

Zitationshinweis

Herrmann, W.: „Social Prescribing als Modell für Deutschland“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (03/23), S. 38. http://doi.org/10.24945/MVF.03.23.1866-0533.2512

Prof. Dr. med. Wolfram J. Herrmann

Stellvertretender Institutsdirektor, Institut für Allgemeinmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Social Prescribing als Modell für Deutschland

>> Soziale Ungleichheit ist eine der wichtigsten Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit. Daher spielen soziale Probleme in der hausärztlichen Versorgung eine große Rolle. Soziale Probleme können die Ursache von Krankheit sein, als Folge von Erkrankungen entstehen oder die Behandlung von Erkrankungen beeinflussen. Typische soziale Probleme in der Hausarztpraxis sind Einsamkeit, Schulden oder Probleme am Arbeitsplatz. Bisher stellen solche sozialen Probleme Hausärzt:innen vor eine große Herausforderung, da es in der Regel keine adäquaten Maßnahmen in der Hausarztpraxis gibt. Gleichzeitig finden sich meist vor Ort eine große Anzahl unterschiedlicher Vereine, Beratungsstellen und Einrichtungen, welche bei sozialen Problemen helfen können.

Ein in Großbritannien inzwischen flächendeckend implementiertes Konzept, um diese Lücke zu schließen, ist das sogenannte „Social Prescribing“ (SP). Bei einem nichtmedizinischen, gesundheitsrelevanten sozialen Problem können Hausärzt:innen ein Soziales Rezept ausstellen. Daraufhin hat der Patient/die Patientin mehrere Gespräche mit einem sogenannten Link Worker. Dabei nimmt sich der Link Worker ausreichend Zeit, um im Gespräch mit den Patient:innen die Bedarfe und Ressourcen zu besprechen und die sozialen Probleme genauer einzugrenzen. Gemeinsam mit den Patient:innen wird ein Handlungsplan („Action Plan“) erstellt und die Patient:innen an ein oder mehrere Angebote vor Ort weitervermittelt und die Hausärzt:in darüber informiert.

Aufgrund der positiven Resonanz wird das Konzept inzwischen in zahlreichen Ländern implementiert, u. a. Niederlande, Portugal, Österreich, Singapur und Kanada[1]. In einem systematischen Review[2] konnten wir zeigen, dass einerseits die Evaluationen von Social Prescribing positiv waren, es aber bisher an guten randomisiert-kontrollierten Studien mangelt.

Eine wichtige Frage ist, ob dieses Konzept auch für Deutschland interessant sein kann. Daher führten wir am 19.04.2023 die 1. Deutsche Social Prescribing Konferenz am Institut für Allgemeinmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin in Kooperation mit der Global Social Prescribing Alliance durch.

Nach Grußworten von Prof. Christoph Heintze vom Institut für Allgemeinmedizin, Boris Velter aus dem Bundesgesundheitsministerium und Prof. Jean-Francois Chenot von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin führte Kate Mulligan vom Canadian Institute for Social Prescribing in die Thematik des Social Prescribing ein. Sie beschrieb Social Prescribing einerseits als Versorgungsprozess und andererseits als Prozess zur Systemveränderung in der Primärversorgung, das heißt, Kate Mulligan betonte, dass SP nicht nur den individuellen Patient:innen etwas bringt, sondern insgesamt die Vernetzung in der Versorgung verbessert.

Daniela Rojatz vom Kompetenzzentrum Gesundheitsförderung und Gesundheitssystem der Gesundheit Österreich GmbH stellte die österreichische Entwicklung des SP mit den Umsetzungserfahrungen vor. Die bisherigen Erfahrungen seien vielversprechend: Strukturen zur Umsetzung von Social Prescribing konnten in kurzer Zeit aufgebaut werden, Mitarbeitende fühlten sich entlastet, und 98% der Patient:innen würden SP weiterempfehlen.

Bogdan Chiva Giurca von der Global Social Prescribing Alliance gab einen kurzen Überblick über die Fortschritte des SP in England und in anderen Ländern der Welt. In Großbritannien sei Social Prescribing inzwischen flächendeckend implementiert. In vielen Ländern der Welt werde das Konzept mit unterschiedlichen Begrifflichkeiten aufgegriffen.

Sian de Bell von der Universität Exeter berichtete über naturbezogenes SP, wo bei den vermittelten Aktivitäten insbesondere die Auseinandersetzung mit der Umwelt im Vordergrund steht. Sie präsentierte die Ergebnisse eines Workshops mit Stakeholdern aus Großbritannien und Deutschland, in dem Möglichkeiten und Herausforderungen des naturbezogenen SP identifiziert wurden.

Stephanie Tierney vom Nuffield Department of Primary Health Care Sciences an der Universität Oxford untersuchte wissenschaftlich die Einführung von Link Workern in die Primärversorgung. Dr. Tierney diskutierte, welche Grenzen die Link Worker in ihrer Rolle erfahren und inwieweit sie sich der Primärversorgung zugehörig fühlen.

In der abschließenden Podiumsdiskussion mit Maike Grube von der Diakonie, Simone Borchardt MdB aus dem Gesundheitsausschuss und Anja Thiemann vom Hausärzteverband Berlin-Brandenburg wurde über die potenzielle Umsetzung von SP in Deutschland diskutiert. Wichtige Themen waren, wer die Arbeit der Link Worker bezahlen könnte und ob die Angebote, an die vermittelt wird, eine zusätzliche Finanzierung benötigen, wo der Link Worker angesiedelt sein sollte und ob das Angebot soziale Ungleichheit nur kaschiert, statt die Ursachen anzugehen.

Insgesamt zeigte sich aus meiner Sicht, welches große Potenzial das SP birgt und wie unterschiedlich aber auch die konkreten Ansätze sind. Bemerkenswert war aus meiner Sicht, dass sowohl Vertreter der Bundesregierung als auch der Opposition Social Prescribing als Ansatz gut fanden. Offen ist natürlich die Frage, wie SP finanziert werden sollte. Die favorisierte Lösung in der Diskussion war, dass die Tätigkeit des Link Workers analog zum National Health Service über die Gesetzliche Krankenversicherung bezahlt werden könnte, während die weitervermittelten Angebot davon unabhängig finanziert bleiben. Ein wichtiger Aspekt ist, dass SP die negativen Effekte des sozioökonomischen Status auf Gesundheit und Krankheit nur mitigiert und nicht die zugrunde liegenden Probleme beseitigt.

Ein großer Vorteil des SP ist, dass es sowohl mit der aktuellen Versorgungssituation als auch neuen Versorgungsmodellen wie Gesundheitskiosken und Primärversorgungszentren kompatibel ist. Es ergänzt das vorhandene breite Angebot und vernetzt es besser, um eine größere Effektivität zu erreichen.

In das Modell des Gesundheitskiosks lässt sich SP integrieren, indem z. B. Link Worker direkt in dem Gesundheitskiosk arbeiten. In Primärversorgungszentren könnten Link Worker sehr gut angesiedelt sein, wie das Konzept des Bromley by Bow Centres in London zeigt. SP unterstützt dabei den ganzheitlichen interprofessionellen Ansatz der Zentren. Aufgrund dieser großen Flexibilität des Konzeptes lohnt es sich, Social Prescribing als Modell auch in Deutschland zu verfolgen. <<

1: DOI: 10.1136/bmjgh-2022-008524; 2: DOI: 10.5334/ijic.6472