

Sozialarbeit und hausärztliche Medizin

Ein exploratorischer Survey über Kontakte und Kooperationen

Social Work and Family Medicine

An Exploratory Survey on Contacts and Cooperation

Detmar Jobst¹, Alawia Coppola²

Hintergrund

In Deutschland gibt es wenige etablierte und auch nur selten untersuchte Verbindungen zwischen Hausarztmedizin und Sozialarbeit. Angebote sozialer Arbeit wären für betroffene Patienten vermutlich sinnvoll und hilfreich. Dieser Survey beforcht deshalb die beruflichen Kontakte von Sozialarbeiter*innen (SozArb) zu Ärztinnen und Ärzten (ÄÄ), auch zu Hausärzten (HÄ).

Methoden

Wir befragten SozArb mittels 22 überwiegend geschlossener Fragen nach Frequenz, Relevanz und Effizienz sowie Barrieren der Zusammenarbeit. Die Distribution des Fragebogens (FB) erfolgte mithilfe des LimeSurvey-Tools über einen Universitätsserver des Uniklinikums Bonn an acht Träger der Sozialarbeit und der Wohlfahrt im Raum Bonn, die ihn an ihre Mitarbeiter weiterleiteten.

Ergebnisse

280 Personen öffneten den FB, 80 Personen (75 % weibl.) antworteten vollständig (Antwortquote 28,6 %). Fragen nach Kontakthäufigkeiten zu ÄÄ wurden 568-mal beantwortet, davon 278-mal negativ (48,9 %, nie Kontakt gehabt). 71 Nennungen fielen auf die HÄ-Kontakte. Kontaktgründe waren in abnehmender Zahl Drogen- und Suchthilfe, Migration und interkulturelle Arbeit, Wohnen und Obdach, Kinder- und Jugendhilfe, häusliche Gewalt und Schulden sowie in 33,3 % der Fälle andere Gründe. Atteste, Fragen zu Therapiemöglichkeiten, pflegerische bzw. häusliche Versorgung waren die häufigsten berufsfachlichen Anliegen der SozArb. Als Hindernisse für die Zusammenarbeit mit ÄÄ gaben die SozArb mangelnde Kenntnisse der gegenseitigen Möglichkeiten, geringes soziales Problembewusstsein der ÄÄ und deren fehlende Erreichbarkeit an. 73 % der SozArb votierten für (eher) mehr Zusammenarbeit. 58,7 % gaben sogar an, dass durch das Hinzuziehen von HÄ die Ergebnisse ihrer Tätigkeit verbessert würden.

Schlussfolgerungen

Die lokalen Kontakte zwischen SozArb und HÄ, der Wunsch nach mehr Zusammenarbeit und die positiven Erfahrungen der SozArb mit HÄ sind ermutigend. Auch in der internationalen Literatur besteht eine Tendenz, Kooperationen zu befürworten, trotz der beschriebenen Hindernisse. Denkbare Kommunikationshilfen wären institutionalisierte Ansprechpersonen, eine Clearingstelle (Hotline) oder Internet-Plattform der lokalen Sozialarbeit, die unseren Patienten bei sozialen Problemen zusätzliche Hilfe anböten.

Schlüsselwörter

Sozialarbeit; Hausarztmedizin; psychosoziale Probleme; soziale Notlagen; interdisziplinäre Kooperation; Survey

Background

In Germany, there are few established and also rarely studied links between family medicine and social work. Social work services would presumably be useful and helpful for affected patients. This survey therefore investigates the professional contacts of social workers (SocWo) with doctors (Docs), including family physicians (FPs).

Methods

We asked social workers about frequency, relevance and efficiency as well as barriers to cooperation by means of 22 mainly closed questions. The questionnaire (Srv) was distributed with the help of the LimeSurvey tool via a university server of the University Hospital Bonn to eight social-work- and welfare-organizations in the Bonn area, which forwarded it to their staff.

Results

280 persons opened the Srv, 80 persons (75 % female) answered completely (response rate 28.6 %). Questions about the frequency of contact with SocWo were answered 568 times, 278 of which were negative (48.9 % never had contact). 71 of the responses were about contact with FPs. Reasons for contacts were, in decreasing numbers, drug and addiction help, migration and intercultural work, housing and shelter, child and youth welfare, domestic violence and debts, and in 33.3 % cases other, unspecified reasons. Certificates, questions about therapy options, nursing or domestic care were the most frequent professional concerns of the SocWo. The Social Workers perceived a lack of knowledge of each other's possibilities, low social problem awareness of the doctors, their lack of accessibility and a lack of funding as obstacles to cooperation with the doctors. 73 % of the SocWo voted for (rather) more cooperation. 58.7 % even stated that the results of their work would be improved by involving FPs.

Conclusions

The local contacts between SocWo and FPs, the desire for more cooperation and the positive experiences of SocWo with FPs are encouraging. There is also a tendency in the international literature to favor cooperation, despite the obstacles described. Conceivable communication aids would be institutionalized contact persons, a clearing-center (hotline) or internet platform of local social work, which would offer our patients additional help with social problems.

Keywords

social work; family medicine; psychosocial problems; social distress; interdisciplinary collaboration; survey

¹ Institut für Hausarztmedizin, Universitätsklinikum Bonn; ² Klinik für Mund-, Kiefer-, Plastische Gesichtschirurgie, Universitätsklinikum Frankfurt am Main

Peer reviewed article eingereicht: 29.09.2020, akzeptiert: 05.02.2021

DOI 10.3238/zfa.2021.0150-0154

Hintergrund

Aus der hausärztlichen Praxis bekannt und empirisch belegt sind soziale Notlagen, Arbeitsplatzprobleme, familiäre Schwierigkeiten, Geldsorgen oder betriebliches Mobbing als Mitverursacher oder Auslöser von Krankheiten [1–3]. Eine Befragung von 1401 konsekutiven Patienten in Norwegen ergab, dass in 17 % das ärztliche Handeln durch solche sozialen Probleme beeinflusst wurde [4]. Anlässlich von 1706 Konsultationen in deutschen Hausarztpraxen kamen soziale Nöte in 14 % vor, ein Viertel davon wegen Arbeitsplatz- und Ausbildungsproblemen [5]. Die genannten Problemfelder liegen zum großen Teil außerhalb medizinischer Lösungsmöglichkeiten. Eine Inanspruchnahme sozialer Arbeit wäre für betroffene Patienten vermutlich sinnvoll und hilfreich.

In Deutschland gibt es wenige etablierte Verbindungen zwischen Hausarztmedizin und Sozialarbeit [6]. Erkenntnisse über deren Zusammenarbeit sind noch bruchstückhaft und wurden selten veröffentlicht. Ärztliche Berührungspunkte zur sozialen Arbeit bestehen vor allem in der Suchtmedizin, der Psychiatrie, der Palliativmedizin, der Geriatrie, bei Migration und Flucht und bei stationären Krankenhausaufenthalten von Patienten [7].

Unter dem Eindruck des Forschungsdefizits und der Vermutung, dass Hausärzt*innen (HÄ) für ihre Patienten die Ressource Sozialarbeit nicht ausreichend erschließen, nannten wir unser Projekt „So How? – Sozialarbeit und Hausarztmedizin zusammen, aber wie?“ Konkret stellten wir in der hier vorgelegten Arbeit die Forschungsfrage nach beruflichen Kontakten von Sozialarbeiter*innen (SozArb) zu Ärztinnen und Ärzten (ÄÄ).

Methoden

Wir befragten SozArb im Raum Bonn mit 22 überwiegend geschlossenen Fragen nach dem eigenen Beruf, nach Häufigkeiten, Anlässen und Inhalten von Kontakten zu ÄÄ und HÄ sowie nach Effizienz, Relevanz und Barrieren der Zusammenarbeit (Fragebogen einsehbar in der Online-Version des Artikels auf www.online-zfa.de)

Leider gab es für den Befragungsfokus keinen standardisierten Fragebogen. Wir haben uns dem Thema durch eine Fokusgruppendifkussion mit leitenden Bonner SozArb und die umfangliche Kenntnissnahme der Literatur anlässlich einer Dissertation [8] genähert, daraus Fragen entwickelt und mit vier SozArb Pretests durchgeführt.

Der Fragebogen wurde mithilfe des LimeSurvey-Tools elektronisch via Online-Link an folgende Träger der Sozialarbeit übermittelt (in Klammern: Anzahl der beschäftigten SozArb): Caritas (200), Diakonie (Stadtteilbüros 72, Suchtbereich 23), Arbeiterwohlfahrt (8), Stadt Bonn (345), Paritätischer Wohlfahrtsverband (Dachverband von 4000 kleinen Trägern; in dieser Studie nur vertreten durch die Vereine *Frühe Hilfen*, *Stadtteilverein Dransdorf*, *Bunter Kreis Rheinland* und *Lebenshilfe Bonn*). Ein intendierter Kontakt zum ambulanten Sozialen Dienst der Justiz blieb ohne Antwort. Die Leitungen der jeweiligen Träger sagten zu, die Online-Links mit einer Empfehlung zur Teilnahme an ihre sozialarbeitenden Mitarbeiter weiter zu leiten. Es war leider trotz Bemühungen nicht möglich, die genaue Anzahl der Weiterleitungen zu ermitteln.

Das Ausfüllen der Fragebögen erfolgte online und anonym Ende 2017 bis Anfang 2018. Die Antworten wurden auf einem Server der Universitätskliniken Bonn gespeichert. Mit der Beteiligung an der Befragung willigten die Befragten zu einer anonymen Veröffentlichung der Ergebnisse ein. Nach dem zweiten Recall (Erinnerungsschreiben Anfang 2018) wurde die Befragung geschlossen. Eine berufsrechtliche Beratung war laut Ethikkommission der Unikliniken-Bonn nicht erforderlich.

Die Auswertung erfolgte deskriptiv mittels MS Excel 2013.

Ergebnisse

Die elektronischen Fragebögen haben 280 Personen geöffnet. Die Antworten derjenigen 80 Personen, die die Fragebögen nicht nur geöffnet, sondern auch ausgefüllt haben, wurden in die Auswertung eingeschlossen (Antwortquote 28,6 %). 75 % dieser 80 Personen waren Frauen, 57 von 80

(71,6 %) waren gelernte Sozialarbeiter*innen oder Sozialpädagog*innen, elf (13,8 %) ausgebildete Lehrer*innen, acht (10 %) examinierte Krankenpfleger*innen. Weitere neun erlernte Berufe wurden angegeben (mehrfache Berufsausbildungen). Im Mittel waren die Befragten bereits seit 11,9 Jahren (Med. 10, Min. 1, Max. 32, Stabw. 8,5) als SozArb tätig.

Auf alle acht vorgegebenen Ärztegruppen bezogen wurden gelegentliche Kontakte (bis einmal monatlich) 215-mal (37,9 %) angegeben, niemals Kontakt gehabt zu haben 278-mal (48,9 %). Zu HÄ wurden sehr häufige (nahezu tägliche), häufige (etwa wöchentliche) oder regelmäßige Kontakte (2- bis 4-mal monatlich) 21-mal angegeben (29,6 % von 71 Kontaktnennungen), zu Psychiater*innen 16-mal (22,5 % von 71). Zu HNO- und Augenärzten und -ärztinnen bestanden die seltensten Kontakte (2,8 %).

Im Survey vorgegebene Gründe für eine Kontaktaufnahme mit HÄ waren Drogen- und Suchthilfe (15 von 72 Nennungen/20,8 %), Migration und interkulturelle Arbeit (13/18 %), Wohnen und Obdach (8/11 %), Kinder- und Jugendhilfe (6/8,3 %), häusliche Gewalt und Schulden (je 3/4 %) sowie 24 (33,3 %) andere, nicht spezifizierte Gründe. Bei den Kontakten zu Psychiatern standen Migration und interkulturelle Arbeit (14 von 69 Nennungen/20,3 %) und Drogen- und Suchthilfe (12/17,4 %), bei den Kontakten zu Pädiatern die Kinder- und Jugendhilfe mit 11 Nennungen (39,3 %) im Vordergrund. In einem Drittel der Nennungen lagen keine spezifizierte Gründe für eine Kontaktaufnahme vor.

Als häufigste Grundlage für die Kontaktaufnahmen mit ÄÄ wird 61-mal eine soziale Notlage genannt. Es folgen der gesetzliche Auftrag mit 34 und Verträge mit 16 Nennungen sowie 28-mal nicht spezifizierte Gründe (vorgegebene Items).

Die Art der Kontaktaufnahme war im Survey verknüpft mit der Frage, wer den Kontakt aufnimmt. Die Kontaktaufnahme erfolgt nach Angabe der SozArb am häufigsten telefonisch (68/53 Nennungen für SozArb/für ÄÄ), gefolgt von E-Mails

Mit welchen berufsfachlichen Problemen (oder Fragen) Ihrer Klienten nehmen Sie Kontakt zu Ärzten auf?	Ja	Nein
Bitte um Atteste, ärztliche Stellungnahme, Gutachten	45 (64,4 %)	26
Frage zu Therapiemöglichkeiten	35 (49,3 %)	36
Pflegerische Versorgung, häusliche Versorgung	31 (43,7 %)	40
Bitte um Rezepte/Verordnungen	27 (38,0 %)	44
Krankenhausentlassung	22 (31,0 %)	49
Rechtliche Betreuung, Vorsorgevollmacht	16 (22,5 %)	55

Tabelle 1 Berufsfachliche Probleme oder Fragen an ÄÄ seitens SozArb (N = 71, keine Angabe 9)

(25/11) und postalischen Anschreiben (14/10). Persönliche Treffen kamen seltener vor und wurden eher vonseiten der SozArb (22/9) initiiert. 129-mal sahen also die SozArb die Initiative auf ihrer Seite, 83-mal auf der Ärzteseite.

Berufsfachliche Probleme oder Fragen ihrer Klienten, mit denen sich SozArb an ÄÄ wenden, zeigt Tabelle 1 (Items im Survey vorgegeben).

Zu den vorgegebenen weiteren Beteiligten an der Zusammenarbeit zählen Angehörige der Klienten (49 von 80 Nennungen/61,3 %), Freunde oder Nachbarn (39/48,8 %), das Amts- oder Betreuungsgericht (30/37,5 %), Kolleg*innen anderer Institutionen (28/35 %), Kranken-/ Pflegekassen bzw. Rententräger (26/32,5 %) sowie sonstige (31/38,8 %).

Die Beurteilung von möglichen Hindernissen für Kontakte und für

die Zusammenarbeit mit ÄÄ zeigt Tabelle 2.

Auf die drei Fragen hin, ob die „Zusammenarbeit mit Ärzten in ihrem Tätigkeitsbereich einem Bedarf entspricht, den Aufwand lohnt und intensiv genug ist“, sahen 39 (54,9 %) SozArb sehr wohl einen Bedarf und 55 (77,5 %) fanden den Aufwand lohnend. 34 (47,9 %) SozArb fanden die Zusammenarbeit nicht intensiv genug.

Abschließend wurde gefragt, ob sich die Befragten „aus Ihrer Arbeit heraus eher für mehr oder eher für weniger Kontakte und Zusammenarbeit mit Ärzten entscheiden“ würden. 55 (73 %) SozArb votierten für mehr oder für eher mehr Kontakte und Zusammenarbeit, 19 (25 %) sahen keinen Änderungsbedarf, nur eine(r) wünschte weniger Kontakt. Die Frage, ob das „Hinzuziehen eines Hausarztes die Er-

gebnisse Ihrer Tätigkeit verbessern könnte“, wurde von 44 (58,7 %) SozArb bejaht, von 9 (12 %) verneint. Auf die Frage hin, „wie wichtig das Thema dieses Surveys den SozArb erscheine“, antworteten 67 von 80 (84 %) mit wichtig bzw. sehr wichtig, 12 (15 %) mit weniger wichtig, 1 (1 %) mit unwichtig.

Diskussion

Die sozialarbeiterisch Tätigen unseres Surveys sahen zu HÄ ihre häufigsten Arztkontakte, die in knapp 30 % regelmäßig, teils (mehrfach) wöchentlich stattfanden, gefolgt von Kontakten zu Psychiater*innen. Notlagen noch vor gesetzlichen Aufträgen begründeten die Kontaktaufnahmen zu ÄÄ allgemein – persönliche Treffen waren die Ausnahme. Die an ÄÄ herangetragenen fachlichen Anliegen betrafen besonders die machtvollen ärztlichen Instrumente Atteste und Gutachten, aber auch die häusliche Versorgung und die rechtliche Betreuung.

Vonseiten der SozArb besteht ein offensichtlicher Bedarf für die Zusammenarbeit mit ÄÄ zur Bewältigung genannter, aber auch nicht spezifizierter sozialer oder sozialmedizinischer Probleme. Daher auch finden sie ganz überwiegend unser Forschungsthema wichtig. Die SozArb sehen Arztkontakte als Teil der Netzwerkarbeit an, wenn wir die Antworten zur Beteiligung weiterer Personen an der Zusammenarbeit richtig inter-

Wie bewerten Sie folgende Gründe für mögliche Hindernisse bei Kontakten und in der Zusammenarbeit?	kein Einfluss	geringer Einfluss	mittlerer Einfluss	großer Einfluss	Fallzahl
Systemunterschiede (z.B. Ausbildung, Fachsprache)	22 38,6 %	16 28 %	9 15,8 %	10 17,5 %	57
Fehlendes Problembewusstsein bei Ärzten	8 14 %	12 21 %	24 42,1 %	13 22,8 %	57
Fehlende Erreichbarkeit von Ärzten	7 11,5 %	11 18 %	20 32,8 %	23 37,7 %	61
Mangelnde Kenntnis der gegenseitigen Möglichkeiten	4 6,3 %	10 15,8 %	20 31,7 %	29 46 %	63
Mangelnde Finanzierung	12 21,8 %	7 12,7 %	7 12,7 %	29 52,7 %	55
Mangelnder Bedarf für Zusammenarbeit	13 22,8 %	20 35,1 %	16 28,1 %	8 14 %	57
Fehlende Kooperationsbereitschaft	7 12,5 %	17 30,4 %	15 27,8 %	17 30,3 %	56

Tabelle 2 Mögliche Hindernisse für Kontakte und für die Zusammenarbeit mit ÄÄ

pretieren. Die Kontakte lohnen den Aufwand und die Zusammenarbeit dürfte sogar intensiver sein, bekundeten die SozArb. Kooperationen würden auf zustimmendes Interesse auch von HÄ stoßen, wie von uns durchgeführte qualitative Interviews erkennen lassen: HÄ wissen aber häufig weder von der Existenz oder der Adresse einer Beratungsstelle noch um deren Qualifikation bzw. den Arbeitsschwerpunkten dort. Auch wechseln sie soziale Arbeit gelegentlich mit der von Psycholog*innen oder Gemeindeschwestern [8]. Dass HÄ von allen niedergelassenen ÄÄ am häufigsten in Verbindung zur Soz-



Prof. Dr. med. Detmar Jobst ...

... ist Facharzt für Allgemeinmedizin und Naturheilverfahren und langjähriger Mitarbeiter des Instituts für Hausarztmedizin an den Bonner Universitätskliniken. Seine Forschungsschwerpunkte sind soziale Medizin, Hypertonie, Anwendung von naturheilkundlichen Therapieverfahren.

Foto: Sandra Then Friedrich, Bonn

Arb stehen sollen, passt gut zum allgemeinärztlichen Selbstverständnis in den DEGAM-Zukunftspositionen [9]. Auch in der internationalen Literatur besteht eine Tendenz, Kooperationen und gemeinsame Projekte zu begrüßen [10, 14, 15]. Mehrere Autoren sahen die örtliche Verbundenheit der beiden Professionen als eine wesentliche Voraussetzung für die Integration von Sozialarbeit in medizinische Abläufe (sic!) [11, 15].

Dem positiven Bild steht entgegen, dass von 58 % unserer SozArb bei ÄÄ fehlende Kooperationsbereitschaft und von 65 % ein fehlendes Problembewusstsein für soziale Patientennöte sowie von 70 % die fehlende Erreichbarkeit als mittelgroßes

oder großes Hindernis für eine Zusammenarbeit gesehen wird. Kritisch bemerken 78 % der SozArb. mangelnde Kenntnisse der gegenseitigen Möglichkeiten und 65 % eine mangelnde Finanzierung als weitere mittelgroße oder große Hindernisse. Die Einschätzung, dass ÄÄ soziale Probleme ihrer Patienten oft nicht wahrnehmen oder nicht wahrnehmen wollen, findet sich in der Literatur wieder [12–15]. Gründe können sein ein (zu) umfassender medizinischer Versorgungsauftrag, eine Tendenz zur medikamentösen Therapie, berufliches Auf-Sich-Gestellt-Sein und chronischer Zeitmangel in der Arztpraxis. Ärztinnen und Ärzte aus Norddeutschland wünschen sich institutionalisierte Ansprechpartner, eine Hotline oder Internet-Plattform zur Kommunikation mit SozArb [16]. Auf diese Weise könnten die geschilderten positiven Signale der SozArb. zur Kontaktaufnahme führen und Patient*innen für zusätzliche Hilfen von den HÄ ggf. weitergeleitet werden.

Schwächen der Arbeit

Bedauerlicherweise bekamen wir von 200 Befragten keinen ausreichenden Input, die den Fragebogen nur geöffnet, aber weitgehend nicht bearbeitet haben. Die Selektion solcher SozArb, die genügend Motivation und Zeit hatten, sich dem Thema zu widmen, ist eine Schwäche der Arbeit. Allerdings gilt dies auch für andere freiwillige Befragungen. Die lokoregionale Befragung schränkt die Aussagekraft des Surveys weiter ein, gibt andererseits einen Anlass, sie an anderen Orten zu wiederholen.

Fazit

Die lokal kontinuierlichen Kontakte zwischen SozArb und HÄ, der Wunsch nach mehr Zusammenarbeit und die positiven Erfahrungen der Sozialarbeit mit HÄ sind ermutigende Signale. Eine verstärkte Zusammenarbeit käme wohl Patienten zugute und würde HÄ möglicherweise entlasten. Notwendig hierfür sind für eine bessere gegenseitige Wahrnehmung sowohl gemeinsame Projekte als Wegbereiter, wie in der internationalen Literatur beschrieben, als auch geübte Wege zur Kooperation bzw.

eine stärker institutionalisierte Zusammenarbeit. Das beispielgebende Projekt „Gemeindeschwesterplus“ in Rheinland-Pfalz verbindet pflegerische, ärztliche und sozialarbeitende Tätigkeiten zum Erhalt der Selbstständigkeit hochbetagter Patienten [17].

Dem Thema gebührt weitere Aufmerksamkeit, sowohl im Aufzeigen der Möglichkeiten zur Zusammenarbeit als auch als Forschungsgegenstand.

Zusatzmaterial im Internet
(www.online-zfa.de)
eFragebogen

Interessenkonflikte:

Keine angegeben.

Literatur

1. Kroll LE, Müters S, Lampert T. Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit (GEDA 2010 und 2012). Bundesgesundheitsbl 2016; 59: 228–237
2. Lampert T, Kroll LE, von der Lippe E, Müters S, Stolzenberg H. Sozioökonomischer Status und Gesundheit. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS 1). Bundesgesundheitsbl 2013; 56: 814–821
3. Von dem Knesebeck O, Scherer M, van den Bussche H, et al. Zusammenhang von sozialem Status und Multimorbidität. Hamburger Ärzteblatt 2015; 69: 12–15
4. Gulbrandsen P, Fugelli P, Sandvik L, et al. Influence of social problems on management in general practice: multipractice questionnaire survey. BMJ 1998; 317: 28–32
5. Jobst D, Joos S. Soziale Patientenanliegen – eine Erhebung in Hausarztpraxen. Z Allg Med 2014; 90: 496–501
6. Hartung M, Schneider N. Sozialarbeit und hausärztliche Versorgung. Z Allg Med 2016; 92: 363–366
7. Ansen H. Klinische Sozialarbeit. In: Otto HW (Hrsg.). Handbuch Soziale Arbeit, 4. Aufl. München: E Reinhardt, 2011
8. Büscher I, Dissertation 2020, Bonn, <https://bonndoc.ulb.uni-bonn.de/xmlui/handle/20.500.11811/8669> (letzter Zugriff am 09.11.2020)
9. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Allgemeinmedizin – spezialisiert auf den

- ganzen Menschen. Positionen zur Zukunft der Allgemeinmedizin und der hausärztlichen Praxis. DEGAM, Bundesgeschäftsstelle 2012. www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Zukunftspositionen.pdf (letzter Zugriff am 24.09.2020)
10. Döbl S, Huggard P, Beddoe L. A hidden jewel: social work in primary health care practice in Aotearoa New Zealand. *J Prim Health Care* 2015; 7: 333–338
 11. Kharicha K, Iliffe S, Levin E, et al. Tearing down the Berlin wall: social workers' perspectives on joint working with general practice. *Fam Pract* 2005; 22: 399–405
 12. Ashcroft R, McMillan C, Ambrose-Miller W, et al. The emerging role of social work in primary health care: a survey of social workers in Ontario family health teams. *Health Soc Work* 2018; 43: 109–117
 13. Glaser B, Suter E. Interprofessional collaboration and integration as experienced by social workers in health care. *Soc Work Health Care* 2016; 55: 395–408
 14. Mangan C, Miller R, Ward C. Knowing me, knowing you: Inter-professional working between general practice and social care. *J Integr Care* 2015; 23: 62–73
 15. Keefe B, Geron SM, Enguidanos S. Integrating social workers into primary care: physician and nurse perceptions of roles, benefits, and challenges. *Soc Work Health Care* 2009; 48: 579–596
 16. 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 Gesundheitswes* 2018; 131: 81–89
 17. Schulz-Nieswandt F, Köstler U, Mann K. Evaluation des Modellprojekts „Gemeindeschwesterplus“ des Landes Rheinland-Pfalz. https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Aeltere_Menschen/AM_Dokumente/Evaluationsbericht_END.pdf (letzter Zugriff am 09.11.2020)

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Detmar Jobst
Rilkestr. 53
53225 Bonn
Detmarj@uni-bonn.de



46. GHA-Symposium

Kernkompetenzen Allgemeinmedizin und Digitalisierung – „neue Normalitäten“ im Medizinstudium?

Termin: 26./27. Juni 2021
Online-Veranstaltung

Wir haben uns entschieden, auch das diesjährige Symposium erneut in einem Online-Format durchzuführen. Die sehr guten Erfahrungen des letzten Symposiums im September 2020 haben uns darin bestärkt, diesbezüglich frühzeitig eine Entscheidung zu treffen. Unter anderem, um eventuell notwendige Absagen des Veranstaltungsortes zu vermeiden.

Es geht in unserem 46. Symposium vor allem um Chancen und Herausforderungen der digitalen Lehre im Studium und um die digitalen Kompetenzen, die ein/e zukünftige/r Allgemeinmediziner/in für die ambulante Krankenversorgung benötigt. Zusätzlich werden wir weiterführende Überlegungen zur Umsetzung der neuen Ärztlichen Approbationsordnung (ÄApprO) thematisieren.

Wir werden unser bisheriges zweitägiges Symposiumformat beibehalten, allerdings haben wir aus den Erfahrungen des letzten Jahres gelernt und werden die drei Vortragsblöcke am Samstagvor- und -nachmittag sowie am Sonntagvormittag verkürzen, aber unsere „Denkpausen“ beibehalten.

Programm und Anmeldung ab April 2021 unter www.gha-info.de