

Einsamkeit und soziale Isolation von Patientinnen und Patienten

Social Prescribing als Antwort in der allgemeinmedizinischen Praxis

Kurzbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, gefördert aus den Mitteln der Agenda Gesundheitsförderung

Einsamkeit und soziale Isolation von Patientinnen und Patienten

Social Prescribing als Antwort in der allgemeinmedizinischen Praxis

Autorinnen/Autor:

Lydia Fenz
Daniela Rojatz
Sandra Ecker
Jakob Weitzer
Sabine Haas

Unter Mitarbeit von:

Anita Sackl
Christofer Patrick Reichel
Gerlinde Feichtlbauer
Kathrin Maier
Karoline Riedler
Miriam Lainer
Richard Brodnig
Stefan Korsatko
Valerie Lust

Projektassistenz:

Alexandra Kühner

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen und Autoren und nicht unbedingt jenen des Auftraggebers wieder.

Wien, im Juni 2023

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Wir danken dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen für die Bereitstellung der Gesprächsleitfäden zum Thema psychosoziale Belastungen, die wir verwenden und adaptieren dürfen!

Weiters danken wir den Berufsgruppenvertretungen Allgemeinmedizin, Hebammen, Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband und Soziale Arbeit für die Bereitschaft zur Mitarbeit und die Bereitstellung ihrer Expertise!

Zitiervorschlag: Fenz, Lydia; Rojatz, Daniela; Ecker, Sandra; Weitzer, Jakob; Haas, Sabine (2023): Einsamkeit und soziale Isolation von Patientinnen und Patienten. Social Prescribing als Antwort in der allgemeinmedizinischen Praxis. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P10/1/5299

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Inhalt

Inhalt III

Abbildungen.....	IV
Abkürzungen.....	V
Glossar.....	VI
1 Vorwort.....	1
2 Gesundheitsbezogene psychosoziale und emotionale Bedürfnisse in der Primärversorgung: (Medizinische) Relevanz und Handlungsszenarien am Beispiel Einsamkeit und soziale Isolation	2
2.1 Aus dem Alltag einer Praxis	4
2.2 Szenario 1: Alltag einer Praxis (adaptiert nach Erzählungen eines Arztes).....	5
2.3 Szenario 2: Alltag einer Praxis – Intervention und Verlauf	5
3 Das Konzept Social Prescribing: Zentrale Elemente	8
3.1 Sensibilisierung	8
3.2 Link Working	9
3.3 Netzwerkmanagement	10
3.4 Qualitätssicherung.....	10
4 Evidenzbasierte Grundlagen zum Einsatz von Social Prescribing	11
5 Umsetzung und Verbreitung von Social Prescribing	13
5.1 Blick ins Ausland.....	13
5.2 Rahmenbedingungen für die Umsetzung von Social Prescribing in Österreich	14
5.3 Social Prescribing in Österreich	18
6 Konkrete erste Umsetzungsschritte in der Praxis.....	19
6.1 Vermittlungsbedarf erkennen.....	20
6.2 Patientinnen und Patienten mit einem möglichen Social-Prescribing-Bedarf ansprechen/vermitteln.....	21
6.3 Unterstützende Materialien (Literatur) und Tools	24
Literatur	26

Abbildungen

Abbildung 2.1: Beziehung täglicher sozialer Support und Cortisol-Reaktivität	3
Abbildung 5.1: Übersicht über andere Initiativen und Projekte im Umfeld von Social Prescribing	16
Abbildung 6.1: Prozesskonzept zum Aufbau von Social Prescribing	19

Abkürzungen

BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
DFP	Diplomfortbildungspunkte
DMN	Default-Mode-Netzwerk
NHS	National Health Service
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PVE	Primärversorgungseinheit(en)

Glossar

Link Working

Schnittstelle zwischen der Primärversorgungseinrichtung (primär medizinische Sichtweise auf die Patientin oder den Patienten) und der Gemeinde/Region bzw. lokalen Angeboten außerhalb der Primärversorgungseinrichtung (ganzheitliche Betrachtung der Patientin oder des Patienten)

Wie die englische Bezeichnung Link Worker ausdrückt, geht es um das Verbinden und Vernetzen dieser beiden Bereiche und der Patientinnen und Patienten, die sich darin bewegen. Ziel ist die individuelle bedürfnis- und ressourcenorientierte Unterstützung zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden der oder des Einzelnen.

Dafür braucht es ein klares Verständnis der psychischen, sozialen, ökonomischen und kulturellen Einflussfaktoren auf die Gesundheit, der Aufgaben und Sichtweisen der Personen/Berufsgruppen innerhalb dieser beiden Bereiche und von Vernetzungsarbeit/Netzwerkmanagement in der Gemeinde, der Region, den lokalen Angeboten (im Sinne von Social Prescribing). Die Person, welche die Funktion des Link Working ausübt (es können auch zwei Personen sein), ebnet den Weg (1) vom Erkennen gesundheitsbezogener, psychosozialer und emotionaler Belastungen/Bedürfnisse (2) zur ganzheitlichen Betrachtung der Person und ihres Umfelds und weiter (3) zum Erarbeiten möglicher Unterstützungsleistungen und nächster Schritte hin (4) zur Vermittlung passender Unterstützungsleistungen bzw. lokaler Angebote (im Sinne von Social Prescribing). (Antosik 2020)

Fachkraft mit Link-Working-Funktion

Der aus England stammende Begriff bezieht sich auf eine spezifische Fachkraft, welche das Link Working als Schlüsselfunktion von Social Prescribing innehat. (Antosik 2020)

Netzwerkmanagement

Das Netzwerkmanagement umfasst die Kenntnis und Vernetzung mit Unterstützungsleistungen (Angeboten/Maßnahmen) in der Region als Grundlage für die Vermittlung an entsprechende Angebote. Es beinhaltet die Erstellung und regelmäßige Aktualisierung einer Übersicht der regionalen Angebote, an welche Patientinnen und Patienten vermittelt werden können, den regelmäßigen Kontakt und Austausch zu diesen Angeboten, die Sensibilisierung der Anbieter:innen hinsichtlich Social Prescribing sowie die Vernetzung der Kontakte untereinander.

Vermittlung	Zuweisung einer Person von der Fachkraft (primär Gesundheitsdienstleistende) an eine Fachkraft mit Link-Working-Funktion
Weitervermittlung	Vermittlung einer Person durch die Fachkraft mit Link-Working-Funktion an ein passendes regionales Angebot im Sinne von Social Prescribing
Gesundheitsbezogene psychosoziale und emotionale Bedürfnisse	Die Gesundheit wird von vielen Faktoren (Gesundheitsdeterminanten) beeinflusst. Diese Faktoren können auf mehreren Ebenen angesiedelt sein: auf persönlicher Ebene (Alter, Geschlecht, Erbanlagen), auf Ebene der individuellen Lebensweise, der sozialen und kommunalen Netzwerke bis hin zu Lebens- und Arbeitsbedingungen. Kann auf einen dieser Faktoren nicht ausreichend Einfluss ausgeübt werden, entsteht ein Mangel und daraus ein Bedürfnis, dies zu ändern. Gesundheitsbezogene psychosoziale und emotionale Bedürfnisse sind all jene, die über medizinisch-pflegerisch-therapeutische Anliegen hinausgehen.

1 Vorwort

An wen richtet sich das Literaturstudium? Die vorliegende Schulungsunterlage richtet sich an Angehörige der Gesundheits- und Sozialberufe in der niedergelassenen Primärversorgung. Angesprochen sind insbesondere Allgemeinmediziner:innen, da sie häufig die erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten sind und ihnen damit eine wichtige zuweisende Rolle in der Primärversorgung zukommt.

Was ist der Zweck des Literaturstudiums? Das Literaturstudium soll die Relevanz gesundheitsbezogener psychosozialer und emotionaler Belastungen und Bedürfnisse für die Gesundheitsversorgung hervorheben, die über den medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Bedarf hinausgehen. Als Lösungsansatz wird das Konzept Social Prescribing nähergebracht, mit welchem diesen Bedürfnissen im Sinne der Förderung der ganzheitlichen Gesundheit systematisch entgegengekommen werden kann.

Was ist das Ziel des Literaturstudiums? Das Literaturstudium soll interessierte Angehörige der Gesundheits- und Sozialberufe für gesundheitsbezogene psychosoziale und emotionale Bedürfnisse weiter sensibilisieren und auf Social Prescribing als konkreten Lösungsansatz für ebendiese Bedürfnisse aufmerksam machen.

Als Einführung zum Thema Social Prescribing dient ein kurzes Erklärvideo. Es ist unter folgendem Link verfügbar: https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=_88bumlXx4E.

Aufbau und Anrechenbarkeit: Die Schulung besteht aus einem Literaturstudium mit abschließendem Test. Mit erfolgreich absolviertem Abschlusstest besteht die Möglichkeit, berufsspezifische Fortbildungspunkte zu erhalten. Die Dauer dieses Literaturstudiums beträgt in etwa 120 Minuten. Dies entspricht beispielsweise einer Leistungsbestätigung von drei Diplomfortbildungspunkten (DFP) für Ärztinnen und Ärzte.

Welche Lernziele werden im vorliegenden Literaturstudium adressiert?

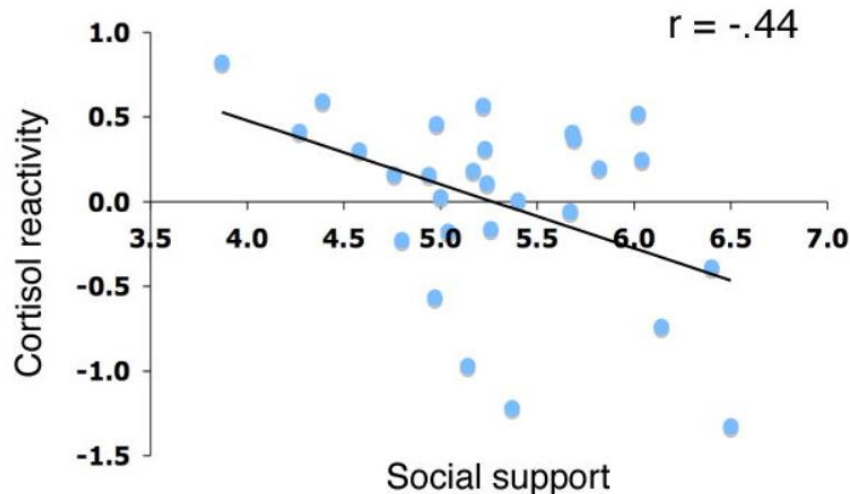
- » Die Relevanz von gesundheitsbezogenen psychosozialen und emotionalen Belastungen und Bedürfnissen von Personen mit besonderem Fokus auf Einsamkeit und soziale Isolation erkennen, die über den eigenen medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Versorgungsauftrag hinausgehen, jedoch gesundheitliche Implikationen haben können, und damit für eine ganzheitliche Sichtweise von Gesundheit sensibilisiert werden,
- » ein Grundverständnis über das Konzept von Social Prescribing erwerben,
- » Kenntnisse (und Materialien) erlangen
 - » über gesundheitsbezogene psychosoziale und emotionale Bedürfnisse,
 - » über ein gezieltes und wertschätzendes Ansprechen auf etwaige Belastungen von Personen mit Bedarf an Social Prescribing,
 - » über den Vermittlungsprozess zur Fachkraft mit Link-Working-Funktion im Sinne des Social Prescribing.

2 Gesundheitsbezogene psychosoziale und emotionale Bedürfnisse in der Primärversorgung: (Medizinische) Relevanz und Handlungsszenarien am Beispiel Einsamkeit und soziale Isolation

Viele verschiedene psychische und soziale Faktoren nehmen Einfluss auf die körperliche Gesundheit. Dazu zählen unter anderem Einsamkeit oder ungewollte soziale Isolation. Zu den vermutlich bekanntesten gesundheitlichen Negativfolgen nicht erfüllter (psycho-)sozialer Bedürfnisse können in dieser Hinsicht somatoforme Schmerzstörungen gezählt werden, die auch das größte „Symptomcluster“ darstellen. Es wird im Allgemeinen davon ausgegangen, dass sich 20 bis 50 Prozent der von den Betroffenen geschilderten Symptome nicht auf eine eindeutig messbare/quantifizierbare physiologische Erkrankung zurückführen lassen (OEGPB 2015). Die Notwendigkeit einer ganzheitlichen Sicht auf den Menschen und auf seine Gesundheit ist also augenscheinlich. Unter den speziell relevanten gesundheitsbezogenen psychosozialen und emotionalen Einflussfaktoren findet sich unter anderem auch das Gefühl von Einsamkeit.

Einsamkeit macht krank. Einsamkeit kann neben dem Gefühl von zu viel oder negativem Stress (Eisenberger et al. 2007) viele andere gesundheitsgefährdende Folgen nach sich ziehen. So konnte etwa in einer Züricher Analyse festgestellt werden, dass sich mit zunehmender sozialer Isolation die relativen Risiken im Hinblick auf unterschiedlichste Gesundheitsprobleme bis zu 13-fach erhöhen (Hämmig 2016). Einsamkeit wird dabei etwa in enge Verbindung mit einem erhöhten Morbiditätsrisiko (vergleichbar mit einem täglichen Konsum von 15 Zigaretten oder mit Adipositas), mit Bluthochdruck sowie mit einem dysfunktionalen Immunsystem gesetzt (Spreng et al. 2020). Als eine der vielen Ursachen für ein erhöhtes Krankheitsrisiko aufgrund von Einsamkeit könnte u. a. ein dauerhaft erhöhter Cortisolspiegel gesehen werden, da das Stresshormon Cortisol bei einem zu lange erhöhten Spiegel das Immunsystem schwächt (siehe auch „Allostatic Load Model“; McEwen 1998). Guter sozialer Support geht wiederum einher mit verringerter Cortisol-Reaktivität (Eisenberger et al. 2007). Soziale Teilhabe und somit eine Reduktion der Stressreaktionen des Körpers können also zu besserer Gesundheit führen.

Abbildung 2.1:
Beziehung täglicher sozialer Support und Cortisol-Reaktivität



Quelle: Eisenberger et al. (2007)

Neben den Auswirkungen auf die physische Gesundheit weisen einsame Menschen eine schlechtere psychische Gesundheit auf (erhöhte Prädisposition für psychiatrische Erkrankungen und Abbau kognitiver Fähigkeiten), ein erhöhtes Risiko für Demenz (Drinkwater et al. 2022) – die Wahrscheinlichkeit ist 1,64 Mal höher als bei Menschen, die nicht über Einsamkeit berichten – und ein erhöhtes Selbstmordrisiko (Spreng et al. 2020).

Einsamkeit fördert das Risikoverhalten. Einsamkeit kann gesundheitsgefährdendes Verhalten nach sich ziehen. Smith et al. (2021) untersuchten in ihrer Datenanalyse zweier britischer prospektiver Studien den Zusammenhang von sozialer Isolation und Risiken für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Bei den untersuchten Daten der Teilnehmer:innen (N = 938.558) wurde eine Kategorisierung in „least isolated“ (n = 379.031 [40 %]), „moderately isolated“ (n = 429.541 [46 %]) und „most isolated“ (n = 129.986 [14 %]) vorgenommen. Unter den „am meisten Isolierten“ konnte, konsistent zu anderen Studienergebnissen, ein erhöhtes gesundheitsgefährdendes Verhalten festgestellt werden: In dieser Gruppe wurde mehr geraucht, sich weniger bewegt und eine erhöhte Anzahl von Menschen mit Adipositas und von Menschen mit schlechter subjektiver Gesundheitseinschätzung beobachtet. Einen wichtigen Einfluss hat hierbei auch der sozioökonomische Status: Die am stärksten isolierte Gruppe lebte im Vergleich zur am wenigsten isolierten Gruppe am ehesten in benachteiligten Vierteln (Smith et al. 2021).

Einsamkeit kann die (frühzeitige) Mortalität erhöhen. In einer Metaanalyse von Holt-Lunstad et al. (2010) konnte auf Basis von 148 unabhängigen Studien (N = 308.849; durchschnittlicher Beobachtungszeitraum: 7,5 Jahre) festgestellt werden, dass Einsamkeit die Mortalität signifikant beeinflussen kann. So konnte im Vergleich zu Menschen ohne passendes soziales Netzwerk bei jenen Menschen, die in ein angemessenes soziales Netz eingebettet sind, eine um 50 Prozent höhere Überlebenschance festgestellt werden. Die Autorinnen und Autoren betonten hier vor allem die vor Krankheit und erhöhter Mortalität schützende Wirkung sozialer Integration. Diese Erkenntnis

unterstreicht die Relevanz von Community-basierten Interventionen wie etwa Vereinen, Nachbarschaftshilfen etc. Interventionen und Angebote, die soziale Beziehungen fördern, stellen also eine große Chance dar, nicht nur die Lebensqualität zu steigern, sondern auch das Überleben zu fördern (Holt-Lunstad et al. 2010).

Einsamkeit prägt darüber hinaus das menschliche Gehirn. Spreng et al. (2020) analysierten Daten und Bilder der UK Biobank (n = ~40.000), um herauszufinden, ob Einsamkeit auch auf MR-Bildern des Gehirns und im Volumen der grauen Substanz¹ nachgewiesen werden kann. Tatsächlich konnte eine Beziehung vom Volumen der grauen Substanz des sogenannten Default-Mode-Netzwerks („Ruhezustandsnetzwerk“) (Spreng et al. 2020) und dem Gefühl von Einsamkeit beobachtet werden. Dieses Default-Mode-Netzwerk (DMN) und dessen intrinsische Aktivität prägt den Ruhezustand des menschlichen Gehirns (Otti et al. 2012). Das DMN ist während des selbstorientierten Denkens, wie z. B. im Ruhezustand, bei der Rekonstruktion der eigenen Vergangenheit, der Vorstellung der Zukunft etc. aktiv (Spreng et al. 2020). In einem weltorientierten Bewusstseinszustand (z. B. während einer nach außen gerichteten Aufmerksamkeit oder während der Durchführung spezifischer kognitiver Aufgaben) ist das DMN jedoch in seiner Aktivität gemindert (Otti et al. 2012). Einsame Teilnehmer:innen wiesen in der Analyse von Spreng et al. (2020) u. a. eine stärkere funktionale Kommunikation im DMN auf. Diese Beobachtung könnte Grundlage für die Annahme sein, dass sich Menschen, die sich einsam fühlen, vermehrt auf ihr „inneres Milieu“ beziehen und einen stärkeren Fokus auf das Selbst haben (Spreng et al. 2020).

Die Folgen von Einsamkeit können sich auch in einer erhöhten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (insb. allgemeine Arztbesuche, ambulante psychologische bzw. psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlungen) zeigen (Sirois/Owens 2021). Werden die zugrunde liegenden Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten nicht richtig erkannt und werden sie deshalb regelmäßig in nicht adäquate Institutionen „fehlgeleitet“, kann das zum einen zu Frustrationen aller Beteiligten, zum anderen zu einer Chronifizierung der Verhaltensweisen der Betroffenen führen (Redelsteiner et al. 2020). Die Beachtung und Adressierung von gesundheitsbezogenen psychosozialen und emotionalen Bedarfen ist also auch wichtig, um potenziell die Nachfrage nach klinischen Leistungen zu senken und Gesundheitsberufe zu entlasten. Social Prescribing als Lösungsansatz zur strukturierten Adressierung entsprechender Anliegen wird im Rahmen dieses Literaturstudiums erläutert.

2.1 Aus dem Alltag einer Praxis

Nachfolgend werden anhand von zwei Szenarien mögliche Reaktionen einer allgemeinmedizinischen Ordination auf gesundheitsbezogene psychosoziale und emotionale Bedürfnisse vorgestellt.

1

„Die graue Substanz ist ein wichtiger Bestandteil des Zentralnervensystems und bestimmt maßgeblich dessen Funktionen. Mit der grauen Substanz werden besonders die Intelligenzleistungen des Gehirns in Zusammenhang gebracht. Allerdings steuert sie neben der Intelligenz sämtliche Wahrnehmungsprozesse und motorischen Leistungen des Menschen.“ (MedLexi 2022)

2.2 Szenario 1: Alltag einer Praxis (adaptiert nach Erzählungen eines Arztes)

Eine ältere Frau kommt zwei- bis dreimal in der Woche in die Ordination eines Allgemeinmediziners, da laut ihren Angaben ihr Blutdruck immer häufiger entgleist und stark schwankt. Dadurch ist sie verunsichert und möchte den Blutdruck – zusätzlich zur Selbstmessung – in der Ordination kontrollieren lassen. Bei den regelmäßig gewordenen Konsultationen ahnt der Allgemeinmediziner allmählich, dass es für die Blutdruckentgleisungen keine medizinisch schlüssige Erklärung gibt und die Medikation der Patientin optimal angepasst ist. Demnach besteht für den Arzt keine medizinische Indikation für die regelmäßigen Kontrollen und er bestellt die Patientin zur Blutdruckkontrolle in einem halben Jahr beziehungsweise bei Beschwerden wieder. Da die Beschwerden jedoch subjektiv nicht aufhören und der Blutdruck nach wie vor schwankt, kommt die Frau zwar nicht mehr so häufig, da sie dem Rat des Arztes folgen möchte, jedoch aufgrund ihrer Verunsicherung weiterhin zu regelmäßigen – medizinisch nicht indizierten – Kontrollen in die Ordination.

Im Rahmen der vielen Gespräche während der ärztlichen Konsultationen und im Wartebereich stellt sich allmählich heraus, dass die Frau sich um ihren pflegebedürftigen, bettlägerigen Mann kümmert. Dadurch ist sie zu Hause „eingesperrt“, kann nur kurze Wege erledigen und hat keine Möglichkeiten des Austauschs mit anderen Personen. Mittlerweile fühlt sie sich sehr einsam. Es liegt nahe, dass sie bei ihren häufigen Besuchen in der Ordination das Gespräch und sozialen Austausch mit anderen sucht – mit dem Personal wie auch mit anderen Wartenden –, um ihrer Einsamkeit zu entkommen.

Der gesamte Ordinationsbetrieb wird demnach mit Aufgaben belastet, die nicht zu dessen eigentlichem Auftrag gehören. Gleichzeitig bleiben die ursprünglichen Bedürfnisse der Patientin, nämlich das Bedürfnis nach sozialen Kontakten und Gesprächen, unerfüllt.

Die betrieblichen Auswirkungen dieses ungelösten Dilemmas sind, dass Ressourcen der gesamten Ordination nicht zielführend und über die Maßen hinaus aufgewendet werden, zeitliche wie auch persönliche, arbeitsbezogene und nicht zuletzt gesamtgesellschaftlich finanzielle (siehe dazu auch Kapitel 4). Der Aufwand für die außerordentlich aufgewendeten Ressourcen bedeutet jedoch nicht, dass das Bedürfnis der Frau gestillt wird und ihre Einsamkeit dadurch verschwindet. Gegenteilig macht sich im gesamten Ordinationsteam Frustration und Desinteresse breit, da es für die Bedürfnisse der besagten Frau keine medizinische Lösung gibt. Ebenso macht sich bei der Frau selbst Enttäuschung breit, da sie sich mit der Zeit unverstanden, unwillkommen und nicht ernstgenommen fühlt. Die große Gefahr dabei ist, dass die Bedürfnisse der Frau bagatellisiert werden und dass ein tatsächliches gesundheitliches Problem neben ihrem Bedürfnis nach Sozialkontakten übersehen wird.

2.3 Szenario 2: Alltag einer Praxis – Intervention und Verlauf

In der Ordination ist Social Prescribing etabliert, ein innovativer Ansatz, um gesundheitsbezogene psychosoziale und emotionale Bedürfnisse systematisch zu adressieren. Entsprechend ist das

gesamte Team auf diese Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten sensibilisiert. Daher ist allen schnell bewusst, dass es im Fall der Patientin über die medizinische Versorgung hinaus an Unterstützung bedarf.

Vermittlung zur Fachkraft mit Link-Working-Funktion

Sensibilisiert auf die Gesprächsführung, spricht der Arzt die Frau während der darauffolgenden Konsultation auf ihr Wohlbefinden und ihren Alltag an (siehe dazu auch Kapitel 6.2).

Sie erzählt ihm im Rahmen des Gesprächs über ihre Situation mit ihrem Mann und darüber, dass sie oft einsam sei, da er nicht mehr viel mit ihr kommunizieren könne. Früher gingen die beiden leidenschaftlich gern tanzen, jedoch sei dies jetzt nicht mehr möglich und es fehle ihr sehr. Zusätzlich habe sie einmal die Woche eine Freundin zum Kartenspielen besucht, diese sei jedoch mittlerweile in ein betreutes Wohnheim gezogen.

Durch sein Verständnis für die Situation macht der Arzt der Frau im Rahmen des Gesprächs bewusst, dass es weitere Ursachen für ihre Blutdruckschwankungen geben kann, was die Überleitung zu Social Prescribing ermöglicht. Er erzählt ihr von der Fachkraft mit Link-Working-Funktion, die in der Ordination arbeitet, und bietet ihr einen Termin bei dieser an, um etwaige Möglichkeiten für die Frau klären zu können. Gemeinsam mit ihrem Arzt macht sich die Frau einen Termin aus.

Beratung und Weitervermittlung an Angebote durch Fachkraft mit Link-Working-Funktion

Bei diesem ersten und bei darauffolgenden Link-Working-Gesprächen geht die Fachkraft mit Link-Working-Funktion nicht nur auf die körperliche und psychosoziale Gesundheit der Frau ein, sondern auch detailliert auf ihr Wohlbefinden, ihre finanziellen Ressourcen und ihr Wohn- und Lebensumfeld. Während dieses Begleitprozesses durch die Fachkraft mit Link-Working-Funktion wird es möglich, eine vertrauliche Beziehung zu entwickeln. Es werden nicht nur persönliche Ressourcen, sondern auch lebensweltliche Bedingungen der Frau beleuchtet und reflektiert, um so gemeinsam an einer passenden Lösung für sie zu arbeiten. Es wird herausgearbeitet, was die Frau sich wünscht, was sie braucht, aber auch, was realistisch für ihre Lebenssituation und ihr Umfeld ist. Dabei wird darauf geachtet, welche Angebote ihr gut tun und mit welchen sie aktiver werden kann, durch welche sie aber auch entlastet wird, um einer möglichen zusätzlichen Überforderung entgegenzuwirken.

Schließlich bietet die Fachkraft mit Link-Working-Funktion der Frau verschiedene Angebote an, die für sie von Interesse und auch realisierbar sind. Ein Tanztreffen, das zweimal im Monat stattfindet und vom Pensionsverein organisiert wird, spricht die Frau besonders an, und sie möchte dieses Angebot ausprobieren. Die Fachkraft mit Link-Working-Funktion ist mit dem Verein gut vernetzt und kennt die Obfrau des Vereins durch die kontinuierliche Netzwerkarbeit bereits persönlich. Sie gibt der Frau den Namen, Kontaktdaten sowie Telefonnummer der Vereinsobfrau weiter. Diese ruft dort an, um sich vorab über das nächste Tanztreffen zu erkundigen. Die Tanztreffen sind vom Verein flexibel organisiert, sodass die Frau zu den angegebenen Zeiten kommen und gehen kann, wann sie möchte. Das erleichtert ihr die Teilnahme, da sie ihren Mann nicht allzu lang alleinlassen möchte.

Die Fachkraft mit Link-Working-Funktion gibt der Frau die Daten der Tanztreffen, die Telefonnummer der Obfrau und die Adresse des Vereinshauses weiter und berichtet dem Allgemeinmediziner über die vorläufige Weitervermittlung.

Wirkung des Angebots

Die Tanztreffen haben sich als optimales Angebot für die Frau herausgestellt. Sie besucht sie gern und hat wieder Möglichkeiten, zu tanzen und sich mit anderen austauschen. Es entwickeln sich auch Gespräche über ihre Situation als pflegende Angehörige und sie findet in der Tanzgruppe viele, denen es ähnlich geht. Diese Gespräche helfen ihr in vielen Situationen, in denen sie sich früher allein gefühlt hat.

Die Frau sieht für sich nicht mehr die Notwendigkeit, ihren Blutdruck mehrmals die Woche kontrollieren zu lassen. Sie kommt zwar immer noch regelmäßig zu Blutabnahmen und Kontrollen, jedoch nunmehr alle drei Monate.

Das gesamte Ordinationsteam ist begeistert, weil es der Frau auch bei ihren nichtmedizinischen Belangen helfen konnte. Termine, die die Frau wöchentlich benötigt hatte, stehen nun für andere Patientinnen und Patienten zur Verfügung. Und nun freuen sich auch alle im Team, wenn die Stammpatientin kommt.

3 Das Konzept Social Prescribing: Zentrale Elemente

Die medizinische Primärversorgung (Allgemeinmedizin) ist die erste Anlaufstelle für gesundheitliche Probleme. Hintergrund der Probleme sind oft nicht nur medizinische Anliegen, sondern auch nichtmedizinische Belastungen (Rojatz et al. 2021a). Dementsprechend sucht laut Polley et al. (2017b) etwa jeder oder jede fünfte Patient:in die Primärversorgung in erster Linie wegen eines sozialen Problems auf. Die Berufsgruppen in der Primärversorgung möchten der Patientin oder dem Patienten helfen, jedoch wissen sie oftmals nicht wie beziehungsweise fehlen ihnen die notwendigen, insbesondere zeitlichen Ressourcen dafür, sich um die vielfachen Dimensionen von Gesundheit zu kümmern. Oder sie haben nicht die Möglichkeiten, an geeignete Angebote in der Region zu vermitteln, oder es werden zwar Lösungen vermittelt, jedoch gehen die Patientinnen und Patienten auf dem Weg dorthin „verloren“.

Die Patientinnen und Patienten erhalten somit für ihre Belastungen außerhalb der medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Belange oftmals keine adäquate Unterstützung. Dieser Umstand, bedingt durch die vorher beispielhaft erwähnten Aspekte, führt deshalb häufig zu Frustration sowohl bei den Patientinnen und Patienten als auch bei den Angehörigen aller Berufsgruppen in der Primärversorgung.

Social Prescribing ist ein vielversprechendes Konzept, um gesundheitsbezogenen psychosozialen und emotionalen Bedürfnissen verstärkt Aufmerksamkeit entgegenzubringen. Social Prescribing kann verhältnismäßig leicht umgesetzt werden und wurde in anderen Ländern auch bereits erfolgreich implementiert (Morse et al. 2022). Fühlt sich der oder die Patient:in in den persönlichen Anliegen wahrgenommen und wertgeschätzt, kann das Vertrauen zur behandelnden Person der Primärversorgung optimal genutzt werden, um direkt und ohne zeitliche Verzögerungen an die Fachkraft mit Link-Working-Funktion zu vermitteln. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass der oder die Patient:in persönliche Themen weiterverfolgt, was wiederum bei der Person selbst als auch bei der vermittelnden Person für Zufriedenheit sorgt und Frustration entgegenwirkt.

Nachfolgend werden die vier zentralen Elemente von Social Prescribing aus dem österreichischen Kontext skizziert. Im Handbuch Social Prescribing (Rojatz et al. 2021a) werden diese im Detail beschrieben und konkretisiert (siehe dazu auch Kapitel 6.3).

3.1 Sensibilisierung

Um die verschiedenen Bedarfslagen zu erkennen, werden die Berufsgruppen in der Primärversorgung in einem ersten Schritt für die Möglichkeit und Bedeutsamkeit von gesundheitsbezogenen psychosozialen und emotionalen Bedürfnissen und damit für eine ganzheitliche Sichtweise von Gesundheit sensibilisiert. Dabei ist zu beachten, dass jede:r aus der eigenen berufsgruppenspezifischen Perspektive auf die Patientin oder den Patienten blickt. Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist daher gefragt, um Patientinnen und Patienten möglichst umfassend zu betrachten. Jede

Berufsgruppe kann Personen mit Bedarf an Social Prescribing erkennen und an die Fachkraft mit Link-Working-Funktion vermitteln (siehe Kapitel 6.1). Für eine gelungene Implementierung von Social Prescribing erweist sich als zentral, dass besonders Ärztinnen und Ärzte dahinter stehen sollten (Whitelaw et al. 2017).

Darüber hinaus werden auch alle anderen Berufsgruppen in der medizinischen Einrichtung sensibilisiert, auf gesundheitsbezogene psychosoziale und emotionale Bedürfnisse zu achten (z. B. in Teammeetings, Pausengesprächen). Das Team ist achtsam im Kontakt mit den Patientinnen und Patienten und vermittelt gegebenenfalls an die Fachkraft mit Link-Working-Funktion in der Einrichtung (siehe Kapitel **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**).

3.2 Link Working

In der Primärversorgungseinrichtung wird eine Fachkraft mit Link-Working-Funktion etabliert, welche als Schnittstelle und vermittelnde Person zwischen medizinischer Einrichtung und regionalen Angeboten fungiert. Sie nimmt sich Zeit für das Gespräch mit der Patientin oder dem Patienten, die oder der zu ihr vermittelt wurde. Gemeinsam werden in Abstimmung Ressourcen, Bedürfnisse und Belastungen herausgearbeitet und Handlungspläne entwickelt. Dabei wird bei Bedarf an regionale Angebote – häufig aus dem Non-Profit-Sektor – vermittelt, um die soziale Integration und Teilhabe der Person zu fördern. Beispiele für solche Angebote sind kommunale Gesundheitsförderungsmaßnahmen (z. B. Kochkurse, Waldspaziergänge in der Gruppe), kulturelle Angebote (z. B. Laientheatergruppen, musikalische Angebote) oder Beratungs- und Unterstützungsangebote (z. B. Beratungsdienst für pflegende Angehörige).

Nach der Weitervermittlung an ein oder mehrere Angebote findet ein Reflexionsgespräch zwischen der Fachkraft mit Link-Working-Funktion und der Patientin oder dem Patienten statt, um zu erheben, ob mit der Weitervermittlung die jeweiligen Bedarfe adressiert werden konnten. Zudem gibt es eine Rückinformation von der Fachkraft mit Link-Working-Funktion an die primär vermittelnde (zuweisende) Person über das Reflexionsgespräch bzw. (Weiter-)Vermittlungsergebnis (in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten).

Die Fachkraft mit Link-Working-Funktion sollte vor allem eine holistische, also ganzheitliche, biopsychosoziale wie auch salutogenetische Gesundheitsperspektive einnehmen und sich der Aufgabe des Netzwerkmanagements (siehe Kapitel 3.3) annehmen.

Was ist Link Working? Und was ist es nicht?

Im Zentrum der Tätigkeit einer Fachkraft mit Link-Working-Funktion steht die nachhaltige Verbesserung des Wohlbefindens und damit auch des Gesundheitszustandes einer Person mit Unterstützungsbedarf. Die Aufgaben einer Fachkraft mit Link-Working-Funktion umfassen u. a. die individuelle Unterstützung von Patientinnen und Patienten, die Identifikation von Maßnahmen und Aktivitäten zur Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens der Patientin oder des Patienten, die über medizinisch-pflegerisch-therapeutische Angebote hinausgehen, und eine gemeinsame Abstimmung hinsichtlich geeigneter regionaler Angebote und der Weitervermittlung dorthin – stets

abhängig von den jeweiligen persönlichen Ressourcen der Person, die Link Working in Anspruch nimmt. Zudem bietet die Fachkraft mit Link-Working-Funktion Unterstützung bei der Kontaktaufnahme mit den Angeboten und Hilfestellung bei der Bewältigung möglicher Barrieren hinsichtlich der Inanspruchnahme der Angebote (Rojatz et al. 2021a).

Das Link Working ist eng mit dem Netzwerkmanagement verknüpft (siehe dazu auch Kapitel 3.3). Durch die Vernetzung der Fachkraft mit Link-Working-Funktion mit regionalen Angeboten und den jeweiligen Anbietenden kann diese im Bedarfsfall niederschwellig an Angebote weitervermitteln und sich mit diesen abstimmen.

Link Working im Rahmen von Social Prescribing wird im Sinne eines Begleitprozesses von Personen mit Unterstützungsbedarf für zielführender als beispielsweise das schlichte Aushändigen von Informationen zu regionalen Angeboten erachtet. Letzteres ist zudem ein zu geringer Eingriff, um gesundheitsbezogenen psychosozialen und emotionalen Bedürfnissen nachhaltig zu begegnen.

3.3 Netzwerkmanagement

Die Fachkraft mit Link-Working-Funktion oder ggf. eine weitere Person aus dem Primärversorgungsteam recherchiert bestehende Gesundheitsförderungsinitiativen in der Region und pflegt den Kontakt mit diesen. Dieser Aufbau des Kooperationsnetzwerks ist eine wichtige Voraussetzung, um an diese im Bedarfsfall – wo passend – vermitteln zu können. Sollten Angebotslücken identifiziert werden, kann die Etablierung neuer Angebote angeregt bzw. unterstützt werden.

3.4 Qualitätssicherung

Qualitätssicherungsmaßnahmen sind für eine qualitätsvolle Umsetzung von Social Prescribing von Bedeutung. Die Schulung der Fachkraft mit Link-Working-Funktion und die Dokumentation der Link-Working-Beratungen zur internen Kommunikation und für ein übergreifendes Monitoring stehen dabei im Fokus. Eine regelmäßige Vernetzung, Reflexion und Evaluation der Umsetzungspraxis tragen wesentlich zur Weiterentwicklung von Social Prescribing bei.

4 Evidenzbasierte Grundlagen zum Einsatz von Social Prescribing

Social Prescribing wirkt auf vielen Ebenen. Einige Studien konnten die Wirksamkeit dieses Konzepts bereits untersuchen und geben Hinweise auf die positiven Wirkungen, wenngleich weiterer Forschungsbedarf gegeben ist. Unter anderem konnten bei Patientinnen und Patienten nach Inanspruchnahme von Social Prescribing ein „deutlich verbessertes allgemeines Wohlbefinden und ein optimistischerer Zukunftsblick, eine verbesserte psychische Gesundheit, deutliche Verbesserungen in Hinblick auf das soziale Netzwerk und auch das Gefühl der sozialen Verbundenheit“ festgestellt werden ((Haas et al. 2019); siehe dazu auch Kapitel 5.2). Neben Patientinnen und Patienten profitieren auch Gesundheitseinrichtungen, das Gesundheitspersonal und das Gesundheitssystem sowie die Gesellschaft in ihrer Gesamtheit. Obwohl grundsätzlich ein Bedarf zur Verbesserung der Evidenzlage zum Einsatz von Social Prescribing besteht (National Academy of Social Prescribing 2022), wurden bereits zahlreiche positive Auswirkungen dokumentiert.

Wer profitiert von Social Prescribing?

Social Prescribing richtet sich grundsätzlich an alle Personengruppen. Die Erfahrungen zeigen, dass spezifische Zielgruppen besonders von Social Prescribing profitieren, beispielsweise

- » ältere Menschen, insbesondere solche, die wenige soziale Kontakte haben und „einsam“ sind,
- » chronisch sowie psychisch kranke Menschen,
- » sozial benachteiligte Menschen (z. B. Armutsbetroffene, Menschen mit geringem Bildungsniveau und/oder prekärer Beschäftigung), die erfahrungsgemäß einen erschwerten Zugang zu gesundheitsbezogenen Angeboten haben,
- » Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz oder nicht weitreichenden Grundkompetenzen, die sich im Angebotsspektrum nur schwer allein zurechtfinden.

Des Weiteren profitieren auch die Primärversorger:innen von Social Prescribing, da es als entlastend erlebt wird, zu wissen, dass sich jemand der gesundheitsbezogenen psychosozialen und emotionalen Bedürfnisse annimmt (Haas et al. 2019).

Patientinnen und Patienten profitieren durch ein gesteigertes Wohlbefinden und eine verbesserte Gesundheit (Farenden et al. 2015; Kimberlee et al. 2014; Kimberlee 2015; Vidovic et al. 2021). Sie werden durch Social Prescribing in ihrem Selbstbewusstsein, Kontrollvermögen und in ihrer Selbstständigkeit gestärkt (Farenden et al. 2015) und gewinnen an Zuversicht für die Zukunft (Bertotti et al. 2018). Symptome von Ängstlichkeit und Depression sowie negative Stimmungslagen treten weniger häufig auf oder werden abgeschwächt (National Academy of Social Prescribing 2022). Gesundheitskompetenz (Elston et al. 2019) und die körperliche Aktivität der Betroffenen können gesteigert (Kimberlee et al. 2014) und Einsamkeit kann reduziert werden (Moffatt et al. 2017; Vidovic et al. 2021), da das soziale Netzwerk gefördert und das Gefühl sozialer Verbundenheit (Woodall et al. 2018) und die tatsächliche Einbindung in der Gemeinde verbessert werden (Thomson et al. 2015; Tierney et al. 2018; Vidovic et al. 2021). Darüber hinaus wird eine

frühzeitige und niederschwellige bedarfsorientierte Versorgung ermöglicht. Bevölkerungsgruppen, die typischerweise schwieriger zu erreichen sind, können erreicht werden und das Lernen sowie die Aneignung von neuen Interessen bzw. die Stärkung bestehender Interessen werden gefördert (National Academy of Social Prescribing 2022).

Gesundheitseinrichtungen, das Gesundheitspersonal und das Gesundheitssystem profitieren durch die Entlastung der Fachkräfte in der Primärversorgung, da Social Prescribing ihnen die Möglichkeit gibt, gesundheitsbezogene psychosoziale und emotionale Bedürfnisse zu adressieren (Haas et al. 2021). Auch können Patientinnen und Patienten durch Social Prescribing stärker an ihrer medizinischen Behandlung beteiligt werden (White et al. 2010). In Gesundheitseinrichtungen, wie Primärversorgungseinheiten (PVE) (Husk et al. 2020) und Krankenhäusern (Vidovic et al. 2021), kann es zu einer Reduktion des Patientenaufkommens sowie des Kosten- und Zeitaufwands kommen (Husk et al. 2020). Für das Gesundheitssystem wird eine Kostenreduktion durch ein geringeres Patientenaufkommen und durch Gesundheitsgewinn mit einem Return on Investment von 2,7 Euro pro investiertem Euro im ersten Jahr erwartet (Polley et al. 2017a). Schlussendlich führt Social Prescribing zu einem Umdenken in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung außerhalb des formellen, rein medizinischen Gesundheitssystems (Antosik 2020).

Die Gesellschaft profitiert von Social Prescribing durch eine erhöhte Kapazitätsentwicklung in Gemeinden, eine stärkere Nutzung von Gemeindeeinrichtungen und mehr Gemeinschaftsaktivität (Vidovic et al. 2021). Soziale Inklusion und der soziale Zusammenhalt werden gestärkt (Thomson et al. 2015), das Gesundheitssystem kann durch die Reduktion des Patientenaufkommens entlastet werden (Bickerdike et al. 2017) und ein Umdenken hin zu einer ganzheitlichen Betrachtung von Gesundheit (Antosik 2020) kann bewirkt werden.

Die vorhandene Evidenz zeichnet ein vielversprechendes Bild. Sie ist jedoch als limitiert zu verstehen, da es derzeit an mittel- und langfristigen Ergebnissen mangelt, auch weil Social Prescribing noch ein relativ „junges“ Konzept ist. Auch basiert ein großer Teil der derzeitigen Evidenz nicht auf kontrollierten Studien (National Academy of Social Prescribing 2022).

Gestärkt werden kann die vorhandene Evidenz neben längeren Erhebungszeiträumen und aussagekräftigeren Studiendesigns dadurch, dass neben gesundheitlichen/medizinischen Endpunkten in Zukunft auch vermehrt Faktoren miteinbezogen werden, die außerhalb des Gesundheitssektors liegen, z. B. Bildung, Fähigkeiten, Kriminalität, Rechtsangelegenheiten und die soziale Fürsorge (National Academy of Social Prescribing 2022).

Zusammenfassend liefert Social Prescribing eine Antwort auf folgende Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung (Rojatz et al. 2021b):

- » Konsultationen aufgrund gesundheitsbezogener psychosozialer und emotionaler Bedürfnisse
- » Herausforderungen bei der Navigationskompetenz
- » Förderung von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit
- » Förderung von sozialer Teilhabe

5 Umsetzung und Verbreitung von Social Prescribing

In diesem Kapitel erfahren Sie Details über die Ursprünge und Verbreitung von Social Prescribing sowie die aktuellen Rahmenbedingungen für die Umsetzung in Österreich. Der Fokus wird dabei auf die Primärversorgung gelegt. Social Prescribing unterstützt die zentralen Komponenten von Primary Health Care (WHO 2020):

- » Social Prescribing adressiert die Gesundheitsbedürfnisse von Menschen im Lebensverlauf.
- » Social Prescribing berücksichtigt die breiteren Determinanten von Gesundheit.
- » Social Prescribing bestärkt Menschen, ihr Leben selbst in die Hand zu nehmen.

5.1 Blick ins Ausland

Seinen Ursprung hat Social Prescribing in Großbritannien, wo es seit 1990 zahlreiche Initiativen und Umsetzungsbeispiele gibt. Social Prescribing wird als eine der zehn wirkungsvollsten Maßnahmen im General Practice Forward View des National Health Service (NHS) England gelistet (Polley et al. 2017a) und ist als zentrale Maßnahme zur Realisierung von Universal Personalised Care verankert (NHS 2022). Das NHS England hat sich dazu entschieden, die Infrastruktur für Social Prescribing in der Primärversorgung aufzubauen, damit es bis 2023/2024 flächendeckend ausgerollt werden kann (Rojatz et al. 2021a). Es gibt ein breites Spektrum verschiedener Umsetzungsbeispiele von Social Prescribing, die jeweils eine unterschiedliche Intensität von Social Prescribing aufweisen. Umsetzungsbeispiele reichen etwa vom „aktiven Wegweisen“ (Active Signposting), einer einmaligen, raschen und einfachen Information über bestehende Ressourcen in der Region (z. B. Folder), über die Weitergabe von beispielsweise Visitenkarten oder Flyern des Angebots (Social Prescribing light) bis hin zu einem ganzheitlichen (holistischen) Social Prescribing mit Fokus nicht auf eine bestimmte Zielgruppe oder ein spezifisches Problem, sondern auf die Hauptbedürfnisse der Patientin oder des Patienten, um in Zusammenarbeit mit ihr oder ihm das allgemeine Wohlbefinden zu verbessern.

Welche Form sich in der Umsetzung eignet, hängt von den verfügbaren Ressourcen und den Bedürfnissen der Patientin oder des Patienten ab. Erstrebenswert wäre jedenfalls ein holistisches Modell von Social Prescribing, das es ermöglicht, sich mit einem breiten Spektrum an Bedürfnissen der Menschen auseinanderzusetzen und gemeinsam mit den Betroffenen Lösungen zu erarbeiten (Rojatz et al. 2021a). Active Signposting, also das „aktive Wegweisen“ mittels gezielter Information, ist hinsichtlich des Verständnisses von Social Prescribing jedenfalls unzureichend und wird in weiterer Folge nicht als Social Prescribing verstanden.

5.2 Rahmenbedingungen für die Umsetzung von Social Prescribing in Österreich

Allgemeinmediziner:innen haben regelmäßigen Kontakt zu ihren Patientinnen und Patienten. Bei der Österreichischen Gesundheitsbefragung (Austrian Health Interview Survey – ATHIS) aus dem Jahr 2019 gaben annähernd 80 Prozent aller Befragten über 15 Jahre an, dass sie im Jahr vor der Befragung zumindest einmal eine niedergelassene Allgemeinärztin oder einen niedergelassenen Allgemeinarzt konsultiert haben (Klimont 2020).

Der niedergelassene medizinische Bereich spielt aufgrund des niederschweligen Zugangs und der Erreichbarkeit sowie der Kontakt- und Lotsenfunktion eine wichtige Rolle beim Erkennen des Unterstützungsbedarfs. Durch die Nähe zu Patientinnen und Patienten sowie zur Gemeinde ist die Primärversorgung weiters bei der Weitervermittlung zu Angeboten bei gesundheitsbezogenen psychosozialen und emotionalen Belangen bedeutsam.

Im Zuge der Konsultationen in der niedergelassenen Praxis als auch im Rahmen eines Hausbesuchs gibt es Gelegenheit, die psychosoziale Lebenssituation der jeweiligen Person zur Sprache zu bringen und auf relevante gesundheitsbezogene psychosoziale und emotionale Bedürfnisse hinzuweisen, die über medizinisch-pflegerisch-therapeutische Anliegen hinausgehen (mehr dazu in Kapitel 6.1 und 6.2). Durch das Ansprechen von Themen, die für die Patientin oder den Patienten neben den medizinischen Belangen tatsächlich von Bedeutung sind, wird das Vertrauen zwischen dem Primärversorgungsteam und der Patientin bzw. dem Patienten gestärkt (Rojatz et al. 2021a, Vorwort).

Social Prescribing kann dabei unterstützen, diese Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten besser zu berücksichtigen und systematisch zu adressieren. Damit leistet es im Bereich der Primärversorgung insbesondere einen Beitrag zur Umsetzung der im Versorgungsauftrag definierten Aufgaben in Hinblick auf Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung sowie zur Unterstützung vulnerabler Gruppen. (Winkler et al. 2020)

Wenngleich sich Allgemeinmediziner:innen seit jeher nach Möglichkeit umfassend um ihre Patientinnen und Patienten kümmern, ist Social Prescribing als systematischer und strukturierter Ansatz in der Primärversorgung noch recht neu. Social Prescribing kann grundsätzlich in jeder Form der allgemeinmedizinischen Primärversorgung (Einzelordination, Gruppenpraxis, Primärversorgungseinheit) umgesetzt werden. Für Primärversorgungseinheiten kann Social Prescribing als Konkretisierung des Versorgungsauftrags in zwei Aufgabenbereichen verstanden werden (BMASGK 2019; IAMEV 2018):

- » Mitwirkung an populationsbezogenen und zielgruppenspezifischen regionalen Gesundheitsförderungsmaßnahmen und -programmen
- » aktives Zugehen auf und Unterstützung im Zugang zur Versorgung für vulnerable Gruppen wie z. B. Alleinerziehende, armutsgefährdete Personen, Personen mit Migrationshintergrund

Eine Beschreibung der konkreten Kompetenzen der Berufsgruppen im Primärversorgungsteam findet sich in den Kompetenzprofilen (BMASGK 2019). Viele der Kompetenzen sind anschlussfähig an die Umsetzung von Social Prescribing. Den Kompetenzprofilen zufolge sollen die verschiedenen Berufsgruppen eine Bewertung unterschiedlicher Dimensionen des Gesundheitszustands und der

Gesundheitsrisiken und -ressourcen durchführen (BMASGK 2019). Zudem sollen sie eine Unterstützung in der psychosozialen und sozialmedizinischen Versorgung anbieten. Dabei spielen die bedarfsspezifische Koordination erforderlicher Gesundheits- und Sozialberufe bzw. -dienste sowie das Weiterleiten zur psychosozialen, sozialpsychiatrischen und sozialmedizinischen Versorgung, unter anderem bei Lebensstil- bzw. Lebensumfeld-assoziierten Risiken, eine wichtige Rolle (BMASGK 2019).

Weiters sollen alle Berufsgruppen im Primärversorgungsteam im Sinne der Gesundheitsförderung und Prävention entsprechend der jeweiligen Kompetenzprofile an gemeindenahen Gesundheitsförderungsmaßnahmen und -programmen mitwirken (BMASGK 2019), was im Sinne des regionalen Netzwerkes als zentrales Element von Social Prescribing möglich gemacht wird.

Medizinisch-ärztliche Beratungen sowie Schulungen hinsichtlich krankheitsbezogener Problemstellungen im Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten sollen dazu dienen, die persönliche Gesundheitskompetenz der oder des Einzelnen – insbesondere durch bedarfsorientiertes Eingehen auf Inhalte im Rahmen der Gesprächsführung – zu stärken. Vor allem die Bedürfnisse vulnerabler Gruppen (z. B. chronisch Kranke, Ältere, Migrantinnen und Migranten) sind dabei zu berücksichtigen (BMASGK 2019).

Weitere Hinweise zu den Kompetenzen und Aufgaben von Gesundheitsberufen finden sich in den **Factsheets zu den Berufs- und Tätigkeitsprofilen der Gesundheits- und Sozialberufe** (PVE o. J.). Sie beschreiben wesentliche Leistungen der jeweiligen Berufe, die zur Sicherstellung der Mitwirkung und Umsetzung bei der Gesundheitsförderung und Prävention durch die Menschen sowie zur Stärkung von deren Gesundheitskompetenz beitragen. Einschränkend ist anzumerken, dass diese nachfolgend beschriebenen Leistungen der jeweiligen Berufsgruppen Auszüge aus den jeweiligen Berufsgruppen-Factsheets darstellen und ausschließlich deren Aufgabenbereiche hinsichtlich der relevanten Aspekte für Social Prescribing beschreiben.

So ist in den Leistungsspektren der verschiedenen Berufe dargestellt, dass Maßnahmen oder Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention in verschiedenen Settings sowie im Sinne des Gemeinwesens geplant und durchgeführt werden (PVE).

Ebenso ist festgehalten, dass persönliche Ressourcen und Belastungen eines Menschen unter Berücksichtigung der Lebens-, Freizeit- und Arbeitswelt erhoben beziehungsweise Unterstützung bei Persönlichkeitsentfaltung und -entwicklung angeboten werden, um sie in weiterer Folge zu befähigen und zu ermutigen, die persönlichen Herausforderungen mit den eigenen Ressourcen optimal zu meistern. Auch wird die soziale Teilhabe von Menschen gefördert und auf diesem Weg begleitet (PVE).

Es wird von verschiedenen Berufsgruppen in der Primärversorgung zu regionalen Angeboten und Unterstützungsmöglichkeiten vermittelt. Diese werden koordiniert und organisiert und es werden dazu Informationen und Hilfestellung geboten. Dazu zählt auch das Verteilen von Informationsmaterial bzw. die Vermittlung von Informationen zu spezifischen regionalen Angeboten zu Themen der Gesundheitsförderung, Prävention und Förderung der Gesundheitskompetenz (PVE) .

Im Leistungsspektrum vieler Berufe wird die Stärkung der Gesundheitskompetenz durch Unterstützung und Verhaltensberatung , durch Hilfestellung bei der Entscheidungsfindung im gesundheitlichen Kontext und der Lebensstilmodifikation , durch Gesundheitsberatung und -erziehung und Empowerment (PVE) angestrebt, um damit die Gesundheit nachhaltig zu fördern und aufrechtzuerhalten.

Durch Social Prescribing kann eine Entlastung und Zeitoptimierung für den gesamten niedergelassenen medizinischen Bereich und somit auch durch alle betreffenden Berufsgruppen möglich werden, gerade wenn unspezifische Belastungen vorliegen und daher die Vermittlung an ein spezifisches, vorrangig medizinisches Angebot nicht ausreichend ist. Die Reduktion der Belastungen der Patientinnen und Patienten kann auch deren persönliche Ressourcen stärken, um damit aktiv an ihrer eigenen Behandlung mitzuwirken.

Weitere Initiativen im Umfeld von Social Prescribing

Das hier vorgestellte Konzept von Social Prescribing ist eine von mehreren Initiativen und Programmen, die infolge einer stärkeren Bedeutung von Public Health, Gesundheitsförderung und Primärversorgung aktuell aufgebaut bzw. umgesetzt werden (vgl. Wiederaufbaumittel der EU, Agenda Gesundheitsförderung). Hervorzuheben sind insbesondere die Frühen Hilfen, Community Nursing und Caring Communities (Rojatz et al. 2021b).

Abbildung 5.1:

Übersicht über andere Initiativen und Projekte im Umfeld von Social Prescribing



Quelle: (Rojatz et al. 2021b)

- » **Frühe Hilfen** (<https://www.fruehehilfen.at/>) stellen ein Gesamtkonzept von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. gezielten Frühintervention in Schwangerschaft und früher Kindheit

dar, das die Ressourcen und Belastungen von Familien in spezifischen Lebenslagen berücksichtigt. Ein zentrales Element von Frühen Hilfen ist die bereichs- und berufsgruppenübergreifende Vernetzung von vielfältigen Ansätzen, Angeboten, Strukturen und Akteurinnen und Akteuren in allen relevanten Politik- und Praxisfeldern. Seit 2016 gibt es in allen Bundesländern regionale Frühe-Hilfen-Netzwerke. Aktuell wird der flächendeckende Ausbau von Frühen Hilfen vorbereitet. Social Prescribing teilt den Anspruch der Frühen Hilfen, Ressourcen und Belastungen der Zielgruppe in den Blick zu nehmen und ressourcenorientiert Angebote zu unterbreiten, um die Zielgruppe zu unterstützen. Dem Netzwerkmanagement kommt eine wichtige Rolle in Hinblick auf den Aufbau und die Pflege der dafür notwendigen Kooperationen zu. Im Unterschied zu Frühen Hilfen ist Social Prescribing nicht auf eine bestimmte Zielgruppe fokussiert.

- » **Community Nursing** (BMSGPK 2022): Internationalen Beispielen folgend, kann Community Nursing als sozialraumorientierte Dienstleistung einen wesentlichen Beitrag zur wohnortnahen, niederschweligen und bedarfsorientierten Versorgung in Österreich leisten. Unter anderem mit präventiven Hausbesuchen soll einem Pflegebedarf vorgebeugt werden und ein möglichst langer Verbleib in der eigenen Wohnung ermöglicht werden. Im Rahmen der Recovery and Resilience Facility werden in einem ersten Schritt Pilotprojekte zur Etablierung diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger:innen auf kommunaler Ebene als Community Nurses gefördert. Abhängig von der Verbreitung von Community Nursing und Social Prescribing soll eine Zusammenarbeit und wechselseitiges Verweisen erfolgen. Denkbar sind in weiterer Folge anonyme Fallbesprechungen in der Region, um die Zusammenarbeit zwischen Community Nursing und Social Prescribing zu reflektieren und bei Bedarf zu verbessern.
- » **Caring Communities sowie Partizipations- und generationenfreundliche Städte und Gemeinden:** Die alternde Bevölkerung stellt viele Gemeinden und Städte vor Herausforderungen, wenn es darum geht, dem steigenden Bedarf an Gesundheitsförderung, Pflege und Betreuung gerecht zu werden. Das Konzept der Caring Community ist eine Möglichkeit für Städte und Gemeinden, den gestiegenen Anforderungen mit einem integrierten, vernetzten Ansatz zu begegnen und gemeinsam mit den Bewohnerinnen, Bewohnern und lokalen Institutionen neue – alter(n)sfreundliche – Umgebungen zu schaffen. Synergiemöglichkeiten bieten sich auf regionaler Ebene durch eine Verschränkung von informellen, organisierten und professionellen Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten an. Social Prescribing kann dabei ebenfalls unterstützend wirken.

„Der spezifische Beitrag von Social Prescribing besteht in der Beziehungsarbeit zwischen Patientinnen bzw. Patienten und Gesundheits-/Sozialberufen, zwischen Primärversorgung und Gesundheits-/Sozialwesen und zwischen Mensch und Gemeinde!“ (Rojatz et al. 2021b, S. 16)

Zu beachten ist weiters, dass die Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen und regional unterschiedlich verbreitet sind/sein werden. Ein regelmäßiger Informationsaustausch und eine abgestimmte Vorgehensweise bei den Maßnahmen bieten sich auf praktischer Ebene an, um, wo möglich, Synergien zu nutzen und das größtmögliche Potenzial der Maßnahmen zu entfalten (Rojatz et al. 2021b).

Für die konkrete Umsetzung vor Ort gilt es in jeder Region zu schauen, welche Projekte im Aufbau sind, und die Synergien optimal zu nutzen. Beispielsweise haben Social Prescribing, Frühe Hilfen und Community Nursing in unterschiedlichen Bereichen vernetzende Aufgaben (u. a. Angebote für pflegebedürftige Menschen, Angebote für Schwangere und Jungfamilien). Recherchiert und pflegt jede

Fachkraft ihr jeweiliges Netzwerk, kann sie als Knotenpunkt agieren und im Bedarfsfall Fachkräfte mit Link-Working-Funktion über entsprechende Angebote informieren. Um diese Abstimmung sicherzustellen, empfiehlt sich in der Region ein erstes Treffen zur Klärung der Rollen und Aufgaben (insbesondere hinsichtlich der Netzwerkrecherche). Nach Klärung der Arbeitsteilung reichen halbjährliche Vernetzungstreffen und anlassbezogene Kontaktaufnahmen.

5.3 Social Prescribing in Österreich

Insbesondere im Hinblick auf künftige demografische und sozialstrukturelle Veränderungen gilt es jedenfalls der Tatsache, dass gesundheitsbezogene psychosoziale und emotionale Bedürfnisse wie etwa der Wunsch nach sozialer Integration und Teilhabe einen großen Einfluss auf die Gesundheit haben können, besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

Social Prescribing gilt als vielversprechender und in mehreren Ländern erprobter Ansatz. In Österreich ermöglichte das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) erste Umsetzungserfahrungen in der Primärversorgung. Im Rahmen von Modellregionen wurde pilotiert, ob und wie Social Prescribing in Österreich umsetzbar ist. Social Prescribing wurde als international langjährig erprobter Ansatz aufgegriffen und es sollte erhoben werden, inwiefern dieses Konzept in Österreich nachhaltig umgesetzt und implementiert werden kann.

Die erste Förderausschreibung zur Vorbereitung und Umsetzung von Modellregionen von Social Prescribing gab es im Jahr 2021. In diesem Social-Prescribing-Pilotprojekt wurden in enger Zusammenarbeit mit neun umsetzenden Einrichtungen wertvolle Praxiserfahrungen gesammelt. Dieses Pilotprojekt zeigte, dass Social Prescribing in kurzer Zeit umsetzbar ist. Es wurden im Rahmen des Projekts im Zeitraum Juli bis Oktober 2021 220 Link-Working-Beratungen durchgeführt und dabei Daten zu 178 Patientinnen und Patienten ausgewertet. Die Vermittlung zur Fachkraft mit Link-Working-Funktion erfolgte innerhalb der teilnehmenden Einrichtungen insbesondere durch Ärztinnen und Ärzte. Für die Weitervermittlung zu regionalen Angeboten waren durchschnittlich 3,8 Kontakte und ein Stundenaufwand von 4,5 Stunden (inkl. Dokumentation) erforderlich. Fast 100 Prozent der Patientinnen und Patienten haben Social Prescribing weiterempfohlen (Antosik et al. 2021).

Auch wenn Social Prescribing in Österreich derzeit noch in Entwicklung ist, sollen mit der zukünftig möglichen Umsetzung von Social Prescribing in Österreich folgende strategische Ziele verfolgt werden:

- » Stärkung der medizinischen Primärversorgung aus Public-Health-Perspektive durch Verschränkung von Sozial- und Gesundheitsbereich
- » Stärkung einer ganzheitlichen und ressourcenorientierten Perspektive auf Gesundheit
- » Berücksichtigung der sozialen Verhältnisse, die das individuelle Verhalten beeinflussen
- » Förderung von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit
- » Wecken von Interesse an Social Prescribing in der Praxis und Ermöglichen von Umsetzungserfahrungen in Österreich (Rojatz et al. 2021a)

6 Konkrete erste Umsetzungsschritte in der Praxis

Die nachfolgenden Abschnitte zeigen Ihnen, wie Sie Social Prescribing in Ihrer Ordination implementieren können, wie Sie Vermittlungsbedarf erkennen, diesen gegenüber Patientinnen und Patienten ansprechen und betroffene Personen an eine Fachkraft mit Link-Working-Funktion vermitteln können.

Implementierung von Social Prescribing in einer Praxis

Die nachfolgenden Schritte des Prozesskonzepts (vgl. Abbildung 6.1) geben eine Orientierung, wie Social Prescribing in einer Primärversorgungseinrichtung etabliert werden kann. Grundlagen hierfür bilden das Prozesskonzept zur Umsetzung von Social Prescribing (Haas 2020) und die Umsetzungserfahrungen im Rahmen des Projektcalls „Social Prescribing in der Primärversorgung“. Die jeweiligen Umsetzungsschritte werden nachfolgend in Kürze erläutert. Eine ausführliche Beschreibung des Prozesskonzepts findet sich im Handbuch „Social Prescribing in der Primärversorgung“ (Rojatz et al. 2021a) (siehe auch Kapitel 6.3).

Abbildung 6.1:
Prozesskonzept zum Aufbau von Social Prescribing



Quelle: (Rojatz et al. 2021a)

Planung: In der Planungsphase geht es darum, erste Strukturen, wie eine verantwortliche Person sowie mindestens eine Person als Fachkraft für das Link Working, in der Einrichtung zu definieren und die Rahmenbedingungen für den Aufbau von Social Prescribing abzustecken. Sofern nicht schon vorhanden, sollte vorab auch ein klares Bild über den Einzugsbereich entstehen.

Vorbereitungsphase: Nachdem die wesentlichen Eckpunkte des geplanten Social-Prescribing-Angebots geklärt sind, können in der Vorbereitungsphase erste konkrete Aktivitäten zur Etablierung erfolgen. Schritte dieser Phase sind insbesondere: das Ablaufkonzept für Social Prescribing definieren, die Mitarbeiter:innen sensibilisieren, Qualitätssicherungsmaßnahmen vorbereiten, regionale Struktur- und Angebotsanalysen durchführen, ein Kommunikationskonzept erstellen, die Dokumentation für die Link-Working-Beratungen vorbereiten und Personen mit Link-Working-Funktion schulen.

Aufbau und schrittweise Umsetzung: In der Aufbauphase werden die geplanten und vorbereiteten Aktivitäten schrittweise umgesetzt. Dabei steht der Aufbau des Kooperationsnetzwerks im Vordergrund. Die Etablierung des Netzwerkmanagements für die Weitervermittlung zu regionalen Angeboten ist für die Umsetzung von Social Prescribing in der Einrichtung wesentlich. Ebenso wird begonnen, die bereits vorbereiteten Qualitätssicherungsmaßnahmen umzusetzen. Die Umsetzung von Social Prescribing wird stetig reflektiert. Darüber hinaus kann optional an einem überregionalen Austausch teilgenommen werden. Die Link-Working-Beratungen werden dokumentiert.

Nachhaltige Umsetzung: Auch nachdem das Social-Prescribing-Angebot etabliert ist, braucht es weiterhin neben der direkten Arbeit mit den vermittelten Personen (= Link Working) noch ergänzende Arbeiten, um eine gute laufende Umsetzung sicherzustellen. Die Maßnahmen dazu sind jedenfalls eine Sensibilisierung des gesamten Teams und der Kooperationspartner:innen, die Pflege des Kooperationsnetzwerks, eine laufende Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen, die Teilnahme an überregionalen Vernetzungstreffen, die Information über Social Prescribing und zuallerletzt die stetige Adaptation des regionalen Angebots für Social Prescribing.

6.1 Vermittlungsbedarf erkennen

Wie erkenne ich gesundheitsbezogene psychosoziale und emotionale Bedürfnisse und den Vermittlungsbedarf einer Person?

Gesundheitsbezogene psychosoziale und emotionale Bedürfnisse können vielfältig sein und ihren Ursprung beispielsweise in Einsamkeit oder sozialer Isolation haben. Für die Bearbeitung dieser verschiedensten Bedürfnisse im Rahmen von Social Prescribing werden Patientinnen und Patienten an die Fachkraft mit Link-Working-Funktion vermittelt. Social Prescribing richtet sich grundsätzlich an alle Personengruppen. Je nach Umsetzungsform ist jedoch eine Fokussierung auf unterschiedliche Personengruppen oder Lebenslagen möglich (Rojatz et al. 2021a). Dessen ungeachtet profitieren bestimmte Zielgruppen besonders von Social Prescribing (siehe dazu Kapitel 4).

Gelegenheit zur Ansprache bietet sich im Zuge von Konsultationen in der Primärversorgungseinrichtung oder im Rahmen eines Hausbesuchs. Die Patientinnen und Patienten können die Fachkraft mit

Link-Working-Funktion auch selbstständig aufsuchen. Wichtig ist daher eine regelmäßige Sensibilisierung aller Beteiligten, um die Entwicklung, das Verständnis, die Kenntnis und die Akzeptanz von Social Prescribing zu erzeugen (Rojatz et al. 2021a) (siehe auch Kapitel 3.1). Die Erfahrungen zeigen, dass neben klaren, konkreten und sichtbaren Belastungen beispielsweise schlicht ein ungutes „Bauchgefühl“, auch wenn keine konkreten Vermutungen/Hinweise vorhanden sind, ein guter Indikator für einen Vermittlungsbedarf sein kann.

Nachfolgend finden Sie eine beispielhafte Aufzählung für mögliche Vermittlungsgründe zu einer Fachkraft mit Link-Working-Funktion im Sinne des Social Prescribing (Rojatz et al. 2021a):

- » psychosoziale oder emotionale Belastungen/Bedürfnisse
- » unspezifischer Unterstützungsbedarf außerhalb des medizinisch-therapeutisch-pflegerischen Leistungsspektrums
- » belastende Lebenssituationen
- » kein soziales Netz oder sonstige Unterstützung vorhanden (Isolation, Einsamkeit)
- » Anzeichen von Überforderung/Ängsten
- » Mehrfachbelastungen
- » Bedarf für Gesundheitsförderung und Prävention

6.2 Patientinnen und Patienten mit einem möglichen Social-Prescribing-Bedarf ansprechen/vermitteln

Wie spreche ich Patientinnen und Patienten an? Wie vermittele ich zur Fachkraft mit Link-Working-Funktion?

Angehörige von Gesundheits- und Sozialberufen, die im Rahmen ihrer Tätigkeit aufsuchend, in einer Praxis oder ambulant in Kontakt mit Personen mit verschiedensten Bedürfnissen stehen, haben eine wichtige Rolle beim Erkennen gesundheitsbezogener psychosozialer und emotionaler Belastungen, der jeweiligen Bedarfe sowie der Vermittlung an eine Fachkraft mit Link-Working-Funktion im Sinne von Social Prescribing.

Wie nach deren Einschätzung eines möglichen Vermittlungsbedarfs gezielt und wertschätzend Belastungen thematisiert und Personen auf diese angesprochen werden können, um dadurch in weiterer Folge eine Sensibilisierung sowie Akzeptanzsteigerung bei den Betroffenen zu ermöglichen, wird im folgenden Kapitel beleuchtet. Als Unterstützung für den beruflichen Alltag wurde ein Gesprächsleitfaden (Fenz et al. 2023) entwickelt. Er zielt darauf ab, die Gesprächsführung bei der Ansprache von Patientinnen und Patienten in Hinblick auf einen allfälligen Vermittlungsbedarf im Rahmen von Social Prescribing zu erleichtern.

Ebenso wird darin eine Anleitung gegeben, wie man die betroffene Person erfolgreich an die Vermittlung heranführt und letztendlich an die Fachkraft mit Link-Working-Funktion vermittelt.

Der Gesprächsleitfaden wurde nach den Vorlagen der Gesprächsleitfäden der Frühen Hilfen für das Thematisieren von psychosozialen Belastungen (NZFH 2020) entsprechend den Erfordernissen von Social Prescribing adaptiert.

Die nachfolgende Kurzanleitung beinhaltet die wichtigsten Fragenelemente des Gesprächsleitfadens und soll die Anwendung im Alltag unterstützen.

1. Ins Thema einsteigen – Bedarf erkennen und thematisieren:

Einstiegsfrage 1:

- » „Wie geht es Ihnen heute?“
- » „Wie geht es Ihnen sonst?“ (z. B. wenn ein spezifisches medizinisches Problem besprochen wurde)
- » „Gibt es sonst noch etwas, das Ihnen gerade Sorgen macht oder Sie sehr beschäftigt?“

Einstiegsfrage 2:

- » „Gesundheitliche Probleme werden oft auch durch Sorgen und Belastungen verursacht. Das kann im privaten oder auch beruflichen Bereich sein. Deshalb ist es mir immer wichtig, alle zu fragen, welche Sorgen, Probleme oder Belastungen sie beschäftigen. Wie sieht es da bei Ihnen/dir aus?“

1.1. Aktiv zuhören und empathisch sein durch beispielsweise:

- » Rückmeldesignale: „mhm“
- » wiederholte Erzählaufforderungen: „Ja, erzählen Sie mal!“
- » Wiederholungen: z. B. „alles nicht so einfach“
- » kurze Zusammenfassungen: „Da haben Sie wirklich wenig Unterstützung von Ihrem Umfeld.“ Oder „Da kommt gerade sehr viel zusammen.“
- » Spiegeln: „Ich merke, wie Sie das belastet!“ oder „Ich habe den Eindruck, Sie haben eine gewisse Hemmung, das anzusprechen.“
- » Verständnis signalisieren: „Ja, das klingt belastend.“

1.2. Gezielt nachfragen, beispielsweise:

- » „Gibt es etwas in Ihrem Leben, das Ihnen Sorgen macht / Sie belastet? Zum Beispiel was die Arbeit betrifft oder Beziehungen?“
- » „Haben Sie genug Geld, damit Sie im Alltag zurechtkommen? Können Sie die Wohnung, Lebensmittel, Kleidung, Heizung etc. bezahlen?“
- » „Haben Sie das Gefühl, dass Sie auf Hilfe zurückgreifen können, wenn Sie sie brauchen? Zum Beispiel von der Partnerin/vom Partner, der Familie, von Freundinnen/Freunden und/oder Nachbarinnen/Nachbarn?“
- » ...

1.3. Explorieren (optional, je nach Gesprächsmöglichkeiten), beispielsweise:

- » „Was belastet Sie dabei denn besonders?“

- » „Was macht Ihnen denn dabei besonders Sorgen?“
- » „Haben Sie jemand, der Ihnen dabei zur Seite steht?“

2. Social Prescribing anbieten

Überleiten:

- » z. B.: „Wissen Sie, da geht es vielen meiner Patientinnen und Patienten ähnlich. Unterstützung kann aber hilfreich sein.“
- » „Ich kann mir vorstellen, dass das sehr schwer ist. Unterstützung zu bekommen, kann da manchmal sehr hilfreich sein.“

2.1. Unterstützungsbedarf ermitteln:

- » „Frau X, Herr X, was würde Ihnen denn jetzt in Ihrer Situation helfen?“

2.2. Angebot erklären:

- » „Bei uns gibt es Frau X/Herrn Y (Name der Fachkraft mit Link-Working-Funktion), diese kann Sie da unterstützen. Haben Sie sie/ihn vielleicht schon kennengelernt?“

2.3. Inanspruchnahme empfehlen:

- » z. B.: „Viele meiner Patientinnen und Patienten haben das schon in Anspruch genommen, und alle sind sehr zufrieden.“

2.4. Motivieren, bei Bedarf, beispielsweise:

- » „Ok, ich höre heraus, dass Sie selbst ohnehin ganz viel schaffen! Das ist toll! [... zuhören ...]
- » Andererseits höre ich auch, dass Sie gesagt haben, Sie wünschen sich Unterstützung, wenn es um xxx [vom Gegenüber genannter Unterstützungsbedarf] geht.“ [... zuhören ...]

2.5. Vermitteln („zuweisen“):

- » z. B.: „Falls Sie möchten, können Sie einmal ein unverbindliches Gespräch führen und schauen, ob das für Sie interessant ist.“
- » Zwischenfrage z. B.: „Wie klingt das für Sie?“
- » „Wenn Sie einverstanden sind, können Sie gleich einen Termin bei Frau X/Herrn Y (Name der Fachkraft mit Link-Working-Funktion) ausmachen oder ich gebe Ihre Kontaktdaten weiter und sie/er meldet sich dann in den nächsten Tagen bei Ihnen.“

Den ausführlichen Gesprächsleitfaden einschließlich Anwendungserklärungen finden Sie unter folgendem Link: https://jasmin.goeg.at/2875/1/SP_Gespr%C3%A4chsleitfaden_bf.pdf.

6.3 Unterstützende Materialien (Literatur) und Tools

Nachfolgend finden Sie Literatur sowie diverse Materialien für eine vertiefende Auseinandersetzung mit Social Prescribing.

Informationen und Unterstützungstools zu Social Prescribing finden Sie unter dem nachfolgenden Link: [Informationen und Unterstützungstools zu Social Prescribing | Gesundheit Österreich GmbH \(goeg.at\)](#) [15.05.2023].

Erklärvideo „Social Prescribing in der Primärversorgung“

Das gut zweiminütige Erklärvideo zu Social Prescribing in der Primärversorgung führt in das Konzept und seinen Nutzen ein und soll zur weiteren Befassung mit und Umsetzung von Social Prescribing in Österreich beitragen. Das Video zu Social Prescribing ist unter dem folgenden Link verfügbar: [Social Prescribing in der Primärversorgung](#) [15.05.2023]

Handbuch Social Prescribing in der Primärversorgung – Schritt für Schritt zur Umsetzung

Das Handbuch Social Prescribing in der Primärversorgung – Schritt für Schritt zur Umsetzung ist das Kernstück der entwickelten fachlichen Grundlagen und fasst die gesammelten Projekterfahrungen und Ergebnisse der Projektausschreibung „Social Prescribing in der Primärversorgung“ zusammen.

Das Handbuch richtet sich primär an (potenzielle) Umsetzer:innen von Social Prescribing und möchte zur Bekanntheit und zu einem gemeinsamen Verständnis von Social Prescribing in Österreich beitragen, die Bedeutsamkeit des Konzepts Social Prescribing für Patientinnen und Patienten aufzeigen, Umsetzerinnen, Umsetzern und Finanziers eine Schritt-für-Schritt-Anleitung zur Implementierung des Konzepts in Einrichtungen der medizinischen Primärversorgung geben und auf bekannte förderliche und hinderliche Faktoren bei der Umsetzung hinweisen, um die Umsetzung zu erleichtern.

Das vollständige Handbuch (Rojatz et al. 2021a) ist unter dem folgenden Link online verfügbar: <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/2216> [15.05.2023].

Checkliste

Die unter dem folgenden Link verfügbare [Checkliste](#) [15.05.2023] hilft Ihnen bei der Überlegung, ob die Etablierung von Social Prescribing in Ihrer Einrichtung einen Mehrwert für Ihre Patientinnen und Patienten und die Mitarbeiter:innen darstellen könnte. Sie richtet sich insbesondere an das Management, die ärztliche Leitung und – sofern vorhanden – die Ansprechperson(en) für Gesundheitsförderung/Gesundheitskompetenz in der Gesundheitseinrichtung (Primärversorgungseinheit/-netzwerk, Gruppenpraxis, Einzelordination, ...).

Gesprächsleitfaden für das Ansprechen von Vermittlungsbedarf zu einer Fachkraft mit Link-Working-Funktion

Der Gesprächsleitfaden für das Ansprechen von Vermittlungsbedarf zu einer Fachkraft mit Link-Working-Funktion zielt darauf ab, die Gesprächsführung bei der Ansprache von Patientinnen und Patienten in Hinblick auf allfälligen Vermittlungsbedarf im Rahmen von Social Prescribing zu erleichtern. Die im Gesprächsleitfaden angeführten Gesprächsbeispiele sollen eine Orientierung für den möglichen Gesprächsaufbau geben sowie verschiedene Optionen von Formulierungen aufzeigen. Der

Gesprächsleitfaden ist unter dem folgenden Link verfügbar: https://jas-min.goeg.at/2875/1/SP_Gespr%C3%A4chsleitfaden_bf.pdf.

In der **Orientierungshilfe Angebotsspektrum für Vermittlungen im Rahmen von Social Prescribing** finden Sie mögliche Kooperationsangebote für Social Prescribing. Sie ist verfügbar unter: [06_Orientierungshilfe Angebotsspektrum_bf.pdf \(goeg.at\)](#) [15.05.2023].

Kontakt: social.prescribing@goeg.at

Literatur

- Antosik, Jennifer (2020): Social Prescribing – eine Möglichkeit für die neue Primärversorgung in Österreich? Eine qualitativ empirische Explorationsstudie. Master of Science in Health Studies. Fachhochschule Burgenland, Pinkafeld
- Antosik, Jennifer; Rojatz, Daniela; Ecker, Sandra; Weitzer, Jakob (2021): Social Prescribing. Auswertung Bedarfs- und Vermittlungsdoku. Gesundheit Österreich, Wien
- Bertotti, Marcello; Frostick, Caroline; Hutt, Patrick; Sohanpal, Ratna; Carnes, Dawn (2018): A realist evaluation of social prescribing: an exploration into the context and mechanisms underpinning a pathway linking primary care with the voluntary sector. In: Primary Health Care Research & Development 19/3:232–245
- Bickerdike, L.; Booth, A.; Wilson, P. M.; Farley, K.; Wright, K. (2017): Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. In: BMJ Open 7/4:e013384
- BMSGK (2019): Primärversorgung – Berufsgruppen und Kompetenzprofile. Kompetenzprofile Kernteam. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- BMSGPK (2022): Community Nursing [online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Pflege/Community-Nursing.html> [Zugriff am 30.11.2022]
- Drinkwater, Elizabeth; Davies, Caitlin; Spires-Jones, Tara L. (2022): Potential neurobiological links between social isolation and Alzheimer's disease risk. In: European Journal of Neuroscience 56/9:5397–5412
- Eisenberger, Naomi I.; Taylor, Shelley E.; Gable, Shelly. L.; Hilmert, Clayton J.; Lieberman, Matthew D. (2007): Neural pathways link social support to attenuated neuroendocrine stress responses. In: Neuroimage 35/4:1–21
- Elston, Julian; Gradinger, Felix; Asthana, Sheena; Lilley-Woolnough, Caroline; Wroe, Sue; Harman, Helen; Byng, Richard (2019): Does a social prescribing 'holistic' link-worker for older people with complex, multimorbidity improve well-being and frailty and reduce health and social care use and costs? A 12-month before-and-after evaluation. In: Primary Health Care Research & Development 20/:e135
- Farenden, Clair; Mitchell, Catherine; Feast, Seb; Verdenicci, Serena (2015): Community Navigation in Brighton & Hove Evaluation of a social prescribing pilot. Clair Farenden, Hove/Brighton
- Fenz, Lydia; Rojatz, Daniela ; Ecker, Sandra; Haas, Sabine (2023): Gesprächsleitfaden für das Erkennen und Thematisieren von gesundheitsbezogenen, psychosozialen und emotionalen Bedürfnissen im Rahmen von Social Prescribing. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Haas, Sabine (2020): Social Prescribing und Primärversorgung. In: Soziale Sicherheit 2020/4:170–176
- Haas, Sabine; Bobek, Julia; Braunegger-Kallinger, Gudrun; Ladurner, Joy; Winkler, Petra (2021): Social Prescribing. Factsheet. Gesundheit Österreich, Wien
- Haas, Sabine; Bobek, Julia; Braunegger-Kallinger, Gudrun; Ladurner, Joy; Winkler, Petra; Antosik, Jennifer; Bengough, Theresa (2019): Fact Sheet Social Prescribing. Gesundheit Österreich, Wien

- Hämmig, Oliver (2016): Soziale Beziehungen und Gesundheit im Kanton Zürich. In: Gesundheitsberichterstattung:1–51
- Holt–Lunstad, Julianne; Smith, Timothy B.; Layton, Bradley J. (2010): Social Relationships and Mortality Risk: A Meta–analytic Review. In: PLoS Med 7/7:e1000316
- Husk, K.; Blockley, K.; Lovell, R.; Bethel, A.; Lang, I.; Byng, R.; Garside, R. (2020): What approaches to social prescribing work, for whom, and in what circumstances? A realist review. In: Health Soc Care Community 28/2:309–324
- IAMEV (2018): Versorgungskonzept Primärversorgungseinheit. Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV) Medizinische Universität Graz, Graz
- Kimberlee, Richard (2015): What is social prescribing? In: Advances in Social Sciences Research Journal 2/1:102–110
- Kimberlee, Richard; Ward, Rachel; Jones, Mathew; Powell, Jane (2014): Measuring the economic impact of Wellspring Healthy Living Centre's Social Prescribing Wellbeing Programme for low level mental health issues encountered by GP services. Faculty of Health and Life Sciences University of the West of England, Bristol
- Klimont, Jeanette (2020): Österreichische Gesundheitsbefragung 2019. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien
- McEwen, Bruce S. (1998): Stress, adaptation, and disease: Allostasis and allostatic load. In: Annals of the New York academy of sciences 840/1:33–44
- MedLexi (2022): Graue Substanz [online]. https://medlexi.de/Graue_Substanz [Zugriff am 16.09.2022]
- Moffatt, S.; Steer, M.; Lawson, S.; Penn, L.; O'Brien, N. (2017): Link Worker Social Prescribing to improve health and well–being for people with long–term conditions: qualitative study of service user perceptions. In: BMJ Open 7/7:e015203
- Morse, D. F.; Sandhu, S.; Mulligan, K.; Tierney, S.; Polley, M.; Chiva Giurca, B.; Slade, S.; Dias, S.; Mahtani, K. R.; Wells, L.; Wang, H.; Zhao, B.; De Figueiredo, C. E. M.; Meijs, J. J.; Nam, H. K.; Lee, K. H.; Wallace, C.; Elliott, M.; Mendive, J. M.; Robinson, D.; Palo, M.; Herrmann, W.; Ostergaard Nielsen, R.; Husk, K. (2022): Global developments in social prescribing. In: BMJ Glob Health 7/5:e008524
- National Academy of Social Prescribing (2022): Social prescribing: the evidence [online]. National Academy for Social Prescribing. <https://socialprescribingacademy.org.uk/our-work/evidencing-social-prescribing/social-prescribing-the-evidence/> [Zugriff am 22.07.2022]
- NHS (2022): Social prescribing [online]. NHS England. <https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/social-prescribing/> [Zugriff am 22.07.2022]
- NZFH (2020): Thematisieren von psychosozialen Belastungen und Angebot von Frühen HILFEN. Gesprächsleitfaden für aufsuchend, in einer Praxis oder ambulant tätige Gesundheitsberufe. Gesundheit Österreich, Wien
- OEGPB (2015): Entstehung und Behandlung Somatoforme Schmerzsyndrome [online]. Österreichische Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie. <https://oegpb.at/2015/11/23/entstehung-und-behandlung/> [Zugriff am 7.4.2021]

- Otti, A.; Gündel, H.; Wohlschläger, A. (2012): „Default-Mode“ – Netzwerk des Gehirns. In: *Nervenarzt* 83/:16–24
- Polley, Marie; Bertotti, M.; Kimberlee, R.; Pilkington, K.; Refsum, C. (2017a): A review of the evidence assessing impact of social prescribing on healthcare demand and cost implications. University of Westminster, London
- Polley, Marie; Fleming, James; Anfilogoff, Tim; Carpenter, Andrew (2017b): Making sense of Social Prescribing. University of Westminster, London
- PVE (o. J.): Anhang zum Handbuch – Organisations-Aspekte – PVE-Berufsgruppen-Factsheets V2
- Redelsteiner, Christoph ; Pfliegerl, Johannes ; Schmid, Tom (2020): Community Care – ein integratives Konzept zur kooperativen Versorgung im Gemeinwesen. In: *Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“* Online 2020/3:113–122
- Rojatz, Daniela; Antosik, Jennifer; Weitzer, Jakob; Ecker, Sandra; Haas, Sabine (2021a): Handbuch „Social Prescribing in der Primärversorgung“. Schritt für Schritt zur Umsetzung. Gesundheit Österreich, Wien
- Rojatz, Daniela; Antosik, Jennifer; Weitzer, Jakob; Ecker, Sandra; Haas, Sabine (2021b): Social Prescribing in Österreich. Empfehlungen für nächste Schritte zur nachhaltigen Implementierung. Gesundheit Österreich, Wien
- Sirois, Fuschia M.; Owens, Janine (2021): A meta-analysis of loneliness and use of primary health care. In: *Health psychology review* 17/2:1–18
- Smith, Robert W.; Barnes, Isobel; Green, Jane; Reeves, Gillian K.; Beral, Valerie; Floud, Sarah (2021): Social isolation and risk of heart disease and stroke: analysis of two large UK prospective studies. In: *The Lancet Public Health* 6/4:232–239
- Spreng, R. N.; Dimas, E.; Mwilambwe-Tshilobo, L.; Dagher, A.; Koellinger, P.; Nave, G.; Ong, A.; Kernbach, J. M.; Wiecki, T. V.; Ge, T.; Li, Y.; Holmes, A. J.; Yeo, B. T. T.; Turner, G. R.; Dunbar, R. I. M.; Bzdok, D. (2020): The default network of the human brain is associated with perceived social isolation. In: *Nature Communications* 11/1:1–11
- Thomson, Linda J.; Camic, Paul M.; Charrerjee, Helen J. (2015): Social Prescribing. A Review of Community Referral Schemes. University College London, London
- Tierney, Edel; McEvoy, Rachel; Hannigan, Ailish E.; MacFarlane, Anne (2018): Implementing community participation via interdisciplinary teams in primary care: An Irish case study in practice. In: *Health Expectations* 2018/22/6:990–1001
- Vidovic, D.; Reinhardt, G. Y.; Hammerton, C. (2021): Can Social Prescribing Foster Individual and Community Well-Being? A Systematic Review of the Evidence. In: *Int J Environ Res Public Health* 18/10:5276
- White, Judy; Kinsella, Karin; South, Jane (2010): An Evaluation of Social Prescribing Health Trainers in South and West Bradford, verfügbar: <http://www.yhtphn.co.uk/health-trainers>
- Whitelaw, S.; Thirlwall, C.; Morrison, A.; Osborne, J.; Tattum, L.; Walker, S. (2017): Developing and implementing a social prescribing initiative in primary care: insights into the possibility of normalisation and sustainability from a UK case study. In: *Prim Health Care Res Dev* 18/2:112–121
- WHO (2020): Primary health care: transforming vision into action. Operational Framework. Technical Series on Primary Health Care. World Health Organization

- Winkler, Petra; Haas, Sabine; Rojatz, Daniela; Braunegger-Kallinger, Gudrun; Ladurner, Joy; Antosik, Jennifer (2020): Checkliste 1: Social Prescribing in der PVE – Voraussetzungen für die Umsetzung klären. Checkliste. Gesundheit Österreich, Wien
- Woodall, James; Trigwell, Joanne; Bunyan, Ann-Marie; Raine, Gary; Eaton, Victoria; Davis, Joanne; Hancock, Lucy; Cunningham, Mary; Wilkinson, Sue (2018): Understanding the effectiveness and mechanisms of a social prescribing service: a mixed method analysis. In: BMC Health Services Research 2018/18:604