

Soziale Determinanten von Gesundheit als Lehr- und Prüfungsinhalte im Medizinstudium

Representation of Social Determinants of Health in German Medical Education

Autoren

Franziska Hommes^{1, 2}, Simon Drees^{1, 3}, Karin Geffert^{1, 2, 4}, Peter von Philipsborn^{1, 4}, Jan Stratil^{1, 4}

Institute

- 1 Nachwuchsnetzwerk Öffentliche Gesundheit, Berlin
- 2 Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd), Globalisation and Health Initiative (GandHI), Berlin
- 3 Charité Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, and Berlin Institute of Health, Berlin
- 4 Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, Pettenkofer School of Public Health, LMU München, München

Schlüsselwörter

Soziale Determinanten von Gesundheit, NKLM, Medizinstudium, Weltgesundheitsorganisation, Inhaltsanalyse

Key words

social determinants of health, Germany, medical education, World Health Organization, medical curriculum, content analysis

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-1005-7082>

Online-Publikation: 2019

Gesundheitswesen

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0941-3790

Korrespondenzadresse

Jan Stratil
Institut für medizinische Informationsverarbeitung
Biometrie und Epidemiologie
Ludwig-Maximilians-Universität München
Edmund Rumppler Strasse 9
80939 München
stratil@ibe.med.uni-muenchen.de

ZUSAMMENFASSUNG

Ziele Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat dazu aufgerufen, ÄrztInnen und andere Gesundheitsprofessionen stärker darin auszubilden, soziale Determinanten von Gesundheit (SDH) zu erkennen, zu verstehen und auf diese zu reagieren.

Bisher ist jedoch wenig darüber bekannt, inwieweit die derzeitige medizinische Ausbildung AbsolventInnen auf diese Herausforderung vorbereitet. Ziel der vorliegenden Untersuchung ist eine Bestandsaufnahme, wie und in welchem Umfang SDH in der medizinischen Ausbildung berücksichtigt werden.

Methodik Dieser Diskussionsbeitrag basiert auf einer qualitativen und quantitativen Inhaltsanalyse von zentralen Dokumenten für Lehr- und Prüfungsinhalte des Medizinstudiums in Deutschland.

Ergebnisse Die Analyse zeigt Lücken in der Rolle von SDH in wichtigen Rahmenwerken der deutschen medizinischen Ausbildung auf. Zwischen 4 und 27 % der analysierten Dokumente enthielten Bezüge zu SDH, jedoch waren diese nur in 0–3 % der Fälle explizit. Während einige Themenbereiche umfassend behandelt wurden (z. B. Aspekte der betrieblichen Gesundheit), wurden andere Themen nicht oder kaum behandelt, wie bspw. gesundheitliche Ungleichheit oder Determinanten außerhalb des Gesundheitssystems.

Schlussfolgerung Eine stärkere und explizitere Behandlung von SDH während der medizinischen Ausbildung in Deutschland könnte dazu beitragen, AbsolventInnen besser auf gegenwärtige und zukünftige Herausforderungen in unserer globalisierten Welt vorzubereiten. Der derzeitige Reformprozess des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) sollte genutzt werden, um bestehende Lücken zu füllen, bspw. durch stärkere Betonung von Aspekten wie Armut und Gesundheit, gesundheitliche Ungleichheiten und Fragen des Zugangs zur Gesundheitsversorgung.

ABSTRACT

Objective The World Health Organization (WHO) has emphasized the need for a health workforce trained in recognising, understanding and acting on the social determinants of health (SDH). However, little is known about how current medical education prepares graduates to meet this challenge. This study analyses the extent to which content on SDH is incorporated in the German medical curriculum.

Method This work is based on a qualitative and quantitative content analysis of 3 key document groups, outlining what medical schools are expected to teach and defining what medical students are expected to know on graduation.

Results The assessment reveals important gaps in the representation of SDH in key frameworks for German medical education. Only between 4 and 27 % of the analysed document-elements contained reference to any SDH-related issues, with 0–3 % of those elements containing explicit references to SDH. While some aspects were widely covered (e. g. topics of occupational health), other topics such as health inequalities or determinants outside of the health care system were not or hardly represented.

Conclusions A stronger and more explicit representation of SDH during medical education could help to prepare the new health workforce for current and future challenges in our globalised world. The current reform process of the National Competency-Based Catalogue of Learning Objectives for Medicine should strive to fill the gaps, e. g. by putting more emphasis on aspects of poverty and health, health inequalities and issues of access to healthcare.

Determinanten von Gesundheit

Neben der medizinischen Versorgung im Krankheitsfall hängt Gesundheit v. a. von den Umständen ab, unter denen Menschen geboren werden, aufwachsen, leben, arbeiten und altern. Diese wiederum werden von politischen, ökonomischen und sozialen Institutionen, Kräften und Systemen geprägt [1, 2]. Diese Einflussfaktoren werden von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Soziale Determinanten von Gesundheit (social determinants of health, SDH) definiert [1]. Diese Determinanten umfassen zum einen direkte Umwelteinflüsse auf die Gesundheit, wie z. B. Luft und Wasserqualität, Wohn- und Hygienebedingungen, Nahrungsmittelsicherheit oder Arbeitsplatzbedingungen [1]. Zum anderen umfassen sie auch den soziokulturellen, politischen, ökonomischen und physischen Kontext, welcher die Möglichkeit von und Motivation zu gesundheitsrelevantem Verhalten formt und beeinflusst [1, 3]. Auch der Einfluss des medizinischen Versorgungssystems ist untrennbar mit gesellschaftlichen Rahmenbedingungen verknüpft, die Verfügbarkeit, Zugang, Erreichbarkeit, Akzeptabilität und Qualität zu und von medizinischer Versorgung bestimmen [4].

Risikofaktor Sozialstatus

„Soziale Ungleichheit ist eine Frage von Leben und Tod“, so heißt es in dem vielbeachteten, 2008 veröffentlichten Bericht der WHO Commission on Social Determinants of Health [1]. Dass die unterschiedliche Verteilung und Ausprägung sozialer Determinanten eine zentrale Ursache für gesundheitliche Ungleichheit ist, konnte nicht nur global, sondern auch in Deutschland in zahlreichen Untersuchungen gezeigt werden [1, 5–7]. Aktuelle Studien weisen vor dem Hintergrund eines Trends zur Ausweitung gesundheitlicher Ungleichheit auf den politischen und gesellschaftlichen Handlungsbedarf hin [8].

Da es sich bei der Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit um eine wichtige gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt, sollte diese auch als relevante Aufgabe von allen Gesundheitsprofessionen angesehen werden: Der Einbezug sozialer Determinanten, welche über Krankheit und Gesundheit entscheiden können, ist nicht nur für die Bevölkerungsgesundheit, sondern auch für die optimale medizinische Versorgung individueller PatientInnen essentiell, und damit ein wichtiger Teil der medizinischen Ausbildung.

Aktuelle Reformprozesse

Aktuell ist das Medizinstudium in Deutschland einem tiefgreifenden Reformprozess unterworfen: Der „Masterplan Medizinstudium

2020“ soll Innovationen der Modellstudiengänge in das Regelstudium überführen, versorgungspolitische Probleme in der Allgemeinmedizin adressieren und zu einer Kompetenzbasierung der medizinischen Ausbildung in Lehre und Prüfung führen [9]. Im Zentrum des Reformprozesses stehen 2 Rahmenwerke: Erstens soll der 2015 verabschiedete Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM), zu dessen Nutzbarkeit erste Ergebnisse vorliegen [10], überarbeitet und schließlich verbindliches Rahmencurriculum für alle medizinischen Fakultäten werden [11]. Zweitens sollen die vom Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) herausgegebenen Gegenstandskataloge, welche die inhaltliche Grundlage für die Staatsexamina sind, neu gefasst werden [12]. Dies steht in engem Zusammenhang mit einer Reform der Examina selbst. Beide Prozesse sollen in ein gemeinsames Dokument münden, welches das Fundament für alle Curricula und die Staatsprüfungen bilden soll [13]. Diese Entwicklungen werden die Weichen für die nächsten Jahrzehnte in der medizinischen Ausbildung in Deutschland stellen und bieten wichtige Chancen zu einer inhaltlichen Neuausrichtung, einschließlich einer Stärkung der Lehre zu sozialmedizinischen Fragen. Ziel der vorliegenden Untersuchung ist eine Bestandsaufnahme, wie und in welchem Umfang SDH in der Lehre berücksichtigt werden.

Ergebnisse einer Bestandsaufnahme

Um die Frage zu beantworten, wie und in welchem Umfang Lehre zu SDH vorgesehen ist, wurden 3 Kerndokumente des Medizinstudiums untersucht: Der NKLM, der Gegenstandskatalog für den zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung (GK2) sowie 2 schriftliche Staatsexamina (zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung, Frühjahr und Herbst 2016). Mittels eines Kodiersystems, entwickelt auf Basis einschlägiger WHO-Dokumente, wurde eine quantitative und qualitative Inhaltsanalyse durchgeführt. Die Entwicklung des Kodiersystems sowie eines Leitfadens zur Kodierung ist im entsprechenden Studienprotokoll detailliert aufgeführt [14]. Das Kodiersystem besteht aus 12 Codes (► **Tab. 1**) sowie 2 Zusatzcodes: (1) „Sozioökonomischer Status & Gesundheit“ zur Kennzeichnung von Passagen, welche Zusammenhänge zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheitszustand oder Aspekte gesundheitlicher Ungleichheit diskutieren sowie (2) „explizit“ für Textanteile, welche konkret Bezug auf eine der 12 SDH-Codes nehmen und über eine allgemeine Erwähnung hinausgehen. Im Rahmen der quantitativen Analyse wurde die absolute und relative Häufigkeit der Codierungen über alle 3 untersuchten Dokumente hinweg erfasst. Die

► **Tab. 1** Verteilung der Codes innerhalb der untersuchten Dokumente.

Code	Examina	GK2	NKLM	Gesamt
1. Allgemeiner SDH-Bezug	11 %	7 %	24 %	21 %
2. (Früh-)kindliche Entwicklung	18 %	50 %	16 %	18 %
3. Lebensbedingungen	14 %	15 %	6 %	8 %
4. Beschäftigung und Arbeit	29 %	15 %	5 %	9 %
5. Soziale Sicherung	8 %	0 %	4 %	4 %
6. Universal Health Coverage	17 %	13 %	34 %	30 %
7. Gesundheit in allen Politikbereichen (<i>health in all policies</i>)	0 %	0 %	1 %	1 %
8. Finanzierung des Sozialwesens	3 %	0 %	2 %	2 %
9. Markteinflüsse	0 %	0 %	0 %	0 %
10. Nicht-Diskriminierung	0 %	0 %	7 %	5 %
11. Ermöglichung politischer Teilnahme (<i>political empowerment</i>)	0 %	0 %	0 %	0 %
12. Global governance	0 %	0 %	0 %	0 %

Analyse der relativen Häufigkeit basiert auf den jeweils dokumentspezifischen Textelementen, wie z. B. der Anzahl der codierten Fragen innerhalb der Examina. Es wurde zusätzlich eine qualitative Analyse der Examina und des GK2 durchgeführt. Auf Grundlage einer qualitativen Inhaltsanalyse, bei der die codierten Textpassagen zunächst paraphrasiert, im Anschluss generalisiert und schließlich zu Kernthemen zusammengefasst wurden, wurde erfasst, welche thematischen Aspekte von SDH in den Dokumenten zu welchen Anteilen repräsentiert sind [15]. Die Studienergebnisse zeigen, dass insgesamt in allen 3 untersuchten Dokumenten lediglich zwischen 3 und 16 % aller Textabschnitte thematischen Bezug zu den dargestellten SDH-Codes aufwiesen. Relativ wiesen dabei die Ebene der Kompetenzen im NKLM (als erste Analyseebene) den größten Anteil von SDH Bezügen auf – von 112 Kompetenzen hatten 16 % einen SDH-Bezug. In den untersuchten Examina (zweiter Abschnitt der ärztlichen Prüfung von Frühjahr und Herbst 2016) wurden 14 % der Fragen mit mindestens einem SDH-Bezug kodiert. Den niedrigsten Anteil von SDH-Bezügen zeigte sich mit 3 % im GK2. Insgesamt wurde nur ein geringer Anteil (zwischen 0 und 3 % aller Textabschnitte in den Dokumenten) mit dem Zusatzcode „explizit“ kodiert, was bedeutet, dass an dieser Textstelle ein deutlicher und direkter Bezug zu SDH gegeben war, während bei der überwiegenden Mehrheit der Fälle ein SDH-Bezug eher implizit erkennbar war. ► **Tab. 1** gibt einen Überblick über die Verteilung der Codes pro Dokument, wobei auch sichtbar wird, welche thematischen SDH-Bezüge wie häufig bzw. gar nicht repräsentiert waren.

Diskussion

Bislang spielen SDH auf nationaler Ebene in zentralen Dokumenten für Lehr- und Prüfungsinhalte des Medizinstudiums nur eine geringe Rolle. Zwar ist durchschnittlich in 14 % der untersuchten Textdokumente implizit ein SDH-Bezug erkennbar, bei genauerer quantitativer und qualitativer Untersuchung ergibt sich jedoch ein differenziertes Bild: Einige Themen, wie etwa Aspekte der kindlichen Entwicklung (z. B. Textpassage zu sprachlicher oder kognitiver Entwicklung von Kindern), sowie Gesundheit am Arbeitsplatz (z. B. Symptome einer berufsbedingten Exposition gegenüber Um-

weltschadstoffen wie Benzol oder Asbest), sind umfassend repräsentiert, wohingegen Aspekte wie ein Health-in-all-policies Ansatz und Diskriminierungsfragen beim Zugang zu Gesundheitsversorgung bislang kaum bzw. gar nicht enthalten sind. Außerdem ist nur ein sehr kleiner Teil (0–3 %) der Textabschnitte explizit als Verweis auf SDH zu verstehen, wobei jedoch eine explizite Nennung wichtig für die adäquate inhaltliche Berücksichtigung durch die Lehrenden und einen entsprechenden Lerneffekt für die Studierenden ist.

Zu einem modernen Medizinstudium gehört unter anderem, AbsolventInnen bestmöglich auf die aktuellen und zukünftigen Herausforderungen in einer globalisierten Welt vorzubereiten. Eine Vernachlässigung von SDH, die auf lokaler und nationaler ebenso wie auf globaler Ebene wirken, wird der Verantwortung von ÄrztInnen angesichts komplexer und grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren nicht gerecht. Schließlich sollen Medizinstudierende nicht nur zu TherapeutInnen individueller Krankheitsbilder, sondern auch zu GesundheitsadvokatInnen ausgebildet werden. Eine Stärkung der Repräsentation von SDH in den medizinischen Ausbildungsinhalten stellt hierfür einen wichtigen Schritt dar.

Die aktuellen (politischen) Reformprozesse sollten daher dazu genutzt werden, neben bio- und individualmedizinischen auch Public und Global Health-Inhalte, für die SDH Kernbestandteil sind, in angemessenem Umfang zu berücksichtigen. Dabei geht es weniger darum, neue Kurse in bestehende Curricula hinzuzufügen, sondern vielmehr um eine breite Integration von SDH-Aspekten in die bestehenden Lehrpläne und Prüfungsformate sowie in die von uns untersuchten rahmengebenden Kerndokumente (NKLM und GK2). Dies kann langfristig dazu beitragen, öffentliche und globale Gesundheit in Deutschland insgesamt zu stärken sowie eine interdisziplinäre Zusammenarbeit gemäß eines Health-in-all-policies-Ansatzes und ein umfassendes Gesundheitsverständnis im Sinne der WHO zu fördern.

Interessenkonflikt

Simon Drees, Karin Geffert und die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) sind an dem Überarbeitungsprozess des NKLM beteiligt.

Literatur

- [1] Commission on Social Determinants of Health (CSDH). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization, Genf 2008
- [2] World Health Organization (WHO). Soziale Determinanten von Gesundheit: Die Fakten. 2004; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98441/e81384g.pdf?ua=1 (last accessed on 16 September 2018)
- [3] Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci* 2011; 6: 42
- [4] Bustreo F, Hunt P, Gruskin S et al. Women's and Children's Health. Evidence of Impact of Human Rights; 2013: 140
- [5] Lampert T, Richter M, Schneider S et al. Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Stand und Perspektiven der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*; 2016; 59: 153–165
- [6] Lampert T, Hoebel J, Kroll LE. Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland – Aktuelle Situation und Trends. *J Heal Monit* 2019; 4: 1–15
- [7] Lampert T, Hoebel J, Kuntz B et al. Gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Zeitliche Entwicklung und Trends der KiGGS-Studie. *Heal Monit* 2019; 4: 16–40
- [8] Lampert T, Kroll LE, Kuntz B et al. Gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland und im internationalen Vergleich: Zeitliche Entwicklungen und Trends. *J Heal Monit* 2018; 3 (S1): 1–26
- [9] Bundesministerium für Bildung und Forschung. Beschlusstext Masterplan Medizinstudium 2020. 2017; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/4_Pressemitteilungen/2017/2017_1/170331_Masterplan_Beschlusstext.pdf (last accessed on 16 September 2018)
- [10] Steffens S, Paulmann V, Mecklenburg J et al. Perceived usability of the national competence based catalogue of learning objectives for undergraduate medical education by medical educators at the Hannover medical school. *GMS J Med Educ* 2018; 35: 1–12
- [11] Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin. <http://www.nklm.de/kataloge/nklm/lernziel/uebersicht> (last accessed on 16 September 2018)
- [12] IMPP. Gegenstandskataloge. <https://www.impp.de/internet/de/medizin/articles/gegenstandskataloge.html> (last accessed on 16 September 2018)
- [13] MFT, IMPP. Presseerklärung zur gemeinsamen Entwicklung von NKLK und GK. <https://medizinische-fakultaeten.de/medien/presse/presseerklaerung-zur-gemeinsamen-entwicklung-von-nklm-und-gk/> (last accessed on 16 September 2018)
- [14] Hommes F, Drees S, Geffert K et al. Representation of social determinants of health in German medical education: protocol of a content analysis study. *BMJ Open [Internet]* 2018; 8: e020696
- [15] Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 11. Ausgabe. Beltz Pädagogik, Weinheim 2010