

erstellt von Thomas Kloppe, Claudia Mews, Britta Tetzlaff, Thomas Zimmermann, Petra Jung

auf Basis

1. des Gründungsworkshops auf dem DEGAM Kongress 2019 am 13.9.2019 in Erlangen,
2. dem Workshop Kiezmedizin 2.0 am 29.11.2019 in Berlin,
3. einer E-Mail-Konsentierung mit 48 Personen vom 9.12.2019 bis 10.02.2020,
4. der E-Mail-Komentierungen von Anne Barzel, Detmar Jobst, Moritz Hadwiger, Angela Schuster
5. der Verabschiedung über das Positionspapier auf dem Gründungstreffen, inkl. der Hinweise von Heidrun Linger

Ausgangspunkt

Soziale Probleme wie Armut, Arbeitslosigkeit oder Einsamkeit sind gesellschaftliche Missstände, die vor dem Hintergrund einer wachsenden sozialen Ungleichheit zunehmen [1]. Sie werden häufig begleitend zu den medizinischen Anliegen bei der Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung thematisiert. Sie sind Umweltfaktoren im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [2], die die Aktivität und Teilhabe negativ beeinflussen. Sie können sich auf individueller Ebene [3] auf die gesundheitliche Situation von Betroffenen auswirken und einen Einfluss auf den Krankheits- und Behandlungsverlauf haben [4]. Menschen mit (psycho-)sozialen Problemen leiden häufiger unter psychischen Beeinträchtigungen, kardiovaskulären Erkrankungen, Multimorbidität, versterben früher und berichten über eine geringere Lebensqualität bis ins hohe Alter [5, 6, 7, 8]. Gleichzeitig haben schwere Erkrankungen, wie z.B. Krebserkrankungen oder chronisch entzündliche Darmerkrankungen, einen erheblichen Einfluss auf die Entstehung sozialer Probleme, wie bspw. Arbeitsplatzverlust, finanzielle Schwierigkeiten und zwischenmenschliche Konflikte [9, 10]. Soziale Probleme können über das Individuum hinaus das soziale Umfeld [11, 12] belasten und gesamtgesellschaftliche [13, 14, 15, 16] Auswirkungen haben.

Betroffene nehmen mehrheitlich zunächst die hausärztliche Versorgung in Anspruch [17]. Dies ist für die Allgemeinmedizin sowohl Chance als auch Herausforderung, soziale Aspekte in das ärztliche Vorgehen mit einzubeziehen. Eine Untersuchung zur Epidemiologie sozialer Probleme in der Hausarztpraxis unter 1.844 Hausarzt*innen in Norddeutschland zeigte, dass 47,8% der Befragten jede Woche mit mindestens fünf sozialen Problemen konfrontiert sind [18]. Soziale Probleme als psycho-soziale, soziokulturelle und ökologische Aspekte sind in der Fachdefinition der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin auch medizinische Probleme [19]. Sie gehören damit zum Arbeitsauftrag der Allgemeinmedizin. Die DEGAM postulierte dementsprechend die Zukunftsposition 12: „Allgemeinmedizin bietet einen Ort, der soziale Ungleichheit reduziert“.

Aktuell bieten Hausarzt*innen ihren Patient*innen in individuell unterschiedlichem Ausmaß Beratung und Unterstützung bei sozialen Problemen an. Dabei wünschen sie sich eine kompetente interprofessionelle Unterstützung durch konkrete institutionalisierte Ansprechpartner*innen [18]. Obwohl zahlreiche DEGAM-Mitglieder unterschiedliche Versorgungskonzepte, Forschungsprojekte und Kooperationen in der Versorgung vulnerabler Gruppen verwirklichen, werden die Bemühungen in der besonderen Versorgung der Betroffenen praktisch, fachlich, wissenschaftlich und gesellschaftlich nur selten sichtbar.

Die Bündelung der Aktivitäten und die Vernetzung der Akteur*innen in einer DEGAM-Arbeitsgruppe „Soziale Gesundheit“ soll es ermöglichen:

- ▶ Die Sichtbarkeit sozialer Themen innerhalb der DEGAM zu erhöhen,

- ▶ die existierenden praktischen Ansätze zu teilen,
- ▶ Versorgungslücken sichtbar zu machen,
- ▶ neue Interventionen zu entwickeln,
- ▶ ihre Umsetzung zu forcieren,
- ▶ Umsetzungsschwierigkeiten kennenzulernen,
- ▶ Interventionen dadurch zu verbessern,
- ▶ Forschungslücken zu entdecken, Forschungsideen zu generieren und
- ▶ für notwendige Veränderungen in der Versorgung einzutreten.

Ziel ist die umfassende Integration der „Sozialen Gesundheit“ in die klinische Versorgung, die Wissenschaft sowie die Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Allgemeinmedizin, damit die sozialen, soziokulturellen und ökologischen Aspekte in der Behandlung der Patientinnen und Patienten bestmöglich berücksichtigt werden können.

Potenzielle Aufgabenbereiche der AG „Soziale Gesundheit“

1. Sichtbarkeit bestehender Misstände und Versorgungsansätze erhöhen:

- a. Erhebung von Barrieren und Versorgungsproblemen in der hausärztlichen Praxis (Zeitmangel, fehlende Vergütung, fehlendes Wissen, unzureichende Versorgungsangebote, Fehlallokationen, fehlende Vernetzung)
 - ▶ Darstellung besonderer Versorgungsbedarfe
 - ▶ Sammlung von Geschichten, Begegnungen, Fallbeispielen
- b. Entwicklung und Zusammenfassung wissenschaftlicher Argumente: Zahlen, Daten, Fakten
- c. Aufbereitung existierender Erkenntnisse – die Gesundheitsberichtserstattung der Bundesregierung auswerten, zugänglich und lesbar machen
- d. Sichtbarmachung systematischer Benachteiligungen von vulnerablen Gruppen
- e. Sammlung von (inter-)nationalen „Best Practice Beispielen“ (Sozialarbeiter*innen in der Praxis, Casemanagement durch MfA/Pflegekräfte, interprofessionelle Primärversorgungszentren, „Soziale Rezepte/Überweisungen“) auf Übertragbarkeit prüfen, ggf. implementieren, evaluieren und disseminieren
- f. Bereits bestehende (Hilfs-)Strukturen, Träger der öffentlichen Wohlfahrt und Sozialarbeit zugänglich und bekannt machen
- g. Größere bzw. übergeordnete Institutionen (z. B. Kassenärztliche Vereinigung, Gesetzliche Krankenversicherung, Hausärzterverband) in die Pflicht nehmen und die Modifizierung bestehender Strukturen einfordern

2. Wissenschaftlichkeit und Forschung steigern:

- a. Wissenschaftliche Definition des Themenspektrums „Soziale Gesundheit“ mit der Erarbeitung klarer Zielgrößen, Bedarfe sowie der Definition von Begrifflichkeiten wie „Soziale Probleme“, „Health equity“ etc.
- b. Entwicklung und Verknüpfung von versorgungswissenschaftlichen, epidemiologischen und gesundheitsökonomischen Studien zu „Sozialen Determinanten von Gesundheit“ in der Primärversorgung
- c. Entwicklung und Evaluation von Interventionen, die Soziale Determinanten von Gesundheit in der Hausarztpraxis adressieren

- d. Erstellung von Leitlinien, Handlungsempfehlungen u.a. evidenzbasierten Hilfen für den hausärztlichen Alltag z.B. unter Berücksichtigung von: multiprofessionell geführten sozialgesundheitlichen Patient*innenakten, interprofessionellen Fallbesprechungen, biopsychosozialen Assessments und Handlungsempfehlungen zur Weiterleitung in die soziale Versorgung

3. Vernetzung fördern:

- a. Bündelung verschiedener Aktivitäten, um einen systematischen Überblick über die Einzelaktivitäten zu erhalten, Ansätze zu teilen und weiterzuentwickeln, deren Umsetzungsschwierigkeiten kennenzulernen, Forschungslücken zu entdecken und Forschungsideen zu verwirklichen
- b. Interprofessionalität im Gesundheitssektor fördern, z.B. durch Einbindung des sozialen Hilfesystems mit Sozialer Arbeit, weiteren pädagogischen Berufen, Ergotherapie etc.
- c. Austausch mit der Integrierten kommunalen Stadtentwicklung sowie mit kommunalen Gesundheitszentren
- d. Kooperationen regional, national und international fördern
 - ▶ Austausch mit regionalen Netzwerken, Stadtteilkonferenzen, Gesundheitskonferenzen
 - ▶ Austausch mit bereits bestehenden Gruppen innerhalb und außerhalb der DEGAM (z.B. Medinetze, IPPNW, vdää, Gesundheitskollektive, etc.)
 - ▶ Internationale Zusammenarbeit z. B. innerhalb der WONCA, des European General Practice Research Network und des European Forum for Primary Care etablieren
- e. Präsenz auf weiteren Kongressen wie bspw. „Armut und Gesundheit“ sowie in einzelnen Workshops und Fortbildungsveranstaltungen
- f. Austausch/Kontakte mit anderen Fachgesellschaften, z.B. Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG), Deutsche Gesellschaft für Ergotherapiewissenschaft (DGEW), Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
- g. Vernetzung und Kooperation mit weiteren Wissenschaftsdisziplinen wie Pflegewissenschaften, Medizinischer Soziologie und Psychologie, Sozialer Arbeit, Occupational Science etc., sowie anderen ärztlichen Disziplinen (z. B. Rechtsmedizin, Sozialmedizin, Pädiatrie)

4. Präsenz an Universitäten, Integration in Lehre, Weiter- und Fortbildung voranbringen:

- a. Impulse für die Integration des Themas in der studentischen Lehre
 - ▶ zur Sensibilisierung der Studierenden bzgl. schwieriger sozialer Lebensbedingungen
 - ▶ zur Vermittlung konkreter Unterstützungsmaßnahmen
 - ▶ Kooperation mit studentischen AGs (z.B. Gandhi, UAEM (Universities Allied for Essential Medicines))

- ▶ Bestandserhebung an medizinischen Fakultäten bzgl. Präsenz der Thematik im Curriculum (vgl. Hommes et al. [20]) und anbietenden Institutionen (z. B. Institute für Sozialmedizin, Allgemeinmedizin etc.)
- b. Erarbeitung und Austausch von Lehr-, Fortbildungs- und Weiterbildungsangeboten (Kompetenzzentren)

5. Verbindung zu „Globaler Gesundheit“, Primary Health Care und Klimawandel herstellen:

- a. Vernetzung mit und Unterstützung von internationalen Initiativen und Projekten (WONCA, PRIMAFAMED)
- b. Berücksichtigung der besonderen Vulnerabilität von Migrant*innenpopulationen
- c. Miteinbezug guter Best-Practice-Ansätze aus anderen Ländern (z. B. Hinweis auf Pionier auf dem Gebiet: Jan De Maeseneer, Gent, Belgien)

6. Politische Implikationen erarbeiten und adressieren:

- a. Partei einnehmen für vulnerable Gruppen (z. B. von Einkommensarmut Betroffene, chronisch Erkrankte, einsame Menschen)
- b. Öffentliche Kritik üben an mangelhafter Ressourcensteuerung und gezielter Fehlversorgung (z.B.: Asylbewerberleistungsgesetz)
- c. Berufspolitische Forderungen formulieren (z.B. bzgl. Delegation ärztlicher Leistungen)
- d. Verstärktes Augenmerk auf soziale Themen und Probleme bei Stellungnahmen der DEGAM legen
- e. Pandemie-Situationen als besondere Herausforderung v.a. für sozial benachteiligte Gruppen herausstellen, Solidarität und Unterstützung einfordern
- f. An Diskussionen zur Gestaltung von Rahmenbedingungen teilnehmen
- g. Gesellschaftliche Verhältnisse öffentlichkeitswirksam hinterfragen
- h. Partizipation vulnerabler Gruppen bei allen Aufgabenbereichen

Referenzen

1. Spannagel D. Einkommen immer ungleicher verteilt, WSI-Verteilungsbericht 2019. Düsseldorf, 2019
2. Ewert T. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) als Klassifikationshilfe der langfristigen Krankheitsfolgen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2012; 55: 459–467
3. Groenemeyer A. Soziologie sozialer Probleme – Fragestellungen, Konzepte und theoretische Perspektiven. In: Handbuch soziale Probleme. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2012: 17–116
4. Kroll LE, Muters S, Lampert T, Müters S, Lampert T. Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit: Ein Überblick zum Forschungsstand und zu aktuellen Daten der Studien GEDA 2010 und GEDA 2012. Bundesgesundhbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 2016; 59: 228–237
5. Lampert T, Hoebel J, Kroll LE. Soziale Unterschiede in Deutschland: Mortalität und Lebenserwartung. J Heal Monit 2019; 1: 01–61

6. Lampert T, Kroll LE, Hapke U, Jacobi F. Sozioökonomischer Status und psychische Gesundheit. *Public Heal Forum* 2014; 22: 6.e1-6.e4
7. von dem Knesebeck O, Scherer M, van den Bussche H, Schäfer I. Zusammenhang von sozialem Status und Multimorbidität. *Hamb Arztebl* 2015; 12–15
8. Albus C, Waller C, Fritzsche K et al. Bedeutung von psychosozialen Faktoren in der Kardiologie – Update 2018. *Der Kardiol* 2018; 1–18
9. Singer S. Psychosocial Impact of Cancer. In: Goerling U, Mehnert A (eds.). *Recent Results in Cancer Research*. Cham: Springer, Cham, 2018: 1–11
10. Langbrandtner J, Raspe H, Hüppe A. Chronisch krank und erwerbstätig -- Weitere Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Interventionsstudie unter GKV-Versicherten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. *Z Gastroenterol* 2016; 54: 139–145
11. Sattler S, Diewald M. Wechselwirkungen zwischen Arbeitslosigkeit und dem sozialen Netzwerk. In: *Handbuch Netzwerkforschung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2010: 701–713
12. Krug G, Brandt S, Gamper M, Knabe A, Klärner A. Arbeitslosigkeit, soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten. In: *Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten*. Springer Fachmedien Wiesbaden, 2020: 309–328
13. Sundar S, Tripathi A, Naresh R. Does Unemployment Induce Crime in Society? A Mathematical Study. *Am J Appl Math Stat Vol 6*, 2018, Pages 44-53 2018; 6: 44–53
14. Borrell C, Gotsens M, Nova AM. Establishing social equity in cities: A health perspective. In: *Integrating Human Health into Urban and Transport Planning: A Framework*. Springer International Publishing, 2018: 515–534
15. Groenemeyer A, Ratzka M. Armut, Deprivation und Exklusion als soziales Problem. In: *Handbuch soziale Probleme*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2012: 367–432
16. Eyerund T, Orth AK. *Einsamkeit in Deutschland: Aktuelle Entwicklungen und soziodemographische Zusammenhänge*. Köln, 2019
17. Rattay P, Butschalowsky H, Rommel A et al. Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 2013; 56: 832–844
18. Zimmermann T, Mews C, Kloppe T et al. Soziale Probleme in der hausärztlichen Versorgung - Häufigkeit, Reaktionen, Handlungsoptionen und erwünschter Unterstützungsbedarf aus der Sicht von Hausärztinnen und Hausärzten. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2018;
19. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Fachdefinition Allgemeinmedizin. 2002. Beschluss der Jahreshauptversammlung <https://www.degam.de/fachdefinition.html> (accessed 09/30/2019)
20. Hommes F, Drees S, Geffert K, Philipsborn P von, Stratil J. Soziale Determinanten von Gesundheit als Lehr- und Prüfungsinhalte im Medizinstudium. *Das Gesundheitswes* 2019;