

SOCIAL PRESCRIBING – ein zukunftssträchtiges Konzept für die österreichische Primärversorgung?

Melanie **Schinnerl***, Maria **Fischer***, Sabine **Holzinger-Grath***, Devi **Singh***, Claudia **Tritta***

* Fachhochschule St. Pölten

Abstract. Die vorliegende Studie wurde im Zuge einer Masterarbeit durchgeführt und analysiert das Potenzial von Social Prescribing – ein in England entwickelter und dort inzwischen etablierter gesundheitsbezogener Interventionsansatz, der die sozialen Gesundheitskomponenten fokussiert – für die österreichische Primärversorgung. Mittels Methodentriangulation erfolgte neben der Erhebung des Bedarfes dieses Gesundheitskonzeptes auch die Herausarbeitung von Good Practice-Elementen aus der Literatur und den Erfahrungen der nationalen Primärversorgungseinrichtungen (PVEs), um in Folge aus den daraus gewonnen Erkenntnissen die Umsetzung von Social Prescribing in einer allgemeinmedizinischen Gruppenpraxis in Wien zu begleiten (inkl. anschließender Evaluierung). Es zeigt sich, dass eine Adaptierung dieses internationalen Ansatzes für den österreichischen Kontext entsprechend eines holistischen Gesundheitsverständnisses auf unterschiedlichen Ebenen gewinnbringend sein kann.

Keywords: holistisches Gesundheitsverständnis, Primärversorgungseinrichtung, Link Working

1 EINLEITUNG

Allgemeinmediziner:innen sehen sich in ihrem Arbeitsalltag häufig mit sozialen Belangen/ Problemstellungen ihrer Patient:innen konfrontiert, die sich wiederum negativ auf ihre gesamtgesundheitliche Situation auswirken [13]. Studien zufolge ist mindestens jeder fünfte Termin bei dem:der Allgemeinmediziner:in nicht-medizinischer Art [10].

Gemäß der Devise „there is more than medicine“ [18] setzt Großbritanniens Gesundheitssystem seit den 1990er Jahren auf einen Zugang namens Social Prescribing [13]. Dieses Konzept basiert auf der Erkenntnis, dass soziale Determinanten einen wesentlichen Einfluss auf die menschliche Gesundheit haben, diese jedoch seitens des Gesundheitssystems oft nur unzureichend adressiert werden bzw. werden können. Dementsprechend bedarf es eigenem Fachpersonal und Angeboten, welche die soziale Gesundheit der Patient:innen in den Vordergrund rücken und gleichzeitig die körperliche und psychische Gesundheit – entsprechend dem Bio-Psycho-Sozialen Gesundheitsmodell¹ – positiv beeinflussen [8]. Im Zuge der Neuausrichtung der österreichischen Primärversorgung nach internationalem Vorbild (z.B. die Etablierung von PVEs), worin der interdisziplinären Zusammenarbeit ein hoher Stellenwert zuteilwird, soll dieses Konzept auch hierzulande verstärkt Anwendung finden [14].

Je nach staatlichem und institutionellem Kontext können sowohl das Verständnis als auch die konkrete Ausgestaltung von Social Prescribing stark variieren. Kimberlee [11] identifizierte vier Prozessmodelle, die sich anhand ihres zunehmenden Ausprägungsgrades der Unterstützung voneinander unterscheiden lassen.

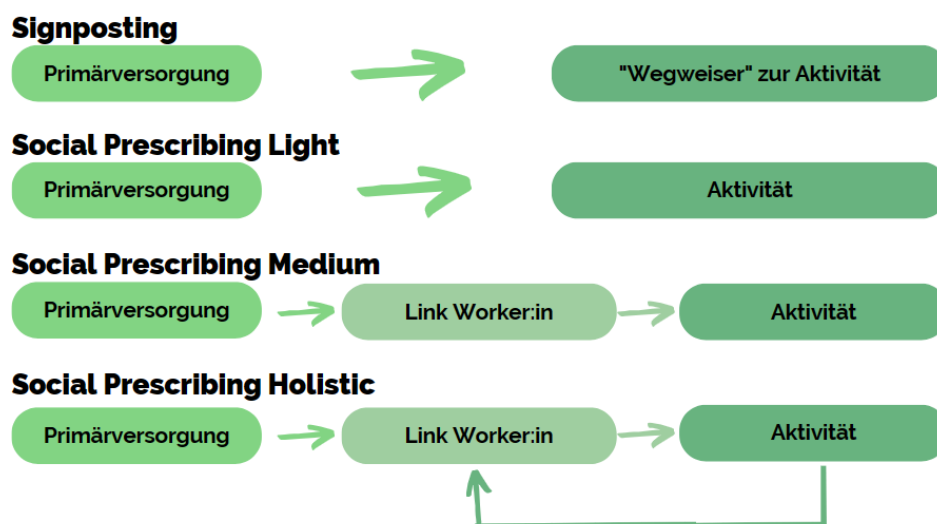


Abbildung 1. Social Prescribing-Modelle [9; eigene Darstellung]

Das holistische Modell scheint dem überwiegenden Konzeptverständnis in Österreich zu entsprechen [7]. Demnach erkennen in PVEs tätige Fachkräfte (z.B. Allgemeinmediziner:innen) nicht-medizinische Bedürfnisse ihrer Patient:innen und leiten diese anschließend an eine eigens dafür qualifizierte Fachkraft – meist als Link Worker:in

¹ Erste Ansätze in Bezug auf eine mehrdimensionale Herangehensweise an gesundheitsrelevante Themen finden sich bereits in den fürsorgetheoretischen Annahmen Ilse Arlts zu Beginn des 20. Jahrhunderts wieder [2].

betitelt – weiter. Diese bespricht mit den Patient:innen die Herausforderungen und Interessen entlang ihrer persönlichen Lebensumstände. Diese spezialisierte Fachkraft verfügt aufgrund eines professionalisierten Netzwerkmanagements über ein entsprechend breites Wissen an regionalen, (nicht-)institutionalisierten Angeboten und Möglichkeiten, um die Patient:innen entsprechend weiter zu verweisen [3]. – Damit schlägt Social Prescribing eine wichtige Brücke zwischen dem medizinischen Setting, d.h. der Primärversorgung und den Ressourcen des dritten Sektors.

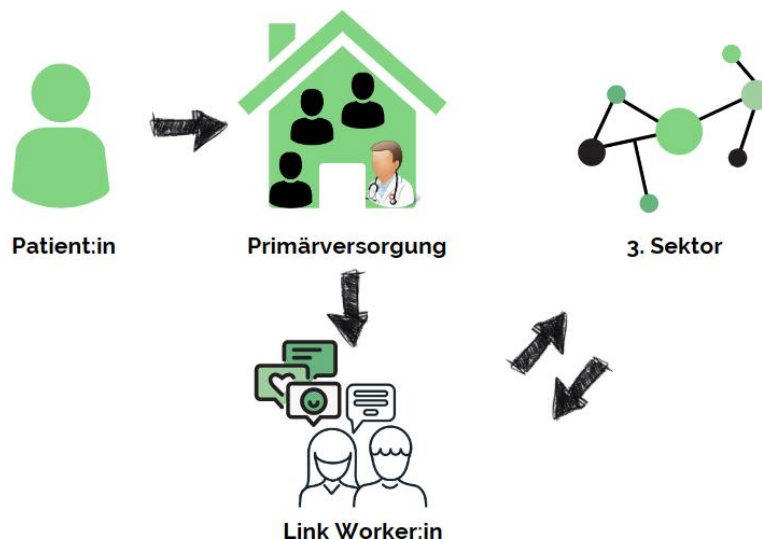


Abbildung 2. Social Prescribing-Prozess [5; eigene Darstellung]

Die vorteilhaften Auswirkungen von Social Prescribing sind sowohl auf Mikro-, Meso- als auch Makroebene zu verorten [5;15;16]. Die Berücksichtigung sozialer Gesundheitskomponenten führt bei Patient:innen zu einer Steigerung von Gesundheit und Wohlbefinden sowie zur Verringerung sozialer Ausgrenzung. Dabei kommt es auf Gemeinschaftsebene ebenso zu einer Verbesserung des gemeinschaftlichen Wohlbefindens („community well-being“). Die Verweisung bzw. in weiterer Folge die Inanspruchnahme von Angeboten des 3. Sektors führt nicht zuletzt auch zu einer generellen Verbesserung der sozialen Netzwerke innerhalb der Gemeinde/des Bezirkes/der Region. Darüber hinaus kann eine individuelle ganzheitliche Betreuung im Rahmen von Social Prescribing eine Möglichkeit darstellen, medizinische Anlaufstellen (Hausärzt:innenpraxen, Krankenhäuser, etc.) bzw. das darin tätige Gesundheitspersonal zu entlasten, bei gleichzeitiger Stärkung der Primärversorgung. Als weiterer positiver Effekt von Social Prescribing sei die finanzielle Entlastung des Gesundheitssystems genannt.

2 METHODEN

Methodisch kam eine Methodentriangulation, d.h. der Einsatz unterschiedlicher Erhebungsinstrumente, zur Anwendung. Die Kombination der gewählten quantitativen und qualitativen Methoden – die Bedarfserhebung, die Analyse von Dokumenten, die Befragung mittels Online-Fragebogen und das Expert:inneninterview – legte unterschiedliche Perspektiven frei [6].

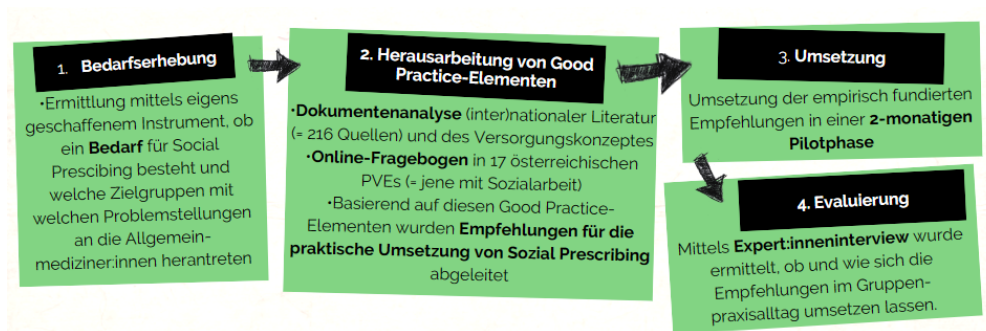


Abbildung 2. Methodische Herangehensweise [4; eigene Darstellung]

2.1 Bedarfserhebung

Um den Bedarf an Social Prescribing zu erheben, wurde in einem ersten Schritt ein eigens geschaffenes Instrument eingesetzt (Bedarfserhebung), womit in einer allgemeinmedizinischen Gruppenpraxis im 15. Wiener Gemeindebezirk über einen Zeitraum von ca. vier Monaten analysiert wurde, inwiefern bei den Patient:innen der Einsatz von Social Prescribing notwendig/förderlich wäre [4]. Ziel war aber nicht nur die Ermittlung des Bedarfes, sondern auch Informationen über die Zielgruppen und Problemstellungen der Patient:innen zu sammeln. Die Auswertung dieser gesammelten Daten erfolgte quantitativ mittels deskriptiver Statistik.

Im Erhebungszeitraum verzeichnete die Gruppenpraxis insgesamt 12 967 administrative Fälle, davon 6 334 ärztliche Konsultationen – die exakte Patient:innenzahl konnte aufgrund des internen Praxissystems nicht ermittelt werden. Innerhalb des analysierten Zeitraumes konnte bei 38 Personen ein Bedarf seitens des Praxispersonals festgestellt werden. Eine Person identifizierte unabhängig vom medizinischen Fachpersonal einen Eigenbedarf und nutzte den Weg der Selbstüberweisung an die Link Workerin [4].

2.2 Herausarbeitung von Good Practice-Elementen

Um sowohl die relevanten Aspekte bei der Umsetzung von Social Prescribing als auch die (inter-)nationalen Vorgehensweise(n) und Erfahrungen verschiedener Social Prescribing-Projekte herausarbeiten zu können (= Good Practice-Elemente), erfolgte in einem zweiten Schritt eine Dokumentenanalyse sowie eine Umfrage mittels Online-Fragebogen.

Die Dokumentenanalyse, mit dem Vorteil der non-reaktiven Ermittlung von Daten, kam in zweifacher Weise zur Anwendung: Erstens wurden die auf Basis einer offenen/unsystematischen und systematischen Literaturrecherche² ermittelten 216 Quellen analysiert. Zweitens erfolgte die Analyse des Versorgungskonzeptes³. Mit der Heranziehung des Versorgungskonzeptes gelang es die Wünsche und Vorstellungen des Teams der allgemeinmedizinischen Praxis in Verbindung mit den bestehenden Rahmenbedingungen für die Umsetzung von Social Prescribing aufzunehmen.

² Die Literaturrecherche erfolgte in der „Großgruppe“ (d.h. den 11 Mitgliedern des Forschungslabors). Hinsichtlich des Publikationszeitraumes, der Publikationssprache und des Länderfokus erfolgte keine Einschränkung [4].

³ Im Zuge der Gründung einer PVE wurde von den beiden Ärzt:innen der Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin ein Versorgungskonzept erstellt. Dieses beinhaltet verbindliche und strukturelle Rahmenbedingungen für die Kooperation der in der PVE tätigen Professionist:innen der Gesundheits- und Sozialberufe [17].

Der Einsatz des Online-Fragebogens trug zur Ermittlung nationaler Arbeitsweisen, und den damit einhergehenden Herausforderungen und Verbesserungswünschen in den österreichischen PVEs bei. Der 160 Fragen umfassende Online-Fragebogen wurde an jene PVEs geschickt, welche zum Zeitpunkt der Befragung Sozialarbeiter:innen (= 17 der 27 bestehenden PVEs) im Team verzeichneten (Rücklauf: 9 Fragebögen).

Sowohl die Auswertung der (vorwiegend internationalen) Literatur und des Versorgungskonzeptes, als auch der nationalen Fragebögen erfolgte mittels inhaltlich-strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz [12]. Während die Aufbereitung der Literatur einen breiten Blick auf die Prozessperspektive erlaubte, gewährte die Befragung der Link Worker:innen in den PVEs einen tiefen Einblick in die nationalen Umsetzungsweisen des Konzeptes.

2.3 Umsetzungsphase und Expert:inneninterview

Basierend auf den Ergebnissen der Dokumentenanalyse und der Auswertung der Fragebögen wurden insgesamt 71 Empfehlungen für die praktische Umsetzung von Social Prescribing abgeleitet. In einer zweimonatigen Pilotphase testete das Team der allgemeinmedizinischen Gruppenpraxis im 15. Wiener Gemeindebezirks diese Empfehlungen hinsichtlich ihrer Praxisrelevanz/-tauglichkeit. Nach Abschluss der Umsetzungsphase erfolgte ein Expert:inneninterview mit den Akteur:innen der Gruppenpraxis, um förderliche und hinderliche Faktoren während der Anwendung der Empfehlungen auszuloten.

3 ERGEBNISSE

Wenngleich in der Literatur der Nutzen von Social Prescribing für viele Zielgruppen betont wird, so zeigt sich dennoch, dass bestimmte Zielgruppen (z.B. junge Männer) nur begrenzt erreichbar sind. Die Nicht-Erreichbarkeit von Zielgruppen wird innerhalb der Literatur oftmals in Verbindung mit strukturellen Rahmenbedingungen sowie der Neuartigkeit des Konzeptes an sich in Verbindung gebracht. Die Maßnahmen zur Erreichung der Zielgruppen gestalten sich vielfältig und reichen von strukturellen Aspekten (z.B. gute Anbindung an den öffentlichen Verkehr) bis hin zu proaktiven Maßnahmen (z.B. Hausbesuche). Quer durch die Literatur wird betont, dass Zielgruppe(n) möglichst früh in den gesamten Planungs- und Durchführungsprozess eingebunden werden sollten, um etwaige Barrieren aus Patient:innenperspektive vorweg abzubauen/mitzudenken. Der Social Prescribing-Prozess ist international (wie auch national) sehr unterschiedlich ausgestaltet. So existieren differente Modelle der Befugnisse (d.h. wer Patient:innen an den:die Link Worker:in überweisen kann), wie eine Überweisung an den:die Link Worker:in erfolgt (mündlich vs. schriftlich) und inwiefern eine Verweisung an den 3. Sektor Hauptbestandteil des Prozesses ist. Einig ist sich die Literatur aber dahingehend, dass die Einbindung von Link Worker:innen als spezialisierte Fachkräfte für die sozialen Komponenten der Gesundheit als positiv für alle Beteiligten eingestuft wird. Gleichzeitig wird dabei auch die Notwendigkeit entsprechender zeitlicher Ressourcen in Verbindung mit spezifischer fachlicher Expertise betont; formale Qualifikationen spielen im internationalen Kontext lediglich eine untergeordnete Rolle. Bei der Kontaktgestaltung, -dauer und -frequenz zeigt sich sowohl in der Literatur als auch in der österreichischen

Praxis ebenso eine große Heterogenität. Verweisungen an den 3. Sektor gilt es in Abhängigkeit von der Vielfalt und Qualität der lokalen Angebote zu sehen, zudem stützen sich auf das Wissen des:der Link Worker:in. Entsprechend der unzähligen Schnittstellen im Social Prescribing-Prozess werden die Etablierung einer Organisationskultur, die Schaffung eines Settings für regelmäßigen Austausch zwischen den einzelnen Berufsgruppen, sowie ein konstruktiver und vertrauensbildender Austausch mit Akteur:innen des 3. Sektors in der Literatur als maßgeblich für das Gelingen von Social Prescribing thematisiert [4].

Durch die verstärkte Einbeziehung von Sozialarbeiter:innen in das seit 2014 neu ausgestaltete Primärversorgungssystem werden hierzulande bereits – teils bewusst, vielfach aber auch unbewusst – vielerorts Elemente von Social Prescribing zur Anwendung gebracht. Es zeigt sich jedoch auch in der nationalen Anwendung des Interventionsansatzes eine enorme Heterogenität entlang des Social Prescribing-Prozesses. Als wesentlichen Grundstein im Hinblick auf gelingendes Social Prescribing nennen die Sozialarbeiter:innen den Beziehungsaufbau zu den Patient:innen und das Hochhalten von Social Prescribing als freiwilliges Angebot. Dementsprechend erfolgen Abläufe klient:innenzentriert und verfügen oftmals über ein geringes Maß an Standardisierung. Als wesentlich stellt sich in der nationalen Befragung auch der berufliche Background der Link Worker:innen heraus. So können Sozialarbeiter:innen mit den Patient:innen selbst sozialarbeiterisch tätig werden ohne zwingend eine Verweisung an den 3. Sektor zu initiieren. Neben den vielfältigen Aufgaben innerhalb der Klient:innenbetreuung nennen die Sozialarbeiter:innen auch das Lobbying als eine ihrer Aufgaben, d.h. das Aufzeigen von Versorgungslücken innerhalb des 3. Sektors. Als Herausforderungen in der alltäglichen Umsetzung des Konzeptes werden insbesondere der Umgang mit Verständnisschwierigkeiten (z.B. sprachliche Barrieren), der interne Abstimmungsprozess und Informationsaustausch in der PVE, ebenso wie das Einfordern von Maßnahmen der Psychohygiene genannt [4].

Die relativ kurze Umsetzungsphase von zwei Monaten erlaubte es (erwartungsgemäß) nicht alle 71 Empfehlungen hinsichtlich ihrer Praktikabilität im Praxisalltag zu testen. Als wesentlich zeigte sich jedoch das breite und umfangreiche Aufgabenfeld des:der Link Worker:in, das neben der direkten Patient:innenarbeit auch Aufgaben wie z.B. die Dokumentation und Netzwerkarbeit umfasst. Dementsprechend stellte sich eine flexible, individuelle Arbeitsweise auf Patient:innenseite bei gleichzeitiger (zumindest teilweiser) Standardisierung auf Seiten der Professionist:innen als am praktikabelsten heraus [4].

Es zeigte sich, dass die Offenheit aller beteiligten Akteur:innen gegenüber dem Social Prescribing-Ansatz im Allgemeinen und den einzelnen, patient:innenzentrierten (sozialen) Bedürfnissen im Speziellen eine wesentliche Komponente für den Erfolg des Konzeptes darstellt. Zusammenfassend konnten 13 Richtlinien für die allgemeine Social Prescribing-Praxis herausgearbeitet werden [4].

- **Bewusstsein schaffen** für soziale Determinanten der Gesundheit und des Wohlbefindens sowohl unter allen Beteiligten als in der öffentlichen Wahrnehmung
- **Vorlaufzeit/Planungsphase** vor der Implementierung von SP, um praxis-relevante Aspekte abzuklären
- **frühzeitige Einbeziehung eines breiten Spektrums von Interessens-gruppen**, um gemeinsames Verständnis des Konzeptes, der Ziele und Erwartungen zu fördern; inkl. **Notwendigkeit eines unterstützenden politischen Kontextes**
- **Bekanntmachung des Konzeptes**: SP-Informationen sowohl Angehörigen der Gesundheitsberufe als auch der Öffentlichkeit zugänglich machen und praxisnahe Erklärung des Ablaufes gegenüber den Patient:innen
- **Klarheit des SP-Prozesses** (Abklärung von Überweisungs-/Verweisungs-kriterien und Feedback-Mechanismen), **klare Zuständigkeiten und Rollenklarheit** unter allen Beteiligten
- **SP-Pfad**: personenzentrierter und befähigender Prozess für die Klient:innen, bei dem die Mitbestimmung hochgehalten wird
- **Einbindung einer spezifischen Fachkraft** für nicht-medizinische Patient:innenbedarfe – verfügt über zeitliche Ressourcen und das Know-how der Bearbeitung psychosozialer Anliegen der Patient:innen, welche an die medizinische/inter-professionelle Einrichtung angebunden ist. Die spezialisierte Fachkraft nimmt eine wichtige Position ein: Kommunikations-knotenpunkt. Fachliche Kompetenzen und zwischenmenschliche Qualitäten in der Interaktion mit den Klient:innen werden benötigt. Die Zugänglichkeit, Vertrauenswürdigkeit und Kommunikationsfähigkeit sind von zentraler Bedeutung.
- **Klient:innenarbeit** als Balance zwischen individueller/flexibler Vorgehens-weise auf Klient:innenseite und strukturierter/standardisierter Elemente auf Seiten des Über- und Verweisungsprozesses bzw. von Abläufen
- SP als **niederschwelliges und freiwilliges Angebot** für Klient:innen – das gilt es stets im Blick zu behalten
- SP ist abhängig vom breiten Spektrum an **qualitativ hochwertigen Gemeinschaftsressourcen** – es gilt diese zu erschließen und bereits etablierte Ressourcen zu nutzen
- interne und externe **Kommunikation, Transparenz und Vernetzung** ist essenziell, um nachhaltige Beziehungen aufzubauen und zu festigen
- **interdisziplinäre hierarchiefreie Zusammenarbeit** des gesamten Teams
- **Evaluierungen** sollen dazu beitragen, Informationen über Verbesserungs-potenzial zu eruieren und Prozessabläufe zu optimieren.

Abbildung 3. Social Prescribing-Richtlinien [4; eigene Darstellung]

4 CONCLUSIO

Die Neuausrichtung der Primärversorgung mit dem Fokus auf multiprofessioneller Zusammenarbeit bietet eine enorme Chance Social Prescribing auch hierzulande flächenmäßig zu etablieren. Gleichwohl braucht es aber mehr als ein „Darüberstülpen von [inter]nationalen Programmen“ [1] – es braucht eine „österreichische Variante“, d.h. eine Anpassung von Social Prescribing entsprechend dem österreichischen Gesundheitssystem.

5 REFERENZEN

- [1] Antosik Jennifer (2020): Social Prescribing – eine Möglichkeit für die neue Primärversorgung in Österreich? Eine qualitativ empirische Explorationsstudie. Fachhochschule Burgenland.
- [2] Arlt, Ilse (1958/2010): Wege zu einer Fürsorgewissenschaft. In: Maiss, Maria (Hg.^{ln}): Soziale Arbeit - Social Issues. 4. Band, Wien: LIT, 11-122.
- [3] Bischof, Thiemo R. / Kalb, Katharina M. / Pfeifer, Marlies (2022): Social Prescribing – gesund:sozial:verbunden. Abbau der Zugangsbarrieren im Lichte der Sozialen Arbeit. Erklärvideo und Begriffsfindung im österreichischen Primärversorgungskontext, Fachhochschule St. Pölten.
- [4] Fischer, Maria / Holzinger-Grath, Sabine / Schinnerl, Melanie / Singh, Devi / Tritta, Claudia (2022): Social Prescribing in der Praxis und das Potenzial Sozialer Arbeit. Implementierung von Good Practice-Elementen im 15. Wiener Gemeindebezirk. Fachhochschule St. Pölten.
- [5] Fixsen, Alison / Seers, Helen / Polley, Marie / Robbins, Jo (2020): Applying critical systems thinking to social prescribing. A relational model of stakeholder “buy-in”. In: BMC Health Services Research, Nr. 1, Jg. 20, 1–13.
- [6] Flick, Uwe (2011): Triangulation. Eine Einführung. 3., aktualisierte Auflage, Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.
- [7] Haas, Sabine / Ladurner, Joy / Rojatz, Daniela / Winkler, Petra / Antosik, Jennifer / Ecker, Sandra / Weitzer, Jakob (2021): Prozesskonzept zur Etablierung von Social Prescribing. https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/SP_Prozesskonzept_bf.pdf [13.01.2022].
- [8] Haas, Sabine / Bobek, Julia / Braunegger-Kallinger, Gudrun / Ladurner, Joy / Winkler, Petra (2019): Factsheet Social Prescribing, Gesundheit Österreich GmbH.
- [9] Husk, Kerry / Blockley, Kelly / Lovell, Rebecca / Bethel, Alison / Lang, Iain / Byng, Richard / Garside, Ruth (2020): What approaches to social prescribing work, for whom, and in what circumstances? A realist review. In: Health & Social Care in the Community, Nr. 2, Jg. 28, 309–324.
- [10] Kilgarriff-Foster, Alexis / O’Cathain, Alicia (2015): Exploring the components and impact of social prescribing. In: Journal of Public Mental Health, Nr. 3, Jg. 14, 127– 134. = 10
- [11] Kimberlee, Richard (2015): What is social prescribing? In: Advances in Social Sciences Research Journal, Nr. 1, Jg. 2, 102–110.
- [12] Kuckartz, Udo (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 4. Auflage, Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- [13] Popay, Jennie / Kowarzik, Ute / Mallinson, Sara / Mackian, Sara / Barker, Jacqui (2007): Social problems, primary care and pathways to help and support. Addressing health inequalities at the individual level. Part II. Lay perspectives. In: Journal of Epidemiology & Community Health, Nr. 11, Jg. 61, 972–977.
- [14] Redelsteiner, Christoph (2020): „Social Prescribing“ – Überweisung zur Sozialarbeit – Soziales auf Rezept? In: SiÖ – Fachzeitschrift für Soziale Arbeit in Österreich, Nr. 211, Jg. 55, 32–36.
- [15] Redelsteiner, Christoph (2019): Experten für die „most vulnerable humans “. In: ProCare,

Nr. 10, Jg. 24, 6–10.

- [16] South, Jane / Higgins, Tracy J. / Woodall, James / White, Simon M. (2008): Can social prescribing provide the missing link? In: Primary Health Care Research & Development, Nr. 4, Jg. 9, 310–318.
- [17] Wachabauer, David / Ivansits, Sarah (2019): Versorgungskonzept PVE Fünfhausärzt*innen. Wien: Gesundheit Österreich GmbH; ausgefüllt durch Ouhadi / Pilz.
- [18] Wolf, Sarah (2017): “Social Prescribing”. Eine Möglichkeit medizinische und soziale Leistungen zu integrieren, <https://aihta.at/page/social-prescribing-eine-moeglichkeit-medizinische-und-soziale-leistungen-zu-integrieren/de> [29.04.2022].