

Doris Polzer

„GES.UND“ im oberen Mühlviertel in Oberösterreich

Social Prescribing als Modellprojekt von Proges

Seit den 1990er-Jahren hat sich das Konzept des biomedizinischen Gesundheitsmodells hin zum biopsychosozialen Modell rund um das Verständnis von Gesundheit und Krankheit verschoben. In den letzten Jahren sind besonders im englischsprachigen Raum Interventionen aufgetaucht, die sich auf die soziale Komponente von Erkrankungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen konzentrieren. In diesem Artikel geht es speziell um ein Projekt aus Österreich.

Die Interventionen sind etwa Social Prescribing oder Kunsturse sowie Bewegung und körperliche Aktivität per Verschreibung, Spaziergruppen und die Implementierung von Gesundheitstrainern im Gesundheitssystem, die bei langfristigen Verhaltensänderungen unterstützen sollen (Thompson et al., 2015). Diese Interventionen zielen darauf ab, Menschen bei der Bewältigung ihrer chronischen Erkrankung zu helfen, die Entstehung schwerwiegenderer Gesundheitsprobleme zu verhindern und durch den Aufbau sozialer Unterstützungsnetzwerke zur Linderung von Beschwerden beizutragen.

Der Ansatz des Social Prescribings erlangt durch Entwicklungen wie die alternde Bevölkerung mit Zunahme der Hochaltrigkeit und das (nicht nur damit einhergehende) steigende Ausmaß der sozialen Isolation, die Zunahme chronischer Erkrankungen, den Anstieg psychischer und sozialer Belastungen und die wachsende Belastung in den Versorgungsstrukturen auch in Österreich Aufmerksamkeit (GBD, 2013). Es besteht die Möglichkeit, neue Gesundheitsinterventionen einzuführen, um Gesundheitskompetenz und das Selbstmanagement bei Erkrankungen zu fördern, möglicherweise den Bedarf an ärztlicher Betreuung zu verringern und auch der Medikalisierung von Problemen entgegenzuwirken. Trotz noch fehlender Evidenzbasis, weisen Evaluierungsberichte auf positive Veränderungen bei Angstzuständen, Depressionen, Wohlbefinden, sozialer Isolation und der Teilnahme an Allgemeinmedizin hin (Woodall et al., 2018). Diverse Studien untermauern auch die Relevanz sozialer Beziehungen für die Gesundheit (Umberson et al., 2010).

Was ist Social Prescribing?

Es gibt keine Standarddefinition für Social Prescribing. Im engeren Sinne kann es als ein nicht-medizinisches Rezept, als Verordnung sozialer Aktivitäten oder als ein Verknüpfungsdienst beschrieben werden. Ziel des Social Prescri-

bings ist es, die sozialen Bedürfnisse der Bevölkerung wahrzunehmen und mit Unterstützungsangeboten zu adressieren. Dadurch können Therapiemöglichkeiten um unterstützende gesundheitsförderliche Maßnahmen erweitert werden.

Dies hilft den Menschen nicht nur, ihre eigenen Bedürfnisse umfassend zu identifizieren, sondern sich auch an den Handlungsplänen für ihr Wohlbefinden zu beteiligen und dieses zu verbessern. Von Social Prescribing profitieren zunehmend ältere Bevölkerungsgruppen, aber auch Menschen mit Mehrfachproblemlagen und Personen mit psychischen Belastungen/Erkrankungen. Alleinstehende Menschen können etwa mit Angeboten zur Bekämpfung von Einsamkeit angesprochen werden. Sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen und Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz können durch die niederschweligen Angebote im Rahmen von Social Prescribing gut erreicht werden.

Wie funktioniert die soziale Verschreibung?

Hier sind die Schritte, die die einzelnen Phasen des Social Prescribings beschreiben:

1. Ein/e PatientIn wird von medizinischem Fachpersonal oder einem niedergelassenen Arzt an einen sog. Link-Worker überwiesen.
2. PatientIn und Link Worker entwerfen gemeinsam einen nicht-klinischen Plan an Interventionen, der der individuellen Problemsituation am besten entspricht. Link Worker sind Fachleute, die über mögliche Interventionen beraten, gemeinsam mit den PatientInnen die Problemsituation und den Unterstützungsbedarf definieren, bei Bedarf Modifikationen vornehmen, an der Evaluierung des Social Prescribing-Prozesses mitwirken und so die Gesamtbetreuung koordinieren.
3. In der Regel wird der/die PatientIn an vorhandene regionale Betreuungsangebote von Vereinen, Freiwil-

ligen-, Gemeinschafts- und Sozialunternehmen verwiesen, deren Dienstleistungen praktische Ratschläge und Anleitungen, soziale Unterstützung, diverse Gemeinschaftsaktivitäten, körperliche Aktivitäten oder Nachbarschaftsnetzwerke umfassen können.

4. Das Hauptaugenmerk bei der abschließenden Evaluierung eines Social Prescribing-Prozesses liegt darauf, das Wohlbefinden des/der PatientIn zu verbessern und die Selbstwirksamkeit zu unterstützen.

Der österreichische Ansatz – GES.UND

Im Frühjahr 2019 hob PROGES zusammen mit dem Primärversorgungszentrum „Hausarzt Medizin Plus“ das Projekt GES.UND aus der Taufe. In diesem Projekt wurden die Themen Gesundheitsförderung, Prävention und Primärversorgung in einer sachlogischen Versorgungsstrategie zusammengeführt. Ein essenzieller Faktor vom ersten Tag an war die Einbindung der Bevölkerung und des (nicht) medizinischen Fachpersonals des Primärversorgungszentrums, um regional nachhaltige Gesundheits- und Präventionsangebote zu entwickeln. Gefördert wird dieses Modellprojekt vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und aus Mitteln des Fonds Gesundes Österreich.

Projektidee

Die gesetzte Idee zu Beginn – Versorgung mit Prävention/ Gesundheitsförderung und Partizipation zu koppeln – führte zu neuen Fragestellungen, die sowohl Personen als auch soziale Prozesse in den Fokus rückten. Dies lenkte den Blick auf die spezielle Art des Arbeitens und führte zu den grundlegenden Überlegungen des Projektes. Richtungsweisend dabei war von Beginn an der Aktionsforschungsansatz von Kurt Lewin, der durch zwei theoretische Ausdifferenzierungen erweitert wurde.

Zu den zentralen Prinzipien dieses Ansatzes zählen die Interdisziplinarität, ein situativer Ansatz, der Einbezug von Betroffenen in den Prozess, teilnehmende Beobachtung in möglichst vielen Bereichen eines Feldes, die gemeinsame Entwicklung von Forschungsinstrumenten durch ForscherInnen und Betroffene sowie die Veränderung der untersuchten Situation durch alle Beteiligten im Anschluss an den Forschungsprozess [Rechtien, 1995]. Die Verbindung von Erleben und Denken bzw. Fühlen und Reflektieren ermöglicht die Gestaltung oder Teilnahme an der Gestaltung sozialer Realität. Diese Verbindung bildet damit eine

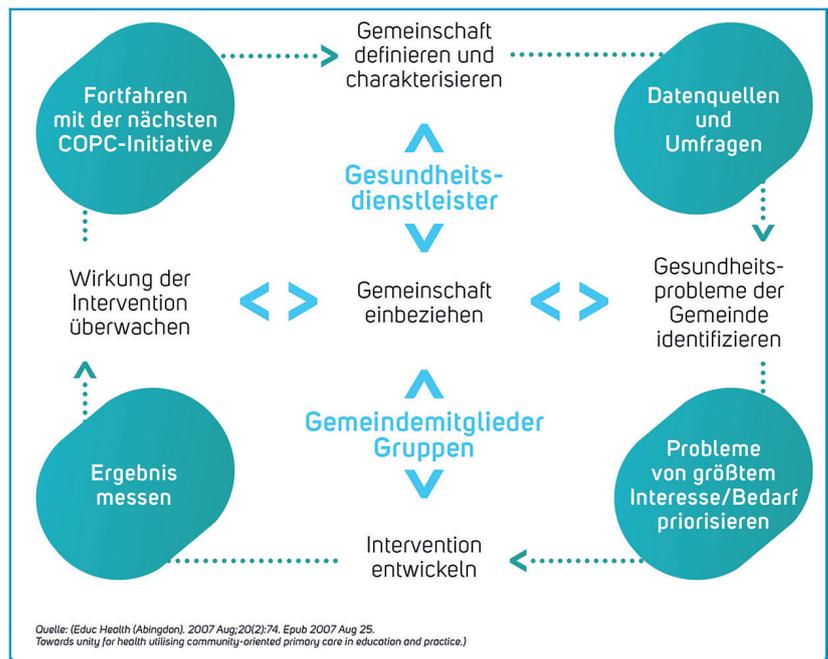


Abb. 1: COPC – Community oriented Primary Care

wesentliche Grundlage der Aktionsforschung und ist bis heute durch den Aktions-Reflexionskreislauf eine Setzung für prozessorientierte, partizipative Settings (Unger, Block & Wright, 2007).

So finden sich die zentralen Prinzipien der Lewinschen Aktionsforschung, insbesondere das partizipative Prinzip „Betroffene zu Beteiligten zu machen“, im Konzept der Gesundheitsförderung nach Hella von Unger wieder, dem zweiten theoretischen Bezug des Modellprojekts in Haslach. Es besagt, dass Interventionen ineffektiv bleiben, wenn Betroffene nicht in den dialogischen Prozess der Zielsetzung und der Evaluation von Interventionen miteinbezogen werden. Des Weiteren bietet das Konzept Ansätze dazu, wie der Grad der Partizipation methodisch gesetzt wird, damit weder Überforderung noch Pseudo-Partizipation der Prozessbeteiligten betrieben wird (Unger, 2014, S. 3). Von Unger versteht partizipative Forschung als Beispiel dafür, wie sich Grenzen zwischen Wissenschaft und Gesellschaft verschieben und neue Formen der Wissensproduktion entstehen (Unger, 2014, S. 6). Forschen wird hier als kollaborative Wissensproduktion verstanden. Innerhalb eines Prozesses kann es unterschiedliche Ebenen und Phasen mit jeweils mehr oder weniger Beteiligung und Mitbestimmung geben (Unger, 2014, S. 43).

Den dritten theoretischen Bezug bildet der COPC-Ansatz (Community oriented Primary Care), der aufgrund internationaler Erfahrungsberichte und evidenzbasierter Studien eine geeignete Methode darstellt, um eine Brücke zwischen medizinischer Versorgung, Sozialwesen und Gesundheitsförderung zu schlagen (Abb. 1). Die aktive Einbindung von BürgerInnen ist dabei von entscheidender Bedeutung und wirkt positiv auf ihr psychisches Wohl-



Abb. 2: Prinzip der Partizipation

befinden und ihre Lebenszufriedenheit. Selbstbestimmte Teilhabe an den subjektiv wichtigen Aktivitäten, Bezügen und Feldern des Lebens gilt als Prädiktor eines gesundheitlich gelingenden Lebens.

Das Gesundheitsbüro öffnet den Zugang zur Bevölkerung

Die EinwohnerInnen Haslachs und der angrenzenden Gemeinden sowie die ProfessionistInnen des Primärversorgungszentrums können sich dabei in die Entwicklung gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen und Initiativen einbringen. Die direkte Partizipation bei der Entwicklung von Bereichen wie (1) Zielsetzung, (2) Projektdesign, (3) Umsetzung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen, (4) Datenerhebung, (5) Evaluation und (6) Verwertung führt zu einem klareren Verständnis der Zusammenhänge und notwendig zu setzenden Schritte, um eine nachhaltige regionale Gesundheitsversorgung gewährleisten zu können. Dieser Prozess kann als „Prinzip der Partizipation“ definiert werden (Abb. 2).

Durch diese Zusammenschau der interdisziplinären Expertise aus dem Primärversorgungszentrum und der Expertise der Bevölkerung entsteht ein regionales Gesundheitsprofil. Die daraus abgeleiteten Handlungsnotwendigkeiten und -ideen, die auch die Verknüpfung vorhandener Ressourcen im Gemeinwesen beinhalten, können als „Prinzip der Vernetzung, der Multiplikatorenfunktion und der Nachhaltigkeit“ bezeichnet werden. Dadurch erhalten die regional vorhandenen sozialen und kommunalen Netzwerke neuen Input.

Der Prozesspunkt Capacity Building oder Empowerment führt die zuvor genannten Punkte zusammen. Die Be-

wohnerinnen und Bewohner verstehen sich selbst als Akteure, die selbstwirksam und aktiv an der Lösung bestehender Probleme mitarbeiten können. Das hieraus entstehende Verständnis für die Effekte unterschiedlicher Interventionsansätze erlaubt in weiterer Folge eine intensivere Auseinandersetzung mit der Entwicklung additiver Projektideen. Die Mobilisierung der Beteiligten führt schlussendlich zu einem erneuten Partizipationswunsch, womit sich der Prozesskreis schließt.

Die Struktur des Gesundheitsbüros samt Expertin vor Ort ermöglicht der Bevölkerung einen niederschweligen Zugang für Wohlbefinden, Gesundheit und soziale Teilhabe im biopsychosozialen Verständnis von Gesundheit.

Die Wirksamkeit dieser Struktur und dieser Herangehensweise zeigte sich besonders

in der COVID-19-Krise in der Verknüpfung von Gesundheitsförderung und medizinischer Versorgung. Die bereits etablierten Kommunikations- und Kooperationswege konnten intensiver genutzt werden, um rasche und vor allem bedarfsgerechte Unterstützung vermitteln zu können.

Als Beispiel kann hier die „Bleiben Sie GES.UND-Telefonkette“ genannt werden, die im Corona-Lockdown als Hilfsangebot in Form von Telefonanrufen durch ein multiprofessionelles Team des Primärversorgungszentrums Haslach und PROGES maßgeblich als Informations- und Sorgenetz fungierte. Ein besonderes Augenmerk wurde dabei auf die Versorgung und Begleitung chronisch kranker und psychisch instabiler Menschen gelegt, die in der Isolation sowohl mit ihrer Krankheit als auch mit den psychischen Belastungen zu kämpfen hatten (Projektvideoclip abrufbar unter <https://www.proges.at/haslach/>). Die positiven Erfahrungen mit dieser Projektinitiative spiegeln sich in den Rückmeldungen der kontaktierten Menschen, wie auch diese Fallvignette zeigt:

Herr H. sagt: „Mein Leben hat sich durch die Krise plötzlich in allen Bereichen verändert. Ich hatte Angstzustände und konnte nicht mehr schlafen. Durch die regelmäßigen Telefonkontakte hatte ich immer eine Ansprechpartnerin, die mir bei Unsicherheiten Mut machte. Ich habe mich trotz der widrigen äußeren Umstände dann sehr gut aufgehoben gefühlt.“ Frau P. sagt: „Durch den Anruf wurde ich über die laufenden Dienstleistungen bei Hausarzt Medizin Plus informiert – das war für mich sehr wichtig. Ich dachte, der Regelbetrieb ist eingestellt und mit meinen Vorerkrankungen soll ich sowieso nicht außer Haus gehen. Ich war sehr beruhigt, dass ich zu meinen Untersuchungen gehen konnte.“

