

Das Biopsychosoziale Modell umsetzen ...

Das in Österreich vor allem von Josef W. Egger propagierte biopsychosoziale Modell nach G. L. Engel begleitet uns seit zumindest 3 Jahrzehnten. Insbesondere die Umsetzung des „Sozialen“ ist im allgemeinärztlichen Alltag aber nach wie vor weit vom Ideal entfernt.

Entsprechend der Diktatur des Dringlichen kommt ganzheitliches Denken in der Praxis aufgrund von Priorisierungen häufig zu kurz. Angesichts der Demografie ist vor allem bei sich wiederholenden oder chronischen Befindensstörungen die ganzheitliche Diagnostik und Therapie im Sinn von Engels mehr denn je für den Erfolg ärztlicher Betreuung ausschlaggebend.

Besonders die COVID-19-Pandemie hat uns vermehrt bewusst gemacht, wie sehr medizinische Anliegen von sozialen Nöten, wie Einsamkeit, existenziellen Sorgen, Ängsten und Hoffnungslosigkeit, begleitet sind. Für viele Menschen kamen – im Sinn von Aaron Antonovsky – Verstehbarkeit, Bewältigbarkeit und Sinnhaftigkeit der Lebensumstände bleibend abhanden. Besonders verringerte soziale Kontakte begleiteten viele Menschen auch nach Ende der Pandemie. In den 1990er-Jahren hat sich in Großbritannien mit dem sogenannten „social prescribing“ ein neues Organisationsmodell entwickelt, bei dem versucht wird, Patient:innen im psychosozialen Bereich intensiver durch spezielle Fachkräfte zu betreuen. Diese werden nach ärztlicher Bedarfsfeststellung mit der Förderung von sozialen Kontakten und gesundheitlich relevanten Aktivitäten betraut. Well-being Coordinator, Well-being Coaches, Navigator, Community Connector, Social prescribing Specialist, Health Trainer, Link Worker sind Bezeichnungen für diese neue Gruppe nichtärztlicher Gesundheitsberufe. Im Rahmen eines ganzheitlichen Behandlungskonzeptes sollen soziale Bedürfnisse besser unterstützt werden. In Österreich beginnen zurzeit vor allem Ausgebildete in Sozialarbeit oder in Gesundheits- und Krankenpflege diese Idee im Rahmen von PVE oder freiberuflich zu leben. „Gesundheitsförderung“ ist ein Stichwort, das seit der



Dr.ⁱⁿ Reingard Glehr
Ärztin für Allgemeinmedizin, Hartberg

Ottawa WHO Charta von 1986 in den gesundheitspolitischen Diskussionen ständig präsent ist: Wie soll ein Gesundheitssystem Menschen gesund halten, also Krankheit erst gar nicht entstehen lassen? Das Medizinsystem stützt sich hier einerseits auf Prävention, also auf Maßnahmen, die Risiken verringern bzw. Folgen

von Krankheit oder von krankmachenden Situationen abschwächen und andererseits auf Gesundheitsförderung im engeren Sinn, also Maßnahmen, die Menschen zu einer besseren Resilienz verhelfen sollen. Beratung zu einem gesunden Lebensstil, Unterstützung der existenziellen Gegebenheiten und Vermittlung von sozialen Angeboten stehen hier im Vordergrund. Herausforderungen der Betroffenen durch eine chronische Erkrankung, durch Alter, Einsamkeit, Armut oder niederen Bildungshintergrund sollen besser bewältigbar werden. Gesundheitsförderung ist dabei lebenslang zu denken, ob bei Kindern, die in prekären sozialen Verhältnissen aufwachsen, oder bei Erwachsenen bzw. alten Menschen, die Unterstützung bei der Lebensführung benötigen.

Ein ganzheitlicher Behandlungszugang und Zeit sind Schlüsselfaktoren bei der Umsetzung des biopsychosozialen Modells. Umfassende Behandlungsvorschläge während einer Konsultation scheitern aber auch oft an fehlender Motivation, resignativer Grundhaltung oder mangelhaftem Gesundheitsverständnis von Patientenseite. Zeitgewinn durch Arbeitsteilung kann dem entgegenwirken. Dazu kommt noch die Erfolgchance durch Zusammenwirken verschiedener Kompetenzen als Folge eines anderen Ausbildungsweges.

Amélie Wiegand, Sozialarbeiterin, und Dr. Erwin Rebhandl, Arzt für Allgemeinmedizin, Haslach/Mühl, werden im folgenden Artikel die Bedeutung der Sozialarbeit und die Chancen, die sich durch eine gute Zusammenarbeit von Sozialarbeiter:innen mit Ärzt:innen für Allgemeinmedizin für die Gesundheit der Patient:innen ergeben, eingehen. Ihre Erfahrungen beruhen auf der gemeinsamen Arbeit im PVE Haslach. ■

Allgemeinmedizin und Sozialarbeit – eine notwendige Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeiter:innen und Allgemeinmediziner:innen zählt gerade in Primärversorgungszentren zur gelebten Praxis. In diesem Beitrag soll aufgezeigt werden, wie sich die beiden Berufsgruppen ergänzen können.

Die Einbindung der Sozialen Arbeit in die medizinische Versorgung ist keine neue Entwicklung. Tatsächlich reichen ihre Ursprünge bis Ende des 19. Jahrhunderts zurück, als sie eng mit der Gesundheits- und Armenfürsorge verbunden war. Im Verlauf des 20. Jahrhunderts begann sich jedoch diese Verbindung wieder zu lösen. Die Medizin wandte sich einem naturwissenschaftlichen Verständnis zu und schloss das „Soziale“ weitgehend aus ihrem Aufgabenbereich aus (Rogers und Pilgrim, 2011). Diese Trennung ist überraschend, da wichtige Ziele beider Disziplinen – nämlich Wohlbefinden und funktionales Alltagsleben – gar nicht so unterschiedlich sind (aus *BFH impuls* 1/2019). Soziale Probleme, wozu unter anderem finanzielle Schwierigkeiten, Sorgen um den Arbeitsplatz, Streit in der Familie, Mobbing usw. zählen, können medizinisch nicht gelöst werden, spielen jedoch im Krankheitsverlauf eine bedeutende Rolle. Der Zusammenhang zwischen Armut und Krankheit wurde in zahlreichen Studien nachgewiesen (Kohler et al., 2012; Lampert, 2011; Murray, 2006; Pförtner, 2013; Weltgesundheitsorganisation, 2004). So heißt es zum Beispiel in den Zukunftspositionen zur Allgemeinmedizin der DEGAM, dass „Armut, soziale Isolation und insbesondere auch erlebte soziale Ungleichheit auf die Entstehung sowie den Verlauf von Krankheiten erhebliche Auswirkungen haben“.

Angesichts von Krankheit und Armut fühlen sich Ärzt:innen und Sozialarbeiter:innen gleichermaßen in der Verantwortung (DEGAM, 2012; International Federation of Social Workers, 2014).



Dipl.-Sozialpäd. (FH) Amélie Wiegand
Sozialarbeiterin,
PVE Hausarztmedizin Plus
Haslach/Mühl



Dr. Erwin Rebhandl
Arzt für Allgemeinmedizin, Haslach/Mühl;
Univ.-Lektor am Institut für Allgemeinmedizin,
JKU Linz

Soziale Arbeit

Soziale Arbeit fördert die gesellschaftliche und soziale Entwicklung von Menschen und deren Selbstbestimmung. Soziale Gerechtigkeit, Menschenrechte und die Achtung der Vielfalt sind die Grundlagen der Sozialen Arbeit (vgl. www.dbsh.de). Ningel (2011) betonte die Bedeutung eines ganzheitlichen Ansatzes, der individuelle Beratung und interdisziplinäre Koordination einschließt. Durch die Ermutigung zur aktiven Gestaltung des eigenen Lebens wird den Menschen eine bedeutende Handlungsmöglichkeit geboten.

Klinische Soziale Arbeit

Klinische Soziale Arbeit als Spezialisierung innerhalb der Sozialen Arbeit fußt weniger auf einem klinischen als auf einem biopsychosozialen Verständnis des Menschen (Röh, 2008). Sie konzentriert sich auf die Behandlung sozialer Aspekte somatischer und psychischer Erkrankungen und trägt dazu bei,

Krankheiten, Behinderungen oder psychosoziale Krisen zu bewältigen oder ihre Auswirkungen zu mildern (Ningel, 2011). In der Praxis konzentrieren sich Sozialarbeiter:innen auf die Arbeit mit Menschen in sozialen Notlagen sowie auf die Prävention solcher Notlagen. Ziel ihrer Tätigkeit ist, die Lebensbedingungen ihrer Patient:innen zu stabilisieren und zu verbessern. Sozialarbeitende verpflichten sich dazu, ihre Klientel zu unterstützen und diese zu befähigen, unabhängiger zu werden – auch von der Sozialen Arbeit selbst (AvenirSocial, 2010).

Die Rolle des/der Hausärzt:in und die Rolle der Sozialen Arbeit

Für viele Menschen in prekären Lebenssituationen sind Hausärzt:innen oft die ersten Ansprechpartner:innen und Vertrauenspersonen. Gesundheitliche Probleme sind häufig sowohl die Folge als auch die Ursache sozialer, finanzieller oder persönlicher Schwierigkeiten. Viele Hausärzt:innen finden sich in ▶

einer zentralen Rolle bezüglich sozialer Problematiken, fühlen sich aber aufgrund fehlender Ausbildung und der im Praxisalltag knappen Zeitrressourcen oft überfordert. In der täglichen Praxisarbeit und Langzeitbetreuung können sie als Vertrauenspersonen biopsychosoziale Problemlagen früh erkennen und bei der Möglichkeit einer Überweisung zum/zur Sozialarbeiter:in schnell, niederschwellig und professionell helfen.

Es fällt vielen Patient:innen leichter, innerhalb einer Primärversorgungseinrichtung Sozialberatung in Anspruch zu nehmen, als eine institutionelle Einrichtung aufzusuchen. Patient:innen mit sozialen Problemen „stranden“ bei Hausärzt:innen, weil niemand anderer vorhanden ist und sich zuständig fühlt. Eine Hauptaufgabe sozialer Beratung ist es, durch Gespräche mit Patient:innen das Ganze zu entschleunigen und in regelmäßiger Beziehungsarbeit Vertrauen aufzubauen, um gemeinsam mit dem/der Patient:in herauszufinden, welche individuelle Lösung am besten ist. Hier ist es von Bedeutung, dass die Soziale Arbeit bestehende Komplexitäten und Bürokratien sichtbar verringert und informelle Netzwerke innerhalb einer Einrichtung und nach außen zur kommunalen Gesundheitsförderung aufbaut.



Zusammenfassend betrachtet gesundheitsbezogene Soziale Arbeit Menschen als biopsychosoziale Wesen, deren Gesundheit in hohem Maße von einer intakten sozialen Lebenswelt abhängt. Im Gegensatz zur medizinischen oder psychischen Behandlung konzentriert sie sich explizit auf die Möglichkeiten und Spielräume des sozialen Umfeldes. Sie unterstützt Patient:innen bei der Orientierung im Gesundheitswesen (Case-Management und Netzwerkarbeit), fördert die soziale Integration und übernimmt umfassende soziale Anamnesen, insbesondere bei komplexen Themen, wie zum Beispiel bei der Überforderung pflegender Angehöriger, bei chronischen Krankheiten oder Pflegebedürftigkeit, bei der Gefahreinschätzung im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe, der Beantragung einer Erwachsenenvertretung oder auch bei verwaltungsrechtlichen Themen der Sozialversicherungen. Ziel ist,

mögliche Alltagsbelastungen der Klient:innen zu reduzieren, ihre materielle Situation zu verbessern (Schuldenberatung), soziale Unterstützungen zu aktivieren (Weitervermittlung an andere Dienstleister:innen) und die Selbstverantwortung wieder zu stärken (Ressourcenorientierung).

Social Prescribing und Prävention

Gerade in Primärversorgungseinheiten (PVE), in denen Sozialarbeiter:innen auch eine Rolle als Link Worker im Social-Prescribing-Prozess übernehmen, fördern sie den Genesungsprozess, die gesellschaftliche Teilhabe, die Inklusion in die Systeme sozialer Sicherheit und geben Orientierung, indem sie Patient:innen an kommunale Hilfsangebote vermitteln.

In Haslach trägt das interprofessionelle Team der PVE in Kooperation mit dem GESUND-Büro (Träger: PROGES) beispielhaft mit Maßnahmen wie gemeinsamem Kochen mit Mittagstisch, den GEHsprächs- und Walkinggruppen oder dem Gesprächskreis für pflegende Angehörige in Kooperation mit der Community Nurse gezielt zur Früherkennung, Prävention und Gesundheitsförderung bei. ■

Literatur: • www.dbsch.de/media/dbsch-www/redaktionell/bilder/Profession/20161114_Dt_Def_Sozialer_Arbeit_FBTS_DBSH_01.pdf • Rogers A, Pilgrim D, A Sociology of Mental Health and Illness, Open University Press; 4. Edition [1. Juli 2010] • Artikel aus Impuls Magazin des Departements Soziale; www.bfh.ch/dam/jcr:bd4527f7-4256-4e17-b303-67b8becf13f2/181219_impuls_1_2019_verlinkt.pdf • Ortman K, Röh D [Hrsg.], Klinische Sozialarbeit. Konzepte – Praxis – Perspektiven. Lambertus Verlag GmbH Marketing und Vertrieb [Freiburg] 2008 • Lampert T, Armut und Gesundheit. In: Schott T, Hornberg C [Hrsg.], Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. Wiesbaden: Springer VS, 2011:575–597 • Murray S, Poverty and Health. CMAJ 2006; 174:923 • Kohler U, Ehler M, Grell B, Heisig JP, Radenacker A, Wörz M, Verarmungsrisiken nach kritischen Lebensereignissen in Deutschland und den USA. Köln Z Soziol 2012; 64:223–245 • Pförtner TK, Armut und Gesundheit in Europa – Theoretischer Diskurs und empirische Untersuchung. Wiesbaden: Springer VS, 2013 • Weltgesundheitsorganisation, 2004: Soziale Determinanten von Gesundheit; www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98441/e81384g.pdf?ua=1 [Zugriffsdatum: 17. 8. 2018] • Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2012: Allgemeinmedizin – spezialisiert auf den ganzen Menschen. Positionen zur Zukunft der Allgemeinmedizin und der hausärztlichen Praxis; www.degam.de/files/Inhalte/DegamInhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Zukunftspositionen.pdf [Zugriffsdatum: 5. 7. 2018] • International federation of Social Workers, 2014: Global Definition of Social Work. www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/ [Zugriffsdatum: 17. 7. 2018] • Ningel R, Methoden der klinischen Sozialarbeit. Stuttgart: UTB, 2011 • AvenirSocial, 2010: Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz; Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. Bern • Büscher I, Sozialarbeit trifft Hausarztmedizin. Dissertation Universität und UKB Bonn 2020; <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:hbz:5-5879>

Teamarbeit

Neuere Studien zeigen, dass zwischen Hausärzt:innen und Sozialarbeiter:innen natürlich Unterschiede bestehen, zum Beispiel in ihren Ausbildungsgängen, im Sprachgebrauch und im Verständnis sozialer Probleme. Die Beziehung zwischen diesen beiden Berufsgruppen ist nicht selten von einem ungleichen Machtgefüge geprägt. Problematisch sind die fließenden Übergänge zwischen ihren Aufgabenbereichen, da beiden Berufsgruppen noch eine klare Definition der Sozialen Arbeit fehlt. Um Missverständnisse zu vermeiden, sollte das Rollenverständnis durch klare Arbeitsverteilung, respektvollen Umgang und gute Kommunikation geklärt werden [Ines Büscher, Dissertation, Medizinische Fakultät der Universität Bonn, 2020].

Damit das jeweilige Fachwissen im multiprofessionellen Team einer Primärversorgung seine Wirkung entfalten kann, muss interprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe ermöglicht werden. Diese ist geprägt von flachen Hierarchien, Mitspracherecht, gemeinsamen Fallbesprechungen und koordinierten Fallführungen. Gerade bei komplexen psychosozialen Patientenanliegen und Multimorbidität ermöglichen klar definierte Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten sowie regelmäßige Reflexionen im Team, individuelle und situative Lösungen gemeinsam mit den Patient:innen zu erarbeiten.

29. WONCA-Europe-Kongress

WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) ist die weltweite Gesellschaft für Allgemein- und Familienmediziner:innen und Dachverband der ÖGAM. Sie umfasst 122 Organisationen aus 102 Ländern, bei denen insgesamt ca. 500.000 Allgemeinmediziner:innen Mitglied sind.



29TH WONCA EUROPE CONFERENCE
The Convention Centre Dublin
25-28 September 2024

The Changing Nature of Family Medicine - Cultivating the Future





www.woncaeurope2024.org | [#woncaeurope2024](https://twitter.com/woncaeurope2024)

Die europäische Teilorganisation **WONCA Europe** veranstaltet im **September ihren 29. Kongress, dieses Jahr in Dublin, Irland**. Der Kongress beschäftigt sich mit den sich ändernden An-

forderungen an nationale Gesundheitssysteme, mit Themen wie Innovation, Patient-centered Care, Kontinuität, Gerechtigkeit in der Medizin, Über- und Unterversorgung. Im Rahmen von zahlreichen Vorträgen und

Workshops eröffnet er viele Möglichkeiten für Wissensgewinn und internationalen Austausch. Nicht zuletzt ist vor allem dieser immer eine Bereicherung und unterscheidet diesen besonderen Kongress von anderen. ■

ZUR WEBSITE

