ entlastete überdies die angebundene Hausärztin erheblich, die aufgrund begrenzter zeitlicher Kapazitäten die umfassende Betreuung nicht hätte leisten können. Durch die präventive Intervention konnte eine Chronifizierung bzw. Verschlechterung der Beschwerden vermieden werden.

Zusammenfassung

Die geschilderten Fälle verdeutlichen, dass die Versorgungsprozesse im LGZ bei mittlerer Komplexität durch vielfältige gesundheitliche und soziale Herausforderungen geprägt sind und entsprechend einen gesteigerten Ressourcenbedarf aufweisen. Sie zeigen exemplarisch, wie durch koordinierende und begleitende Aufgaben schwerwiegende Folgen wie Chronifizierung, Operationen, Verschuldung oder Wohnungsverlust verhindert werden können. Besonders hervorzuheben ist die Unterstützung bei der Zugangssicherung zu medizinischen und sozialen Leistungen – auch in Situationen ohne Versicherungsschutz oder bei Sprachbarrieren. Zugleich wird das medizinische und soziale Versorgungssystem entlastet. Neben der Koordination spielt auch die Förderung von Selbstmanagement und psychosozialen Ressourcen eine zentrale Rolle, sodass eine nachhaltige Stabilisierung der individuellen Lebenssituation erreicht werden kann.

3.6.3 Fälle hoher Komplexität

Im Folgenden werden zwei Fallvignetten mit hoher Komplexität dargestellt, die durch multiple gesundheitliche und soziale Problemlagen sowie einen hohen Koordinations- und Betreuungsaufwand gekennzeichnet sind. Die Fälle verdeutlichen die Bedeutung einer umfassenden, interdisziplinären Begleitung und einer zentralen Steuerung im Rahmen der Versorgung.

Tabelle 18: Übersicht - Fälle hoher Komplexität

	C1	C2
Anzahl Termine	7	5
Zeitaufwand in Min. (Beratung/begleitend)	565 (450 / 115)	350 (225 / 125)
Themen	Beantragung Pflegegrad Kompressionsversorgung Hautkrebsversorgung Depression Schwindel Medikamentenumstellung	Anbindung an Versorgung nach Schlaganfall Entlastung des Angehörigen
Involvierte Akteure (LGZ-interne Akteure)	<u>CHN</u> , <u>Hausärzt:in</u> , Pflegedienst, soziale Teilhabeberatung	<u>CHN</u> , <u>Hausärzt:in</u> , Physio-, Ergotherapie, Reha, Entspannungs- und Bewegungskurs
Besondere Bedarfe	Kognitive Einschränkung Mobilität nur mit Rollator	Keine

Fall C1

Die 65-jährige Klientin ist infolge multipler Erkrankungen kognitiv eingeschränkt und mit der Organisation ihrer Versorgung überfordert. Sie ist mobil mit einem Rollator, benötigt aber zunehmend Unterstützung im Alltag und leidet zusätzlich an Depression, Angststörungen sowie an Hautkrebs.

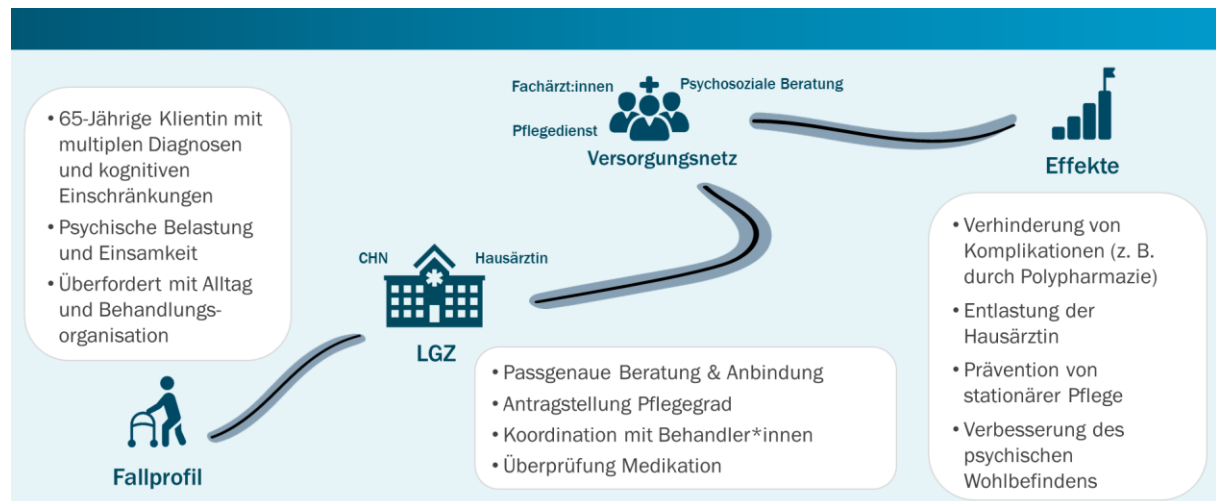


Abbildung 38: Fallbeispiel C1 (eigene Darstellung)

Im Rahmen der Begleitung durch das LGZ wurde die Klientin bei der Priorisierung der vielfältigen Anliegen sowie der Antragstellung auf einen Pflegegrad unterstützt. Aufgrund der kognitiven Einschränkungen und der Vielzahl der Diagnosen war dies mit einem hohen zeitlichen Aufwand verbunden. Die Beraterin übernahm außerdem die Koordination mit der Hausärztin sowie mit einem Pflegedienst und weiteren Fachärzt:innen. Ziel war es, eine ganzheitliche Versorgung sicherzustellen. Wesentlich war zudem, dass im LGZ durch die enge Zusammenarbeit mit der Hausärztin eine medikamentöse Dreifachbehandlung mit Psychopharmaka festgestellt werden konnte, woraufhin eine Umstellung der Medikation eingeleitet wurde.

Die Begleitung durch das LGZ verbessert die Versorgungsqualität der Patientin, entlastet das Gesundheitssystem und hilft dabei, langfristig Kosten für Pflege und Behandlung zu senken. Gleichzeitig wird die Hausärztin spürbar entlastet, da die Versorgung der komplexen Fälle zeitlich und organisatorisch enorm aufwendig ist. Die Klientin profitiert zudem von Angeboten zur sozialen Teilhabe, die ihre Lebensqualität erhöhen und Isolation reduzieren.

Fall C2

Die 61-jährige Klientin mit türkischem Migrationshintergrund erlitt einen ischämischen Schlaganfall mit daraus resultierendem Halbseitenneglect und weiteren Risikofaktoren. Sie lebt mit ihrem Ehemann zusammen, der mit der Situation überlastet ist und dessen Angst vor Stürzen dazu führt, dass die Klientin kaum mobilisiert wird. Dies führt wiederum zu Muskelabbau und weiteren Gesundheitsrisiken.

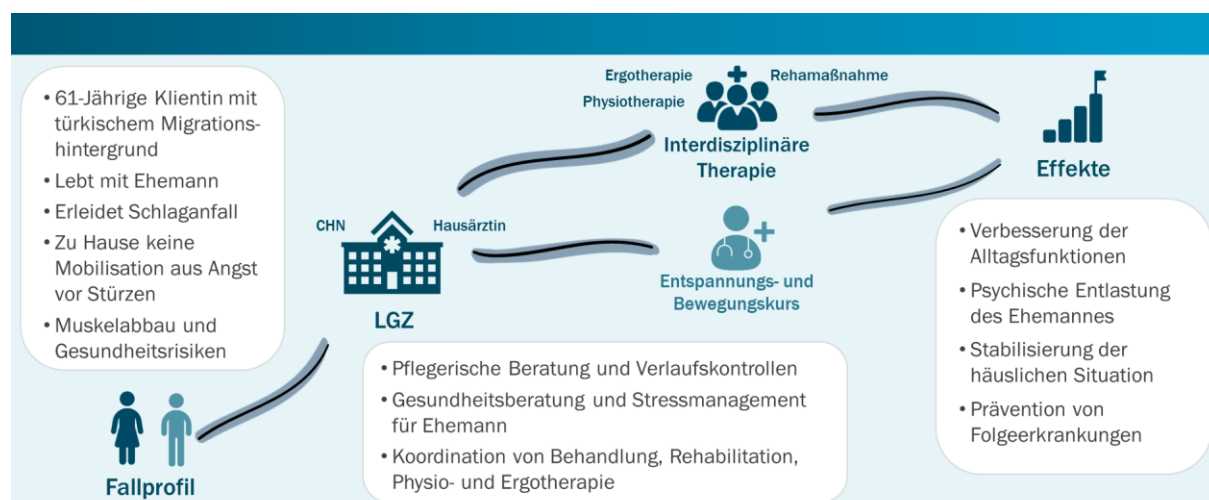


Abbildung 39: Fallbeispiel C2 (eigene Darstellung)

Die Unterstützung des LGZ für die Klientin und ihren Ehemann umfasste Verlaufskontrollen inklusive Erhebung des Barthel-Index (Verfahren zur standardisierten Erfassung der Selbstständigkeit in Aktivitäten des täglichen Lebens), pflegerische Beratung zum Umgang mit Symptomen, Stressmanagement, Rollenfindung innerhalb der Beziehung sowie krankheitsbezogene Aufklärung des Ehemannes. Zudem wurden Physiotherapie, Ergotherapie und Rehabilitationsmaßnahmen für die Klientin koordiniert. Darüber hinaus wurde auch der Ehemann medizinisch angebunden sowie an einen Entspannungs- und Bewegungskurs herangeführt.

Durch diese Maßnahmen zeigte sich eine Verbesserung der Selbstständigkeit im Alltag bei der Klientin und gleichzeitig eine Reduktion der psychischen Belastung des Ehemannes. Die koordinierte Versorgung diente der Prävention möglicher Folgeerkrankungen und half, die häusliche Situation zu stabilisieren.

Zusammenfassung

Die komplexen Fallbeispiele verdeutlichen, dass bei multiplen und miteinander verflochtenen Problemlagen ein deutlich erhöhter Zeit- und Koordinationsaufwand notwendig ist. Die LGZ, insbesondere die CHN, übernehmen hier eine Schlüsselrolle, indem sie nicht nur Zugänge sichern und Prozesse steuern, sondern auch klinisch relevante Risiken identifizieren, beispielsweise fehlerhafte Medikation, und präventive Maßnahmen einleiten, die Folgekosten und Krankheitslast reduzieren. Besonders wichtig ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit, die sowohl medizinische als auch psychosoziale Bedarfe integriert. Durch die Einbeziehung und Entlastung von Angehörigen sowie durch Maßnahmen der sozialen Teilhabe wird die Versorgung nachhaltig stabilisiert. Messbare Verbesserungen, beispielsweise mittels Barthel-Index, zeigen, dass LGZ zur funktionalen Erholung und zur Steigerung der Lebensqualität beitragen. Zugleich werden Hausärzt:innen, Fachärzt:innen und weitere Akteure durch die koordinierende Rolle des LGZ erheblich entlastet.

3.6.4 Schlussfolgerungen zum Einfluss der LGZ auf Versorgungspfade

Die dargestellten Fallvignetten zeigen eindrucksvoll die weitreichenden Effekte einer gezielten, koordinierten Versorgung auf. Die nachstehende Tabelle gibt einen strukturierten Überblick über die wichtigsten Effekte der LGZ-Versorgung, die sich ableiten lassen – von der direkten Unterstützung der Nutzenden und der gesundheitlichen und sozialen Stabilisierung ihrer Lage bis hin zur Entlastung des Gesundheits- und Sozialsystems.

Ebene	Effekte der LGZ-Versorgung	Beschreibung	Fallvignetten
Nutzende	Verbesserte Versorgungssituation	Individuelle Bedarfsabklärung und Priorisierung schaffen passgenaue Hilfestellungen, Pflege wird professionalisiert	A1, B1, B2, C1, C2
	Bessere Zugänglichkeit zu Leistungen	Überwindung von Barrieren beim Zugang zu medizinischen und sozialen Angeboten	A1, A2, B1, B2, C1, C2
	Psychosoziale Stabilisierung	Unterstützung in belastenden Lebenssituationen, Förderung von Selbstmanagement und Ressourcen	B1, B2, B3, C1, C2
	Prävention (Primär/ Sekundär/Tertiär)	Früherkennung und Vermeidung von Komplikationen z. B. durch Mehrfachmedikation	A2, B1, B3, C1, C2
	Erhöhte Lebensqualität	Angebote zur sozialen Teilhabe reduzieren Einsamkeit und fördern Wohlbefinden	A1, B1, B3, C1, C2
	Tragfähiges Unterstützungsnetzwerk	Einbindung von Angehörigen erfolgt bedarfsgerecht unter Berücksichtigung ihrer persönlichen Belastungsgrenzen	A1, C1, C2
System	Entlastung von Hausärzt:innen und Fachkräften	Zeitintensive Koordination und Beratung ausgelagert, Praxisressourcen werden geschont	A2, B1, B3, C1, C2
	Effizientere Nutzung von Ressourcen	Koordination vermeidet Doppeluntersuchungen, Fehl- oder Überversorgung	B1, C1
	Reduzierung von Krankenhausaufenthalten und Notfällen	Frühzeitige Interventionen verhindern Akutkrisen und Krankenhausaufenthalte	B3, C2
	Verbesserte Vernetzung der Versorgung	Klare Informationsweitergabe und Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Akteuren	B3, C1, C2
	Erhalt und Wiederherstellung von Arbeitsfähigkeit	Bedarfsorientierte und frühzeitige Unterstützung vermeidet oder verringert Ausfallzeiten bzw. fördert die Arbeitsfähigkeit der Klient:innen und/oder von Angehöriger	A1, B2

Aufseiten der Patient:innen führt die individuelle Bedarfsabklärung und Priorisierung zu passgenauen Hilfen, die weit über die reine medizinische Behandlung hinausgehen. Es wird eine bessere Zugänglichkeit zu Leistungen geschaffen, indem Barrieren wie beispielsweise sprachliche Hürden, unzureichende Gesundheitskompetenz oder fehlender Versicherungsschutz abgebaut und die Patient:innen in ihrem Zugang zu sozial- und gesundheitsbezogenen Angeboten direkt unterstützt werden. Die psychosoziale Stabilisierung durch das LGZ stellt einen weiteren entscheidenden Faktor dar, der zur Verbesserung des Selbstmanagements beiträgt und belastende Lebenssituationen abmildert. So kann vielfach nicht nur eine Verschlechterung des Gesundheitszustands verhindert werden, sondern auch die Lebensqualität der Betroffenen deutlich gesteigert werden.

Auf Systemebene zeigt sich vor allem ein positiver Effekt auf Hausärzt:innen und Fachkräfte, die durch die Auslagerung zeitintensiver Koordination und Beratung spürbar entlastet werden. Dies ermöglicht es den Praxen, sich effizienter auf die medizinische Kernversorgung zu konzentrieren. Gleichzeitig wird durch die engmaschige Abstimmung und Vernetzung der beteiligten Akteure eine bessere Nutzung vorhandener Ressourcen sichergestellt, beispielsweise durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen oder unnötigen Überweisungen. Die LGZ übernehmen hier eine zentrale Steuerungsfunktion, die die Kommunikation und Koordination zwischen den verschiedenen Akteuren einschließt. Frühzeitige Erkennung von Bedarfen und entsprechende Interventionen verhindern zudem Akutkrisen und Krankenhausaufenthalte, was nicht nur die Sicherheit der Patient:innen erhöht, sondern auch erhebliche Kosten für das Gesundheitssystem vermeidet.

Der wirtschaftliche Nutzen der LGZ-Versorgung lässt sich aufgrund der Fallvignetten als vielversprechend einschätzen, auch wenn eine genaue Quantifizierung herausfordernd bleibt. Die in den Fallvignetten dargestellten positiven Wirkungen legen jedoch den Schluss nahe, dass sich der Einsatz von qualifiziertem Personal und der zeitliche Aufwand im LGZ in vielen Fällen lohnen.

Insgesamt demonstrieren die Beispiele, dass die LGZ-Versorgung einen wertvollen Beitrag zu einem nachhaltigeren und effizienteren Gesundheitssystem leisten kann. Dennoch sind weitergehende Untersuchungen notwendig, um den genauen Umfang der Kosteneinsparungen und der Effekte in der Breite der Versorgung zuverlässig zu beziffern. Die bisherigen Ergebnisse geben jedoch Hinweise darauf, dass eine verstärkte Fokussierung auf koordinierte und interprofessionelle Betreuung insbesondere in komplexen Problemlagen sinnvoll ist und sowohl den individuellen Gesundheitsverlauf als auch die Nutzung von Ressourcen positiv beeinflussen kann.

3.7 Ergänzende Analyse zur Versorgungsinanspruchnahme und gesundheitlichen Lage der wohnnahen Bevölkerung

Im Rahmen der Evaluation wurde eine Analyse von Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg durchgeführt, um die Inanspruchnahme der Gesundheits- und Pflegeversorgung und die Krankheitslast in den Einzugsgebieten der LGZ zu beschreiben. Hierzu wurden ausgewählte Kennzahlen für die Zeit vor und nach dem Förderbeginn der LGZ berechnet und mit strukturähnlichen Stadtgebieten ohne LGZ-Standort in Hamburg verglichen.

Die Ergebnisse (siehe Anlage 5) zu den verschiedenen Kennzahlen erlauben Aussagen zu potenziellen Bedarfen sowie zur aktuellen Versorgungssituation der Bevölkerung in den Einzugsgebieten der LGZ: Es ist eine Zunahme von chronischen Erkrankungen, wie Diabetes mellitus (Typ 2) oder Hypertonie, und von altersbedingter Depression zu erkennen. Darüber hinaus weisen immer mehr Personen in den LGZ-Einzugsgebieten einen Pflegegrad auf und nehmen Pflegeleistungen in Anspruch. Dies lässt sich v. a. auf die Alterung der Bevölkerung zurückführen. Zeitgleich ist der Anteil älterer Menschen (ab 65 Jahren) mit einer potenziell inadäquaten Medikation gestiegen und insgesamt auf einem hohen Niveau. Vor diesem Hintergrund wäre es aus Sicht der Evaluatoren empfehlenswert, das Beratungs- bzw. Leistungsangebot der LGZ zu den Themen Pflege und Versorgung chronisch Erkrankter weiter auszubauen und zu schärfen. Des Weiteren deuten die Kennzahlen auf allgemein steigende Hausarztkontakte bei gleichzeitig sinkenden Facharztkontakten – wenngleich sich diese auf einem noch hohen Niveau befinden – hin. Hier wäre zu überprüfen, ob der Trend auf wünschenswerte Verlagerungseffekte in den primärärztlichen Bereich oder auf eine eingeschränkte fachärztliche Versorgung (z. B. bei der

Terminvergabe) zurückzuführen ist. An dieser Stelle könnten die LGZ mit ihrer Steuerungsfunktion einen wichtigen Beitrag leisten, um Personen mit schlechtem Zugang zur Versorgung zu beraten, einzuschätzen und bei Bedarf an passende haus- und fachärztliche Kooperationspartner zu vermitteln.

Zur Wirksamkeit der LGZ im Sinne eines besseren Zugangs zur Versorgung und einer besseren Steuerung in der Regelversorgung lassen sich zum jetzigen Zeitpunkt keine zuverlässigen Aussagen ableiten. Dies ist vor allem auf die unterschiedlichen Aufbaustadien der LGZ und die insgesamt kurze Beobachtungszeit, in der die LGZ ihre Arbeit aufgenommen haben, zurückzuführen. In der kurzen Beobachtungszeit ist die Zahl der LGZ-Nutzenden im Vergleich zur Zahl der im LGZ-Einzugsgebiet wohnhaften Patient:innen der haus- oder fachärztlichen Versorgung als verhältnismäßig gering zu bewerten, weshalb Veränderungen im Versorgungsgeschehen in den LGZ-Einzugsgebieten nicht gesichert auf die Arbeit der LGZ zurückgeführt werden können.

In diesem Kontext ist jedoch auch festzuhalten, dass die Regelversorgung der in den LGZ-Einzugsgebieten wohnhaften Bevölkerung – zumindest in Hinblick auf die ausgewählten Kennzahlen – nicht erkennbar schlechter zu bewerten ist als in strukturähnlichen Stadtgebieten oder mitunter auch im Vergleich zur Stadt Hamburg. Trotz der Einschränkungen in der Interpretierbarkeit der bisherigen Wirkung der LGZ, eignet sich die initiierte Routinedatenanalyse durchaus als Ausgangspunkt – im Sinne einer to-Messung – für künftige Folgeevaluationen.

4 Diskussion

4.1 Ergebnisdiskussion vor dem Hintergrund der Förderziele

Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung in belasteten Quartieren

Die LGZ sind gezielt in statusniedrigen statistischen Gebieten verortet und die Inanspruchnahme des Angebots ist ohne Zugangshürden möglich. Dadurch erreichen sie insbesondere auch Bevölkerungsgruppen, die sonst nicht oder nur schwer den Weg in das klassische Versorgungssystem finden. Die LGZ bieten damit die Chance, die gesundheitliche Versorgung in sozial und gesundheitlich belasteten Quartieren zu unterstützen.

Die dokumentierten Beratungsthemen mit einem hohen Anteil an medizinischen Themen sowie die Fallvignetten verdeutlichen, dass die Beratungsangebote der LGZ Zugang zu medizinischer Behandlung ermöglichen oder bestehende Behandlungspfade optimieren konnten. Besonders hilfreich sind dabei die verständliche Orientierungshilfe, die persönliche Begleitung in komplexen Situationen sowie die Unterstützung beim Überwinden administrativer und sozialer Hürden. Darüber hinaus wirken die psychosozialen Unterstützungsleistungen der LGZ entlastend und stabilisierend.

Einen Beitrag leisten sie im Sinne der Entlastung einzelner Leistungserbringender, indem sie Anfragen vorsortieren, psychosoziale Anliegen abfedern und Ratsuchende zielgerichtet weiterleiten. Insgesamt lässt sich ableiten, dass die LGZ dazu beitragen können, den Zugang zu bestehenden medizinischen Strukturen zu erleichtern und Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine Voraussetzung für stabile gesundheitliche Entwicklungen darstellen.

Förderung von sektorenübergreifenden Versorgungsansätzen zur Verbesserung der Patientenversorgung

Die LGZ tragen zur sektorenübergreifenden Versorgung im Sinne der abgestimmten Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer im Gesundheitssystem bei. Sie begleiten Ratsuchende bei Übergängen zwischen Leistungserbringern, etwa beim Weg von der hausärztlichen Erstberatung in spezialisierte medizinische Diagnostik. Diese Form der Navigation unterstützt insbesondere Personen mit geringer Gesundheitskompetenz und stellt Versorgungskontinuität sicher. Sektorenübergreifende Kooperation zeigt sich zudem in den dokumentierten Zuweisungen und Vermittlungen innerhalb des Gesundheitswesens. Die Steuerungsfunktion der LGZ kann somit verhindern, dass parallele oder widersprüchliche Interventionen entstehen.

An einzelnen Standorten sind darüber hinaus Ansätze zur Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung wie Qualitätszirkel und interprofessionelle Fallkonferenzen etabliert. Im Rahmen entsprechender Formate wurde der Austausch zwischen verschiedenen medizinischen Professionen und Versorgungsebenen systematisch unterstützt. Diese Formate tragen zur gemeinsamen Problemlösung, zur Fallkoordination und zur Abstimmung von Zuständigkeiten zwischen den beteiligten Akteuren bei. Insgesamt zeigt sich hinsichtlich des Beitrags der LGZ zur sektorenübergreifenden Versorgung noch Potenzial, etwa bei standardisierten Austausch- und Überweisungsformaten und durch eine engere Kooperation mit stationären Versorgungseinrichtungen.

Verbesserung der Patientenorientierung durch lokal organisierte Zentren

Die Arbeit der LGZ ist in hohem Maße auf die Bedürfnisse der Patient:innen ausgerichtet. Die räumliche Nähe zu den Lebenswelten der Bevölkerung und die enge Orientierung an den Bedarfen der Bevölkerung schafft besonders niedrigschwellige Zugänge, die an anderen Stellen im Versorgungssystem oft fehlen. Zentrales Merkmal der patientenorientierten Versorgung in den LGZ ist zudem die Flexibilität der Beratungsorganisation. Die Kombination aus offenen Sprechstunden und Terminangeboten ermöglicht es, sowohl akute Anliegen als auch längerfristige Begleitbedarfe angemessen abzudecken. Die Möglichkeit, eine kontinuierliche Beziehung zu einer festen Beratungsperson aufzubauen, fördert Vertrauen und Kontinuität in der Versorgung. Die dokumentierten Beratungsthemen in Verbindung mit soziodemografischen Daten der Nutzendenbefragung weisen darauf hin, dass sich die Angebote der LGZ auch inhaltlich stark an den Bedarfen der Zielgruppe orientieren. Eine Besonderheit der LGZ-Versorgung ist hierbei die Versorgung weit über die Grenzen der Versorgungssektoren und der Sozialgesetzbücher hinaus (siehe Kapitel 3.1.3 zur Verteilung der Beratungsthemen nach SGB), was den ganzheitlichen Ansatz der LGZ widerspiegelt.

Darüber hinaus tragen die LGZ wesentlich zur Stärkung der navigationalen Gesundheitskompetenz der Ratsuchenden bei. Durch persönliche Begleitung, verständliche Informationsvermittlung und gezielte Unterstützung bei der Orientierung im Versorgungssystem werden Patient:innen befähigt, gesundheitliche Entscheidungen informierter zu treffen und eigenständig passende Versorgungsangebote aufzusuchen.

Optimierungsbedarf besteht hinsichtlich des zeitlichen Zugangs zum Beratungsangebot der LGZ. So würde es die Zugänglichkeit erhöhen, wenn für die Beratung bzw. die offenen Sprechstunden auch Zeitfenster außerhalb üblicher Arbeits- bzw. Unterrichtszeiten zur Verfügung stünden. Dies

würde die Patientenorientierung und die Förderung navigationaler Gesundheitskompetenz weiter stärken. Gleichzeitig wäre dafür aber auch eine Verstärkung der Personaldecke erforderlich.

Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit von lokalen Beratungsstrukturen

In den Stadtteilen, in denen die LGZ angesiedelt sind, besteht bereits eine Vielzahl an Beratungsangeboten, darunter Sozial-, Pflege-, psychosoziale, Sucht- und Schuldnerberatung. Dennoch fällt es Ratsuchenden häufig schwer, sich im komplexen Hilfesystem zurechtzufinden und geeignete Ansprechstellen zu identifizieren. Zudem sind die bestehenden Angebote bislang in unterschiedlichem Maße miteinander vernetzt.

Da Herausforderungen im Alltag, beispielsweise finanzielle oder psychische Belastungen, Pflegeanforderungen oder Wohnungsnot, oft eng miteinander verbunden sind, gewinnen fachübergreifende Ansätze zunehmend an Bedeutung. Die LGZ können hier eine koordinierende Rolle übernehmen, indem sie vorhandene Strukturen sichtbar machen, Anspruchswege bündeln und Kooperationen zwischen Akteuren fördern. Auf diese Weise wird die bislang häufig trägerbezogene Logik schrittweise durch eine bedarfsorientierte, lebenslagenbezogene Perspektive ersetzt. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit trägt dazu bei, redundante Beratungsleistungen zu vermeiden und Übergänge zwischen verschiedenen Versorgungs- und Unterstützungsbereichen zu erleichtern.

Die LGZ haben Räume für Austausch und Abstimmung geschaffen, die mittelfristig zu einer verbesserten Koordination führen können. Ihre Kontakte zu Wohlfahrtsverbänden, Familienberatungsstellen, sozialpsychiatrischen Diensten, Fachstellen für Wohnungsnotfälle, Sprachkursanbietern oder pflegebezogenen Beratungen zeigen, dass die LGZ zunehmend als niedrigschwellige Knotenpunkte fungieren, die Ratsuchenden Orientierung geben, sie in geeignete Unterstützungsangebote vermitteln und Übergänge zwischen Hilfesystemen erleichtern.

Förderung von sozialer Querschnitts- bzw. Primärberatung zur Verbesserung der sozialen Situation

Die LGZ leisten einen substanziellen Beitrag zur Verbesserung der sozialen Situation der Ratsuchenden, indem sie soziale Querschnitts- bzw. Primärberatung systematisch als Grundlage der Versorgungsarbeit einsetzen. Ein hoher Anteil der Beratungsthemen betrifft finanzielle Absicherung, Pflege, Sprach- und Verständnishürden, familiäre Belastungen sowie psychosoziale Spannungen und damit Faktoren, die zentrale soziale Determinanten von Gesundheit darstellen. Die LGZ adressieren diese Problemlagen durch niedrigschwellige und zum Teil mehrsprachige Beratungsangebote sowie durch praktische Unterstützung, etwa beim Ausfüllen von Formularen, der Klärung von Leistungsansprüchen oder bei der Vermittlung in passende Unterstützungsstrukturen.

Besonders hervorzuheben ist der Empowerment-Ansatz („Hilfe zur Selbsthilfe“). Die LGZ schaffen Einstiege in komplexe Systeme und begleiten Ratsuchende so lange, bis sie die nötigen Schritte eigenständig bewältigen können. Diese Unterstützung stabilisiert soziale Lebenslagen nachhaltig und fördert soziale Teilhabe.

Die LGZ in Hamburg haben die Förderziele somit weitgehend erreicht und stellen einen wirkungsvollen Ansatz dar, um Primärversorgung stärker sozialraumorientiert, niedrigschwellig sowie sektoren-, professions- und SGB-übergreifend zu gestalten.

4.2 Methodendiskussion

Der Einbezug der LGZ-Mitarbeitenden von der Planung der Datenerhebung bis hin zur Interpretation der Ergebnisse im Sinne eines partizipativen Ansatzes wesentlich zur validen Kontextualisierung und Praxisrelevanz der Ergebnisse bei. Die über mehrere Jahre angelegte Begleitung erlaubte die Abbildung von Entwicklungen und Veränderungen im Verlauf der LGZ-Implementierung über den Status quo hinaus.

Eine Herausforderung ergab sich aus der Heterogenität der LGZ-Standorte hinsichtlich Start- und Rahmenbedingungen, Angeboten, Zielgruppen, personellen Ressourcen und Dokumentationspraktiken, die das Anlegen einheitlicher Bewertungsmaßstäbe erschweren. Gleichzeitig bietet genau diese Vielfalt eine große Chance für zusätzlichen Erkenntnisgewinn im Rahmen der Evaluation: Durch die Gegenüberstellung werden kontextspezifische Erfolgsfaktoren sichtbar, die gezielt für die Weiterentwicklung bestehender und zukünftiger LGZ genutzt werden können.

Hinsichtlich der Interviews mit Netzwerkpartnern stellt der Fokus auf Akteure, die aktiv mit den LGZ zusammenarbeiten, eine Limitation dar. Kritischere Stimmen oder Akteure mit geringerem Kooperationsgrad waren seltener vertreten, was die Vielfalt der Perspektiven in Teilen einschränkte. Dennoch liefern die geführten Interviews wertvolle Informationen zur Qualität der Netzwerkarbeit und zu den Bedingungen erfolgreicher Kooperation. Ergänzende Einschätzungen der LGZ-Mitarbeitenden und die Gegenüberstellung unterschiedlicher Standorte trugen dazu bei, fehlende Perspektiven zu kontextualisieren und so ein ausgewogenes Gesamtbild zu gewährleisten.

Insgesamt zeigt sich, dass die methodische Vielfalt der Evaluation sowohl zur Tiefe als auch zur Robustheit der Befunde beigetragen hat. Trotz einzelner struktureller Herausforderungen bietet die Kombination der verschiedenen Erhebungsansätze ein ausgewogenes, praxisnahes und theoretisch fundiertes Gesamtbild der LGZ-Arbeit.

5 Handlungsempfehlungen und Impulse zur Weiterentwicklung

5.1 Wege zum Erfolg – Best Practices der LGZ-Arbeit

Auf Grundlage der empirischen Befunde der Begleitevaluation werden in diesem Abschnitt Erfolgsfaktoren identifiziert und übergreifende Empfehlungen formuliert. Sie können als Impulse für die Weiterentwicklung der bestehenden LGZ-Standorte sowie als Orientierung bei der Etablierung neuer LGZ in Hamburg oder in anderen Bundesländern dienen. Sie beziehen sich auf die zentralen Phasen Planung, Umsetzung, Monitoring und Erfolgsmessung von LGZ sowie auf relevante Rahmenbedingungen. Konkrete Empfehlungen zu den bestehenden LGZ-Standorten befinden sich darüber hinaus in Anlage 3 im Anhang.

5.1.1 Trägerschaft und Governance-Strukturen

Erfolgsfaktoren

Die Wahl geeigneter Träger und die Ausgestaltung der Governance-Strukturen stellen zentrale Voraussetzungen für den erfolgreichen Aufbau und die nachhaltige Etablierung von LGZ dar. Unter den aktuellen Bedingungen eignen sich insbesondere Trägerorganisationen, die bereits über relevante Angebote und ein bestehendes Netzwerk im Bereich der gesundheitlichen und sozialen Versorgung verfügen. Dies erleichtert die Einrichtung verbindlicher interner Verweisstrukturen und beschleunigt die Anbindung der LGZ an externe Versorgungsangebote.

Ein weiterer Erfolgsfaktor liegt in der strategischen Ausrichtung des Trägers: Ein klarer Fokus auf bestimmte Zielgruppen kann die Profilbildung des LGZ unterstützen, sollte jedoch bewusst in die Auswahlentscheidung einbezogen werden.

Auch die vorhandene Infrastruktur spielt eine entscheidende Rolle. Dazu zählen ausreichende räumliche Kapazitäten sowie funktionale, möglichst standardisierte Dokumentationssysteme. Ergänzend wirkt sich eine bereits etablierte Kultur der interprofessionellen Zusammenarbeit positiv aus, da bestehende Kooperationsstrukturen als Fundament für die Weiterentwicklung der LGZ dienen können.

Handlungsempfehlungen

Für die Auswahl und Entwicklung von Trägerstrukturen sollte gezielt auf Organisationen mit vorhandenen Versorgungsangeboten und gewachsenen Netzwerken zurückgegriffen werden. Dabei ist sicherzustellen, dass sowohl interne Verweisprozesse als auch die externe Vernetzung systematisch unterstützt und weiterentwickelt werden.

Zudem empfiehlt es sich, die inhaltliche Ausrichtung des Trägers frühzeitig zu reflektieren und mit den Zielsetzungen des LGZ abzugleichen, um Zielkonflikte zu vermeiden und Synergien zu nutzen.

Ein besonderes Augenmerk sollte auf die technische und räumliche Ausstattung gelegt werden. Insbesondere sind einheitliche und leistungsfähige digitale Dokumentationssysteme bereitzustellen, um effiziente Prozesse und organisationsübergreifende Transparenz zu gewährleisten.

Die Erfahrungen in den untersuchten Hamburger LGZ zeigen, dass zur Umsetzung eines LGZ entsprechend der Förderrichtlinie sehr unterschiedliche Trägerstrukturen geeignet sein können. Idealerweise betreibt ein Träger mehrere LGZ an verschiedenen Standorten. Dies ermöglicht Synergieeffekte (z. B. bei der Entwicklung von digitalen Tools, KPI, Produktinnovationen und Personalentwicklung) und gleichermaßen das bedarfsorientierte Verschieben von Personalressourcen. Dies ist vor allem deshalb von Bedeutung, da die LGZ aufgrund der geringen Personaldecke (0,5 VZÄ für CHN und 0,5 bis 1 VZÄ für Sozialarbeit) hoch vulnerabel bei Ausfällen für die Aufrechterhaltung des Betriebes sind. Einzelne LGZ-Standorte erreichen in der aktuellen Form vermutlich nicht die kritische Größe für eine ökonomische Betriebsführung, sofern sie nicht an eine größere Organisation angegliedert sind.

Um LGZ als eigenständige Organisationsform in der gesundheitlichen und sozialen Versorgungslandschaft zu verankern, ist der Gesetzgeber gefordert, Rahmenbedingungen zu schaffen, die Hilfskonstrukte in Bezug auf die Trägerschaft, Organisationsstruktur etc. obsolet machen oder wesentlich erleichtern.

5.1.2 Planung

Bestands- und Bedarfsanalyse

Erfolgsfaktoren

Eine sorgfältige Bestands- und Bedarfsanalyse bildet eine wichtige Grundlage für die wirkungsorientierte Planung von LGZ. Dabei gilt es, sowohl bestehende Angebote von Akteuren aus dem Gesundheits- und Sozialbereich als auch Merkmale der lokalen Bevölkerungsstruktur systematisch zu erfassen. Nur wenn diese beiden Perspektiven zusammengeführt werden, kann ein realitätsnahes Bild der Versorgungssituation entstehen.

Ein weiterer wesentlicher Erfolgsfaktor liegt in der zielgruppenspezifischen Ableitung von Bedarfen. Die differenzierte Betrachtung einzelner Bevölkerungsgruppen, wie älterer Menschen, Personen mit Migrationshintergrund oder Familien, ermöglicht eine passgenaue Ausrichtung der Angebote und erhöht die Wirksamkeit der Maßnahmen.

Zudem trägt eine hohe Transparenz über relevante Netzwerkpartner und vorhandene Ressourcen im Sozialraum maßgeblich zum Erfolg bei. Eine vollständige und aktuelle Übersicht der Akteure erleichtert nicht nur die Orientierung, sondern bildet auch die Grundlage für funktionierende Kooperationen und eine koordinierte Versorgung.

Handlungsempfehlungen

Für die Planung von LGZ sollte eine strukturierte und datenbasierte Bestands- und Bedarfsanalyse durchgeführt werden. Dabei empfiehlt es sich, auf bestehende Instrumente wie die kommunale Gesundheits- und Sozialberichterstattung zurückzugreifen und diese durch qualitative Einschätzungen aus dem lokalen Kontext zu ergänzen.

Ein wesentlicher Schritt für die Weiterentwicklung des Grundkonzeptes der LGZ (und der Primärversorgung insgesamt) ist die Entwicklung standardisierter Planungstools zur Ermittlung optimaler Betriebsgrößen und geeigneter räumlicher Ausdehnungen. Dies stellt keine Aufgabe auf Ebene der Länder dar, sondern auf Ebene des Bundes. Idealerweise sollten hierfür digitale Standardtools entwickelt werden, die gleichermaßen den Bedarf ermitteln und die Performance messen (KPI).

Zentral ist zudem die enge Einbindung relevanter institutioneller Akteure, insbesondere der Bezirksämter, Gesundheitsämter sowie weiterer lokaler Einrichtungen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich. Der kontinuierliche Austausch mit diesen Akteuren verbessert die Datenlage und erhöht die Akzeptanz der späteren Maßnahmen.

Darüber hinaus sollte frühzeitig eine systematische Übersicht aller relevanten Netzwerkpartner erstellt und fortlaufend gepflegt werden. Diese sollte zentrale Akteure wie Haus- und Fachärzt:innen, Pflegedienste, den Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie soziale Träger umfassen. Auf dieser Basis können Versorgungslücken identifiziert und gezielt adressiert sowie Kooperationen strategisch aufgebaut und weiterentwickelt werden. Eine vollständige Übersicht an Kooperationen und Anlaufstellen, die sich in der LGZ-Arbeit als sinnvoll erwiesen haben, findet sich in Anlage 7.

Lage und Räumlichkeiten

Erfolgsfaktoren

Die Lage und räumliche Ausgestaltung eines LGZ haben maßgeblichen Einfluss auf die Erreichbarkeit und Niedrigschwelligkeit des Angebots. Ein zentral gelegener Standort im Stadtteil, der gut zu Fuß oder mit dem öffentlichen Personennahverkehr erreichbar ist, erhöht die Zugänglichkeit erheblich.

Ein weiterer Erfolgsfaktor besteht in der Einbettung in bestehende soziale Strukturen. Standorte in der Nähe bereits etablierter und von der Zielgruppe frequentierter Einrichtungen, etwa Beratungsstellen oder soziale Treffpunkte, begünstigen die Inanspruchnahme der Angebote. Auch die räumliche Nähe zu weiteren relevanten Versorgungsangeboten wirkt sich positiv aus.

Eine funktionale und zugleich nutzerorientierte Raumgestaltung ist ebenfalls entscheidend. Räumlich getrennte Beratungs- und Wartebereiche gewährleisten Diskretion und Datenschutz, während eine offene und einladende Atmosphäre die Niedrigschwelligkeit unterstützt. Werden Beratungs- und medizinische Angebote unter einem Dach gebündelt, stärkt dies zudem die interprofessionelle Zusammenarbeit und erleichtert Übergänge für die Nutzenden.

Darüber hinaus stellt die Barrierefreiheit der Räumlichkeiten einen wesentlichen Erfolgsfaktor dar. Ergänzend ermöglicht die Verfügbarkeit eines Gruppenraums eine Erweiterung des Leistungsspektrums, etwa durch Informationsveranstaltungen, Gruppenangebote oder Fallkonferenzen.

Handlungsempfehlungen

Bei der Standortwahl sollte gezielt auf eine zentrale und gut erreichbare Lage im Sozialraum geachtet werden. Dabei ist sicherzustellen, dass das LGZ sowohl fußläufig als auch mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut zugänglich ist. Insbesondere Krankenhäuser könnten sich als geeignete Standorte für LGZ erweisen, was gleichzeitig die sektorenübergreifende Versorgung weiter stärkt.

Es empfiehlt sich, das LGZ bewusst in räumlicher Nähe zu bereits etablierten und gut frequentierten Angeboten zu verorten oder in bestehende Strukturen zu integrieren. Dies erleichtert den Zugang für die Zielgruppen und fördert Synergien mit anderen Akteuren im Sozialraum.

Bei der räumlichen Planung ist auf eine klare funktionale Trennung von Beratungs- und Wartebereichen zu achten, um sowohl Diskretion als auch eine angenehme Aufenthaltsqualität zu gewährleisten. Gleichzeitig sollte geprüft werden, inwiefern eine räumliche Bündelung unterschiedlicher Versorgungsangebote umgesetzt werden kann, um interprofessionelle Zusammenarbeit zu stärken.

Zudem ist eine konsequent barrierefreie Gestaltung der Räumlichkeiten sicherzustellen. Hierzu zählen insbesondere ebenerdige Zugänge sowie ausreichend dimensionierte Räume. Ergänzend sollte, sofern möglich, ein separater Gruppenraum eingeplant werden, um das Angebotsspektrum flexibel erweitern und unterschiedliche Formate wie Informationsveranstaltungen oder Gruppenangebote realisieren zu können.

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Erfolgsfaktoren

Die interprofessionelle Zusammenarbeit stellt einen wesentlichen Erfolgsfaktor der LGZ-Arbeit dar. Entscheidend ist dabei ein multiprofessionell zusammengesetztes Team, das Kompetenzen aus Medizin, Pflege und Sozialarbeit integriert. Eine entsprechende Teamzusammensetzung war bereits in der ersten Förderrichtlinie Voraussetzung, was wesentlich zum Erfolg beitrug. Als besonders relevante Kompetenzen stellten sich Fähigkeiten in der umfassenden Anamnese, Gesprächsführung sowie fundierte Kenntnisse des Sozialrechts zur Steuerung komplexer Versorgungsprozesse dar. Ergänzend wirken interkulturelle, sprachliche und Case-Management-Kompetenzen unterstützend.

Als besonders geeignet für die beratende Tätigkeit erweisen sich akademisierte Pflegekräfte (z. B. Community Health Nurses) sowie Sozialarbeiter:innen, ergänzt durch psychologische Expertise. Die Einbindung kooperierender Haus- und Fachärzt:innen (perspektivisch auch als integraler Bestandteil von LGZ) sichert die notwendige medizinische Versorgungskompetenz.

Ein weiterer Erfolgsfaktor liegt in der räumlichen Nähe der beteiligten Professionen, da sie Abstimmungen erleichtert und Verweisprozesse beschleunigt. Ebenso entscheidend sind strukturierte Austauschformate, die sowohl kurzfristige fallbezogene Abstimmungen als auch vertiefte Fallkonferenzen umfassen. Diese fördern die Beratungsqualität und die interne Koordination.

Unterstützt wird die Zusammenarbeit darüber hinaus durch flexible und datenschutzkonforme Kommunikationswege sowie eine gemeinsam genutzte Dokumentation, die Transparenz schafft und Abstimmungsprozesse vereinfacht, auch über Organisationsgrenzen hinweg.

Schließlich tragen klar definierte Rollen und Zuständigkeiten bei gleichzeitiger Flexibilität in der Aufgabenwahrnehmung wesentlich zum Erfolg bei.

Handlungsempfehlungen

Beim Aufbau von LGZ sollte gezielt auf die Zusammenstellung eines multiprofessionellen Teams geachtet werden, das die zentralen Kompetenzen aus Medizin, Pflege und Sozialarbeit abdeckt. Dabei sind insbesondere Qualifikationen und Kenntnisse in Anamnese, Beratung, Sozialrecht und Case Management zu berücksichtigen.

Es empfiehlt sich, akademisierte Pflegekräfte und Fachkräfte aus dem Bereich der Sozialarbeit in zentralen Beratungsrollen einzusetzen und diese bei Bedarf durch psychologische Expertise zu ergänzen. Zudem sollte ärztliche Expertise eingebunden werden. Im ersten Schritt kann dies über verbindlich kooperierende Praxen erfolgen, perspektivisch sollte medizinische Primärversorgung ein fester Leistungsbestandteil von LGZ sein. Letzteres schließt weiterhin bestehende Kooperationen mit haus- und fachärztlichen Praxen aber nicht aus.

Zur Förderung der Zusammenarbeit sollte eine räumliche Bündelung der Professionen angestrebt werden. Ergänzend sind verbindliche, regelmäßig stattfindende Austauschformate zu etablieren, die sowohl operative Fallbesprechungen als auch strategische Abstimmungen umfassen. Die Anschluss-Förderrichtlinie der LGZ greift diese Erkenntnis bereits auf, indem darin verbindliche Fallkonferenzen unter Beteiligung der drei Kernprofessionen aufgenommen wurden.

Zudem sollten niedrigschwellige, datenschutzkonforme Kommunikationswege implementiert werden, um eine flexible Abstimmung im Arbeitsalltag zu ermöglichen. Parallel dazu ist eine gemeinsame, einheitliche Dokumentationsbasis sicherzustellen.

Die Rollen und Zuständigkeiten im Team sind klar zu definieren und an den jeweiligen Qualifikationen auszurichten. Gleichzeitig sollte bewusst Raum für eine flexible, bedarfsorientierte Aufgabenverteilung geschaffen werden. Mitarbeitende sind entsprechend zu qualifizieren, um im definierten Rahmen auch professionsübergreifend tätig werden zu können.

Darüber hinaus ist festzulegen, dass die Koordination im Einzelfall klar einer verantwortlichen Person zugewiesen wird, in der Regel der primär beratenden Fachkraft. Zur Unterstützung dieser Entscheidungen sollten teamintern verbindliche Abstimmungsregeln und Austauschprozesse etabliert werden.

5.1.3 Umsetzung

Angebotsstruktur

Erfolgsfaktoren

Eine bedarfsgerechte und wirksame Angebotsstruktur im LGZ setzt eine konsequente Orientierung an der vorangestellten Bestands- und Bedarfsanalyse voraus. Diese ermöglicht eine realistische Einordnung der lokalen Versorgungslandschaft, verhindert Doppelstrukturen und schafft die Grundlage für gezielte Ergänzungen bestehender Angebote. Ein wesentlicher Erfolgsfaktor liegt dabei in der Fähigkeit, Versorgungslücken systematisch zu identifizieren und gezielt zu schließen, insbesondere in Bereichen wie psychosozialer Beratung oder Unterstützung bei Antragstellungen.

Zentral ist zudem die klare inhaltliche und methodische Ausrichtung der Angebote an den lokalen Zielgruppen. Je nach Standort können dies insbesondere Familien, Menschen mit Migrationshintergrund, ältere Menschen oder Leistungsbeziehende nach SGB II sein. Damit verbunden ist die Sicherstellung ausreichender sprachlicher und interkultureller Kompetenzen im Team sowie der geregelte Zugang zu professioneller Sprachmittlung.

Ein weiterer Erfolgsfaktor umfasst die Fokussierung des Kernangebots auf komplexe Versorgungsbedarfe, insbesondere im Umgang mit chronischen Erkrankungen, psychischen Belastungen sowie der Navigation im Gesundheits- und Sozialsystem. Die Kombination multipler Problemlagen erfordert dabei eine strukturierte, koordinierende Versorgungslogik, in der Gesundheits- und Sozialberatung sowie Care und Case-Management eng verzahnt sind.

Ergänzend trägt eine differenzierte Kategorisierung von Unterstützungsbedarfen nach Komplexitätsgraden wesentlich zur Steuerungsfähigkeit des Angebots bei. Ebenso erhöhen modulare Zusatzangebote wie Pflegesprechstunden, Familienberatung oder psychologische Unterstützung die Passgenauigkeit, insbesondere wenn diese flexibel intern oder über Netzwerkpartner bereitgestellt werden.

Schließlich stellt die Vielfalt der Zugangs- und Beratungsformate einen zentralen Erfolgsfaktor dar. Niedrigschwellige Kurzberatungen, strukturierte Terminangebote sowie aufsuchende Formate wie Hausbesuche ermöglichen eine differenzierte Ansprache unterschiedlicher Zielgruppen. Ergänzend fördern Gruppen- und Veranstaltungsformate nicht nur Effizienz, sondern auch soziale Teilhabe und Vernetzung.

Handlungsempfehlungen

Die Angebotsplanung sollte konsequent auf Basis einer fundierten Bestands- und Bedarfsanalyse erfolgen, um vorhandene Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen und gezielt zu ergänzen. Dabei ist sicherzustellen, dass LGZ-Angebote primär dort ansetzen, wo bestehende Versorgungslücken identifiziert wurden.

Es empfiehlt sich, die Angebote systematisch an den spezifischen Bedarfen der lokalen Zielgruppen auszurichten. Dazu sollten insbesondere sprachliche und interkulturelle Kompetenzen im Team gezielt aufgebaut sowie professionelle Sprachmittlung strukturell verfügbar gemacht werden.

Im Kern sollte das LGZ eine integrierte Gesundheits- und Sozialberatung mit angeschlossenem Case Management vorhalten. Diese sollte eng mit der medizinischen Primärversorgung über direkt eingebundene Ärzt:innen oder kooperierenden Praxen sowie mit weiteren Netzwerkakteuren verzahnt werden. Zur besseren Steuerung der Ressourcen empfiehlt sich die Einführung einer klaren Kategorisierung von Unterstützungsbedarfen nach Komplexität, beispielsweise orientiert an etablierten Case-Management-Modellen wie der Lotsengradeinteilung.

Ergänzend kann das Angebotsportfolio um spezialisierte Sprechstunden und Beratungsformate erweitert werden. Dabei ist zu prüfen, welche Leistungen intern vorgehalten werden und welche effizient über Kooperationen mit Netzwerkpartnern abgedeckt werden können.

Zudem sollte ein mehrstufiges Zugangssystem implementiert werden, das sowohl offene und niedrigschwellige Sprechstunden und Veranstaltungen als auch terminierte, strukturierte Beratungen umfasst. Hausbesuche sollten als ergänzendes Instrument gezielt für schwer erreichbare oder besonders vulnerable Zielgruppen eingesetzt werden.

Schließlich ist der Aufbau von Gruppen- und Informationsformaten systematisch zu planen, um wiederkehrende Themen effizient zu bearbeiten, Ressourcen zu bündeln und gleichzeitig soziale Teilhabe zu fördern.

Prozesse und Organisation

Erfolgsfaktoren

Eine stabile und leistungsfähige Organisation von LGZ setzt eine konsequente Definition und Standardisierung von Prozessen voraus. Besonders zentral ist dabei der Einsatz einer einheitlichen, verbindlich genutzten Dokumentationssoftware, die Transparenz schafft, Wissen systematisch sichert und die Verfügbarkeit von Informationen unabhängig von einzelnen Personen gewährleistet.

Ein weiterer Erfolgsfaktor betrifft die Verlässlichkeit in der interprofessionellen Zusammenarbeit, die wesentlich durch personelle Kontinuität geprägt wird. Wo diese gegeben ist, können eingespielte Abläufe und Routinen ihre volle Wirkung entfalten und die Zusammenarbeit stabilisieren. In diesem Zusammenhang leisten auch standardisierte Dokumentationsprozesse einen wichtigen Beitrag zur Nachvollziehbarkeit und Qualitätssicherung.

Darüber hinaus zeigen die Erfahrungen, dass tragfähige organisatorische Routinen und klar definierte Arbeitsabläufe die Zusammenarbeit auch unter erschwerten Bedingungen stabilisieren. Sie reduzieren Reibungsverluste und unterstützen die Kontinuität der Leistungserbringung.

Schließlich ist die organisatorische Leistungsfähigkeit der Gesamtstruktur ein entscheidender Erfolgsfaktor: Größere Einheiten oder Trägerstrukturen mit mehreren Standorten verfügen tendenziell über bessere Möglichkeiten, personelle Engpässe abzufedern und Ressourcen flexibel einzusetzen.

Handlungsempfehlungen

Für den Aufbau und Betrieb von LGZ sollte eine verbindliche Standardisierung zentraler Prozesse vorgenommen werden. Dazu gehört insbesondere die Einführung und konsequente Nutzung einer einheitlichen Dokumentationssoftware, die organisationsweit implementiert und verbindlich angewendet wird. Dies ermöglicht auch ein konsequentes Monitoring von Leistungsdaten und die Entwicklung von KPI zur Erfolgsmessung (siehe Kapitel 5.1.4).

Ergänzend sind klare organisatorische Abläufe, Routinen und Arbeitshilfen zu etablieren, die insbesondere in Situationen personeller Wechsel Stabilität gewährleisten und die Zusammenarbeit unterstützen. Dokumentationssysteme sollten dabei auch explizit als Instrument der Wissenssicherung und Kontinuitätsgewährleistung verstanden und entsprechend ausgestaltet werden.

Darüber hinaus ist bei der Personalplanung auf eine ausreichende personelle Ausstattung mit gewissen Redundanzen zu achten, um Ausfälle zumindest teilweise intern kompensieren zu können. Dies betrifft insbesondere kritische Funktionen innerhalb der LGZ-Struktur.

Schließlich sollte die organisatorische Strukturierung der Trägerschaft so gestaltet werden, dass Synergien zwischen Standorten genutzt werden können. Insbesondere bei größeren Trägerstrukturen empfiehlt sich der Aufbau von Mechanismen zur flexiblen standortübergreifenden Ressourcensteuerung, um personelle Engpässe systematisch abzufedern.

Netzwerkaktivitäten

Erfolgsfaktoren

Ein tragfähiger Netzwerkaufbau im Kontext der LGZ ist ein langfristiger, kontinuierlicher Prozess der Beziehungsarbeit, der sich perspektivisch in verbesserten Versorgungs- und Kooperationsstrukturen niederschlägt. Ein zentraler Erfolgsfaktor liegt dabei in einem klar definierten Rollen- und Selbstverständnis der LGZ nach außen, das konsistent kommuniziert wird und die Grundlage für Vertrauen im Netzwerk bildet.

Eine transparente Darstellung der Ziele und Arbeitsweise der LGZ trägt dazu bei, Vorbehalte einzelner Berufsgruppen abzubauen und Vertrauen zu stärken. Ergänzend kann eine standortübergreifende Öffentlichkeitsarbeit die Sichtbarkeit und Kohärenz des LGZ-Ansatzes erhöhen.

Ein weiterer Erfolgsfaktor besteht in der Verfügbarkeit strukturierter Netzwerkübersichten, die eine systematische Erfassung und Weiterentwicklung von Kooperationen ermöglichen und als Grundlage für den gezielten Ausbau des Netzwerks dienen.

Auf Fallebene ist die niedrigschwellige und flexible Erreichbarkeit von Netzwerkpartnern entscheidend, um eine schnelle Abstimmung sicherzustellen. Ebenso wichtig ist eine klare Arbeitsteilung mit definierten Zuständigkeiten, die Doppelstrukturen vermeidet und die Zusammenarbeit effizient gestaltet. Standardisierte Überweisungs- und Kommunikationsstrukturen sowie gemeinsame Dokumentationsformen unterstützen diesen Prozess zusätzlich.

In komplexen Fällen tragen strukturierte Fallbesprechungen und Qualitätszirkel mit allen Beteiligten wesentlich zur Qualitätssicherung bei, da sie den interprofessionellen Austausch fördern und eine kontinuierliche Reflexion der Zusammenarbeit ermöglichen.

Auf stadtteilbezogener Ebene stellt schließlich die enge Einbindung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie lokaler Gremien und Arbeitsgemeinschaften einen wichtigen Erfolgsfaktor dar, da hierdurch bestehende Strukturen genutzt und komplementäre Angebote besser abgestimmt werden können.

Handlungsempfehlungen

Der Aufbau von LGZ-Netzwerken sollte als kontinuierlicher Prozess der Beziehungspflege und strategischen Kommunikation verstanden werden. Voraussetzung ist ein klar definiertes Rollenverständnis der LGZ, das in der externen Kommunikation konsistent vermittelt wird.

Für die Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit empfiehlt sich eine systematische, fortlaufende Kommunikation mit allen relevanten Akteuren. Dabei sollten bestehende Netzwerkpartner regelmäßig über Angebote informiert und neue Akteure gezielt über Ziele und Arbeitsweise der LGZ aufgeklärt werden, um Vertrauen aufzubauen und Kooperationen zu erleichtern. Eine standort-übergreifende Kommunikationsstrategie kann hierbei unterstützend wirken.

Zur strukturellen Weiterentwicklung des Netzwerks sollte eine zentrale, kontinuierlich gepflegte Übersicht aller Kooperationen genutzt werden, die als Grundlage für die gezielte Erweiterung und Evaluation des Netzwerks dient.

Auf operativer Ebene ist eine regelmäßige Aktualisierung und zentrale Pflege von Kontaktdaten sicherzustellen, um schnelle Abstimmungen im Fallmanagement zu ermöglichen. Zudem sollte die Zusammenarbeit mit Netzwerkpartnern durch klar definierte Zuständigkeiten und standardisierte Prozesse strukturiert werden. Hierzu zählen insbesondere einheitliche Überweisungs- und Dokumentationsverfahren (z. B. Überweisungsscheine, Laufzettel oder geteilte digitale Dokumentationen), die eine reibungslose Fallsteuerung unterstützen und Doppelarbeit vermeiden.

Ergänzend sollten regelmäßige fallbezogene Besprechungen sowie strukturierte Fallkonferenzen etabliert werden, insbesondere bei komplexen Unterstützungsbedarfen. Darüber hinaus ist die Einführung von Qualitätszirkeln zur kontinuierlichen Reflexion der Zusammenarbeit empfehlenswert.

Auf stadtteilbezogener Ebene sollte die Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst frühzeitig und systematisch in die Implementierung eingebunden werden. Ebenso empfiehlt sich die aktive Teilnahme der LGZ an bestehenden lokalen Gremien und Arbeitsstrukturen.

Ergänzend kann geprüft werden, inwieweit LGZ eigene lokale Austauschformate oder Gesundheitsinitiativen initiieren können, um spezifische Bedarfe im Sozialraum gezielt aufzugreifen und die lokale Vernetzung weiter zu stärken.

5.1.4 Monitoring

Unter Monitoring wird im vorliegenden Kontext die systematische kontinuierliche Erfassung, Beobachtung und Auswertung von Leistungsdaten auf der Basis von Key Performance Indicators (KPI) verstanden, wie z. B. Kosten pro Beratungsgespräch und Beratungsgespräche pro Woche. In Kontexten wie den LGZ empfiehlt es sich, die KPI partizipativ zu entwickeln.

Mithilfe der Kennzahlen können Entwicklungen erkannt und bei Bedarf Maßnahmen zur Steuerung ergriffen werden. Im Folgenden werden zentrale Outputs und Outcomes benannt, die sich für ein systematisches Monitoring der LGZ eignen. Eine Voraussetzung dafür ist jedoch eine einheitliche Datenerhebung an allen LGZ-Standorten. Mithilfe der vorgeschlagenen Indikatoren sollen sowohl die quantitative Nutzung der Angebote als auch deren qualitative Wirkung auf die Zielgruppen abgebildet werden. Das folgende Minimalset praxisnaher Kenngrößen soll eine belastbare Bewertung und Steuerung der Aktivitäten und Ergebnisse ermöglichen.

Outputs (KPI)

- Anzahl und Art der Beratungskontakte
Die Leistungsfähigkeit der LGZ zeigt sich zunächst in der quantitativen Erfassung der Beratungen. Dazu gehört die Dokumentation der Anzahl und Art der Beratungskontakte, unterschieden nach Erst-, Folge- und Kurzberatungen als Grundlage für die Bewertung von Umfang und Intensität der Angebote.
- Verteilung der Beratungsthemen
Die Berücksichtigung der Themenverteilung nach sozialgesetzlichen und rechtlichen Fachgebieten erlaubt es, die Relevanz der einzelnen Beratungsinhalte für die Tätigkeit der LGZ-Beratenden besser zu verstehen, und gibt einen Hinweis auf die Bedarfe der Bevölkerung im jeweiligen Einzugsgebiet.
- Erreichte Zielgruppen
Zudem ist es essenziell, den Anteil der erreichten Zielgruppen, insbesondere nach Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund, zu erfassen, um die niedrigschwellige Ausrichtung und die Zielgruppenerreichung transparent zu machen.
- Abbau von Zugangsbarrieren
Der Grad der Umsetzung von Maßnahmen zur Verringerung von Zugangsbarrieren in den LGZ, etwa durch Sprachmittlung und angepasste Zugangsformen, ist ein wesentlicher Indikator, um die Zielsetzung der niedrigschwelligen Versorgung zu überprüfen.

Outcomes (KPI)

Die beschriebenen Outputs stellen eine Voraussetzung für die Wirkung der LGZ auf die Ratsuchenden dar. Sie kann mithilfe der folgenden Indikatoren erfasst werden.

- Kompetenzgewinne der Nutzenden
Die Erfassung selbstberichteter Kompetenzgewinne, etwa im Bereich Gesundheitsverständnis und Versorgungsnavigation, macht deutlich, wie gut die Nutzenden durch die Beratung befähigt werden.
- Umfang der Vernetzung
Die Vernetzung der LGZ ist von zentraler Bedeutung für die Stärkung der Versorgungskoordination auf individueller Fallebene sowie auf Stadtteilebene. Die Dokumentation von Weiterleitungen an Netzwerkpartner sowie in umgekehrter Richtung von Rückmeldungen aus dem Netzwerk gibt Aufschluss über die Vielfalt des Netzwerks sowie die Intensität der Interaktion in verschiedenen Bereichen.

- Unterstützung in komplexen Fällen

Die Bearbeitungsquote komplexer Fälle einschließlich der Beratungsdauer bietet zudem Einblicke in den Beratungsaufwand und die Fähigkeit, auf vielschichtige Anliegen adäquat zu reagieren.

- Nutzendenbindung

Die Nutzendenbindung, gemessen an der Wiederkehrtrate, zeigt die Akzeptanz der Angebote und deren nachhaltige Verankerung im Versorgungsalltag.

Insgesamt liefert dieses Minimalset an Indikatoren eine solide Basis, um die Leistungen und Wirkungen der LGZ systematisch zu erfassen, weiterzuentwickeln und im Sinne der beschriebenen Bedarfe und Herausforderungen zielgerichtet zu steuern. Eine umfassende Evaluation sollte jeweils im Abstand von etwa zwei Jahren erfolgen, um so Prozesse konsequent anzupassen und längerfristige Wirkungen abzubilden.

5.2 Weiterentwicklung der Förderrichtlinie 2025

Mit dem Übergang in die zweite Förderperiode, die außerhalb des Beobachtungszeitraums der vorliegenden Evaluation liegt, wurde die Förderrichtlinie für die LGZ substanziell weiterentwickelt. Dabei flossen zentrale Ergebnisse der Begleitevaluation ein. Die Überarbeitung umfasst wesentliche inhaltliche und strukturelle Veränderungen, die auf eine nachhaltige Stärkung der LGZ abzielen und bisherige Versorgungslücken adressieren.

Ziele der LGZ-Förderung ab 2025 [40]

- Verstetigung und Weiterentwicklung der bestehenden sechs LGZ als Modelle eines patientenzentrierten und interprofessionellen Primärversorgungsangebots.
- Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung in sozial und gesundheitlich belasteten Quartieren unter Beachtung der Belange von Kindern und Jugendlichen.
- Förderung von sektorenübergreifenden Versorgungsansätzen zur Verbesserung der Patientenversorgung.
- Kooperierende und interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen innerhalb der LGZ und der LGZ untereinander.
- Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit mit den lokalen Beratungsstrukturen, insbesondere den bezirklichen Gesundheitsämtern.
- Verbesserung der sozialen Situation durch Förderung von sozialer und psychosozialer Beratung.

Zentrales Anliegen der neuen Förderrichtlinie ist die Verstetigung der LGZ, sodass diese als dauerhafte Bausteine einer regionalen Primärversorgung fungieren. Dies hebt ihren institutionellen Charakter hervor und unterstreicht die Notwendigkeit einer verlässlichen, strukturell eingebetteten Versorgungsebene. Die Interprofessionalität wird dabei weiterhin ausdrücklich als grundlegende Voraussetzung definiert, da nach den ersten Erfahrungen in den LGZ komplexe gesundheitliche und soziale Problemlagen nur durch multiprofessionelle Zusammenarbeit adäquat bearbeitet werden können.

Die Patientenzentriertheit bleibt ein verbindliches Leitprinzip und sorgt dafür, dass die Ausrichtung der LGZ weiterhin eng am tatsächlichen Bedarf der Bevölkerung bleibt. Auch der sektorenübergreifende Ansatz bleibt bestehen und soll weiter dazu beitragen, Fragmentierungen im Versorgungssystem zu reduzieren.

Die explizite Nennung von Kindern und Jugendlichen als Teil der Zielgruppe stellt einen wichtigen Fortschritt dar und adressiert die empirische Erkenntnis, dass diese Zielgruppe bislang an einigen Standorten nur unzureichend erreicht wird. Mit der Anpassung der Richtlinie wird nicht nur eine Versorgungslücke klar benannt, sondern zugleich ein politisches Signal gesetzt, künftig stärker kinder- und jugendspezifische Angebote zu entwickeln.

Neu ist zudem die Hervorhebung der Zusammenarbeit zwischen den LGZ. Dass dieser Aspekt nun explizit verankert wird, reflektiert die im Projekt geäußerten Wünsche der Mitarbeitenden nach einem intensiveren und professionsübergreifenden Austausch. Die Verstetigung standortübergreifender Formate kann langfristig zu einer Angleichung von Qualitätsstandards, einer besseren Nutzung von Erfahrungswissen und einer stärkeren Identität des LGZ-Modells beitragen.

Die explizite Aufnahme der Zusammenarbeit mit Gesundheitsämtern zielt darauf ab, dass die LGZ noch stärker in kommunale Steuerungsprozesse eingebunden sind. Gesundheitsämter übernehmen wichtige Aufgaben im öffentlichen Gesundheitsdienst, etwa im Bereich Prävention, Gesundheitsplanung oder sozialraumbezogener Bedarfsanalyse. Eine engere Zusammenarbeit könnte somit zu einer präziseren Deckung von Bedarfen, einer Vermeidung von Doppelstrukturen, einer verbesserten Datenbasis und einer harmonisierten regionalen Gesundheitsstrategie beitragen.

Deutlich betont wird außerdem die Stärkung psychosozialer Dimensionen. Dies reflektiert sowohl quantitative Befunde als auch qualitative Einsichten aus Fallbeispielen, in denen psychosoziale Belastungen wie Einsamkeit, Wohnprobleme, psychische Belastungen oder prekäre Lebenslagen zentrale Herausforderungen darstellen. Vor diesem Hintergrund ist es folgerichtig, die zentrale Rolle der Zentren in Bezug auf psychosoziale Versorgungslücken stärker in der Förderrichtlinie zu verankern.

Insgesamt zeigt die Weiterentwicklung der Förderrichtlinie eine deutliche Bewegung hin zu strukturell verankerten, integrierten Primärversorgungsangeboten in Hamburg. Durch die Betonung interprofessioneller Zusammenarbeit, die stärkere Einbindung in kommunale Steuerungsprozesse und die gezieltere Ansprache bislang weniger erreichter Bevölkerungsgruppen eröffnen sich neue Möglichkeiten, die Rolle der LGZ als niedrigschwellige, sozialraumorientierte Anlaufstellen weiter zu festigen. Inwieweit sich diese Impulse langfristig in der Versorgungspraxis abbilden, wird sich im weiteren Verlauf zeigen, doch sie markieren wichtige Entwicklungsschritte hin zu einer bedarfsorientierteren und vernetzten Primärversorgung.

Abschließend ist festzuhalten: Es braucht eine stabile finanzielle Absicherung, die über befristete Förderungen hinausgeht, sowie klare gesetzliche Rahmenbedingungen, die Kooperationen und Qualitätsstandards verbindlich regeln, um das Potenzial der LGZ langfristig auszuschöpfen. Die Sozialbehörde Hamburg geht mit der neuen Förderrichtlinie einen wichtigen Schritt und sichert die LGZ längerfristig finanziell ab. Gleichzeitig bedarf es weiterhin insbesondere einer Verankerung im SGB V, um die Kostenübernahme durch Krankenkassen für in ihren Zuständigkeitsbereich fallende Tätigkeiten primärversorgender Einrichtungen zu ermöglichen. Zudem sind engagierte

Unterstützer:innen in der Politik und Zivilgesellschaft erforderlich, die Reformen aktiv vorantreiben, Angebote mittragen und sich für deren Umsetzung einsetzen.

Referenzen

1. Behörde für Arbeit, G., Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde) der Stadt Hamburg, *Basisinformationen zur Gesundheit in Hamburg*. 2020: Hamburg.
2. Ellert, U. and B.M. Kurth, *Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland*. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 2013. **56**(5): p. 643–649.
3. Krug, G., et al., *Arbeitslosigkeit, soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten*, in *Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten*. 2020, Springer VS, Wiesbaden. p. 309–328.
4. Robert-Koch-Institut (Hrsg.), *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*. 2015, Berlin: RKI.
5. Schaeffer, D., et al., *Gesundheitskompetenz in Deutschland vor und während der Corona-Pandemie*. Das Gesundheitswesen, 2021. **83**(10): p. 781–788.
6. Hart, J.T., *The inverse care law*. The Lancet, 1971. **297**(7696): p. 405–412.
7. Dangschat, J.S., *Soziale Ungleichheit und der (städtische) Raum*, in *Urbane Ungleichheiten*. 2014, Springer. p. 117–132.
8. Volkmann, A., *Quartiereffekte in der Stadtforschung und in der sozialen Stadtpolitik-Die Rolle des Raumes bei der Reproduktion sozialer Ungleichheit*. Vol. 36. 2012: Univerlag tuberlin.
9. Klein, J. and O. von dem Knesebeck, *Soziale Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung*, in *Medizinische Soziologie in Deutschland*. 2022, Springer. p. 213–228.
10. Hurrelmann, K. and M. Richter, *Determinanten der Gesundheit*, in *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.*, B.f.g.A. (BZgA), Editor. 2022.
11. Sørensen, K., et al., *Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU)*. European journal of public health, 2015. **25**(6): p. 1053–1058.
12. Browne, A.J., et al., *Closing the health equity gap: evidence-based strategies for primary health care organizations*. International journal for equity in health, 2012. **11**(1): p. 1–15.
13. Smithman, M.A., et al., *Typology of organizational innovation components: building blocks to improve access to primary healthcare for vulnerable populations*. International journal for equity in health, 2020. **19**(1): p. 1–17.
14. Bertelsmann Stiftung, *SPOTLIGHT Gesundheit: Hausärztliche Versorgung der Zukunft. Neue Empirie zu Plänen, Prognosen und Problemlösungen*. 2025, Bertelsmann Stiftung.
15. Wiedemann, T., *Hausärztliche Versorgung im Wandel*. Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 2025. **101**(8): p. 420–428.
16. Döpfmer, S., et al., *Unterstützungsbedarf und -möglichkeiten für Hausärzte in der Versorgung von Patienten mit komplexem Bedarf: Eine Fragebogenerhebung Berliner Hausärzte*. Gesundheitswesen, 2021. **83**(10): p. 844–853.
17. Nolting, H.-D., R. Ochmann, and K. Zich, *Gesundheitszentren für Deutschland. Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann*. 2021, Robert Bosch Stiftung GmbH: Stuttgart.
18. Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH), *Report on Definition of a Frame of Reference in relation to Primary Care with a special emphasis on Financing Systems and Referral Systems*. 2014.
19. Rocks, S., et al., *Cost and effects of integrated care: a systematic literature review and meta-analysis*. The European Journal of Health Economics, 2020. **21**(8): p. 1211–1221.
20. Baxter, S., et al., *The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence*. BMC health services research, 2018. **18**(1): p. 1–13.

21. Liljas, A.E., et al., *Impact of integrated care on patient-related outcomes among older people—a systematic review*. International Journal of Integrated Care, 2019. **19**(3).
22. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, *Richtlinie zur Förderung lokaler Gesundheitszentren (LGZ-Förderrichtlinie)*, in *Amtlicher Anzeiger*. 2019, Justizbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg: Hamburg.
23. Burgi, M. and G. Igl, *Community Health Nursing-Wegweiser für die Etablierung in Deutschland*. 2021: Robert Bosch Stiftung.
24. Alscher, M.D. and M. Teske, *Sektorenübergreifende Primärversorgung: Das PORT Gesundheitszentrum am Bosch Health Campus*. Gesundheits- und Sozialpolitik, 2025(3-4): p. 45–52.
25. Freie und Hansestadt Hamburg - Behörde für Stadtentwicklung und Wohnen (Hrsg.), *Sozialmonitoring Integrierte Stadtteilentwicklung. Anhang. Karten- und Tabellenband 2024*. 2024: Hamburg.
26. Statistik Nord, *Meine Region – Datenauswahl für die Stadtteile in Hamburg*. 2025.
27. Kassenärztliche Vereinigung Hamburg. *Die KVH-Arzt- und Psychotherapeutensuche*. n. d. 17.03.2026]; Available from: <https://www.kvhh.net/de/physicianfinder.html>.
28. Döring, N., *Evaluationsforschung*, in *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, N. Baur and J. Blasius, Editors. 2022, Springer Fachmedien Wiesbaden: Wiesbaden. p. 195–211.
29. Wirtz, M.A., et al., *DNVF-Memorandum III–Methoden für die Versorgungsforschung, Teil 4–Konzept und Methoden der organisationsbezogenen Versorgungsforschung*. Das Gesundheitswesen, 2019. **81**(03): p. e82–e91.
30. Mayring, P. and T. Fenzl, *Qualitative Inhaltsanalyse*, in *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, N. Baur and J. Blasius, Editors. 2022, Springer VS: Wiesbaden.
31. Bitzer, E.-M., M.-L. Dierks, and F.-W. Schwartz. *ZAP - Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung - Qualität aus Patientenperspektive (Handanweisung)*. 2022 01.03.2023]; Available from: <https://www.mhh.de/institut-fuer-epidemiologie/forschung/zap-fragebogen>.
32. Walker, K.O., A.L. Stewart, and K. Grumbach, *Development of a survey instrument to measure patient experience of integrated care*. BMC Health Services Research, 2016. **16**: p. 193.
33. Jordan, S. and J. Hoebel, *Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland*. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 2015. **58**(9): p. 942–950.
34. R Core Team, *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. 2024, R Foundation for Statistical Computing: Vienna, Austria.
35. Freie und Hansestadt Hamburg - Behörde für Stadtentwicklung und Wohnen (Hrsg.), *Sozialmonitoring Integrierte Stadtteilentwicklung – Bericht 2025*. 2025: Hamburg.
36. Statistisches Bundesamt. *Bevölkerung: Bundesländer, Stichtag, Geschlecht, Altersjahre (12411-0013)*. Stand 2024 [cited 2026; Available from: <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/12411/table/12411-0013>.
37. Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI). *Sorgearbeit*. 2022; Available from: <https://www.wsi.de/de/sorgearbeit-14618.htm>.
38. Konter, A. *Niedrigschwelligkeit [online]*. socialnet Lexikon. 2019 15.08.2025]; Available from: <https://www.socialnet.de/lexikon/4960>.
39. Siebdrat, A. and P. Löcherbach, *Differenzierung im Casemanagement am Beispiel der Patientenlotsen-Intervention*. Case Management, 2023. **1/2023**: p. 43–50.
40. Behörde für Arbeit, G., Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde), *Richtlinie zur Förderung lokaler Gesundheitszentren (LGZ-Förderrichtlinie)*, in *Amtlicher Anzeiger*. 2025, Behörde für Justiz und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg: Hamburg.
41. Sundmacher, L., W. Schüttig, and C. Faisst, *Ein konsentierter deutscher Katalog ambulant-sensitiver Diagnosen*. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI), Versorgungsatlas-Bericht, 2015(15/18).

Abkürzungsverzeichnis

ASK	Ambulant-sensitive Krankenhausaufenthalte
ASP	Assistenz in der Sozialpsychiatrie
ATC	amtliche Klassifikation für pharmakologische Wirkstoffe
AWO	Arbeiterwohlfahrt
CHN	Community Health Nurse
DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DM2	Diabetes mellitus Typ 2
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EZG	Einzugsgebiet
GEDA	Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“
GOP	Gebührenordnungsposition
GZ	Gesundheitszentrum
HH	Freie und Hansestadt Hamburg
hgBA	hausärztlich-geriatrisches Basisassessment
HLS-EU	European Health Literacy Survey
HLS-GER 2	Health Literacy Survey Germany
ICD	weltweit standardisiertes Klassifikationssystem für Diagnosen
IV	Interventionszeitraum
KGFM	Kommunales Gesundheitsförderungsmanagement
KIGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KIM	Kommunikation im Medizinwesen (Standard für die elektronische Übermittlung medizinischer Dokumente)
KPI	Key Performance Indicator
LGZ	Lokale Gesundheitszentren
MD	Medizinischer Dienst
MiMi	„Mit Migranten für Migranten“ – Interkulturelle Gesundheit in Hamburg
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PIM	potenziell inadäquate Medikation
PORT	Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung (Förderprogramm des Bosch Health Campus, vormals Robert Bosch Stiftung)
Q (1/2/3/4)	(1./ 2./ 3./ 4.) Quartal
Sozialbehörde	Behörde für Gesundheit, Soziales und Integration
SGB	Sozialgesetzbuch
VB	Vorbeobachtungszeitraum
VZÄ	Vollzeitäquivalente

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Determinanten der Gesundheit nach [10]	12
Abbildung 2: Komponenten, Aufgaben und Netzwerk eines LGZ	15
Abbildung 3: Räumliche Cluster statusniedriger statistischer Gebiete in Hamburg [25].....	16
Abbildung 4: Altersstruktur Osdorf und Lurup (2024)	17
Abbildung 5: Altersstruktur Stellingen, Eidelstedt, Lokstedt (2024)	19
Abbildung 6: Altersstruktur Billstedt (2024).....	21
Abbildung 7: Altersstruktur Lohbrügge und Bergedorf (2024).....	23
Abbildung 8: Altersstruktur Harburg (2024).....	25
Abbildung 9: Altersstruktur Veddel (2024).....	27
Abbildung 10: Laufzeit und Erhebungszeitraum nach LGZ-Standort.....	31
Abbildung 11: Beratungskontaktzahlen der Standorte pro Quartal	35
Abbildung 12: Beratungsdauer, standortübergreifend in Prozent	36
Abbildung 13: Beratungsdauer nach Standort in Prozent.....	37
Abbildung 14: Beratungsdauer GZ Mümmelmannsberg (außer CHN) in Prozent	37
Abbildung 15: Beratungsarten nach Standort in Prozent.....	39
Abbildung 16: Beratungsdauer der Erstberatungen nach Standort	40
Abbildung 17: Beratungsdauer der Folgeberatungen nach Standort.....	40
Abbildung 18: Gewichtete Zuteilung der Beratungsthemen zu Sozialgesetzbüchern.....	42
Abbildung 19: Verteilung der Beratungsthemen nach Standort in Prozent	43
Abbildung 20: Gewichtete Zuteilung der Antragstellungen zu Sozialgesetzbüchern in Prozent.....	44
Abbildung 21: Verteilung der Antragsthemen nach Standort in Prozent.....	45
Abbildung 22: Geschlechterverhältnis bei Inanspruchnahme nach Standort	46
Abbildung 23: Altersverteilung bei Inanspruchnahme.....	47
Abbildung 24: Anteil der gesamten Zuweisungen nach Akteursgruppe.....	60
Abbildung 25: Zuweisungen nach Akteursgruppe und Standort.....	61
Abbildung 26: Anteil der gesamten Vermittlungen nach Akteursgruppe.....	61
Abbildung 27: Vermittlungen nach Akteursgruppe nach Standort	62
Abbildung 28: Anfahrtswege zu den LGZ.....	70
Abbildung 29: Bewertung der Zugänglichkeit der LGZ	70
Abbildung 30: Kompetenzsteigerung in verschiedenen Aspekten	71
Abbildung 31: Empfundenes Verständnis während der Beratung.....	72
Abbildung 32: Zufriedenheit mit Aspekten der Beratung bzw. dem LGZ	73
Abbildung 33: Fallbeispiel A1	75
Abbildung 34: Fallbeispiel A2	76
Abbildung 35: Fallbeispiel B1.....	77
Abbildung 36: Fallbeispiel B2.....	78
Abbildung 37: Fallbeispiel B3.....	79
Abbildung 38: Fallbeispiel C1.....	81
Abbildung 39: Fallbeispiel C2.....	82

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Sozial- und Bevölkerungsstruktur Osdorf und Lurup (2024)	17
Tabelle 2: Gesundheitliche Versorgung Osdorf und Lurup (2024)	18
Tabelle 3: Sozial- und Bevölkerungsstruktur Stellingen, Eidelstedt, Lokstedt (2024)	19
Tabelle 4: Gesundheitliche Versorgung Stellingen, Eidelstedt, Lokstedt (2024)	20
Tabelle 5: Sozial- und Bevölkerungsstruktur Billstedt (2024).....	21
Tabelle 6: Gesundheitliche Versorgung Billstedt (2024).....	22
Tabelle 7: Sozial- und Bevölkerungsstruktur Lohbrügge und Bergedorf (2024)	23
Tabelle 8: Gesundheitliche Versorgung Lohbrügge und Bergedorf (2024).....	24
Tabelle 9: Sozial- und Bevölkerungsstruktur Harburg (2024).....	25
Tabelle 10: Gesundheitliche Versorgung Harburg (2024).....	26
Tabelle 11: Sozial- und Bevölkerungsstruktur Veddel (2024)	27
Tabelle 12: Gesundheitliche Versorgung Veddel (2024).....	28
Tabelle 13: Zuordnung der Datenquellen und Informationen zu untersuchten Themenkomplexen	33
Tabelle 14: Anzahl der Rückmeldungen zur Nutzendenzufriedenheit aus den LGZ	67
Tabelle 15: Soziodemografische Daten der Befragten	68
Tabelle 16: Übersicht - Fälle geringer Komplexität	74
Tabelle 17: Übersicht - Fälle mittlerer Komplexität.....	77
Tabelle 18: Übersicht - Fälle hoher Komplexität	80

Anhang

Anlage 1: Exemplarische Anhaltzahlen zur Personalausstattung im Kontext gesundheitsbezogener Sozialarbeit in anderen Settings

Bereich	Empfehlung zur Personalausstattung (VZÄ)	Quelle
Palliativstationen	1 VZÄ pro 12 Betten	DGP ⁵
Onkologische Zentren	1 VZÄ pro 400 beratene an Krebs erkrankte Personen pro Jahr	DKG ⁶
Geriatric / Alterstraumatologische Zentren	1 VZÄ pro 40 Betten (basierend auf OPS-Kodes 9-401.0 und 9-401.2)	BV Geriatric ⁷
Stationäre Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik	Unterschiedliche Minutenwerte für Soziale Arbeit und Tätigkeitsprofile mit Regelaufgaben	PPP-RL ⁸
Regelversorgung (GOB 1998)	160 Minuten pro Fall → 600 Fälle pro VZÄ (Berechnung basierend auf 1.580 Nettoarbeitsstunden pro Jahr)	DVSG ⁹

⁵ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Sektion Soziale Arbeit (2019). Rahmenempfehlungen zur Einrichtung von Stellen auf Palliativstationen.

⁶ Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) (2023). Erhebungsbogen für Darmkrebszentren der Deutschen Krebsgesellschaft.

⁷ Bundesverband Geriatric (n. d.). "Personalschlüssel." Abgerufen am 21.04.2026, <https://www.bv-geriatric.de/themen/personalschlüssel.html>.

⁸ Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses.

⁹ Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) (2013). Positionspapier: Entlassungsmanagement durch Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken.

Anlage 2: Zuordnung der Beratungsthemen und Anträge zu Gesetzesgrundlagen

Tabelle 19: Auflistung der Beratungsthemen und Antragstellungen nach Thema und Gesetzesgrundlage

Thema	Gesetzesgrundlage	Beratungsthemen	Anträge
Arbeit und Ausbildung	BAFöG	Ausbildungsplatzsuche Arbeitsplatzsuche Arbeitsrecht	BAFöG
Medizinische Themen	SGB V	Krankenversicherung Diagnostik und Leistungen der GKV Prävention Umgang mit Erkrankungen	Versicherungsanspruch Zuzahlungsbefreiung Haushaltshilfe Krankengeld
Migration, Aufenthalt und Integration	AufenthG AsylG StAG	Rassismus- und Diskriminierungserfahrung Migration	Asylverfahren Aufenthalt Duldung Einbürgerung
Partnerschaft, Familie, Kinder und Erziehung	SGB VIII BKGG BEEG	Trennung Sorgerecht und Betreuung Familiäre Konflikte Schule/ Kindergarten Soziale Unterstützung	Kitagutschein Eltern-/Kindergeld Anträge beim Jugendamt (Jugendhilfe) Unterhaltsvorschuss
Pflege	SGB XI	Leistungen der PV Antragstellung auf Leistungen	Pflegegrad Pflegegeld Kurzzeitpflege Pflegebox
Psychische Belastungen	SGB V	Psychische Belastungen Sucht Stress Psychotherapieplatzsuche	
Rechtliche Anliegen		Widerspruch Strafrecht/Ordnungswidrigkeit Steuer Erbe	Widerspruch Ablehnung von Leistungen
Rente und Reha	SGB VI SGB V	Rente Reha	Rentenantrag Reha-Antrag
Soziale Teilhabe		Einsamkeit und Trauer	

		Freizeit Hobbies Nachbarschaftskonflikte Ehrenamt	
Soziale und finanzielle Sicherung	SGB II SGB III	Wohnen/ Wohnungssuche Finanzielle Grund-/ Existenzsicherung Schulden	Arbeitslosengeld I Arbeitslosengeld II Wohngeld
Teilhabe von Menschen mit Behinderung	SGB IX SGB XII	Beförderung von Menschen mit Behinderung (Schwer-)Behinderung Gesetzliche Betreuung	Assistenzdienste Beförderungsmittel Eingliederungshilfe Behindertenausweis Versorgungsamt (Feststellung einer Behinderung)
Übersetzung und Navigation		Übersetzung / Verständnisfragen Allgemeiner Schriftverkehr Ausfüllhilfe Case Management	
Sonstige			Wohnberechtigungsschein Nachweis über psychologische Beratung Gewaltschutz Spendenantrag

Anlage 3: Standortspezifische Chancen und Herausforderungen

[Nicht zur Veröffentlichung freigegeben. Bei Interesse wenden Sie sich bitte an die Autor:innen des inav (info@inav-berlin.de).]

Anlage 4: Standortspezifische Auswertung der Nutzendenbefragung

[Nicht zur Veröffentlichung freigegeben. Bei Interesse wenden Sie sich bitte an die Autor:innen des inav (info@inav-berlin.de).]

Anlage 5: Methode und Ergebnisse der Routinedatenanalyse

Methodik

Zur Evaluation der LGZ hinsichtlich ihrer Wirkpotenziale auf die lokale Bevölkerung wurden pseudonymisierte Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg zu rund 360.000 Versicherten mit Wohnsitz in Hamburg verwendet. Die Daten umfassten Angaben zur ambulanten und stationären Versorgung, zu Arzneimitteln und zur Pflege. Auf dieser Grundlage wurden insgesamt zwölf bevölkerungsbezogene Kennzahlen berechnet. Darunter befinden sich neun Kennzahlen, die die Inanspruchnahme der hausärztlichen, der fachärztlichen und der stationären Versorgung sowie der Arzneimittel- und Pflegeversorgung abbilden. Darüber hinaus wurde mit drei Kennzahlen zur Häufigkeit ausgewählter Erkrankungen (Prävalenzen) die Krankheitslast (Morbidität) der lokalen Bevölkerung beschrieben, um Potenziale für die künftige Ausrichtung des LGZ-Beratungsangebotes aufzuzeigen. Alle Kennzahlen und ihre Definitionen sind in Tabelle 20 aufgelistet.

Tabelle 20: Operationalisierung und Beschreibung der Kennzahlen

Bereich	Kennzahl	Definition
Morbidität	Depression	Anteil an Versicherten (in %) mit mind. einer Depressionsdiagnose in zwei Quartalen ambulant (gesichert) oder einmal stationär (Haupt- und Nebendiagnosen), ICD-Code: F32.1, F32.2, F32.3, F32.8, F32.9, F33.1, F33.2, F33.3, F33.8, F33.9
	Hypertonie	Anteil an Versicherten (in %) mit mind. einer Diagnose Hypertonie in zwei Quartalen ambulant (gesichert) oder einmal stationär (Haupt- und Nebendiagnosen), ICD-Code: I10, I11.9, I12.9, I15.2, I15.8, I15.9
	Diabetes mellitus Typ 2 (DM2)	Anteil an Versicherten (in %) mit mind. einer Diagnose DM Typ 2 (ICD-Code: E11), ambulant gesichert in drei von vier Quartalen pro Jahr oder einmal stationär (Haupt- und/oder Nebendiagnose). Ausschluss: E11 und E10 gleichzeitig
Hausärztliche Versorgung	Hausarztkontakte	Anteil an Versicherten (in %) mit mind. einem Kontakt zu einem Hausarzt (Allgemeinmediziner oder Internist)
	Check-up	Anteil an Versicherten ab 35 Jahre (in %) mit mind. einer Check-up-Untersuchung (ohne Labordiagnostik). (EBM: GOP 01732, 01865, 01866, 01867)
	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment (hgBA)	Anteil an Versicherten ab 70 Jahre (in %) mit mind. einem hausärztlich-geriatrischen Basisassessment (EBM: GOP 03360)
Fachärztliche Versorgung	Facharztkontakte	Anteil an Versicherten (in %) mit mind. einem Kontakt zu einer Facharztgruppe der allgemeinen fachärztlichen Versorgung (inkl. Fachinternisten)
	Probatorische Sitzung (Psychotherapie)	Anteil an Versicherten (in %) mit mind. einer ambulant abgerechneten probatorischen Sitzung (EBM: GOP 35150)

Stationäre Versorgung	Vermeidbare Krankenhausaufenthalte (ASK)	Anteil an Versicherten (in %) mit mind. einer Krankenhausaufnahme (Aufnahmegrund: 01, 02) mit einer ambulant-sensitiven Diagnose (gem. 22 Krankheitsgruppen nach Sundmacher et al. 2015) [41]
Arzneimittelversorgung	Potenziell inadäquate Medikation (PIM)	Anteil an Versicherten (in %) ab 65 Jahre mit mind. einer Verordnung von Wirkstoffen (auf Ebene der ATC-Codes), die auf der deutschen PRISCUS-Liste als potenziell inadäquat definiert sind.
Pflege	Pflegegrad	Anteil an Versicherten (in %) mit einem erstmaligen oder erhöhten Pflegegrad
	Pflegeleistung	Anteil an Versicherten (in %) mit mind. einer abgerechneten Pflegeleistung (SGB XI)

Die Kennzahlen wurden jeweils für die Versichertenpopulationen berechnet, die in den Einzugsgebieten (EZG) der LGZ wohnhaft waren. Zudem wurden zu Vergleichszwecken struktur-ähnliche Stadtgebiete ohne ein LGZ als Kontrollgebiete definiert. Die Einzugs- und Kontrollgebiete wurden anhand der Postleitzahlen räumlich abgegrenzt (Abbildung 40). Die Festlegung der EZG erfolgte in Abstimmung mit den LGZ und auf Basis der Fallzahldokumentationen sowie unter Berücksichtigung sozialräumlicher Aspekte aus dem Sozialmonitoring der Stadt Hamburg [35].

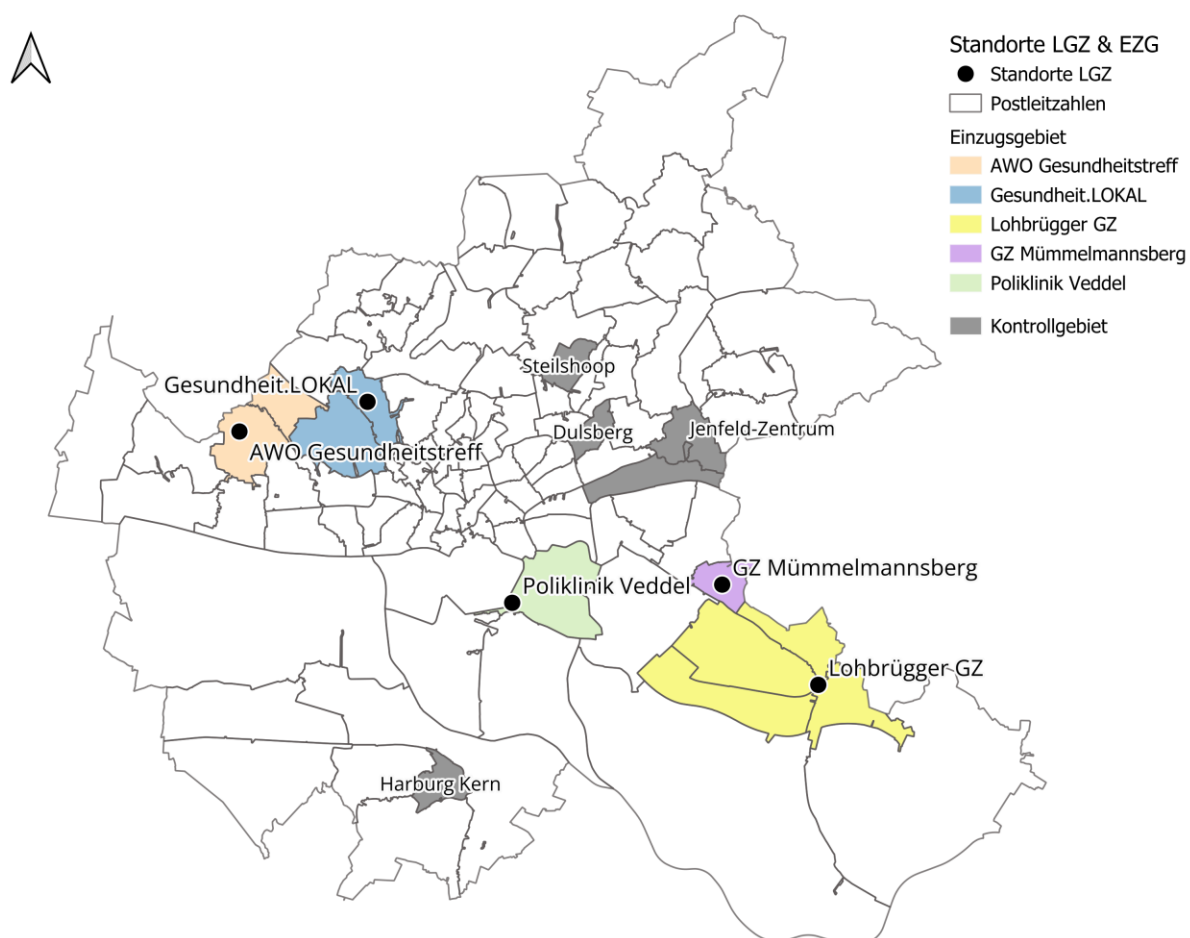


Abbildung 40: Lage der LGZ und Abgrenzung der Einzugs- und Kontrollgebiete

Für die Evaluation der LGZ anhand der bevölkerungsbezogenen Kennzahlen wurde ein Vorher-Nachher-Vergleich zwischen den Zeiträumen vor und nach dem Start der LGZ angestellt. Als

Vorbeobachtungszeitraum (VB) wurde der Zeitraum vom 01.01.2018 bis 31.12.2019 (zwei Jahre) und als Interventionszeitraum (IV) der Zeitraum vom 01.07.2022 bis 30.06.2024 (zwei Jahre) festgelegt. Die Phase zwischen diesen beiden Zeiträumen wurde als Implementierungszeitraum für die LGZ definiert und aufgrund möglicher Verzerrungen durch die COVID-19-Pandemie nicht berücksichtigt.

In die Kennzahlberechnung wurden alle Versicherten mit mindestens einem Versicherungstag pro Quartal und Beobachtungszeitraum eingeschlossen. Dabei wurden zwei Szenarien ausgewertet: (1) Versicherte waren im VB und/oder IV durchgängig versichert (offene Kohorte) sowie (2) Versicherte waren im VB und IV durchgängig versichert (geschlossene Kohorte). Dieses Vorgehen war erforderlich, da die Aufnahme von Geflüchteten aus der Ukraine ab Februar 2022 zu einer signifikanten Verjüngung der Versichertenpopulation geführt hat und folglich die Vergleichbarkeit von VB und IV einschränkt. Die Darstellung der Kennzahlen erfolgte in aggregierter Form auf Ebene der PLZ-Gebiete.

Die Kennzahlen wurden als absolute und relative Häufigkeiten ausgewertet. Um die Vergleichbarkeit der Kennzahlen zwischen den LGZ-Einzugsgebieten und den Kontrollgebieten zu gewährleisten, wurde eine direkte Standardisierung der Kennzahlen nach Alter und Geschlecht vorgenommen. Als Standardbevölkerung wurde die Bevölkerungszahl von Hamburg des Jahres 2022 nach Altersjahren und Geschlecht herangezogen [36]. Die Ergebnisdarstellung erfolgte für die rohen (nicht standardisierten) wie auch für die alters- und geschlechtsstandardisierten Kennzahlen. Die Hauptergebnisse umfassen im Folgenden die Kennzahldarstellung für die fünf LGZ-Einzugsgebiete sowie für die Stadt Hamburg (als Referenz) und das Kontrollgebiet Harburg (als exemplarische Kontrolle). Die Ergebnisse für zusätzliche Kontrollgebiete finden sich in **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** bis **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** (Anlage 6). Die Datenaufbereitung und Analysen wurden mit den Statistikprogrammen R und SPSS durchgeführt. Kartografische Darstellungen erfolgten in QGIS.

Limitationen

Die Analyse der Routinedaten konnte lediglich als ökologische Studie angelegt werden. Trotz eines Vorher-Nachher-Vergleiches und einer Vergleichsgruppe können Wirkungseffekte nicht sicher mit den LGZ begründet und von der Regelversorgung abgegrenzt werden. Dies liegt zum einen darin begründet, dass die Kennzahlen auf Ebene der Einzugsgebiete aggregiert werden mussten, da LGZ-Nutzende nicht in den Routinedaten identifiziert werden konnten und die Daten somit keine direkten Rückschlüsse auf individuelle Zusammenhänge erlauben. Zum anderen könnten weitere Einflussfaktoren, wie z. B. die Nachwirkungen der COVID-19-Pandemie, mit den analysierten Trends einhergehen. Darüber hinaus ist die untersuchte AOK-Versichertenpopulation weder für die in den EZG lebende Bevölkerung noch für die LGZ-Klientel als repräsentativ zu betrachten.

Ergebnisse

Beschreibung der AOK-Versichertenpopulation

Tabelle 21: Alters- und Geschlechtsverteilung der AOK-Versicherten in Hamburg im Zeitraum 01/2018 bis 06/2024

AOK-Versicherte (Hamburg)*				
Altersgruppe (in Jahren)	Weiblich		Männlich	
	VB	IV	VB	IV

	N = 115.492	N = 120.510	N = 115.312	N = 119.377
<18	20.502 (17,8 %)	28.691 (23,8 %)	21.815 (18,9 %)	30.377 (25,4 %)
18 bis 34	23.372 (20,2 %)	26.318 (21,8 %)	24.617 (21,3 %)	26.635 (22,3 %)
35 bis 54	29.926 (25,9 %)	31.285 (26,0 %)	30.555 (26,5 %)	31.789 (26,6 %)
55 bis 64	14.188 (12,3 %)	13.912 (11,5 %)	16.239 (14,1 %)	15.076 (12,6 %)
65 bis 79	16.473 (14,3 %)	14.214 (11,8 %)	16.073 (13,9 %)	12.545 (10,5 %)
≥80	11.031 (9,6 %)	6.090 (5,1 %)	6.013 (5,2 %)	2.955 (2,5 %)
Mittelwert	44	38	42	36

* Ausschluss von Fällen mit undefinierter bzw. diverser Geschlechtsangabe (n<5)

In Tabelle 21 ist die Alters- und Geschlechtsverteilung der AOK-Versicherten aus dem Vorbeobachtungszeitraum (VB) und dem Interventionszeitraum (IV) dargestellt, die zum Stichtag 18.03.2025 in Hamburg wohnhaft waren. Beim Altersvergleich fällt auf, dass es im IV zu einer deutlichen Zunahme (ca. 6 %) der unter 18-jährigen AOK-Versicherten im Vergleich zum VB gekommen ist. Im Gegensatz dazu hat sich die Versichertenpopulation der über 80-Jährigen fast halbiert. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels wäre eigentlich ein Anstieg der älteren Bevölkerung erwartbar gewesen. Eine tiefergehende Analyse zeigte, dass der Anteil der unter 55-Jährigen im zweiten und dritten Quartal 2022 deutlich zugenommen hat. Nach Rücksprache mit der AOK Rheinland/Hamburg ist dieser Effekt vermutlich auf die Zuwanderung von Geflüchteten aus der Ukraine zurückzuführen. Um die Vergleichbarkeit der altersungleichen Bevölkerungen aus VB und IV und somit auch der Kennzahlen zu gewährleisten, wurde für die nachfolgende Analyse neben einer querschnittlichen Betrachtung (offene Kohorte) auch eine längsschnittliche Betrachtung (geschlossene Kohorte) der Versicherten umgesetzt. Bei der offenen Kohorte wurden die Versicherten eingeschlossen, die jeweils im VB oder IV mindestens einen Versicherungstag pro Quartal aufwiesen. Bei der geschlossenen Kohorte wurden nur die Versicherten eingeschlossen, die über den gesamten Beobachtungszeitraum (01/2018 bis 06/2024) mindestens einen Tag pro Quartal versichert gewesen waren.

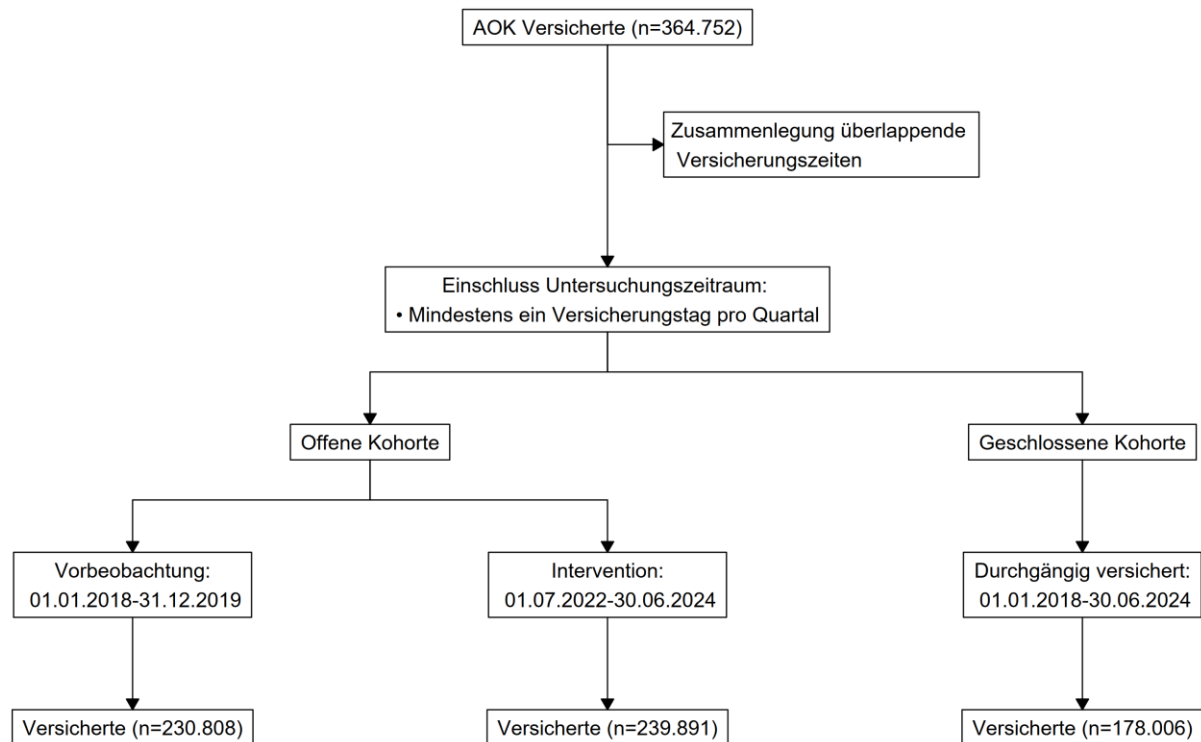


Abbildung 41: Flussdiagramm zum Einschluss der AOK-Versichertenpopulation

Die Abbildung 41 gibt einen Überblick über die beiden Kohorten mit den entsprechenden Versichertenzahlen. Demnach waren für die Kennzahlberechnung insgesamt 178.006 Versicherte aus Hamburg in die geschlossene Kohorte einzuschließen. Die offene Kohorte besteht aus den 230.808 Versicherten des VB und den 239.891 Versicherten des IV. Für die nachfolgende Ergebnisdarstellung ist anzumerken, dass die dort aufgeführten Kennzahlen auf der geschlossenen Kohorte basieren, um den verzerrenden Einfluss durch Zuwanderung (v. a. durch Ukraine-Geflüchtete) auszuschließen. Entsprechend gehen in den Vorher-Nachher-Vergleich zur Abschätzung potenzieller Wirkeffekte der LGZ nur die Versicherten ein, die vor und nach Implementierung der LGZ bei der AOK versichert und zum Stichtag 18.03.2025 in den jeweiligen Einzugsgebieten wohnhaft waren. In Ergänzung dazu finden sich in den zugrundeliegenden Ergebnistabellen (siehe Anlage 6) neben den Ergebnissen zur geschlossenen Kohorte auch die Ergebnisse zur offenen Kohorte.

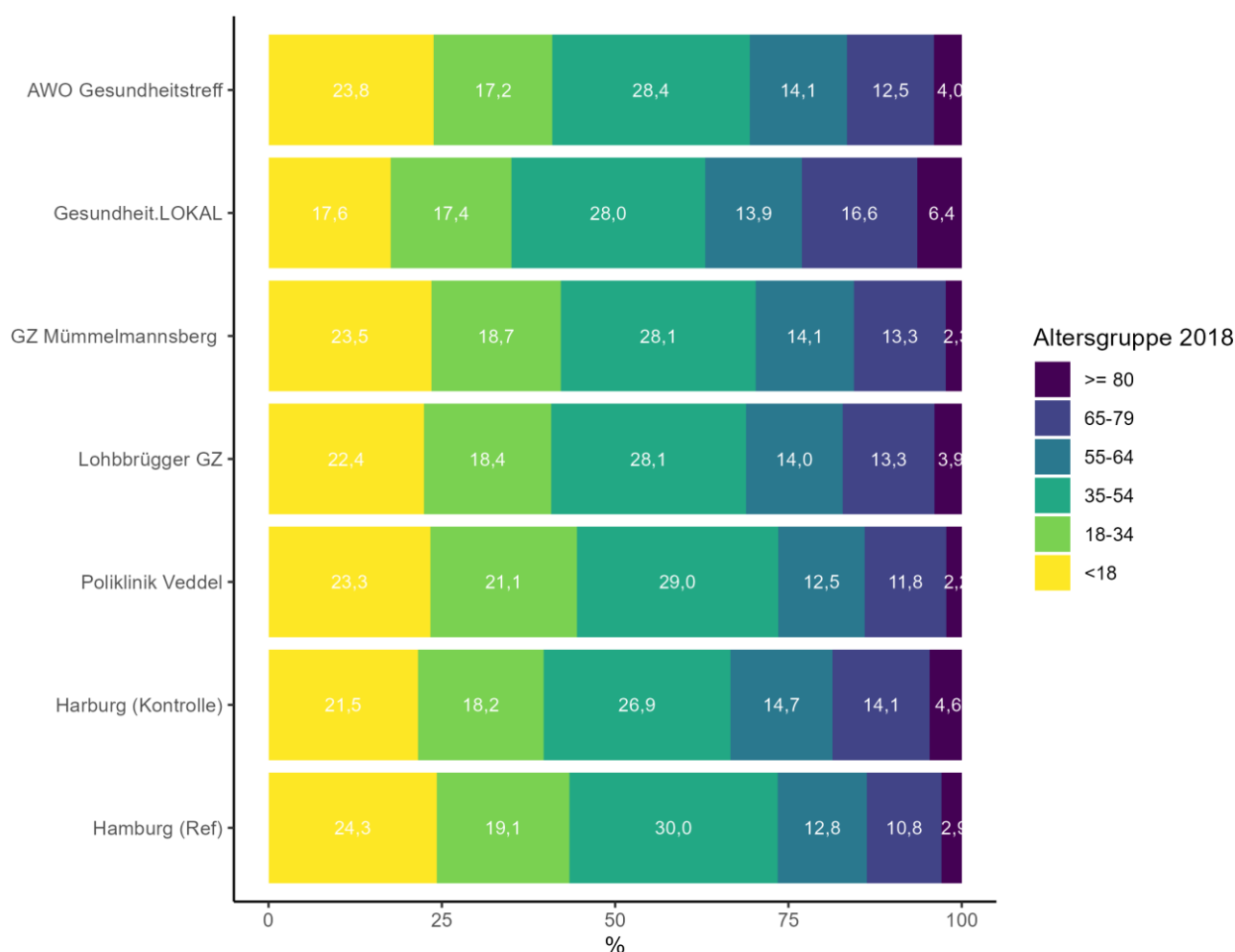


Abbildung 42: Verteilung der Altersgruppen im Jahr 2018 (geschlossene Kohorte) für die einzelnen LGZ- Einzugsgebiete und das Kontrollgebiet sowie Hamburg gesamt.

Die Abbildung 42 veranschaulicht die Unterschiede in den Altersstrukturen der Versichertenpopulationen, die in den LGZ-Einzugsgebieten bzw. den Kontrollgebieten wohnen. Während in der Stadt Hamburg lediglich 13,7 % der Versicherten zu den beiden höchsten Altersgruppen (65- bis 79-Jährige sowie 80-Jährige und älter) zählen, liegt dieser Anteil in den Einzugsgebieten des LGZ Gesundheit.LOKAL (23,0 %), des Lohbrügger GZ (17,2 %) und des AWO Gesundheitstreffs (16,5 %) deutlich darüber. Auch das Kontrollgebiet Harburg (18,7 %) weist eine überdurchschnittlich alte Versichertenbevölkerung auf. Im Gegensatz dazu lassen sich die Bevölkerungen in den Einzugsgebieten der Poliklinik Veddel und des GZ Mümmelmannsberg in Anbetracht des hohen Anteils der unter 18-Jährigen als vergleichsweise jung und familienreich charakterisieren. Bezüglich der Geschlechtsverteilung der AOK-Versicherten gibt es in der Stadt Hamburg mehr Frauen (51,4 %) als Männer (48,6 %). Nur der AWO Gesundheitstreff und das Lohbrügger GZ weichen erkennbar mit einem noch höheren Frauenanteil ab (54,0 % bzw. 53,1 %).

Kennzahlen zur Morbidität

Die Kennzahlen zur Morbidität beruhen auf stationären und ambulanten Diagnosen für Depression, Diabetes mellitus Typ 2 (DM2) und Hypertonie und spiegeln das tatsächliche Versorgungsgeschehen wie auch die Versorgungs- und Beratungsbedarfe der Versichertenbevölkerung wider.

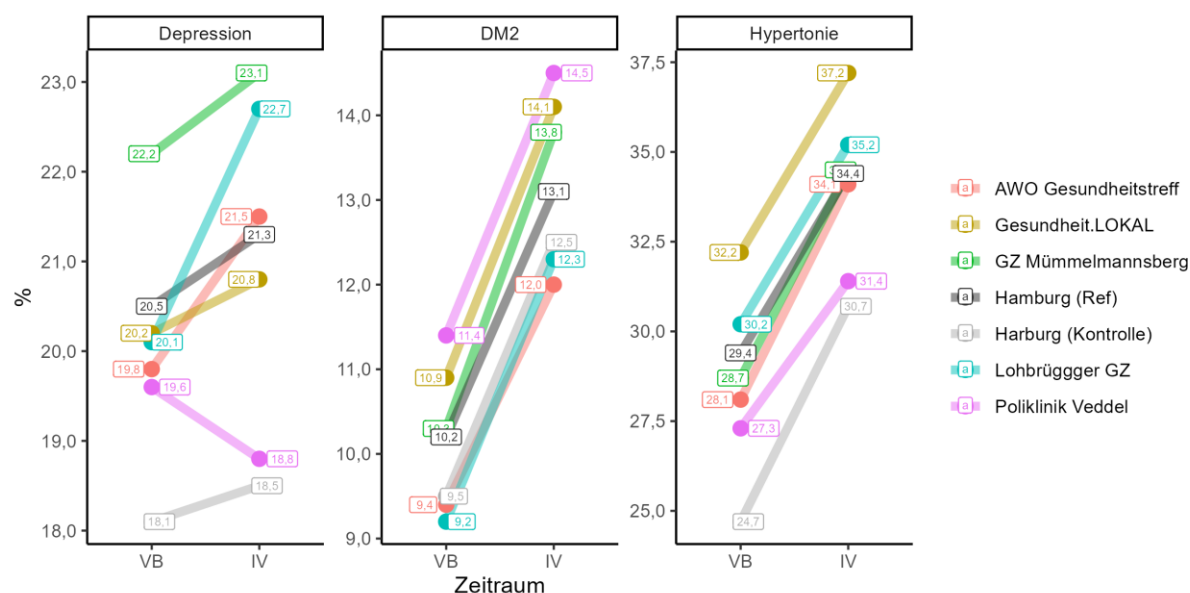


Abbildung 43: Rohe Kennzahlen zur Morbidität

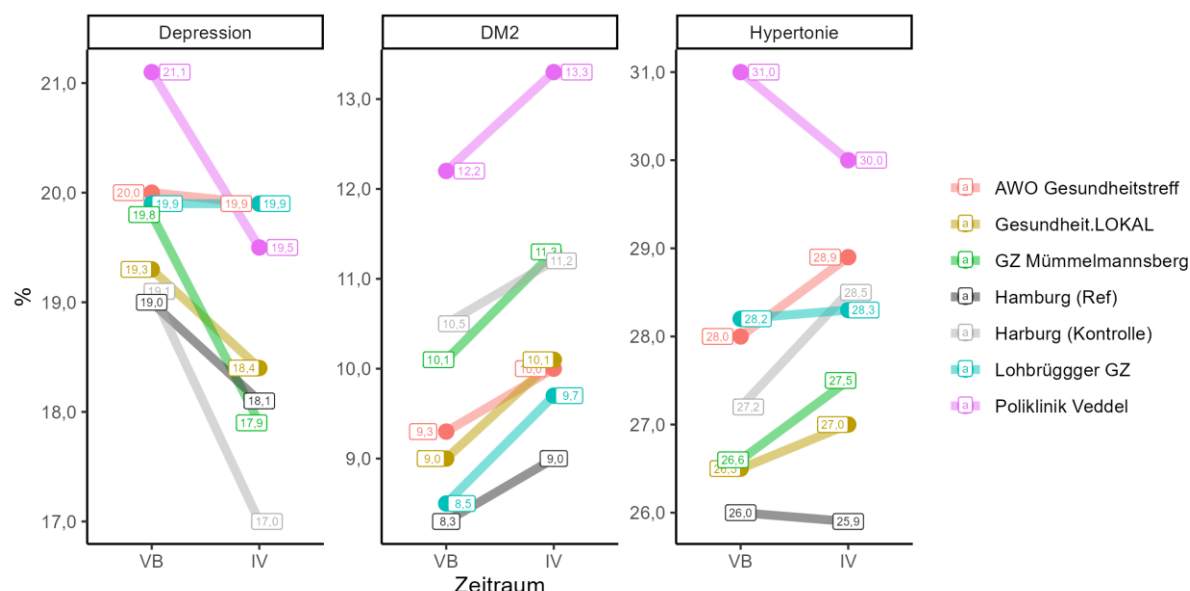


Abbildung 44: Alters- und geschlechtsstandardisierte Kennzahlen zur Morbidität

Wie aus den Ergebnissen in Abbildung 43 und Abbildung 44 hervorgeht, fällt der Anteil der Versicherten mit einer Depressionsdiagnose vom VB zum IV für fast alle Gebiete um etwa 1 bis 2 Prozentpunkte (standardisierte Werte). Nur für die EZG des AWO Gesundheitstreffs und des Lohbrügger GZ ist ein geringerer Rückgang der Versicherten mit einer Depressionsdiagnose um weniger als 0,2 Prozentpunkte zu beobachten. Da die rohen Werte zur Depressionshäufigkeit in fast allen Gebieten – mit Ausnahme des EZG der Poliklinik Veddel – angestiegen sind, ist davon auszugehen, dass das Erkrankungsrisiko mit dem Alter assoziiert ist und das Thema Depression in Anbetracht des demographischen Wandels auch für die LGZ künftig an Relevanz gewinnen wird.

Hinsichtlich der Diabeteshäufigkeit ist festzuhalten, dass der Anteil der Versicherten mit einer DM2-Diagnose in allen betrachteten Einzugs- bzw. Kontrollgebieten gestiegen ist (rohe und standardisierte Werte). Der Anstieg der standardisierten Werte variiert dabei zwischen 1,2% (GZ

Mümmelmannsberg) und 0,7% (Kontrollgebiet Harburg). Den höchsten Anteil an Versicherten mit einer DM2-Diagnose weist dabei das EZG der Poliklinik Veddel auf (13,3% standardisiert)

Für die Diagnose Hypertonie fallen die Trends unterschiedlicher aus. So ist für die rohen Werte ein ansteigender Trend zwischen 5 und 6 Prozentpunkte zu beobachten. Im Gegensatz dazu ist bei den standardisierten Werten ein Rückgang der Diagnosehäufigkeit im EZG der Poliklinik Veddel um ein Prozentpunkt zu sehen. Ein leichter Anstieg im IV um ein Prozentpunkt ist im Kontrollgebiet Harburg, im GZ Mümmelmannsberg sowie im EZG des AWO Gesundheitstreffs zu beobachten. Der Anteil der Versicherten im EZG des Lohbrügger GZ zeigt einen gleichbleibenden Trend. Ähnlich wie bei den Kennzahlen zur DM2-Diagnose und teilweise zur Depressionsdiagnose, sind auch im EZG der Poliklinik Veddel die höchsten Anteile (>30%, standardisiert) von Versicherten mit einer Hypertonie-Diagnose zu finden, im Fall der Kennzahlen zu Depressions- und Hypertoniediagnose jedoch mit fallendem Trend. Im Gegensatz dazu weisen die anderen EZG deutlich geringere Anteile von Versicherten mit einer entsprechenden Diagnose auf.

Kennzahlen zur hausärztlichen Versorgung

Die Kennzahlen zur hausärztlichen Versorgung umfassen Hausarztkontakte sowie die Inanspruchnahme der gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen des Gesundheits-Check-ups (ugs. „Check-up 35“) und des hausärztlich-geriatrisches Basisassessments (hgBA). Beim Anteil der Versicherten mit mindestens einem Hausarztkontakt im VB bzw. IV ist bei den standardisierten Werten ein stagnierender bis leicht ansteigender Trend zu beobachten (Abbildung 45 und Abbildung 46). Auffallend ist hier das hohe Niveau und der gestiegene Anteil an Versicherten mit mindestens einem Hausarztkontakt im EZG der Poliklinik Veddel (90%, standardisiert). Auch in den EZG des GZ Mümmelmannsberg (+1,5%) sowie des AWO Gesundheitstreffs (+1,8%) ist eine deutliche Zunahme zu verzeichnen. Im Vergleich dazu fällt der Anstieg der standardisierten Werte in Harburg und Hamburg mit jeweils 0,5 Prozentpunkten geringer aus.

Bei den Check-up-Untersuchungen ist ein stark fallender Trend (zwischen ca. 4% und 11%) in allen Gebieten zu beobachten, wobei im EZG des GZ Mümmelmannsberg der höchste Anteil an Versicherten mit Check-up-Untersuchung im VB gemessen wurde, aber auch den größten Rückgang (-10,9%) aufweist.

Im Gegensatz dazu nimmt der standardisierte Anteil von Versicherten mit einem hgBA im IV für alle Gebiete zwischen 4,2 Prozentpunkten (Lohbrügger GZ) und 8,4 Prozentpunkten (GZ Mümmelmannsberg) zu. Dabei sind im EZG des Lohbrügger GZ die höchsten Anteile von Versicherten mit einem hgBA (61,8%) zu beobachten, gefolgt vom EZG des GZ Mümmelmannsberg (60,4%). Anders als bei den Hausarztkontakten gibt es im EZG der Poliklinik Veddel die geringsten Anteile von Versicherten mit einem hgBA (37,8% bzw. 42,8%, standardisiert).

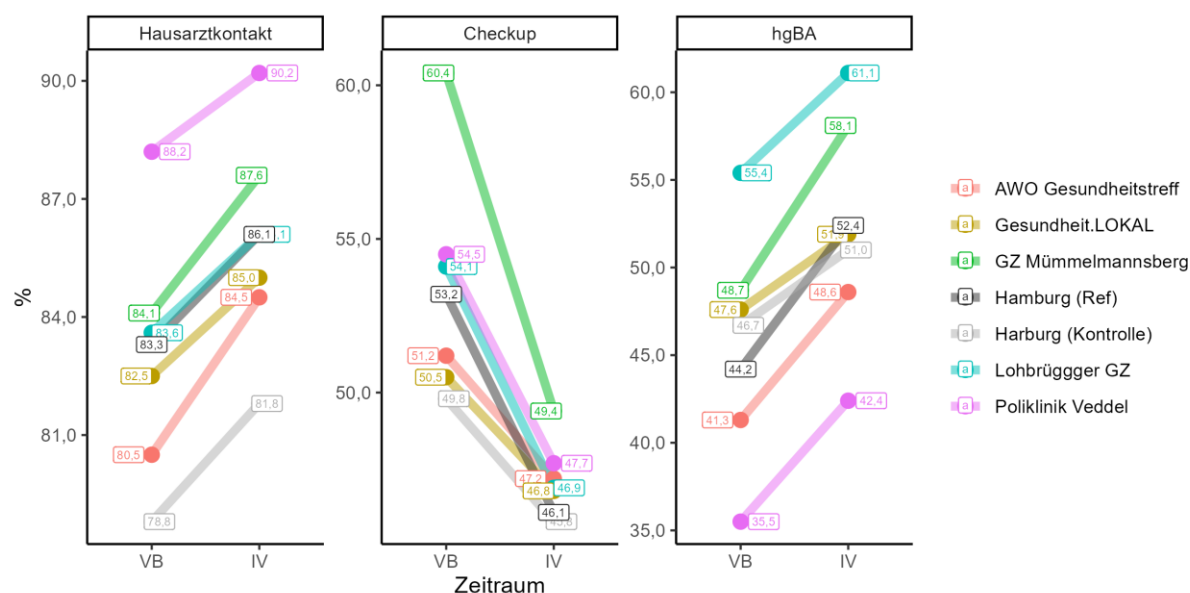


Abbildung 45: Rohes Kennzahlen der hausärztlichen Versorgung

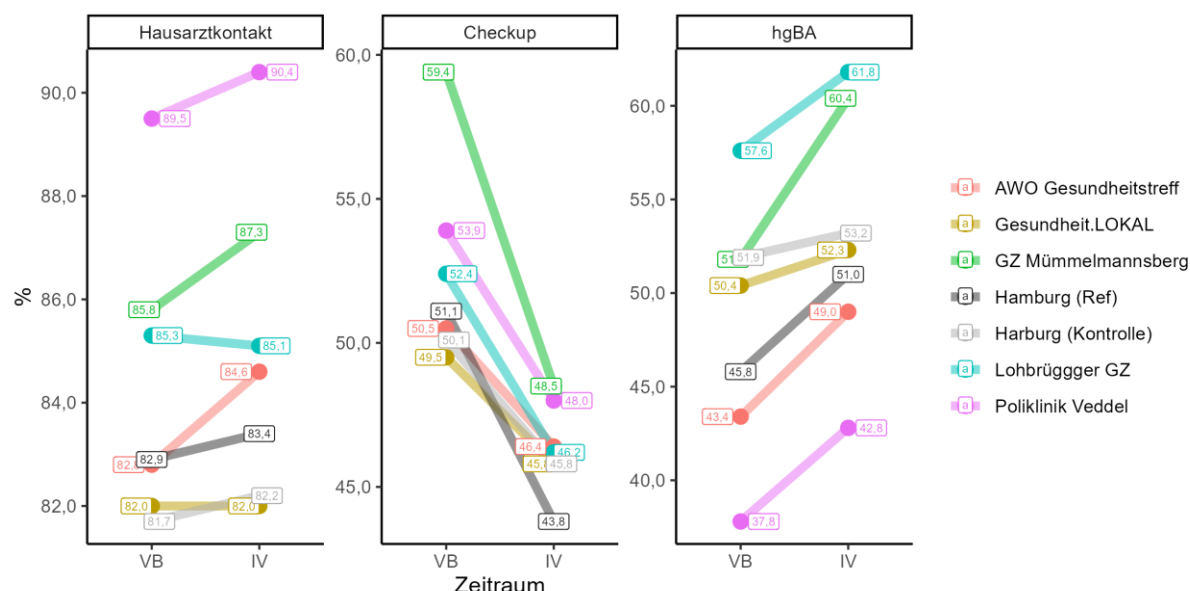


Abbildung 46: Alters- und geschlechtsstandardisierte Kennzahlen der hausärztlichen Versorgung

Kennzahlen zur fachärztlichen und stationären Versorgung

Die Kennzahlen dieses Bereiches umfassen ambulant sensitive (also vermeidbare) Krankenhausaufenthalte (ASK), Facharztkontakte der allgemeinen Versorgungsebene und die Inanspruchnahme einer probatorischen Sitzung (für eine Psychotherapie). Bei den ASK ist bei den rohen wie auch bei den standardisierten Werten eine steigende Tendenz vom VB zum IV zu beobachten (Abbildung 47 und Abbildung 48). Die Steigerungen liegen zwischen 0,1 und 0,4 Prozentpunkten bei einem Niveau im IV zwischen 1,8% und 2,2%. Dabei liegen die Anteile im EZG der Poliklinik Veddel, des GZ Mümmelmannsberg und des Lohbrügger GZ mit über 2 Prozent (standardisiert) im oberen Bereich.

Bei den Facharztkontakten ist ein rückläufiger Trend in allen EZG bei den rohen und standardisierten Werten zu beobachten. Der Rückgang liegt zwischen ca. 1 und 2 Prozentpunkten

(standardisiert). Auffallend ist hier, dass der Anteil an Versicherten mit mindestens einem Facharztkontakt im EZG der Poliklinik Veddel mit standardisierten 82,4% im IV am geringsten ausfällt.

Bei den probatorischen Sitzungen sind unterschiedliche Tendenzen zu beobachten. So zeigt sich bei den standardisierten Werten besonders bei Versicherten des EZG des Lohbrügger GZ sowie für Hamburg gesamt ein Anstieg der Werte um 0,4 bzw. 0,2 Prozentpunkte. Die anderen Gebiete weisen gleichbleibende bzw. leicht fallende Werte auf.

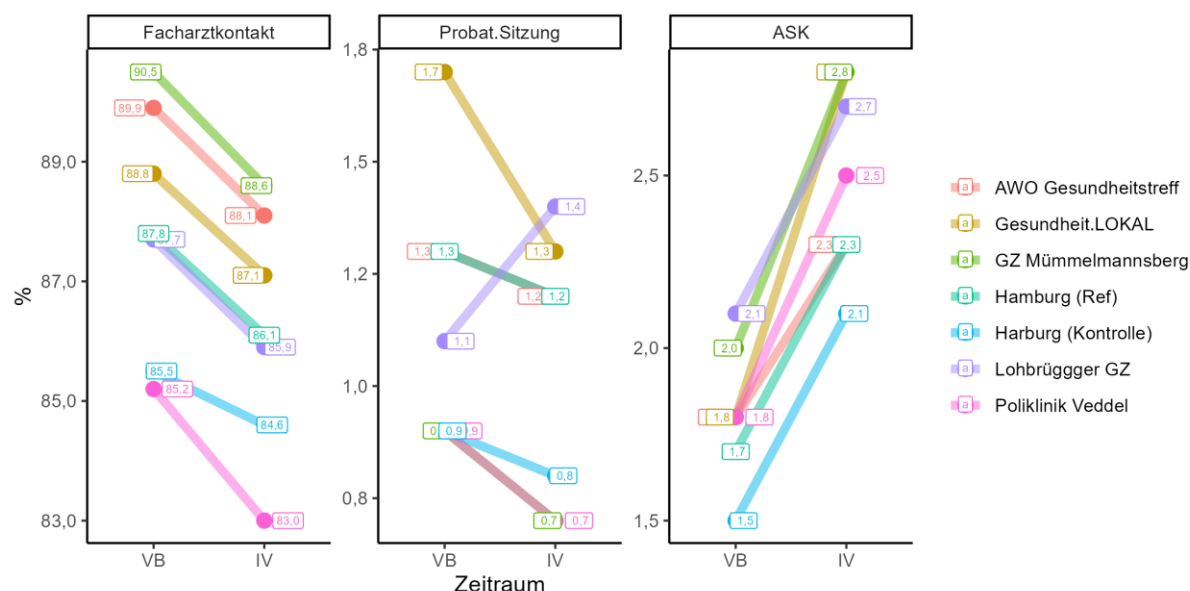


Abbildung 47: Rohes Kennzahlen der fachärztlichen und stationären Versorgung

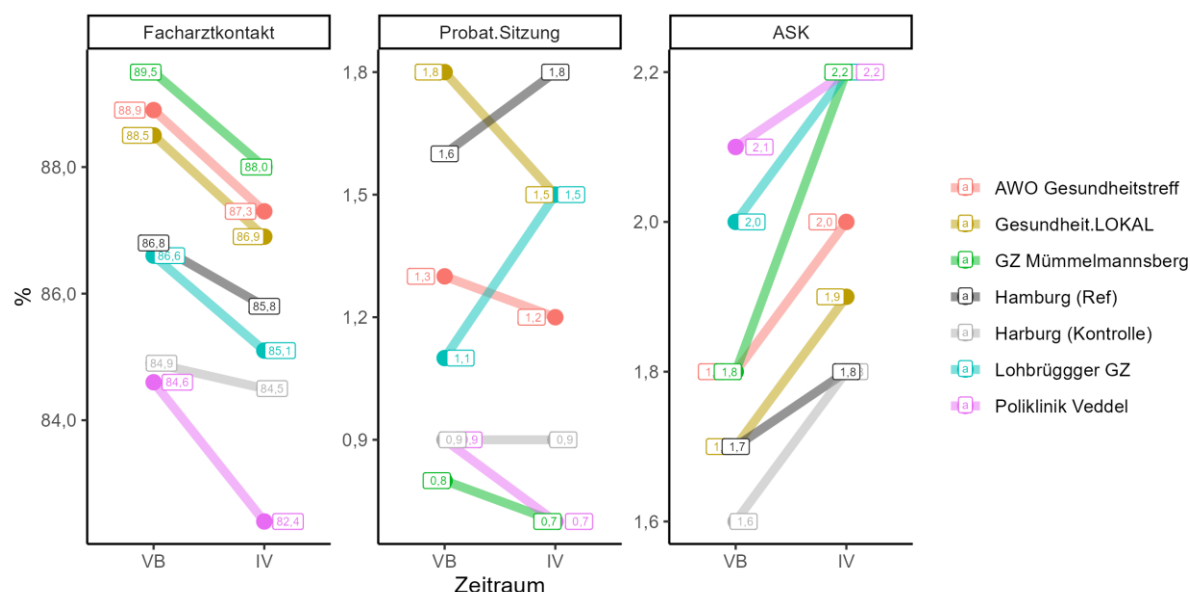


Abbildung 48: Alters- und geschlechtsstandardisierte Kennzahlen der fachärztlichen und stationären Versorgung

Kennzahlen der Pflege- und Arzneimittelversorgung

Dieser Bereich umfasst neben zwei pflegebezogenen Kennzahlen auch eine Kennzahl zur Arzneimittelversorgung in Form einer potenziell inadäquaten Medikation (PIM).

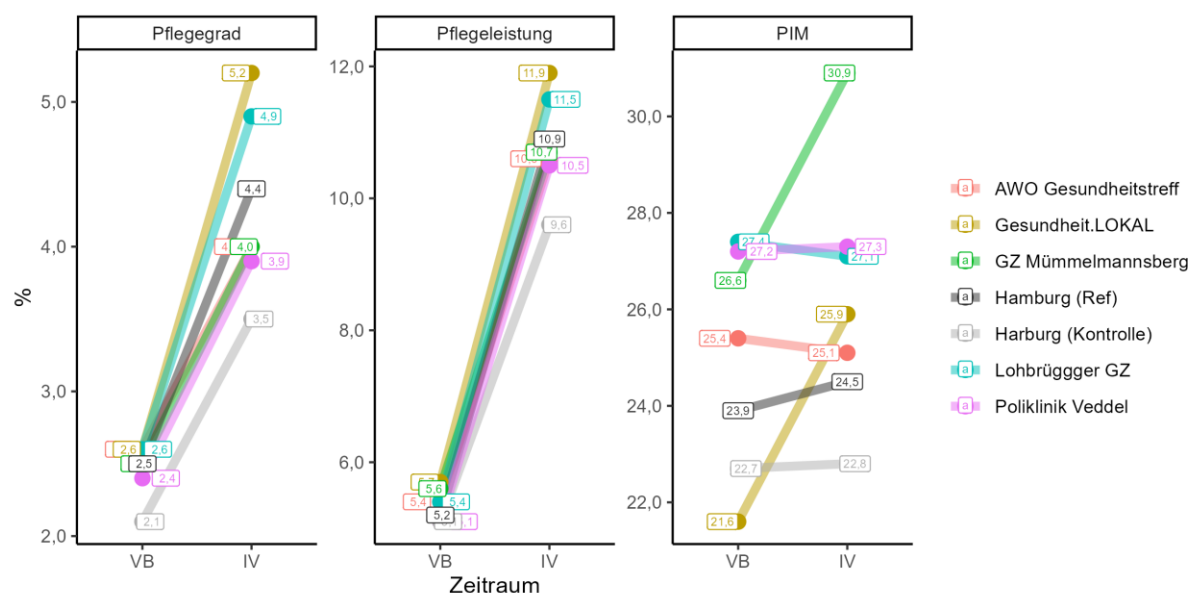


Abbildung 49: Rohes Kennzahlen der Pflege- und Arzneimittelversorgung

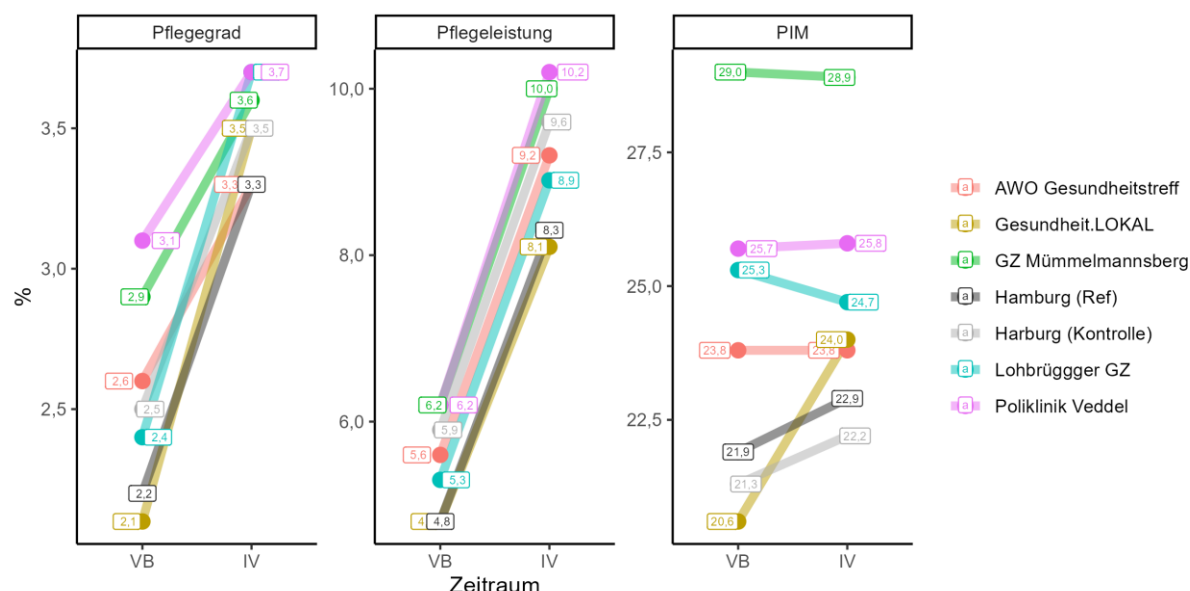


Abbildung 50: Alters- und geschlechtsstandardisierten Kennzahlen der Pflege- und Arzneimittelversorgung

Hinsichtlich der Kennzahlen zu Pflegegrad und -leistungen ist zu konstatieren, dass sowohl die rohen als auch standardisierten Werte in allen Einzugs- und Kontrollgebieten vom VB zum IV angestiegen sind (Abbildung 49 und Abbildung 50). Die Zunahme des Anteils an Versicherten mit einem erstmaligen oder erhöhten Pflegegrad liegt zwischen 0,4 und 1,4 Prozentpunkten (standardisiert). Bei der Inanspruchnahme von mindestens einer Pflegeleistung (gem. SGB XI) liegt der Anstieg zwischen ca. 3,2 und 4,4 Prozentpunkten (standardisiert). Dies ist erwartbar aufgrund der Bezugsbevölkerung der geschlossenen Kohorte, die ohne Zuwanderung konstant altert und folglich einen höheren Pflegebedarf aufweist.

Von einer inadäquaten Arzneimittelverordnung sind besonders häufig Versicherte im EZG des GZ Mümmelmannsberg (IV: 28,9%, stand.) zu beobachten, gefolgt vom EZG der Poliklinik Veddel (IV: 25,7%, stand.). Der größte prozentuale Zuwachs (von 20,6% auf 24,0%) ist im EZG von

Gesundheit.LOKAL zu verzeichnen. Die anderen Gebiete zeigen tendenziell gleichbleibende bzw. leicht ansteigende (standardisierte) Werte.

Anlage 6: Absolute und relative Häufigkeiten der Kennzahlen (tabellarische Darstellung)

[Aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht zur Veröffentlichung freigegeben. Bei Interesse wenden Sie sich bitte an die Autor:innen des aQua-Instituts (office@aqua-institut.de).]

Anlage 7: Übersicht über relevante Kooperationspartner:innen der LGZ und typische Anlässe der Zusammenarbeit

Tabelle 22: Tabellarische Auflistung möglicher Netzwerkpartner

Kooperation mit...	Typische Anlässe der Zusammenarbeit
Medizinische Versorgung	
Hausärzt:innen Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin	• Einbezug der medizinischen Expertise • Abstimmung zu Krankheitsbildern, Diagnosen und Therapien • Gemeinsame Versorgungskoordination bei komplexen Fällen • Abstimmung von ergänzenden, z. B. präventiven, Angeboten • Ausstellung von Befunden für Antragstellungen
Kinderärzt:innen	• Einbezug der medizinischen/ pädiatrischen Expertise für die Versorgungssteuerung • Abstimmung von ergänzenden, z. B. präventiven, Angeboten
Psychiater:innen Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)	• Einbezug der medizinischen/ psychiatrischen Expertise, z.B. bei Fragen zum Umgang mit psychischen Erkrankungen, zu Hilfsstellen und zur Versorgungsplanung • Schnelle Anbindung an psychiatrische Erst-/ Akutversorgung
Kinder- und Jugendpsychiater:innen	• Einbezug der medizinischen/ kinder- und jugendpsychiatrischen Expertise
Weitere Fachärzt:innen	• Nutzung der fachärztlichen Expertise • Abstimmung zu Diagnostik, Therapie und Versorgungsplanung • Erstellung bzw. Nutzung von Befunden für Anträge
Lokales Ärztenetz	• Austausch über Entwicklungen im Stadtteil • Zusammenarbeit im Rahmen von TIMO (TI-Modellregion) • Nutzung des Netzwerks zur Bekanntmachung des LGZ-Angebots
Krankenhäuser inkl. Sozialdienste	• Abstimmung zu prä- und poststationären Prozessen • Abgleich der Versorgungsplanung • Zusammenarbeit im Rahmen des Runden Tisches aus Sektorkrankenhaus und Akteuren der ASP
Hebammen	• Nutzung der fachlichen Expertise • Abstimmung zu Diagnostik, Therapie und Versorgungsplanung
Rehabilitationseinrichtungen	• Rücksprache bei Ablehnungen • Klärung von Fragen zum Aufnahmeprozess
Heil- und Hilfsmittelerbringer	
Apotheken	• Nutzung der pharmazeutischen Expertise

	• gemeinsame Informationsveranstaltungen (bspw. Aufklärung zum Thema Polypharmazie) • Austausch zu Aufklärungsbedarfen bei Klient:innen • Verweis an Medikamentensprechstunden der Apotheke zur Prüfung von Medikationsplänen/ Medikationsalternativen
Therapieeinrichtungen (u. a. Ergo-, Physiotherapie, Logopädie)	• Schnelle Anbindung/ Einlösung von Verordnungen (inkl. Berücksichtigung klientenspezifischer Anforderungen)
Sanitätshäuser	• Terminabsprachen für Beratungen zu Hilfsmitteln • Abstimmung im Falle von Unstimmigkeiten zwischen Klient:in und Sanitätshaus
Psychotherapeutische Versorgung und Psychosoziale Unterstützung	
Psychotherapie Kinder- und Jugendpsychotherapie	• Anfragen im Kontext von Suche nach psychotherapeutischer Unterstützung • Austausch zu Möglichkeiten der Krisenintervention • Vermittlung in Übergangsangebote, Hilfen zur Psychoedukation u. ä.
Psychosoziale Beratung und Unterstützung	• Vermittlung in psychosoziale Angebote (Kurse, Beratungen, Selbsthilfegruppen) • Versorgungsplanung und längerfristige niedrigschwellige Begleitung
Seelsorge	• Trauerbegleitung
Suchtberatung	• Nutzung der fachlichen Expertise • Niedrigschwellige Anbindung an spezialisiertes Beratungsangebot • Kontaktvermittlung zu Peergruppen • Versorgungsplanung und niedrigschwellige langfristige Begleitung
Selbsthilfegruppen/ -organisationen (inkl. KISS)	• Nutzung der Expertise des KISS (Überblick über bestehende Selbsthilfeangebote) • Etablierung gemeinsamer Selbsthilfeangebote entsprechend identifizierter Bedarfe
Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung	
Bewegungsangebote	• Austausch zu und Vermittlung in passende Angebote • Nutzung der Expertise zur Motivation/ Aktivierung von Personen
Erährungsangebote	• Unterstützung bei der Anbindung an passende Angebote • Teilnahme der LGZ an Veranstaltungen
Angebote im Bereich Pflege/ Betreuung und Alter	
Stationäre Pflegeeinrichtungen	• Klärung von Kostenfragen und Abrechnungsunstimmigkeiten • Suche nach Kurzzeitpflegeplätzen • Kommunikation bezüglich Antragstellungen • Zusammenarbeit zur Gestaltung der passenden Versorgungsstruktur

Ambulante Pflegedienste Teilstationäre Pflegeeinrichtungen	• Nutzung der Expertise bei Pflege- und Versorgungsfragen • Anbindung der Klient:innen an Pflegedienste • Vermittlung von Beratungseinsätzen in der Häuslichkeit • Zusammenarbeit zur Gestaltung der passenden Versorgungsstruktur
Pflegestützpunkte	• Unterstützung bei komplexen Pflege- und Versorgungsfragen • Beratung zu finanziellen Problemen in der Pflegeversorgung
Weitere Pflegeberatungsangebote	• Unterstützung bei Antragstellungen • Bedarfsklärung im Bereich pflegerischer Versorgung
Hospiz-/ Palliativ(dienste)	• Nutzung der Expertise zu palliativen Fragestellungen • Anbindung von Klient:innen auf Empfehlung der kooperierenden hausärztlichen Praxis hin
Seniorenberatung	• Gemeinsames Case Management mit klarer Aufgabenteilung/ inhaltlichen Schwerpunkten • Vernetzung mit Demenz-Netzwerk
Soziale Beratung und Teilhabe	
Sozialberatung (einschließlich der Wohlfahrtsverbände)	• Anbindung von Klient:innen zur Unterstützung bei Antragstellungen • Anbindung von Klient:innen zur Begleitung bei psychischer Erkrankung, Behinderung, Rehabedarf • Nutzung der Expertise in den Bereichen Zugang zu sozialrechtlichen Leistungen, Wissen über Teilhabe und Fördermöglichkeiten • Vermittlung von Klient:innen bei Beratungsbedarf zu den Themen Bürgergeld, Wohnen
Alltagsbegleitung/ Ehrenamt	• Anbindung von Senior:innen und Menschen mit Behinderung ohne Pflegegrad (bspw. für Haushalts- und Gartenpflege, Einkaufshilfe, ...) • Genesungsbegleitung
Lotsendienste (Krisen-, Verfahrens-, Ämterlotsen)	• Anbindung von Familien mit minderjährigen Kindern mit Koordinationsbedarf • Anbindung von Menschen in Krisensituationen
Berufswiedereinstiegshilfen, Berufsberatung	• Unterstützung beim beruflichen Wiedereinstieg (z. B. mittels Vermittlung in Bewerbungstrainings, Qualifizierungsangebote) • Abstimmung mit Fallmanagement des Jobcenters zu Einzelfällen
Beratungsstellen und Einrichtungen für Menschen mit Behinderung	• Gemeinsame Veranstaltungen zu Ernährung, Bewegung, Medikamenten und Sucht für Menschen mit kognitiver Behinderung • Nutzung der Expertise zu Unterstützungsbedarf und Versorgungsfragen von Menschen mit Behinderung • Kooperation mit lokalem Inklusionsbeirat
Wohn- / Mietrechtberatung	• Anbindung von Klient:innen bei Beratungsbedarf im Falle fristloser Kündigung, Zahlungsrückständen bei Miete o. ä.

Assistenz in der Sozialpsychiatrie (ASP)	Aufgabenteilung und Klärung der Zuständigkeiten in der Begleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen
Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)	Nutzung der Expertise bei Fragen zu Versorgung oder weiterem Vorgehen in konkreten Fällen
Angebote im Bereich Migration/ interkulturelles Miteinander	
Migrationsberatung	- Anbindung von Klient:innen bei Anliegen zu Staatsangehörigkeit/ Aufenthaltstitel - Nutzung der Expertise zu kulturellem Hintergrund, interkultureller Kommunikation und rechtlichen Rahmenbedingungen - Bereitstellung von Gesundheitsinformationen in einfacher Sprache
Geflüchtetenunterkünfte	Gemeinsame Veranstaltungen zu Gesundheitsthemen für die Zielgruppe Geflüchteter
Integrationslots:innen (Stadtteilmütter, MiMi u. ä.)	- Verbesserung der Kommunikation und Abbau von Sprachbarrieren - Übersetzung und Dolmetschen zur Unterstützung der Beratung
Angebote für Kinder, Jugendliche und Familien	
Erziehungs-/ Familienberatung	- Verweis bei Fragen zu Elternschaft, Finanzierung/ Unterstützungsmöglichkeiten im Familienkontext und SPFH (sozialpädagogische Familienhilfe) - Begleitung von Familien in Krisensituationen - Überweisung in passende Angebote nach Früherkennung von Belastungen - Nutzung der Expertise zu Kinderschutz und Erziehungsberatung
Jugendberatung	- Vermittlung in Angebote zum Bewerbungstraining - Weiterleitung von Jugendlichen bei Problemen in der Familie - Vermittlung in Freizeitangebote für Familien
Eltern-Kind-/ Jugend-/ Gemeindezentren	- Verweis bei Fragen zur Schwangerschaft, Elternschaft, Finanzierung, Unterstützungsmöglichkeiten, SPFH, Schwangerschaft - Kontaktmöglichkeiten zu anderen Eltern - Kursangebote - Präventionsangebote für Kinder
Jugendamt	- Einholung von Expertise zur Antragstellung/ Kostenklärung für Hilfen für Kinder mit seelischen Behinderungen - Fachliche Einschätzung des Jugendamts bei möglichen Kindeswohlgefährdungen
Frühe Hilfen	gegenseitige Information zu Veranstaltungen und Angeboten für passgenaue Anbindung von Klienten
Frühförderung/ Kitas	- Kontakt bei Kitaplatzsuche - Einholung fachlicher Einschätzungen zu Frühförderbedarf, insbesondere bei psychomotorischem Entwicklungsbedarf von Kindern

Schulen/ Schulsozialarbeit/ ReBBZ	• Begleitung von Eltern in Gespräche im Schulkontext • Zusammenarbeit zu Themen wie pflegende Kinder und Überlastung von Kindern mit kranken Eltern • Teilnahme an Institutionentreffen
Finanzielle und rechtliche Beratung	
Schuldnerberatung	• Anbindung von Klient:innen mit Schulden oder offenen Fragen der Existenzsicherung • Zusammenarbeit im Falle von Gesundheitsproblemen in Zusammenhang mit Armut und Schulden
Verbraucherschutz	• Empfehlung zur Beratung insbesondere bei juristischen Anliegen mit Bedarf an intensiverer Unterstützung als in einer offenen Rechtsberatung
Betreuungsvereine/ Betreuungsstellen	• Unterstützung bei komplexen finanziellen Situationen • Klärung von Fragen zu Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsbedarf • Einschätzung der Notwendigkeit gesetzlicher Betreuung inklusive Klärung von Rechten und Pflichten • Schulungen zu rechtlichen Perspektiven
Begegnungsorte	
Sportvereine	• Prävention und Bewegungsförderung, z.B. Sturzprophylaxe und sensomotorisches Training für Kinder • Aktivierung von Zielgruppen durch gesundheitsbezogene Sport- und Bewegungsangebote • Gemeinsame Entwicklung und Umsetzung gesundheitsförderlicher Gruppenangebote
Kirchen	• Gemeinsame Veranstaltungen, bspw. Stadtteilspaziergänge für Senior:innen • Sozialberatung für Menschen ohne chronische Erkrankung • Unterstützung bei Einsamkeit durch Anbindung an soziale Kontakte und Gruppenangebote
Stadtteiltreffs	• Anbindung an Gruppenangebote
Bücherhallen	• Anbindung an Angebote, z. B. Strickclub, Gesprächsrunden
Lokale Veranstaltungen	• Beteiligung an festen Aktionstagen (Gesundheitstag, Stadtteilstadt, Kinderfest, etc.) • Bekanntmachen des LGZ-Angebots in diesem Rahmen
Tafel	• Gegenseitiger Austausch über Angebote • Gemeinsame Veranstaltungen
Volkshochschulen	• Vermittlung in Kursangebote
Gesundheitsamt des Bezirks	
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst	• Absprache zur Einschätzung der psychischen Situation von Kindern, Jugendlichen und Familien • Zusammenarbeit bei Präventionsmaßnahmen • Abstimmung in der Koordination öffentlicher Gesundheitsstrategien

	• Nutzung des Zugangs des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes zu Schulen, Kitas und vulnerablen Gruppen • Beteiligung an Modellprojekten und Präventionsstrategien
Schulärztlicher Dienst	• Unterstützung in besonderen Fällen, z. B. wiederkehrender Lausbefall in Familien
Kommunales Gesundheitsförderungsmanagement (KGFM)	• Abstimmung zu Präventionsthemen und bezirklichen Gesundheitsveranstaltungen • Treffen und Austausch im Rahmen der AG Gesundheit • Gespräche über Versorgungslücken im Stadtteil • Entwicklung gemeinsamer Strategien
Sozialpsychiatrischer Dienst	• Übermittlung psychisch erkrankter Menschen in Krisensituationen • Nutzung der Fachexpertise zu Selbst- und Fremdgefährdung und zur Einschätzung der Fürsorgepflicht • Entwicklung gezielter Hilfsangebote für gemeinsames Klientel
Verwaltung und Koordination	
Kranken- und Pflegekassen	• Kontaktaufnahme bei Rückfragen zu Leistungen, Krankengeld, Versichertenstatus, Versorgungsmöglichkeiten, Abrechnungen, Zuzahlungsbefreiung und Pflege Themen • Nutzung der Expertise zu regionaler Versorgungslandschaft, Versorgungsangeboten und Fördermitteln
Lokale Vernetzungsstellen Prävention	• Abstimmung zu Netzwerkarbeit, Präventionsveranstaltungen, lokalen Angeboten
HAG (Hamburger Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung)	• Fortbildungen und fachliche Unterstützung im Bereich Prävention • Finanzielle Unterstützung von Aktionstagen
Versorgungsamt	• Nutzung der Expertise bei Rückfragen zu Schwerbehindertenrecht und Feststellung des Grades der Behinderung • Kurzfristige fachliche Klärung individueller Anliegen von Klient:innen
Jobcenter und Arbeitsagenturen	• Nutzung der Expertise bei Fragen zu Bürgergeld, Arbeitslosengeld I und Übergang von Krankengeld in Arbeitslosigkeit
Rentenversicherung	• Nutzung der Expertise bei Fragen zu Rente oder Reha sowie bei der Beantragung von Regel- und Erwerbsminderungsrenten • Terminierung von Beratungsgesprächen bei der Rentenversicherung/ Versichertenältesten • Unterstützung von Klient:innen beim Verstehen und Einordnen von Schreiben der Rentenversicherung und bei der Erfüllung ihrer Mitwirkungspflichten

Bünabe (Bürgernahe Beamte)	• Nutzung der Fachexpertise in Fragen der Sicherheit und Polizei
Lokale Austauschformate und Arbeitsgruppen	
Lokale Austauschrunden im Bezirk	• Wissensaustausch zu Bedarfen und Trends im Sozial- und Gesundheitsbereich • Entwicklung gemeinsamer Projekte und Strategien im Sozialraum • Beteiligung an Arbeitsgruppen und Workshops • Teilen von Erfahrungsberichten aus der Praxis • Vernetzung
Themenspezifische AGs	• Gemeinsame Planung von Gesundheitsangeboten im Stadtteil mit Akteuren aus Gesundheits- und Sozialbereich • Ausbau und Weiterentwicklung niedrigschwelliger Beratungsangebote, bspw. Erweiterung auf den digitalen Raum
Professionsspezifische AGs	• Wissensvermittlung • Nutzung von Austauschtreffen zur Abstimmung von Unterstützungsangeboten • Bspw. Sozialraumteam, LGZ-übergreifende Treffen
Kooperationen im Rahmen von Forschungsprojekten	• Beteiligung an Datengenerierung und Veröffentlichungen • Bspw. Beteiligung an Forschungsprojekt zu gesunden Quartieren zur Analyse von bestehenden Bedarfen, deren Deckung sowie Versorgungslücken