

DEGAM

DEGAM
Positionspapier

Armut macht krank

Soziale Gesundheit stärken

26. September 2024



Deutsche Gesellschaft
für Allgemeinmedizin
und Familienmedizin

Im Überblick – die acht wichtigsten Positionen der DEGAM

1. Mehr Bewusstsein für den Zusammenhang zwischen soziökonomischer Situation und Gesundheit entwickeln
2. Fehlverteilung zwischen Arm und Reich mindern: Je höher die Krankheits- und Problemlast, desto besser verfügbar muss die medizinische Versorgung sein
3. Hilfe für diejenigen schaffen, die helfen: Rahmenbedingungen für die hausärztliche Praxis verbessern
4. Kontakte bahnen, niedrigschwellige Zugänge schaffen und Kooperation zwischen hausärztlicher Praxis und sozialer Beratung ausbauen
5. Gesundheitswesen und Gesellschaft sind gleichermaßen gefordert: Politik, Ärztinnen- und Ärzteschaft, Selbstverwaltung, Sozialverbände, Nachbarschaften, Vereine, Kommunen
6. Politisches Handeln ist gefragt – vorhandene Ressourcen effizienter und gerechter verteilen
7. Die hausärztliche Praxis als niedrigschwellige Anlaufstelle verstehen und weiterentwickeln, wo alle Fäden für die weitere Behandlung koordiniert zusammenlaufen
8. Deutschland ist aufgefordert im Bereich Public Health aufzuholen, um alle Bevölkerungsgruppen zu erreichen

Armut macht krank – Soziale Gesundheit stärken

Einleitung

Seit Jahren nimmt die soziale Ungleichheit in Deutschland zu (Destatis 2023). Damit wächst auch die gesundheitliche Ungleichheit (Marmot et al. 2012; Dorner 2021; Lampert et al. 2012). Menschen mit sozialen Problemen leiden häufiger unter psychischen Beeinträchtigungen, kardiovaskulären Erkrankungen und Multimorbidität. Sie sterben früher bei geringerer Lebensqualität (Lampert, Hoebel, and Kroll 2019; Lampert et al. 2014). In Deutschland beträgt der einkommensabhängige Unterschied der Lebenserwartung von Frauen 4,4 Jahre und von Männern 8,6 Jahre (Lampert, Hoebel, and Kroll 2019). Oder anders formuliert: Armut macht krank.

Damit kann und darf sich ein reiches Land wie Deutschland nicht abfinden. Deshalb fordern wir, sozialmedizinische Versorgungsaspekte zu stärken. Wir müssen intensiver als bisher nach Wegen suchen, um medizinische und soziale Gesundheit gemeinsam zu denken. Bestehende Hürden müssen vor allem für diejenigen abgebaut werden, die es am meisten brauchen. Sozial und gesundheitlich benachteiligte Bevölkerungsgruppen müssen intensiver, koordinierter und besser behandelt werden als bisher.

Ressourcen da ausbauen, wo sie wirklich benötigt werden

Es würde allerdings zu kurz greifen, mehr Leistungen für alle zu fordern. Wer welche Leistungen in Deutschland in Anspruch nimmt, hängt stark von den sozioökonomischen und sozialen Rahmenbedingungen ab: Seit den 1970er-Jahren ist bekannt, dass gemäß dem „Inverse Care Law“ die meisten und besten Gesundheitsressourcen gerade da zur Verfügung stehen, wo privilegierte Menschen leben, die wissen, welche Leistungen ihnen zustehen und wo sie sie bekommen (Hart 1971).

Deshalb müssen Patientinnen und Patienten mit niedrigem sozioökonomischem Status einen erleichterten Zugang zu Leistungen der Krankenversicherung, Rehabilitation, Sozialhilfe und Pflege bekommen. Rechtliche Hürden und Sektorengrenzen sollten abgebaut werden. Weiterhin bedürfen Patientinnen und Patienten einer kontinuierlichen sowie gut koordinierten Versorgung, die in einem Primärarztsystem am besten umgesetzt werden kann: Alle Patientinnen und Patienten werden zunächst in der hausärztlichen Praxis behandelt, weitere Fachrichtungen werden erst nach Rücksprache mit dem Hausarzt / der Hausärztin hinzugezogen. Die Fäden aller Behandlungen laufen in der hausärztlichen Praxis zusammen, soziale Probleme können besser und kontinuierlicher einbezogen werden.

Zusätzliche Ressourcen müssen da angeboten werden, wo die Ärmsten leben. Die Verhältnisprävention in den Lebenswelten muss gestärkt werden. Das bringt langfristig mehr als die Einführung von weiteren Früherkennungsuntersuchungen, die vor allem diejenigen erreichen, die sowieso gut versorgt sind.

Den Helfenden helfen

Die erste Anlaufstelle der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland ist in der Regel die hausärztliche Praxis. In vielen hausärztlichen Praxen ist es bereits heute gelebte Wirklichkeit, dass auch soziale Probleme in die diagnostischen und therapeutischen Überlegungen einbezogen werden (Kroll et al. 2016, Jobst 2007, Zimmermann et al. 2018, Jobst 2021, Kloppe 2022). Auch die Inanspruchnahme von Leistungen der Sozialversicherungen (Eltern-Kind-Kuren, Reha, Arbeitsunfähigkeit, Eingliederung, BU-Rente etc.) wird häufig angeregt.

Allerdings ist in unserem Versorgungssystem weder ökonomisch noch strukturell abgebildet, dass Patientinnen und Patienten mit sozialen Themen eine zeitintensivere Versorgung (Jobst 2014) benötigen. So ist es wenig verwunderlich, dass nicht alle Praxen angesichts voller Wartezimmer und knapper personeller Ressourcen die Möglichkeit sehen, diese Zeit aufzubringen. Auch Kooperationen mit sozialen Beratungsstellen finden oft nicht regelhaft statt.

Die wichtigste Empfehlung ist daher, die Rahmenbedingungen für die hausärztliche Praxis so zu gestalten, dass soziale Belastungen von Patientinnen und Patienten stärker in allen Praxen mitgedacht werden können.

Die sprechende Medizin muss aufgewertet werden. Wir fordern eine adäquate Vergütung für die zeitintensive Versorgung benachteiligter Patientinnen und Patienten, die z.B. von Sprachbarrieren, finanziellen Schwierigkeiten, erhöhter Krankheitslast oder familiären und beruflichen Konflikten betroffen sind. Hausbesuche müssen besser vergütet werden. Anders lassen sich soziale Herausforderungen in der hausärztlichen Praxis nicht lösen. Auch kann eine kleinräumige Bedarfsplanung dazu beitragen, dass „schwierige“ Bezirke besser ausgestattet werden.

Gesundheitswesen und Gesellschaft sind gefordert

Wir fordern, dass soziale Herausforderungen stärker als echtes Gesundheitsrisiko wahrgenommen und verstanden werden. Diese Aufgabe kann nur gemeinsam bewältigt werden. Alle Akteurinnen und Akteure in Politik, Selbstverwaltung, Krankenkassen, Öffentlichem Gesundheitsdienst, Klinik und Praxis müssen sich für die Gesundheitsversorgung von Menschen mit niedrigem Sozialstatus einsetzen.

Interprofessionellen Austausch fördern

Es ist klar, dass nicht alle sozialen Probleme in der hausärztlichen Praxis gelöst werden können. Deshalb ist es sinnvoll, dass Praxen verstärkt Kontakte mit sozialen Beratungsstellen (z.B. Allgemeine Sozialberatung, Beratung zu Sucht, Schulden, Gewalt) wahrnehmen und mit ihnen zusammenarbeiten. Auch für Menschen, die zu besonders vulnerablen Gruppen gehören, ergeben sich oft spezielle soziale und gesundheitliche Herausforderungen, die nicht allein in der hausärztlichen Praxis bewältigt werden können.

Für mehr Zusammenarbeit gibt es bereits verschiedene Lösungsansätze, die weiterentwickelt werden könnten: z.B. Integrierte Primärversorgungszentren,

Sozialberatung direkt in der hausärztlichen Praxis (Modellprojekt in Berlin) oder gemeinsam mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten konzipierte externe Beratungsangebote. Allerdings fehlen flächendeckende und gut etablierte Prozesse für die Zusammenarbeit mit dem sozialen Netz – gerade auch über die Grenzen der einzelnen Sozialgesetzbücher hinweg. Das international etablierte Konzept des *Social Prescribing* (Ärztinnen und Ärzte verordnen soziale Aktivitäten auf Rezept) ist ein gutes Beispiel, wie die Zusammenarbeit gestärkt werden kann. Solche Ideen müssen wachsen und rechtlich verankert werden.

Wissenschaftlich und interdisziplinär ansetzen

Medizinische Leitlinien, die soziale Faktoren berücksichtigen, können sich positiv auf die körperliche und seelische Gesundheit auswirken. Gleichzeitig fördern sie eine gerechtere und effektivere Gesundheitsversorgung. Wir sprechen uns deshalb für eine stärkere Berücksichtigung von sozialen Aspekten und populationsbezogenen Maßnahmen und Zielen in Leitlinien aus. Gelungene Beispiele sind folgende Leitlinien und Nationale Versorgungsleitlinien (NVL), in denen auch soziale Herausforderungen thematisiert werden:

- S3-Leitlinie Multimorbidität (Living Guideline)
- S3-Leitlinie Kardiovaskuläre Prävention
- S1-Leitlinie Chronische, nichttumorbedingte Schmerzen
- S1-Leitlinie zum anamnestischen Erstgespräch in der hausärztlichen Praxis (in Arbeit)
- NVL Demenz, NVL Depression, NVL Diabetes

Was die Politik tun kann: Verteilung effizienter und gerechter anlegen

Um die Gesundheit von sozial und gesundheitlich benachteiligten Bevölkerungsgruppen nachhaltig zu verbessern, müssen die erheblichen Ressourcen zur gesundheitlichen Versorgung, die vorhanden sind, gezielter verteilt und bedarfsgerechter genutzt werden. International liegen evidenzbasierte Erkenntnisse und Ergebnisse vor, zum Beispiel zum Konzept Housing First. Andere gelungene Beispiele wären: Integrierte psychiatrische Versorgung (z. B. Hamburg), Buurtzorg Nachbarschaftspflege (Niederlande), Bromley by Bow Centre (England), Primary Care Networks (Kanada).

Die medizinische Versorgung insbesondere in ländlichen und in benachteiligten städtischen Räumen ist bereits jetzt schon nicht mehr gesichert. Die Anstrengungen, dem entgegenzuwirken, müssen verstärkt werden. Bundesländer können regional Anreize setzen: Strukturhilfen aus Landesmitteln können die Gründung von Versorgungseinrichtungen auf kommunaler Ebene unterstützen (Beispiel lokale Gesundheitszentren).

Strukturell setzen wir uns außerdem für eine kontinuierliche Versorgung und Koordination durch eine frei zu wählende hausärztliche Praxis ein. Deshalb fordert die DEGAM seit Langem die Einführung eines Primärarztsystems. Menschen werden oft über Jahre und Jahrzehnte begleitet, so dass soziale Themen besser wahrgenommen werden können. Brüche in der Behandlung können vermieden werden, die Patientinnen und Patienten fallen nicht durch die Maschen einer unkoordinierten Versorgungslandschaft.

Was wir von anderen Ländern lernen können: Public Health ausbauen

Deutschland muss in der Verhältnisprävention aufholen, um auch Menschen, die sozial weniger privilegiert sind, zu erreichen. Länder, die stärker auf Public-Health-Konzepte setzen, machen uns schon lange vor, wie das aussehen kann: z. B. Besteuerung zuckerhaltiger Getränke, Werbeverbot für ungesunde Lebensmittel und Tabak, mehr Hilfe beim Suchtentzug, verringerte Verfügbarkeit von hochprozentigem Alkohol, mehr Schul- und Breitensport,

mehr Schwimmbäder, gesundes Kita- und Schulesen. Die Möglichkeiten sind zahlreich.

Was die Selbstverwaltung tun kann: alle Kräfte bündeln

Wir sprechen uns dafür aus, dass Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen und Öffentlicher Gesundheitsdienst soziale Gesundheit stärker berücksichtigen und aktiv fördern. Die Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten und anderen Sozial- und Gesundheitsberufen (z. B. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern) muss enger werden.

Auch die Krankenkassen sind gefordert: Sie können Versicherte in benachteiligten Gebieten verstärkt ansprechen, um sie über gezielte Beratungsleistungen oder z.B. die Befreiung von der Zuzahlung („Chroniker-Regelung“) zu informieren. Menschen, die keine Krankenversicherung haben, müssen auch ohne Versichertenkarte Zugang zu medizinischer Versorgung bekommen.

Bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung begrüßen wir die Integration von sozialen Gesundheitsaspekten in den Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) und in die Regel-Curricula der medizinischen Fakultäten und auch in die Curricula aller beteiligten Gesundheitsberufe. Darüber hinaus empfehlen wir: Weiter- und Fortbildungsangebote zur sozialen Gesundheit für das Praxisteam und alle beteiligten Berufsgruppen; mehr Hospitationsangebote für Ärztinnen und Ärzte im sozialen Hilfesystem.

Fazit

Das Positionspapier – federführend erarbeitet von der DEGAM-AG Soziale Gesundheit – möchte dazu beitragen, mehr Bewusstsein für den Zusammenhang zwischen sozialer Situation, Gesundheit und Krankheit zu entwickeln. In Deutschland haben arme Menschen deutlich höhere Gesundheitsrisiken, ihre Lebensqualität ist schlechter und sie sterben früher.

Gleichzeitig werden die Ressourcen in unserem Gesundheitswesen überwiegend von denen in Anspruch genommen, die in Bezug auf Bildung,

Einkommen, Wohnsituation privilegiert sind und oft sowieso schon gesundheitsbewusst leben. Dadurch ergibt sich eine klare Fehlverteilung zwischen Arm und Reich. Damit darf sich unsere Gesellschaft nicht abfinden.

Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, müssen soziale Probleme zuerst überhaupt wahrgenommen werden. Das kann in der hausärztlichen Praxis geschehen. Dort ist die persönliche Lebenssituation von Patientinnen und Patienten bekannt, weitere Hilfe kann bei Problemen vermittelt werden. Dazu müssen aber die Rahmenbedingungen verbessert werden, damit diese Arbeit trotz Hausärztinnen- und Hausärztemangel geleistet werden kann. Die Kooperationen zwischen hausärztlicher Praxis und sozialer Beratung müssen ausgebaut werden. Politisches Handeln ist gefragt, damit die vorhandenen Ressourcen effizienter und gerechter verteilt werden.

Allerdings können die sozioökonomischen Verhältnisse einer Gesellschaft kaum durch kompetentes Handeln in hausärztlichen Praxen verändert werden. Hier sprechen wir uns dafür aus, dass politische Gremien Maßnahmen zur Bekämpfung von Armut und sozialer Benachteiligung ergreifen. Eine zentrale Forderung bezieht sich auch auf Public-Health-Maßnahmen, um alle sozialen Schichten für gesundheitliche Themen zu erreichen. Länder, die stärker auf Public-Health setzen, machen damit in den Lebenswelten Kita, Schule, Nachbarschaft, Beruf etc. gute Erfahrungen. Davon kann Deutschland lernen.

Weitere Ziele für eine soziale Gesundheit, wie gesunde Lebenswelten, weniger soziale Ungleichheit und das Bemühen um eine stärkere Umverteilung vorhandener Ressourcen, benötigen breite gesellschaftliche Unterstützung, politisches Engagement, eine zuverlässige Datenbasis und begleitende, kritisch-analytische Forschung. Dies kann nur durch die Zusammenarbeit aller geschehen.

Literatur

Destatis. (2023). Einkommen und Lebensbedingungen, Armutsgefährdung – Gefährdung durch Armut oder soziale Ausgrenzung. Statistisches Bundesamt. Abgerufen am 08.11.2023, von <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/Lebensbedingungen-Armutsgefaehrdung/Tabellen/eurostat-armut-sozialeausgrenzung-mz-silc.html?nn=210056>

Dorner, T. E. (2021). Sozioökonomischer Status – Bedeutung und Implikationen für die Prävention und Gesundheitsförderung. In: Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit (S. 185-197). Berlin, Heidelberg: Springer.

Hart, J. T. (1971). The Inverse Care Law. *The Lancet*, 297(7696), 405-412.

Jobst, D., Fuchs, A., Joest, A., & Nagel, N. (2007). Anliegen und Wünsche gesunder Patienten - wie gehen Hausärzte damit um? *Das Gesundheitswesen*, 69, 607-611. <https://doi.org/10.1055/s-2007-992777>

Jobst, D., & Joos, S. (2014). Soziale Patientenanliegen – eine Erhebung in Hausarztpraxen. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 90(12), 496-501. Abgerufen am 08.11.2023, von <https://link.springer.com/content/pdf/10.3238/zfa.2014.0496-0501.pdf>

Jobst, D., & Coppola, A. (2021). Sozialarbeit und hausärztliche Medizin. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 97(4), 150-154. Abgerufen am 08.11.2023, von <https://link.springer.com/content/pdf/10.3238/zfa.2021.0150-0154.pdf>

Kloppe, T., Tetzlaff, B., Mews, C., Zimmermann, T., & Scherer, M. (2022). Interprofessional collaboration to support patients with social problems in general practice-a qualitative focus group study. *BMC Primary Care*, 23, 169. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01782-z>

Kroll, L. E., Müters, S., & Lampert, T. (2016). Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 59, 228-237. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2282-7>

Lampert, T., Kroll, L. E., Hapke, U., & Jacobi, F. (2014). Sozioökonomischer Status und psychische Gesundheit. *Public Health Forum*, 22(1), 6.e1-6.e4. <https://doi.org/10.1016/j.phf.2013.12.014>

Lampert, T., Hoebel, J., & Kroll, L. E. (2019). Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland. Aktuelle Situation und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 4, 3-15. Abgerufen am 08.11.2023, von https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/5909/JoHM_01_2019_Mortalitaet_Lebenserwartung.pdf

Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., & Goldblatt, P. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet*, 380(9846), 1011-1029. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)61228-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)61228-8)

Zimmermann, T., Mews, C., Kloppe, T., Tetzlaff, B., Hadwiger, M., Knesebeck, O. v. d. K., & Scherer, M. (2018). Soziale Probleme in der hausärztlichen Versorgung – Häufigkeit, Reaktionen, Handlungsoptionen und erwünschter Unterstützungsbedarf aus der Sicht von Hausärztinnen und Hausärzten. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 131-132, 81-89. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2018.01.008>

26. September 2024

Kontakt:

DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
Schumannstraße 9, 10117 Berlin
Telefon: 030-20 966 9800
E-Mail: geschaeftsstelle@degam.de

