



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

Social Prescribing für Menschen mit Demenz und deren Angehörige

Potentiale und Limitationen der Umsetzung und Relevanz für die
Profession der Pflege in Österreich

verfasst von / submitted by

Caroline Leitner, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfillment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2024 / Vienna, 2024

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066330

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Pflegewissenschaft

Betreut von / Supervisor:

Assoz. Profⁱⁿ.Drⁱⁿ. Katharina Heimerl

Für

Franciska und Boris

Zusammenfassung

Hintergrund: Menschen mit Demenz und deren Angehörige leiden häufig unter sozialer Isolation und sind überfordert aus der Fülle der Unterstützungsangebote für sie passende auszuwählen. Zudem wird Unterstützung häufig viel zu spät gesucht und Angehörige gehen häufig bis an ihre Belastungsgrenze. Social Prescribing ist ein in Österreich neuer Ansatz, mit welchem im Setting der Primärversorgung Interventionen zur Gesundheitsförderung und der Förderung des Wohlbefindens vermittelt werden.

Zielsetzung: Ziel der Masterarbeit ist es, Potentiale und Limitationen des Social Prescribings für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen in Österreich herauszuarbeiten. Zudem soll die Rolle der professionellen Pflege in diesem Zusammenhang betrachtet werden.

Methode: Es wurden Interviews mit Expert*innen aus dem Bereich der Demenzversorgung und des Social Prescribings geführt und eine Dokumentenanalyse durchgeführt. Die Datenauswertung fand nach Meuser und Nagel (1991) statt.

Ergebnisse: In den Interviews wurden sieben Themen ermittelt, in welchen Potentiale und Limitationen für Menschen mit Demenz und deren Angehörige im derzeitigen Modell von Social Prescribing in Österreich liegen: Menschen mit Demenz und deren Angehörige, Gesellschaft, Primärversorgungseinheiten/Ärzt*innen, Link-Working, Pflege, Angebote, Rahmenbedingungen. Derzeit werden Menschen mit Demenz und deren Angehörige noch zu wenig durch das Social Prescribing erreicht.

Schlussfolgerungen: Social Prescribing eignet sich vom Grundprinzip sehr gut für die Gesundheitsförderung von Menschen mit Demenz und deren Angehörige. Limitierend wirkt jedoch die Stigmatisierung der Demenz und die fehlende Sensibilisierung für die Bedürfnisse und Herausforderungen der beiden Gruppen. Es benötigt Maßnahmen zur Entstigmatisierung und Sensibilisierung im Bereich der Primärversorgung und der Gesellschaft. Zudem braucht es ein flächendeckendes Angebot an niederschweligen Unterstützungsangeboten und ein System, um sich einfacher einen Überblick über diese zu verschaffen. Für die professionelle Pflege gibt es unterschiedliche Möglichkeiten sich im Konzept zu verorten. Eine enge Verknüpfung von Social Prescribing mit dem Konzept des Community Nursing ist zu empfehlen.

Abstract

Background: People with dementia and their relatives often suffer from isolation. Finding the right support is difficult because of the scope of supporting activities. In addition, support is often sought far too late and relatives often push themselves to the limit. Social prescribing is a new approach in Austria that provides interventions to promote health and well-being in primary care settings.

Aim: The aim of the master thesis is to identify potentials and limitations of social prescribing for people with dementia and their relatives. In addition, the role of professional nursing in this context should be considered.

Method: Expert interviews were conducted with experts from the field of social prescribing and dementia care. Also a document analysis was conducted.

The data analysis is based on Meuser and Nagel (1991).

Results: Seven topics were identified in the interviews, in which there are potentials and limitations for people with dementia and their relatives in the current model of social prescribing in Austria: people with dementia and their relatives, society, primary care/doctors, link working, nursing, activities, conditions. At the moment people with dementia and their relatives are not reached sufficiently through social prescribing.

Discussion: The basic principles of social prescribing are suitable for promoting health of people with dementia and their relatives. However, the stigmatization of dementia and the lack of awareness to the needs and challenges of both groups have a limiting effect. Actions to destigmatizing and raising awareness in the field of primary care and society are needed. Also there is a need for comprehensive low-threshold support services and a system to make it easier, to gain overview. For professional nursing there are different ways to position itself in the concept of social prescribing. A strong connection of social prescribing with the concept of community nursing is highly recommended.

Inhalt

Zusammenfassung

Abstract

1.	Einleitung	4
2.	Forschungsziel und Forschungsfragen	7
	2.1. Forschungsziel	7
	2.2. Forschungsfragen	7
3.	Demenz	8
	3.1. Demenz und Stigma	9
	3.2. Demenz und Gesundheitsförderung	12
	3.3. Demenz und soziale Teilhabe	15
	3.4. Unterstützung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen	17
4.	Social Prescribing	23
	4.1. Ablauf und Definition von Social Prescribing	23
	4.2. Social Prescribing in Österreich	30
	4.3. Social Prescribing und Demenz	35
	4.3.1. Angebote im Sinne des Social Prescribings für Menschen mit Demenz und deren Angehörige in Österreich	41
	4.4. Rolle der professionellen Pflege im Konzept Social Prescribing	45
5.	Methodik	52
	5.1. Datenerhebung	52
	5.1.1. Dokumentenanalyse	52
	5.1.2. Expert*inneninterviews	52
	5.2. Sampling	53
	5.3. Feldzugang	55
	5.4. Datenanalyse	56
	5.5. Ethische Überlegungen	56
	5.5.1. Umfassende Information und Freiwilligkeit der Teilnahme	56
	5.5.2. Anonymität	57
	5.5.3. Schutz des/der Einzelnen	57

6.	Projekt „Vorbereitung und Umsetzung – Modellregionen Social Prescribing“	58
	6.1. Stichprobe	58
	6.2. Zuweisungsprocedere	61
	6.3. Handlungs- und Unterstützungsbedarfe	62
	6.4. Vermittelte Aktivitäten	64
7.	Ergebnisse der Interviews.....	69
	7.1. Menschen mit Demenz und deren Angehörige	69
	7.1.1. Menschen mit Demenz	69
	7.1.2. Angehörige	71
	7.1.3. Demenzverlauf – Phasen der Erkrankung	71
	7.2. Rolle der Gesellschaft	72
	7.3. Primärversorgung(szentren) / Ärzte*Ärztinnen	74
	7.3.1. Primärversorgung als erste Anlaufstelle	75
	7.3.2. Sensibilisierungsbedarf	76
	7.4. Link Working	79
	7.4.1. Expertise	80
	7.4.2. Individueller Zugang.....	81
	7.4.3. Das ganze Familiensystem im Blick haben.....	82
	7.4.4. Ermutigen und Begleiten.....	83
	7.4.5. Link Working als Teamarbeit	84
	7.4.6. Link Working als Gemeinwesenarbeit.....	86
	7.5. Rolle der Pflege	86
	7.6. Angebote	89
	7.6.1. Unterschiedliche Gruppen mit unterschiedlichen Bedürfnissen	89
	7.6.2. Niedrigschwelligkeit	90
	7.6.3. Flächendeckende Angebote	92
	7.7. Rahmenbedingungen	93
	7.7.1. Nachhaltigkeit und fehlende Flächendeckung	94
	7.7.2. Ressourcen.....	95
	7.7.3. Anspruch.....	95
8.	Diskussion	96
9.	Conclusio	106
10.	Literaturverzeichnis.....	108
11.	Abbildungsverzeichnis	113

12. Tabellenverzeichnis	113
13. Anhang	114
13.1. Interviewpartner*innen	114
13.2. Einverständniserklärung	115
13.3. Studieninformation	116
13.4. Interviewleitfaden	118

1. Einleitung

Eine Demenzerkrankung führt sowohl bei den Betroffenen als auch bei deren Angehörigen häufig zu einem starken sozialen Rückzug und Isolation – Unterstützung in der Bewältigung der neuen Lebenssituation ist wichtig und notwendig. Die Orientierung innerhalb des Gesundheits- und Sozialsystems ist jedoch sowohl für die Betroffenen als auch für die Angehörigen häufig herausfordernd und mit vielen Umwegen verbunden. Dies und die mit der Demenz verbundene Stigmatisierung führen dazu, dass Unterstützung häufig nicht oder viel zu spät gesucht wird (Rossa, 2015).

Unsere Gesellschaft wird bereits jetzt, in den nächsten Jahrzehnten jedoch noch zunehmend, durch die steigende Inzidenz von Demenzerkrankungen vor Herausforderungen gestellt. Laut dem Österreichischen Demenzbericht 2014 werden sich die Neuerkrankungen pro Jahr im Jahr 2050 mit 65.500 mehr als verdoppeln – für 2020 wurden noch 35.700 Neuerkrankungen pro Jahr prognostiziert (Wanchata, 2015). Aus den oben genannten Gründen und auch aufgrund des prognostizierten Mangels professioneller pflegerischer Versorgung (Rappold & Juraszovich, 2019) ergibt sich die Notwendigkeit neue Ansätze in der Versorgung von Menschen mit Demenz zu untersuchen.

Im Wirkungsziel 6 der Österreichischen Demenzstrategie wird formuliert:

„Österreichweit erhalten Menschen mit Demenz und deren An- und Zugehörige niederschwellige Angebote zu Früherkennung, Beratung und Begleitung entsprechend dem Krankheitsverlauf. Multiprofessionelle Teams planen mit den betroffenen Menschen und deren An- und Zugehörigen gemeinsam individuelle Maßnahmen und koordinieren diese bei Bedarf mit weiteren Leistungserbringern.“
(BMASGK, 2015, S. 42)

Konkret wird empfohlen, niederschwellige Anlaufstellen auszubauen bzw. in bestehende Systeme zu integrieren, welche regional und bei Bedarf aufsuchend agieren (BMASGK, 2015, S. 43).

Social Prescribing ist ein Ansatz im Gesundheitssystem, bei dem es um die Verschreibung nicht-klinischer Interventionen (z.B. Bewegungsgruppen, Freiwilligenangebote, unterschiedliche Formen der Beratung, künstlerische Interventionen etc.) mit dem Ziel der Gesundheitsförderung geht (Haas et al., 2019). Mit Unterstützung der Gesundheit Österreich GmbH wird das Konzept derzeit im Rahmen von Pilotprojekten in der Ebene der Primärversorgung erprobt, um auf Basis dessen

„fachliche Grundlagen für die nachhaltige Umsetzung von Social Prescribing in Österreich“ (Rojatz et al., 2021a, S. III) zu entwickeln. Die ersten Ergebnisse sind durchwegs positiv, jedoch wurden an unterschiedlichen Stellen auch noch Konkretisierungsbedarfe identifiziert.

Hamilton-West et al. (2020) werfen die Frage auf, inwiefern Social Prescribing ein Mittel sein kann, ältere Menschen in ihrer Gesundheit und ihrem Wohlbefinden zu fördern. Im Zuge dessen gilt es unter anderem zu klären, welche potentiellen Barrieren es geben kann. Wie soll mit Zielgruppen wie Menschen mit Demenz umgegangen werden und welche speziellen Kompetenzen brauchen Personen mit Link Working Funktion?

In der geplanten Masterarbeit sollen daher die Ziele der österreichischen Demenzstrategie mit den Möglichkeiten und Zielen des Social Prescribing - Ansatzes zusammengebracht werden. Es soll dabei beleuchtet werden, welche Potentiale und Limitationen der Ansatz des Social Prescribings für die Gruppe der Personen mit dementiellen Erkrankungen und ihre Angehörigen in Österreich bietet. Zudem soll untersucht werden, welche Rolle die Pflege als Profession in diesem Zusammenhang spielen kann. Ausgangspunkt für die Wahl des Themas ist die berufliche Tätigkeit der Autorin der vorliegenden Masterarbeit im Bereich Angehörige und Demenz der Caritas der Erzdiözese Wien. Durch die tägliche Konfrontation mit den Themen und Bedarfen von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen, werden immer wieder auch die

Schwierigkeiten und Lücken im System sichtbar. Die Ergebnisse der Masterarbeit sollen eine Grundlage zur Weiterarbeit bieten und Schlüsse erlauben, ob und in welcher Weise das Konzept des Social Prescribings Lösungsansätze für die Herausforderungen und Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen bietet.

Aufgrund der einfacheren Lesbarkeit wurde entschieden in der gesamten Arbeit nur von „Angehörigen“ zu sprechen. Natürlich sind auch Zugehörige, also Freund*innen, Nachbar*innen Bekannte etc. mitgemeint. Selbiges gilt für den Zusatz „pflegende und oder/betreuende“.

2. Forschungsziel und Forschungsfragen

2.1. Forschungsziel

Ziel der Masterarbeit ist es, Potentiale und Limitationen von Social Prescribing für Menschen mit Demenz und deren Angehörige in Österreich zu identifizieren. Die Ziele der Österreichischen Demenzstrategie sollen mit den Möglichkeiten und Zielen des Social Prescribings zusammengebracht und kritisch betrachtet werden.

Der zugrundeliegende Gedanke der Forschungsarbeit ist, dass den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen in Bezug auf Gesundheitsförderung und Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe derzeit noch zu wenig entsprochen wird. Es wird die Hypothese aufgestellt, dass mit einem systematischen Blick auf die Bedarfe von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen, die Inanspruchnahme von Angeboten und damit direkt die Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen gesteigert werden könnten. Inwiefern Social Prescribing im Rahmen der Primärversorgung in diesem Kontext einen Beitrag leisten kann, soll in der vorliegenden Arbeit beleuchtet werden. Zudem soll betrachtet werden, welche Rolle die professionelle Pflege dabei einnimmt.

2.2. Forschungsfragen

Welche Potentiale und Limitationen bietet „Social Prescribing“ für Menschen mit Demenz und deren Angehörige in Österreich?

Welche Rolle nimmt die Pflege in diesem Zusammenhang ein?

3. Demenz

Wie einleitend erwähnt, sind durch die demografische Entwicklung immer mehr Menschen von dementiellen Erkrankungen betroffen. Genaue Zahlen sind aufgrund der hohen Dunkelziffer schwer zu benennen, fest steht aber, dass dementielle Erkrankungen im höheren Erwachsenenalter zu einer der häufigsten Erkrankungen zählen. Hochrechnungen zufolge ist anzunehmen, dass im Jahr 2050 schätzungsweise 260.000 Menschen mit einer Form von Demenz in Österreich leben werden (Wanchata, 2015).

Die Mehrzahl der Menschen mit einer Demenzdiagnose lebt im häuslichen Umfeld (rund 80 Prozent). Nach Schätzungen der Statistik Austria leben nur ca. 15 Prozent in Pflege- oder Betreuungseinrichtungen (Schneider & Deufert, 2015). Nur ein Viertel der Familien erhält im häuslichen Setting Unterstützung durch mobile Dienste (Harm & Hoschek, 2015).¹ Dies bedingt, dass die Angehörigen der Betroffenen durch die Rolle der Hauptbetreuungspersonen häufig stark in die Pflicht genommen werden.

Für Angehörige von Menschen mit Demenz stellen die Betreuung und Pflege häufig eine große Herausforderung dar. Im Rahmen einer großen Studie zum Thema Angehörigenpflege in Österreich (Nagl-Cupal, et al., 2018) wird festgehalten, dass 58 Prozent der Angehörigen „rund um die Uhr“ für die Betroffenen da sind und die Pflege negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Angehörigen hat. In der Studie wird als eine der abschließenden Empfehlungen betont *„Demenz als zentrale Herausforderung und starke Belastung weiter im Blick zu haben“* (Nagl-Cupal, et al., 2018, S. 242). Im Zuge dessen wird betont, dass vor allem auch die Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz durch spezifische Angebote und speziell geschulte Personen wesentlich ist und weiter von großer Dringlichkeit bleibt.

¹ Bei der Betrachtung der Zahlen ist zu berücksichtigen, dass diese zum Zeitpunkt der Verfassung der vorliegenden Masterarbeit bereits mind. zehn Jahre alt sind (Quelle: Höfler, et al., 2015: Österreichischer Demenzbericht 2014).

In der 2015 veröffentlichten österreichischen Demenzstrategie (BMASGK, 2015) sind insgesamt sieben Wirkungsziele und dazu Handlungsempfehlungen formuliert worden. Die Wirkungsziele sind untenstehend in Abbildung 1 ersichtlich, auf einige wird in weiterer Folge noch näher eingegangen.



Abbildung 1: Wirkungsziele Österreichische Demenzstrategie (BMASGK, 2015, S. 11)

3.1. Demenz und Stigma

Mit dem Thema der Demenz muss immer gleichzeitig auch die verbundene Stigmatisierung betrachtet werden, da diese einen enormen Einfluss auf den Umgang mit der Erkrankung hat. Dabei wiederum ist wichtig, den Fokus auf die allgemeine gesellschaftliche Haltung zu den Themen Demenz, Krankheit und Verlust der kognitiven Fähigkeiten zu richten.

Kolland und Hörl (2015, S. 137) halten im Österreichischen Demenzbericht Folgendes fest:

„Der gesellschaftliche Umgang mit ‚Kranken‘ im Allgemeinen und Demenzkranken im Speziellen basiert oftmals, wenn nicht sogar immer, auf den maßgeblichen Werten und Maßstäben, die in einer Gesellschaft vorherrschen.“

Es wird beschrieben, dass die Demenz und der Verlust von kognitiven Fertigkeiten mit starken Ängsten einhergehen. Erklärt werden diese Ängste einerseits mit einem Mangel an Wissen über Demenz in der Gesellschaft und andererseits mit dem Gefühl der Ohnmacht aufgrund des Nicht-beeinflussen-Könnens der kognitiven Veränderungen. Menschen mit Demenz gelten somit als „krank“ und werden stigmatisiert (Kolland & Hörl, 2015).

Die Stigmatisierung führt bei vielen Menschen mit Demenz und auch ihren Angehörigen zu einem sozialen Rückzug und dadurch zu sozialer Isolation, sie hat Auswirkungen auf den Zeitpunkt und den Umgang mit der Diagnose und beeinflusst die Krankheitsbewältigung und Lebensplanung für das „Leben nach der Diagnose“ enorm (Kolland & Hörl, 2015). Im World Alzheimer's Report 2019 wird beschrieben, dass die Stigmatisierung zu Diskriminierung von Menschen mit Demenz auf unterschiedlichsten Ebenen führt (Alzheimer's Disease International, 2019).

Bezüglich der Stigmatisierung von Demenz wird im Österreichischen Demenzbericht angeführt, dass diese auch das Gesundheitspersonal prägt. Dies kann dazu führen, dass von Personen mit Demenz Unselbständigkeit erwartet wird:

„Die Unselbständigkeit in der Verrichtung von Alltagsaktivitäten ist also nicht nur durch Kompetenzdefizite der Älteren, sondern auch durch geringe Kompetenzerwartungen des Pflegepersonals bedingt.“ (Kolland & Hörl, 2015, S. 128)

Im World Alzheimer's Report 2019 werden die unterschiedlichen Typen der Stigmatisierung beschrieben, welchen Menschen mit Demenz und deren Angehörige begegnen (dargestellt in Abbildung 2).

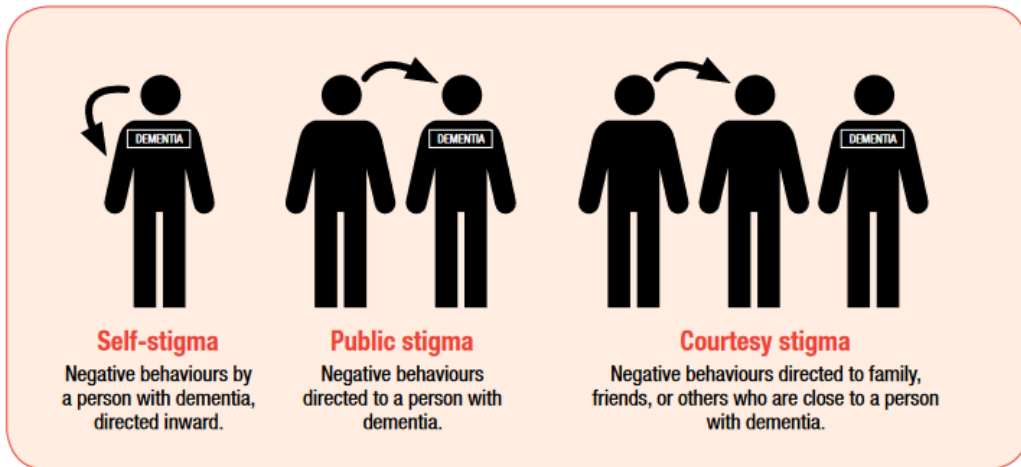


Abbildung 2: Stigmatypen (Alzheimer's Disease International, 2019, S. 18)

Das *self-stigma* führt dazu, dass Menschen mit Demenz Symptome häufig lange ignorieren und erst spät medizinischen Rat einholen. Sie vermeiden oft soziale Begegnungen oder ziehen sich komplett aus der Interaktion mit anderen zurück. Beim *public stigma* werden den Personen mit Demenz von deren Gegenüber negative Verhaltensweisen entgegengebracht, was sich wiederum negativ auf die Qualität der sozialen Begegnungen, die sozialen Rollen und Beziehungen auswirkt. Das *courtesy stigma* ist jenes Stigma, welches die Angehörigen von Menschen mit Demenz betrifft. Angehörige ziehen sich aus sozialen Beziehungen zurück, weil ihnen beispielsweise das Verhalten des an Demenz Erkrankten unangenehm ist oder auch weil sie mit ihren Sorgen beim sozialen Umfeld auf Unverständnis stoßen. Es kommt zur Exklusion und sozialen Isolation der Angehörigen (Alzheimer's Disease International, 2019).

Ziel der österreichischen Demenzstrategie ist es sicherzustellen, dass für Menschen mit Demenz und deren Angehörige ...

„trotz der vorhandenen Beeinträchtigungen die Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen so weit wie möglich gewährleistet ist. Dies ist unter anderem durch den Abbau von Ängsten und Vorurteilen in der Gesellschaft zu erreichen.“

(BMASGK, 2015, S. 11)

In einer der formulierten Handlungsempfehlungen wird daher gefordert, Menschen mit Demenz die Teilhabe am öffentlichen Leben zu ermöglichen. Es wird formuliert, dass

„die Unterstützung von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen, die Anerkennung ihrer Ressourcen und Fähigkeiten sowie ihre Teilhabe am öffentlichen Leben (...) wichtige gesamtgesellschaftliche Aufgaben“ sind. (BMASGK, 2015, S. 17)

Der Ergebnisbericht der Taskforce Pflege (Rappold et al., 2021) hält aufbauend auf der Österreichischen Demenzstrategie fest, dass die Sensibilisierung der Öffentlichkeit für Demenz und der Abbau des Stigmas wichtige Ziele sind:

„Nur wenn die Öffentlichkeit den Menschen mit ihren demenziellen Veränderungen offen begegnet, kann auch Teilhabe und Partizipation erfolgen. Sensibilisierung ist Bewusstseinsarbeit mit dem Ziel, neben höherem Bewusstsein für die Menschen mit Demenz auch mehr Wissen und Informationen darüber zu bekommen, was jede(r) Einzelne tun kann, um zu unterstützen. In der Folge kann das auch dazu führen, dass sich manche Menschen in Nachbarschaftshilfe und Ehrenamt engagieren oder als Demenz-Multiplikatoren/-Multiplikatorinnen fungieren.“ (Rappold et al., 2021, S. 31)

Als weitere Ziele werden im oben zitierten Ergebnisbericht die Förderung von demenzsensiblen Umfeld, Gemeinden und Regionen und das Miteinbeziehen von Vereinen und Ehrenamtlichen (Demenz-Netzwerke) als wichtige regionale Beiträge neben der österreichweiten Sensibilisierungsarbeit gesehen.

3.2. Demenz und Gesundheitsförderung

Der Ansatz von Gesundheitsförderung von Menschen mit Demenz fußt auf einem umfassenden und positiven Gesundheitsbegriff, welcher davon ausgeht, dass ...

„auch das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene zu denken ist und nicht nur auf der Ebene ihrer diagnostizierten Erkrankung.“ (Krappinger et al., 2021, S. 8)

Die Grundhaltung für diesen Ansatz basiert auf dem Konzept der Person-Zentrierung (Person Centred Care/PCC) von Tom Kitwood. Kitwood, ein britischer Theologe und Sozialpsychologe veränderte in den 1990er Jahren mit dem Konzept des person-zentrierten Ansatzes den Blick auf Menschen mit Demenz. Im Gegensatz zum bis dahin vorherrschenden defizitären Blick auf das Altern steht bei der person-zentrierten Pflege die Person mit ihrer Biografie und Persönlichkeit im Zentrum (Kitwood, 2016). Wertschätzung im Umgang mit Menschen mit Demenz, der Respekt gegenüber der Einzigartigkeit der Person und dem damit verbundenen Recht auf Selbstbestimmung, aber auch das Anerkennen des Willens der Betroffenen und das Hineinfühlen in der deren Situation sind Merkmale der person-zentrierten Pflege. Wesentlich ist auch die soziale Umgebung, welche durch Wärme, Respekt und Empowerment unterstützt, ein Gefühl von Identität und Einbindung in die Gemeinschaft zu ermöglichen (Güther, 2016).

Bei Gesundheitsförderung geht es also darum Ressourcen zu fördern, welche die Menschen gesund halten – im Falle von Personen mit Demenz und deren Angehörigen kann das beispielsweise die Förderung gesellschaftlicher Teilhabe und die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte sein. Das Gefühl des Gebraucht-Werdens und die Möglichkeit sinnstiftende Tätigkeiten und Rollen auszuüben, sind ein wichtiger Beitrag zur Förderung der Identität von Menschen mit Demenz (Tatzer, 2019) und damit ein wichtiger Beitrag zur Förderung ihrer Gesundheit. Kitwood (2019) erwähnt diesbezüglich, dass das Fehlen sinnvoller Beschäftigung mit dem Schwund der Fähigkeiten einhergeht und dadurch die Selbstachtung sinkt.

Rappold et al. (2021; S. 20) halten fest:

„Gesundheitsförderung (älterer) Menschen, auch durch soziale Teilhabe, beugt sozialer Isolation und Pflegebedürftigkeit vor.“

Auch hier sei der Einfluss der Stigmatisierung genannt. Kolland (2010) beschreibt, dass negative Altersbilder dazu beitragen, dass Menschen eine eher passive Freizeitgestaltung wählen und auch, dass die subjektive Kompetenzerwartung abhängig davon ist, welche Kompetenz die Gesellschaft älteren Menschen zuschreibt.

Neben der Förderung der sozialen Teilhabe ist auch die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten zur Förderung der psychischen Gesundheit, sowohl der Betroffenen als auch der Angehörigen, als gesundheitsförderlich einzustufen. Einzelberatung oder der Besuch von Selbsthilfegruppen unterstützen Menschen in ihrer psychischen Gesundheit. Auch Angehörigenschulungen tragen, neben dem Informationsgehalt und Wissensgewinn, auch zur Entlastung der Angehörigen bei und fördern den Aufbau von Unterstützungsnetzwerken und Kontakten (Krappinger et al., 2021). Dabei ist vor allem die frühzeitige Nutzung von Beratungsangeboten zu empfehlen, da viele – vor allem angehörige – Menschen erst nach Entlastungsangeboten suchen, wenn die Belastung schon sehr groß ist (BMASGK, 2015).

Weitere Bereiche, in denen Menschen mit Demenz in ihrer Gesundheit gefördert werden können, sind beispielsweise Bewegung, Kontakt mit der Natur, Ernährung, sowie die Förderung von Ressourcen und Resilienz (Gebhard & Mir, 2019).

Krappinger et al. (2021) geben diesbezüglich zu bedenken, dass es sich bei Menschen mit Demenz und deren Angehörigen um eine sehr heterogene Gruppe handelt und daher flexible und individuelle Zugänge nötig sind. In der Veröffentlichung werden Lernerfahrungen aus konkreten Projekten zusammengefasst. Dabei werden Themen wie die Erreichbarkeit der Zielgruppe, Netzwerkarbeit und Wissenstransfer, Entstigmatisierung und Nachhaltigkeit beleuchtet. Antony und Gaiswinkler (2019) betrachten europaweite Good-Practice-Beispiele der Gesundheitsförderung mit dem Fokus auf Förderung sozialer Teilhabe im Alter. Allen Projekten gemein ist die Sensibilisierungsarbeit für die Anliegen älterer Menschen. Als Herausforderungen werden die fehlende strukturelle Verankerung der Angebote sowie das Problem der nachhaltigen Finanzierung genannt.

Rappold et al. (2021) halten als Ziel der Taskforce Pflege fest, dass es niederschwellige, lokal zugängliche Angebote bezüglich Stärkung der Selbsthilfe, Unterstützungsmöglichkeiten und Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige braucht.

Es wird weiters angeführt, dass die Akzeptanz und Annahme dieser Angebote gefördert werden muss, indem ...

„der gesellschaftliche Erwartungsdruck, besonders Frauen gegenüber „es“ doch alleine schaffen zu müssen“ aufgebrochen wird (Rappold et al., S. 18).

3.3. Demenz und soziale Teilhabe

Wie im vorigen Kapitel bereits erläutert, stellt die Förderung der sozialen Teilhabe bei älteren Menschen und Menschen mit Demenz einen wichtigen Teil der Gesundheitsförderung dieser Gruppen dar. Durch das Alter allgemein und durch die bereits erläuterte Stigmatisierung im Speziellen kommt es zum sozialen Rückzug älterer Personen, Personen mit Demenz und auch deren Angehörigen. Angehörige sind mit dem ebenfalls bereits erläuterten *courtesy-stigma* konfrontiert, müssen selbst mit den eigenen Vorurteilen bezüglich der Demenz umgehen lernen und sind durch die zunehmenden Betreuungsaufgaben im Verlauf der Erkrankung immer mehr zeitlich gebunden.

Aus diesen Gründen ist es wichtig, Bewusstsein für Menschen mit Demenz und deren Angehörige und ihre Bedürfnisse zu schaffen. Die Entwicklung hin zu einer inklusiven und teilhabeorientierten Gesellschaft und der Abbau des *public stigma* und *courtesy stigma* müssen gemeinsame Ziele sein.

Die Österreichische Demenzstrategie formuliert diesbezüglich in der Handlungsempfehlung 1a „Bewusstseinsbildung forcieren und Sensibilisierungsmaßnahmen setzen“:

„Auf kommunaler Ebene bzw. Gemeindeebene sind Maßnahmen zur Sensibilisierung und Information zu setzen, die die demenzsensible Gestaltung von Lebensumwelten fördern (z. B. Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen sind aktive Mitglieder von Sport- und Gesangsvereinen; Besuche bei Friseur und in Gaststätten sind selbstverständlich; Kindergärten und Schulen als Orte intergenerationellen Austausches).“ (BMASGK, 2015, S. 18)

Tom Kitwood betont des Weiteren die Wichtigkeit der Einbindung der Gemeinde in die Pflege demenzerkrankter Menschen, da die Menschen so ...

„ihre Verbindung in der Gemeinde halten und leichter ein Gefühl ihrer eigenen Geschichte bewahren, indem sie einkaufen, in die Kneipe, ins Theater, in die Kirche oder in den öffentlichen Park gehen“ (Kitwood, 2019, S. 203).

Auch die Einbindung Ehrenamtlicher wird als sehr positiv beschrieben, auch weil sich durch die Begegnung Barrieren abbauen lassen (Kitwood, 2019).

Auch in Handlungsempfehlung 1b der Österreichischen Demenzstrategie „Partizipation/Teilhabe im Lebensumfeld sicherstellen“ wird festgehalten, dass Aktivitäten im Außenbereich die Selbstachtung und Unabhängigkeit von Menschen mit dementiellen Beeinträchtigungen steigern (BMASGK, 2015). Heimerl et al. (2019) postulieren diesbezüglich, dass die Partizipation von Menschen mit Demenz deren Gesundheit fördert, da sie der Stigmatisierung durch die Erkrankung entgegenwirkt.

Als wesentlich ist hierbei zu bemerken, dass die Idee der Teilhabe von Menschen mit Demenz nicht jene ist, spezielle „Demenz-Angebote“ zu schaffen, sondern viel mehr bereits bestehende Gruppen (wenn möglich) für Menschen mit Demenz zu öffnen, um echte Teilhabe und nicht erneute Segregation zu schaffen (Wißmann & Ganß, 2020).

Neben der gesundheitsfördernden Wirkung von Betätigung und sozialer Eingebundenheit haben Menschen mit Demenz auch ein grundsätzliches Recht auf Teilhabe an der Gesellschaft (Wißmann, 2017). Derzeit wird diese häufig noch durch die oben beschriebene Stigmatisierung und die tatsächlichen Verluste von Alltagskompetenzen im Zuge des Krankheitsverlaufs verunmöglicht. Dies betonen auch Krappinger et al. (2021), die festhalten, dass gesundheitsförderliche Angebote oft nur wenig oder zögerlich in Anspruch genommen werden. Es wird dabei postuliert, dass Wissensvermittlung und die Sichtbarmachung von Möglichkeiten gesellschaftlicher Teilhabe, besonders aber auch die Schaffung von Begegnungsräumen, eine entstigmatisierende Wirkung haben können.

3.4. Unterstützung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen

Im Österreichischen Demenzbericht 2014 ist festgehalten, dass es im Feld der Diagnosestellung noch einige Herausforderungen gibt, welche es zu bewältigen gilt. Je früher die Diagnose einer dementiellen Erkrankung gestellt wird, desto mehr Möglichkeiten haben Betroffene und Angehörige sich über die Krankheit zu informieren und auf den weiteren Verlauf einzuwirken, bzw. unter Umständen auch reversible Ursachen der Symptomatik auszuschließen. Häufig findet die Diagnosestellung jedoch zu spät statt, da frühe Anzeichen nicht erkannt oder bagatellisiert werden – auch hier spielt wieder das mit der Demenz verbundene und bereits erläuterte Stigma eine Rolle (Rossa, 2015). Auch in der wissenschaftlichen Literatur finden sich Belege dafür, dass die mit dem Stigma verbundene Scham über die Demenzerkrankung eines Angehörigen zu sozialem Rückzug und einer verspäteten Diagnosestellung führen (Lopez et al., 2020; Alzheimer's Disease International, 2019).

Die Diagnose einer Demenz steigert vor allem in der ersten Zeit nach der Diagnose das Risiko eines Suizids. Das Risiko steigt zusätzlich bei psychiatrischen Vorerkrankungen und wenn die Diagnose in relativ jungem Alter (unter 60 Jahren) gestellt wird (NaSPro, 2024). Die Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ des nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland (NaSPro, 2024, S. 12) betont, dass ...

„die Mitteilung einer Demenzdiagnose als sogenannter kritischer Eingriff angesehen werden und mit besonderer Empathie, Sorgfalt, engmaschiger Unterstützung und nach Möglichkeit unter Einbeziehung von Angehörigen und anderen Nahestehenden erfolgen“ muss.

Es wird dargestellt, dass es aufgrund der in Österreich sehr geringen Datenlage schwierig ist, konkrete Aussagen über die ärztliche Versorgung von Menschen mit Demenz zu treffen. Die im Rahmen des Österreichischen Demenzberichts ausgewerteten Daten legen jedoch nahe, dass Menschen mit Demenz mehrheitlich von Hausärzt*innen und eher in geringem Maße von Fachärzt*innen (Neurologie/Psychiatrie) betreut werden. Gleichzeitig wird im Bericht die Empfehlung ausgesprochen, dass es eine Spezialausbildung für Allgemeinmediziner*innen braucht, um diese besser für die

Aufgaben rund um das Thema Demenz zu wappnen. Des Weiteren wird festgehalten, dass neben der bereits erwähnten Stigmatisierung der Demenz auch das Nicht-Veranlassen einer Diagnose durch die Ärzt*innen Gründe für eine späte Diagnose sein können (Rossa, 2015; Robausch & Grün, 2015).

Rappold et al. (2021) plädieren für eine optimale Versorgung von Menschen mit Demenz durch eine verstärkte Schulung und Sensibilisierung der Hausärzt*innen.

Die Leitlinie „Demenz im Alter“ des Competence Center Integrierte Versorgung der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) empfiehlt für die hausärztliche Praxis Angebote für Bezugspersonen von Menschen mit Demenz im Sinne der Prävention von Erkrankungen:

„Inhaltlich sollten neben der allgemeinen Wissensvermittlung zur Erkrankung das Management in Bezug auf Patientenverhalten, Bewältigungsstrategien und Entlastungsmöglichkeiten für die Angehörigen sowie die Integration in die Behandlung der/des Demenzerkrankten im Vordergrund stehen.“ (Rieder et al., 2020, S. 138)

Des Weiteren wird für die hausärztliche Praxis als Expert*innenkonsens empfohlen, dass Angehörige und Betroffene *„in angemessenem Rahmen aufgeklärt“* werden, ...

„wobei sich Art und Inhalt der Aufklärung am individuellen Informationsbedarf und -wunsch sowie am Zustandsbild der/des Betroffenen orientieren.“
(Rieder, et al., 2020, S. 58)

Neben der Benennung der Diagnose sollten auch Therapiemöglichkeiten und Verhaltensweisen im Umgang mit der Erkrankung besprochen werden. Auch soziale Unterstützung, Aspekte gesellschaftlicher Teilhabe und die Erschließung und Koordination von Versorgungsleistungen sollten thematisiert werden. Es wird formuliert, dass die Aufklärung und Beratung als multiprofessionelle Aufgabe zu verstehen ist und dass diese möglichst frühzeitig und den Krankheitsverlauf begleitend erfolgen sollte (Rieder, et al., 2020, S. 58).

Die Vielzahl der Angebote, die es in Österreich gibt, erschweren die erste Phase nach der Diagnose. In der Österreichischen Demenzstrategie ist im Wirkungsziel 6 als Herausforderung festgehalten, dass viele Menschen überfordert von der zersplitterten Angebotslandschaft sind und oft Schwierigkeiten haben, die für sie passende Unterstützung zu finden:

„Für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen und deren An- und Zugehörige gibt es in Österreich zwar eine Vielzahl an Informations-, Beratungs- und Betreuungsangeboten. Allerdings ist das Angebot oft zersplittert und wenig übersichtlich. Gerade in belastenden Situationen ist es für Menschen oft schwierig, sich zielgerichtete Informationen zu beschaffen, nicht zuletzt auch deshalb, weil Demenz nicht bzw. nicht früh genug erkannt wird. Angst und Scham vor der Krankheit führen zu Rückzug, Unterstützung wird oft nicht angenommen. Dies hat zur Folge, dass die Krankheit erst spät wahrgenommen und noch später diagnostiziert wird.“ (BMASGK, 2015, S. 42)

Aus diesen Gründen ist es einerseits wichtig, Strukturen zur Unterstützung einer frühzeitigen Diagnose zu schaffen und in weiterer Folge niederschwellige Möglichkeiten zur Unterstützung rund um eine Demenzdiagnose zu bekommen, welche sich auf die Gestaltung einer positiven Zukunft ausrichten und möglich frei von Stigmatisierung sind (Graham, 2022). Erlangsen et al. (2020) stellen in diesem Zusammenhang auch eine Verbindung zwischen dem Ausbau von niederschweligen Unterstützungsangeboten, die Menschen nach der Diagnosestellung begleiten, und der Reduktion des Suizidrisikos her. Nach dem ersten Schock sind Menschen häufig froh, Klarheit über ihre Erkrankung zu haben und damit Zeit zu gewinnen, passende Unterstützung zu suchen und Vorbereitungen für die Zukunft zu treffen (Robinson, 2021).

Nori Graham, Honorary Vice President of Alzheimer's Disease International (ADI), United Kingdom, hält im Welt-Alzheimer-Bericht 2022 vier Kernelemente in der Begleitung nach der Diagnose fest:

- *„Information: nach der Diagnosestellung sollte allen Betroffenen und Angehörigen eine Kontaktinformation zur Alzheimer-Gesellschaft mitgegeben werden.*
- *Psychologische und persönliche Unterstützung:*
 - *wichtig ist hier eine konkrete Person, die zuhört und unterstützt und bei der Suche nach dem geeigneten Angebot für die Person unterstützt*
 - *außerdem sind Selbsthilfegruppen für Betroffene und Angehörige sinnvoll und wichtig, damit ein Austausch mit Menschen in einer ähnlichen Lebenssituation möglich ist und gegenseitiges Lernen stattfindet*
- *Regelmäßige medizinische Kontrollen: es ist wichtig, die Medikamente laufend im Blick zu haben und bei Bedarf anzupassen. Zudem sollte auf den allgemeinen Gesundheitszustand geachtet werden (Bewegung, Ernährung, Zähne, Augen, Ohren, Füße, soziale Kontakte)*
- *Praktische Unterstützung: Unterstützung im Bereich Wohnungsadaptierung, Inkontinenz, Ernährung, Unterstützung im Haushalt, professionelle Pflege, Tagesbetreuung etc.“ (Graham, 2022, S. 68-69)*

Carpenter et al. (2008) halten bezüglich der Begleitung nach der Diagnose des Weiteren fest, dass das Erstellen eines Behandlungsplans und das Einholen von Informationen rund um die Erkrankungen den Betroffenen und Angehörigen das Gefühl einer aktiven Rolle mit der Möglichkeit der Selbstwirksamkeit geben können.

In Österreich gibt es derzeit noch keine einheitlichen, flächendeckenden Strukturen zur Begleitung von Betroffenen und deren Familien nach einer Demenzdiagnose.

Aufbauend auf die Österreichische Demenzstrategie hält die Task Force Pflege im Ergebnisbericht als Ziel fest:

„Um demenziellen Veränderungen so früh wie möglich begegnen zu können und damit Betroffene, aber auch ihre Familien dabei unterstützen zu können, ihren Alltag entsprechend ihrer Veränderungen anpassen zu können, sind Ärzte und Ärztinnen (z. B. Hausärzte/Hausärztinnen) dafür zu sensibilisieren und zu schulen, diese Veränderungen auch wahrzunehmen und an entsprechende Fachärzte/Fachärztinnen bzw. – im Sinne von ‚Social Prescribing‘ – an eine nicht-

medizinische Fachkraft weiter zu verweisen. Durch frühe Erkennung und früh einsetzende soziale, psychologische, nicht-medikamentöse oder medikamentöse Unterstützung kann der Fortschritt der Demenz verlangsamt werden bzw. können Betroffene lernen, mit den Veränderungen besser zu leben. Damit kann es den Betroffenen ermöglicht werden, länger selbstständig zu leben. Nach der Diagnose bzw. nach dem Erkennen der demenziellen Veränderungen können Betroffene von einer spezialisierten Fachkraft dabei unterstützt werden, ihren Alltag zu organisieren. Diese Fachkraft (auch Link Worker, Social Prescriber, Well-Being Coordinator, Buddy, Navigator etc.) hat eine Lotsenfunktion und identifiziert in Folge in Abstimmung mit der betroffenen Person nicht-medizinische Maßnahmen und Aktivitäten. Dazu zählen z. B. helfen, die Symptome zu verstehen und zu handhaben, unterstützen, die sozialen Kontakte aufrechtzuerhalten und neue zu knüpfen, Kontakt zu anderen Betroffenen und deren Familien ermöglichen, helfen, zukünftige Entscheidungen zu treffen, und helfen, die spätere Versorgung zu planen.“ (Rappold et al., 2021, S. 30-31)

Social Prescribing im Rahmen der Primärversorgung kann dementsprechend also die Möglichkeit darstellen, einerseits Demenzen früher zu erkennen und andererseits frühzeitige Unterstützung für die Bewältigung des Lebens der Betroffenen und Angehörigen mit der Erkrankung zu erhalten.

Mir et al. (2019) heben diesbezüglich ebenfalls hervor, dass das Setting der Primärversorgung ein wichtiges Setting der Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz ist. Auch aus internationaler Perspektive beurteilt Robinson (2021) das Setting der Primärversorgung grundsätzlich als einen geeigneten Ort für den Beginn eines Diagnoseprozesses und im weiteren Verlauf die Begleitung der Angehörigen und Betroffenen. Durch die Vertrautheit der Umgebung und die regelmäßige Konsultation können erste Verdachtsmomente aufgegriffen und ein Diagnoseprozess angestoßen werden. Das Setting eines multiprofessionellen Primärversorgungszentrums wird ebenfalls als positiv beschrieben.

Rappold et al. betonen im Rahmen der Empfehlungen der Taskforce Pflege bezüglich der nachhaltigen Entlastung und Unterstützung von Angehörigen die Wichtigkeit ...

„der Kontinuität der Beratung durch die Organisation einer zentralen Ansprechperson [...], die über den gesamten Zeitraum begleitet (im Sinne einer Lotsenfunktion), von punktuellen Telefonkontakten bis hin zu regelmäßigen Kontakten (d. h. Angehörige sollen nicht ständig wechselnden Ansprechpersonen gegenüberstehen).“ (Rappold et al., 2021; S. 29)

Bezüglich der pflegerischen Versorgung von Menschen mit Demenz ist, wie schon einleitend erwähnt, zu sagen, dass die Mehrheit der Betroffenen im häuslichen Umfeld lebt und von Angehörigen betreut wird (Schneider & Deufert, 2015a; Harm & Hoschek, 2015).

Der Österreichische Demenzbericht 2014 sieht für eine optimale Versorgung von Menschen mit Demenz für die professionelle Pflege, vor allem im stationären Setting, die Notwendigkeit eines *„Umdenken in Richtung mehr Betreuung und Begleitung“* (Schneider & Deufert, 2015b, S. 70). Dafür notwendig sind neben geeigneten Betreuungskonzepten und Qualifikation der Pflegenden, sehr wesentlich auch ein Personalschlüssel, welcher den höheren Zeitaufwand berücksichtigt, der für die Begleitung von Menschen mit Demenz notwendig ist (Schneider & Deufert, 2015b).

In der häuslichen Versorgung berichtet Wild (2015) im Österreichischen Demenzbericht 2014 von einer nicht ausreichenden Ausbildung zum Thema Demenz bei den Pflege- und Betreuungsberufen. Sie kritisiert außerdem die Kooperation der Versorgungspartner*innen als nicht ausreichend, auch im Hinblick auf eine fehlende gemeinsame Steuerung von Gesundheits- und Sozialsektor. Ein weiterer Kritikpunkt innerhalb der häuslichen Versorgung ist laut Wild (2015), dass es nicht ausreichend flexible Betreuungsmodelle für Menschen mit Demenz gibt. An dieser Stelle muss angemerkt werden, dass seit der Verfassung des Österreichischen Demenzberichts bereits zehn Jahre vergangen sind, eine aktuellere österreichweite Betrachtung der Versorgungslage liegt jedoch derzeit nicht vor.

4. Social Prescribing

4.1. Ablauf und Definition von Social Prescribing



Abbildung 3: Ablauf einer Social Prescription (Haas et al., 2019, S.2)

Wie in Abbildung 3 ersichtlich überweisen beim Social Prescribing Angehörige der Gesundheitsberufe Menschen mit unterschiedlichen gesundheitlichen und sozialen Problemlagen zu nicht-klinischen Interventionen des sogenannten ‚Dritten Sektors‘, welche das Ziel der Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens haben (Haas et al., 2019).

Zielgruppe sind Menschen, welche ein gesundheitsrelevantes, nicht medizinisches Problem haben und damit in der Primärversorgung Unterstützung suchen (ca. jede fünfte Patient*in) (Social Prescribing Network, 2016).

Rothe & Heiss (2022, S. 5) benennen in den Ergebnissen in ihrem Review zwei Zielgruppen für Social Prescribing:

- „(1) individuals with psychosocial and mental health issues and
- (2) individuals with physical health issues“.

Der National Health Service (NHS) in England formuliert in einer Veröffentlichung die Zielgruppen für Social Prescribing relativ weit, nämlich folgendermaßen:

„Social prescribing particularly works for a wide range of people, including people:

- *with one or more long-term conditions*
- *who need support with their mental health*
- *who are lonely or isolated*
- *who have complex social needs which affect their wellbeing.”*

(NHS England and NHS Improvement, 2020, S. 7)

Diese Definitionen sind insgesamt relativ allgemein formuliert und beschreiben keine speziellen gesundheitlichen oder sozialen Problemlagen. Menschen mit Demenz und deren Angehörige lassen sich in unterschiedliche Gruppen einordnen, sie sind sowohl häufig von sozialer Isolation und Einsamkeit betroffen, haben Bedarfe auf der Ebene der psychosozialen Gesundheit und des Wohlbefindens und Demenz lässt sich als chronisch progredient fortschreitende Erkrankung in die Kategorie einer „*long-term condition*“ (NHS England and NHS Improvement, 2020) einordnen.

Es gibt unterschiedliche Möglichkeiten, von welcher Stelle die Social Prescription ausgestellt werden kann. Der NHS England (2020) fasst unterschiedlichste Möglichkeiten zusammen: neben der Hausarztpraxis und dem Entlassungsmanagement der Krankenhäuser können auch Gemeinden, Polizei, Feuerwehr, soziale Dienste, Freiwilligenorganisationen etc. zum Social Prescribing überweisen. Des Weiteren gibt es die Möglichkeit von „*self referral*“ (‘Selbstmeldung’), bei welcher sich Personen selbst für eine Social Prescription melden (NHS England and NHS Improvement, 2020).

Wie in Kapitel 3.2. noch näher erläutert wird, sind die ersten Projekte im Bereich des Social Prescribings in Österreich ausschließlich im Bereich der Primärversorgung verortet. Die Zuweisung kann, wie in Abbildung 3 dargestellt, durch Professionist*innen aus dem Gesundheitsbereich (Allgemeinmediziner*innen, Krankenpflege, andere Professionen) erfolgen.

Das konkrete Herausarbeiten der personalisierten Interventionen geschieht häufig durch eine Person mit ‚Link-Worker‘-Funktion, welche einen detaillierten Überblick über die Angebote und Möglichkeiten in der Wohnumgebung der Patient*innen hat. Wichtig ist im Zuge dessen festzuhalten, dass es sich beim Link Working um eine Methode und nicht eine eigene Berufsgruppe handelt (Rojatz, et al., 2021a).

Die im Zuge von Social Prescribing verschriebenen Interventionen werden personalisiert und sind sehr breit gefächert. Angepasst an die unterschiedlichen Problemlagen, richten sie sich häufig auch nach danach, welche Angebote in der Region verfügbar sind und inwiefern Zugangsschwellen wie Anfahrtswege, Kostenbeiträge etc. vorhanden sind (Ecker, 2021).

Wesentlich ist, dass die Auswahl der Intervention gemeinsam mit den Patient*innen geschieht und die „social prescription“ so an den tatsächlichen Interessen und Wünschen der Personen ausgerichtet ist. Dies wird auch in folgender Definition des Social Prescribing Networks (2016), einem Netzwerk in Großbritannien, welches sich seit 2015 für die Weiterentwicklung und Implementierung von Social Prescribing einsetzt, gut herausgearbeitet:

„A means of enabling GPs and other frontline healthcare professionals to refer patients to a link worker – to provide them with a face to face conversation during which they can learn about the possibilities and design their own personalised solutions, i.e. ‚co-produce‘ their ‘social prescription’ – so that people with social, emotional or practical needs are empowered to find solutions which will improve their health and wellbeing, often using services provided by the voluntary and community sector.“ (Social Prescribing Network, 2016, S. 19)

Interessant ist, dass Social Prescribing sehr unterschiedlich ablaufen kann. Sowohl die Art und Intensität der Vermittlung und Begleitung, aber auch die konkrete Zielgruppe der Klient*innen kann je nach Social Prescribing - Programm unterschiedlich sein (Rothe & Heiss, 2022). In Abbildung 4 sind beispielsweise unterschiedliche Formen der Umsetzung von Social Prescribing dargestellt, welche stark nach Zielgruppen und Art der Begleitung unterscheidet (Rojatz et al., 2021b).

Umsetzungsformen von Social Prescribing

Bezeichnung	Zielgruppe	Begleitung
„aktives Wegweisen“ (Active Signposting)	sehr selbstständige und selbstbewusste Menschen	einmalige, rasche und einfache Information über bestehende Ressourcen in der Region (z. B. Folder) (Kimberlee 2015).
Social Prescribing light	Patientinnen und Patienten mit speziellen Risikofaktoren oder vulnerable Gruppen	Vermittlung der Patientinnen und Patienten entsprechend ihren Bedürfnissen an passende Angebote und Programme. Eine Bindung der Patientin/des Patienten zum Projekt erfolgt nicht.
Social Prescribing medium oder Local Area Coordination	fokussiert auf bestimmte Zielgruppen, wie z. B. Menschen mit Behinderungen, psychischen Problemen, und ältere Menschen und deren Familien und Betreuer:innen	langfristiger Ansatz, der auf bestimmte Zielgruppen ausgelegt. Identifiziert hauptsächlich die Notwendigkeit von mehreren spezifischen Bedürfnissen der Patientin/des Patienten aus der Sicht der behandelten Person und verweist zu Ressourcen, die weiterhelfen können. Patientinnen und Patienten werden dabei unterstützt, ein aus ihrer Sicht, gutes Leben zu führen; durch Einbindung in die Gemeinschaft als teilhabende:r Bürger:in, Finden praktischer nicht-Service bezogener Lösungen für Probleme und Förderung offenerer und unterstützender Gemeinschaften
Ganzheitliches Social Prescribing	Kein Fokus auf eine bestimmte Zielgruppe, speziell Menschen die einer größeren, längerfristigen Unterstützung bedürfen (NHS 2020).	Die Person mit Link Working Funktion arbeitet mit keiner spezifischen Zielgruppe mit einem spezifischen Problem, sondern er oder sie versucht die Hauptbedürfnisse der Patientin/des Patienten zu decken und in Zusammenarbeit mit diesen ihr allgemeines Wohlbefinden zu verbessern (Kimberlee 2015) Ggf kann die Zahl möglicher Kontakte mit der Fachkraft mit Link Working Funktion begrenzt sein. Im Britischen Gesundheitssystem hat die Person mit LWF, zum Beispiel durchschnittliche 6–12 Kontakte mit jeder Klientin/ jedem Klienten und betreut bis zu 250 Menschen pro Jahr (NHS 2020).

Quelle: Maier (2021), Kimberlee (2015), NHS (2020); Darstellung: GÖG

Abbildung 4: Umsetzungsformen von Social Prescribing (Rojatz et al., 2021b, S. 4)

Beim „aktiven Wegweisen/active signposting“ werden die Menschen einmalig mittels Folder über bestehende Angebote in ihrer Umgebung informiert. Des Weiteren wird zwischen Social Prescribing light, Social Prescribing medium und ganzheitlichem (holistischem) Social Prescribing unterschieden.

Bei „Social Prescribing light“ wird auf Menschen mit speziellen Risikofaktoren oder vulnerablen Gruppen fokussiert. Diese werden zu passenden, oft unabhängig von der Primärversorgung bestehenden, Strukturen weitervermittelt. Kimberlee (2015) beschreibt diese Form der Umsetzung als die vermutlich häufigste Form von Social Prescribing.

Bei „*Social Prescribing medium*“ werden spezielle Zielgruppen in den Fokus genommen und durch einen „*health facilitator*“ (vergleichbar mit einer Person mit Link Working-Funktion) unterstützt. Die Themen der Begleitung orientieren sich dabei stark nach den Empfehlungen der zuweisenden Person (Kimberlee, 2015).

Beim „*ganzheitlichen Social Prescribing*“ wird nicht auf spezielle Zielgruppen begrenzt. Mit einem holistischen und präventiven Ansatz wird gemeinsam mit den Patient*innen erarbeitet, was ihrem Wohlbefinden zuträglich ist und wie sie dabei unterstützt werden können (Kimberlee, 2015). Die beiden von der Gesundheit Österreich GmbH durchgeführten Projektcalls zum Thema Social Prescribing orientierten sich am holistischen Ansatz des Social Prescribings.

Im Handbuch „Social Prescribing in der Primärversorgung“ wird dazu Folgendes formuliert:

„Es [der holistische Ansatz, Anm. CL] ermöglicht sich mit einem weiten Spektrum an Bedürfnissen der Menschen auseinanderzusetzen und gemeinsam mit diesen Lösungen zu erarbeiten. Sollte nicht gleich das umfassende Social Prescribing Modell umsetzbar sein in Ihrer Einrichtung, können in einem ersten Schritt auch Vorformen angedacht werden.“ (Rojatz et al., 2021b, S. 4)

Innerhalb eines Social Prescribing-Prozesses gibt es unterschiedliche Punkte, an denen beeinflussende Faktoren positiv oder negativ auf den Fortlauf des Prozesses einwirken können. Husk et al. (2020) haben diese Faktoren in ihrer Studie untersucht – siehe dazu Abbildung 5.

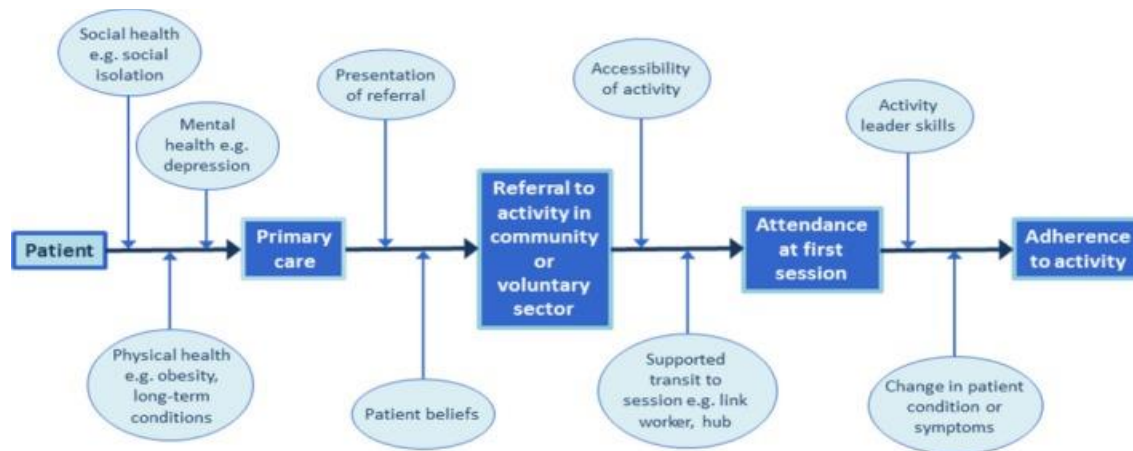


Abbildung 5: Social Prescribing Pathway (Husk et al., 2020, S. 318)

Der Prozess beginnt damit, dass ein*e Patient*in mit einer Problematik in die Primärversorgungseinheit kommt und ihr ein Vorschlag für ein Angebot im Sinne der Gesundheitsförderung unterbreitet wird. Der Schritt der Zuweisung zum Link Working und die dabei möglicherweise beeinflussenden Faktoren werden in der Studie nicht betrachtet.

Abhängig davon, ob die Überweisung zu einem Angebot in einer für den*die Patient*in passenden Art durchgeführt wird und ob dies den Vorstellungen und Erwartungen der Patient*innen entspricht, wird der Vorschlag eher angenommen oder nicht. In weiterer Folge ist die Niedrigschwelligkeit in Bezug auf Kosten, örtlicher Erreichbarkeit, Tageszeit des Angebots etc. ausschlaggebend, ob der*die Patient*in tatsächlich an dem Angebot teilnimmt. In Bezug auf die physische Erreichbarkeit sind auch das subjektive Sicherheitsgefühl der Patient*innen und ob die Personen im ländlichen Raum oder in der Stadt leben wesentliche Aspekte (Husk et al., 2020).

Das Ausmaß der Unterstützung für den ersten Kontakt zum Angebot bzw. auch den ersten tatsächlichen Besuch ist ebenfalls relevant, ob der Vorschlag tatsächlich angenommen wird. Schriftliche Informationen zum Angebot und Daten von Kontaktpersonen vor Ort helfen den Patient*innen beim Übergang. Ein Follow-Up-Telefonanruf des*der Link Worker*in oder auch weitere persönliche Termine nach dem Vorschlag eines Angebots werden ebenfalls als hilfreich beschrieben, um das Angebot tatsächlich auszuprobieren (Husk et al., 2020).

Die für die Aktivitäten verantwortlichen Personen und deren Kompetenzen beeinflussen maßgeblich, ob Menschen, die ein vermitteltes Angebot im Rahmen von Social Prescribing besucht haben, dieses tatsächlich auch längerfristig besuchen. Dabei sind eine vertrauensvolle Beziehung wichtig sowie die Fähigkeit, psychologische und motivationale Unterstützung zu bieten und ein positives Umfeld zu gestalten. Ein weiterer Faktor, ob eine Aktivität längerfristig beibehalten wird, ist, ob es eine Veränderung in der Situation des*der Patient*in gibt (Husk et al., 2020).

Wie schon erläutert, kann Social Prescribing bei Personen unterschiedlichen Alters und unterschiedlichen Lebenslagen zur Förderung der Gesundheit eingesetzt werden. Abbildung 6 gibt einen Überblick über den beforschten Nutzen von Social Prescribing auf der Ebene der Patient*innen und der Gesellschaft, sowie der Bedeutung für die Gesundheitseinrichtungen bzw. das Gesundheitssystem (Rojatz et al., 2021b).

 Patientinnen und Patienten	 Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitssystem	 Gemeinschaft und Gesellschaft
» Gestiegenes Wohlbefinden und verbesserte Gesundheit (Farenden et al. 2015; Kimberlee et al. 2014; Kimberlee 2015; Vidovic et al. 2021). » Zuversicht für Zukunft (Bertotti et al. 2018) » Reduktion von Einsamkeit (Moffatt et al. 2017; Vidovic et al. 2021) » Stärkung des sozialen Netzwerks und des Gefühls sozialer Verbundenheit (Woodall et al. 2018) » Steigerung körperlicher Aktivität (Kimberlee et al. 2014) » Stärkung von Selbstbewusstsein, Kontrollvermögen und die Selbstständigkeit (Farenden et al. 2015; Thomson et al. 2015). » Stärkung der Gesundheitskompetenz (Elston et al. 2019) » Frühzeitige und niederschwellige bedarfsorientierte Versorgung » Stärkung der Verbindung mit der Gemeinde („community connectedness“) (Tierney et al. 2018; Vidovic et al. 2021)	Gesundheitseinrichtung » Entlastung der Fachkräfte in der Primärversorgung, durch die Möglichkeit gesundheitsrelevante Bedürfnisse zu adressieren (Haas et al. 2021) » Aktivierende Beteiligung von Patientinnen an ihrer med. Behandlung (White et al. 2010) » Reduktion des Patientenaufkommens in der Primärversorgung (Husk et al. 2020; Polley et al. 2017a; Vidovic et al. 2021) und Krankenhäusern (Vidovic et al. 2021) » Reduktion von Kosten und Zeitaufwand (Husk et al. 2020) Gesundheitssystem » Kostenreduktion durch Reduktion des Patientenaufkommens und Gesundheitsgewinn: Return of Investment 2.7 Euro pro 1 Euro im ersten Jahr (Polley et al. 2017a). » Umdenken in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung außerhalb des formellen, rein medizinischen Gesundheitssystems (Antosik 2020)	Gemeinschaft (Vidovic et al. 2021): » Kapazitätsentwicklung in Gemeinden » Stärkere Nutzung von Gemeindeeinrichtungen » Mehr Gemeinschaftsaktivitäten Gesellschaft » Entlastung des Gesundheitssystems durch Reduktion des Patientenaufkommens (Bickerdike et al. 2017). » Stärkung von sozialer Inklusion und von sozialem Zusammenhalt (Thomson et al. 2015) » Umdenken hin zu einer gesamtgesellschaftlichen Betrachtung von Gesundheit (Antosik, 2020)

Darstellung: GÖG

Abbildung 6: Nutzen von Social Prescribing (Rojatz et al., 2021b, S. 6)

Auf der Ebene der Patient*innen werden unter anderem gesteigertes Wohlbefinden und verbesserte Gesundheit, die Reduktion von Einsamkeit und die Stärkung des sozialen Netzwerks als Nutzen von Social Prescribing beschrieben (Rojatz et al., 2021b).

Gesundheitseinrichtungen profitieren von Social Prescribing durch eine Entlastung der Fachkräfte in den Primärversorgungseinheiten (PVE), da diesen ein Rahmen gegeben wird, gesundheitsrelevante Bedürfnisse zu adressieren. Social Prescribing kann des Weiteren die Reduktion des Patient*innenaufkommens in der PVE und Krankenhäusern sowie von Kosten und Zeitaufwand mit sich ziehen. Auf der Ebene des Gesundheitssystems kann es durch die Implementierung von Social Prescribing zu einem Umdenken kommen, da neben medizinischen auch gesundheitsbezogene nicht-medizinische Themen in den Fokus gerückt werden (Rojatz et al., 2021b).

Die dritte Säule, welche Nutzen aus Social Prescribing zieht, sind laut Rojatz et al. (2021b) die Gemeinschaft und Gesellschaft. Hier wird auf Gemeindeebene die stärkere Nutzung von Gemeindeeinrichtungen beziehungsweise die Entwicklung von Kapazitäten für die Gemeinde beschreiben. Gesellschaftlicher Nutzen entsteht einerseits durch die Stärkung des gesellschaftlichen Zusammenhalts und der sozialen Inklusion sowie dem, schon auf der Ebene des Gesundheitssystems beschriebenen, Umdenken hinsichtlich der Rolle von Gesundheit und der Entlastung des Gesundheitssystems (Rojatz et al., 2021b).

4.2. Social Prescribing in Österreich

In Österreich gibt es derzeit erste Ansätze, in denen Erfahrungen mit Social Prescribing gesammelt werden. Von Juni bis Dezember 2021 führte die Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz das Projekt „Vorbereitung und Umsetzung – Modellregionen Social Prescribing“ durch. Dabei wurden neun Einrichtungen aus dem Bereich der Primärversorgung in vier Bundesländern beim Aufbau von Social Prescribing begleitet und mit einer Fördersumme von insgesamt 285.000 Euro unterstützt. In einem anschließenden Follow-Up Call (Rojatz et al., 2023) wurden die Einrichtungen eingeladen, die 2021 begonnene Arbeit fortzusetzen – sechs der neun Einrichtungen

arbeiteten daraufhin tatsächlich bis Ende 2022 weiter am Aufbau von Social Prescribing. Für den Follow-Up Call (September – Dezember 2022) stellte das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz insgesamt 108.000 Euro zur Verfügung (https://goeg.at/foerdercalls_socialprescribing; Zugriff: 08.01.2024).

Die Gesundheit Österreich GmbH formuliert auf ihrer Homepage (https://goeg.at/foerdercalls_socialprescribing; Zugriff: 08.01.2024):

„Social Prescribing gilt als vielversprechender Ansatz, um die psychosozialen Bedürfnisse und die soziale Gesundheit von Menschen besser in den Blick zu nehmen und insbesondere auch für benachteiligte und belastete Bevölkerungsgruppen den Zugang zu gesundheitsförderlichen Angeboten sicherzustellen.“

Folgende Einrichtungen wurden von der Projektsteuergruppe (bestehend aus Vertreter*innen des BMSGPK, des Dachverbands der Sozialversicherungsträger, der ÖGK und der Stadt Wien) zur Förderung empfohlen (Tabelle 1):

*Tabelle 1: beteiligte Einrichtungen am Projekt „Vorbereitung und Umsetzung – Modellregionen Social Prescribing“ – Juni-Dez 2021 (Einrichtungen, die an dem Follow-Up Call (Juni-Dez 2022) teilnahmen sind mit * markiert) (https://goeg.at/foerdercalls_socialprescribing; Zugriff: 08.01.2024- eigene Darstellung)*

Burgenland	• Gesundheitsnetzwerk Raabtal*
Oberösterreich	• Hausarztmedizin Plus Haslach*
Steiermark	• Primärversorgungszentrum MEDIUS – Zentrum für Gesundheit* • Allgemeinmedizin Graz Gries
Wien	• AmberMed* • Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin Dr. Ouhadi/Dr.ⁱⁿ Pilz* • Medizin Mariahilf Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin OG • Neunerhaus* • Teampraxis Breitenecker

Die Gesundheit Österreich GmbH (Rojatz et al., 2021a) und der Bericht der externen Evaluation (Schachner et al., 2021) der ersten Förderphase (Juni bis Dezember 2021) kommen abschließend zum ersten Projekt-Call zu dem Schluss, dass der Nutzen und die Wirkung von Social Prescribing von Praktiker*innen und Patient*innen als überwiegend positiv wahrgenommen wurde – sowohl auf der individuellen Patient*innenebene als auch auf der Ebene der Einrichtung und auf einer gesamtgesellschaftlichen Ebene. Gleichzeitig wurde jedoch auch noch Klärungsbedarf im Bereich unterschiedlicher Aspekte identifiziert. Einerseits wurde das Konzept des Social Prescribing als „(zu) *holistisch*“ (Rojatz et al., 2021a, S. 13) erlebt – es besteht hier Bedarf an einer genaueren Abgrenzung, was das Konzept (nicht) umfassen soll. Andererseits bedarf es einer Klärung der erforderlichen Rahmenbedingungen für die Implementierung von Social Prescribing.

Im Februar 2023 startete ein weiteres Pilotprojekt „Social Prescribing in der Primär- und pädiatrischen Versorgung“, im Rahmen dessen bis Juli 2024 15 Einrichtungen in fünf Bundesländern mit insgesamt rund 753.000 Euro gefördert werden (https://goeg.at/foerdercalls_socialprescribing; Zugriff 8.1.2024) – siehe dazu Tabelle 2.

Tabelle 2: beteiligte Einrichtungen am Projekt „Social Prescribing in der primär- und pädiatrischen Versorgung“ – Feb 2023-Juli 2024 (https://goeg.at/foerdercalls_socialprescribing; Zugriff 8.1.2024- eigene Darstellung)

Niederösterreich	• PVN Melker Alpenvorland • PVZ Purgstall Auer & Partner Allgemeinmedizin GmbH • PVZ St. Pölten
Oberösterreich	• Die Hausärzte Ennser Allgemeinmediziner Dres. Eichner, Hockl, Maschek, Pfaller, Prey, Rinnerberger, Sonne-Schneiderbauer und Winkler GmbH • Gesundheitspark Ried • Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin Dr. Elmar Tockner & Dr. Bernhard Koizar OG • PVN Neuzeug-Sierning
Salzburg	• Gesundheitszentrum Saalfelden • Ordination Dr. Richard Barta – Arzt für Allgemeinmedizin
Steiermark	• Allgemeinmedizinische Praxis Dr. Rosa Maria Ernst
Wien	• Dr. Regina EWALD & Partner, Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin OG, • Primärversorgung Donaustadt – Primary Health Care • Kinder und Jugendgesundheit Leuchtturm • Kinderordination Alsergrund • neunerhaus Gesundheitszentrum • PVE Sonnwendviertel Cichocki-Gomez Pellin-Huter Allgemeinmediziner GmbH

Als Ziele für die Einrichtungen werden der Aufbau von Social Prescribing bzw. konkret folgende Punkte angeführt:

- **„Sensibilisierungsarbeit:** Informations- und Kommunikationsaktivitäten mit dem Ziel, das Bewusstsein für die Bedeutung von nichtmedizinischen, gesundheitsrelevanten Bedürfnissen zu fördern und das Angebot von Social Prescribing bekannt zu machen
- **Strukturierter Link-Working-Prozess wird etabliert:** Es werden Strukturen und Prozesse in der Einrichtung geschaffen, um Patientinnen und Patienten mit nichtmedizinischen Bedürfnissen strukturiert an eigens dafür geschulte Fachkräfte mit Link Working - Funktion zu vermitteln. Diese entwickeln gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten Handlungspläne und vermitteln sie bei Bedarf an geeignete Angebote.
- **Netzwerkmanagement:** Aus-/Aufbau von regionalen Kooperationen, u. a. durch Recherche einschlägiger Angebote, Austausch mit diesen Angeboten und Erstellung von Angebotslandkarten
- **Maßnahmen zur Qualitätssicherung:** u. a. Supervision, Intervention, Dokumentation
- **Teilnahme an den projektübergreifenden Aktivitäten:** Link-Worker-Schulung, Dokumentation Link Working, programmbezogene Evaluation, Vernetzungstreffen und Entwicklung eines Handbuchs „Social Prescribing“ (https://goeg.at/foerdercalls_socialprescribing; Zugriff 8.1.2024)

Die Gesundheit Österreich GmbH stellt in ihrer Berichtslegung zu den Projektergebnissen des ersten Förder-Calls des Weiteren fest, dass es parallel zum Social Prescribing auch andere ähnlich gerichtete Maßnahmen und gesundheitspolitische Entwicklungen gibt und es einer weiteren Konkretisierung des Konzepts sowie Überlegungen zu Gemeinsamkeiten und Unterschieden von beispielsweise Community Nursing und Case- und Care-Management bedarf (Rojatz et al., 2021a). In Abbildung 7 ist Social Prescribing im Angebotskanon der österreichischen Gesundheitspolitiklandschaft dargestellt.

Als spezifischer Beitrag des Social Prescribings wird die ...

„Beziehungsarbeit zwischen Patient/innen und Gesundheits-/Sozialberufen, zwischen Primärversorgung und Gesundheits-/Sozialwesen und zwischen Mensch und Gemeinde“ beschrieben (Rojatz et al., 2021a, S. 16).



Quelle: GÖG

Abbildung 7: Übersicht über gesundheitspolitische Entwicklungen und Maßnahmen im Umfeld von Social Prescribing (Rojatz et al., 2021a, S. 16)

4.3. Social Prescribing und Demenz

Die Relevanz von Gesundheitsförderung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen wurde bereits eingehend erläutert. Das Betrachten der psychischen und emotionalen Gesundheit der Betroffenen, wie auch der durch die Erkrankung ebenso stark belasteten Angehörigen, ist essentiell. Im Evaluierungsbericht des Projekts der Gesundheit Österreich wird festgehalten, dass Social Prescribing als eine Möglichkeit gesehen wird, Inklusion zu fördern, da Räume geöffnet werden, welche für die Personen bis dahin nicht zugänglich waren (Schachner et al., 2021).

Haas et al. (2019) halten zudem fest, dass vulnerable Gruppen, wie beispielsweise ältere Menschen, Menschen mit chronischen Erkrankungen, sozial benachteiligte Menschen und Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz, besonders von Social Prescribing profitieren können. Menschen mit Demenz und deren Angehörige sind somit klare Zielgruppen für das Social Prescribing, auch wenn sie nicht explizit genannt werden. Im Folgenden soll ein Einblick in den Stand der Forschung in Bezug auf die Verknüpfung von Social Prescribing und Demenz gegeben werden.

Hamilton-West et al. (2020) beschäftigen sich mit den Potentialen von Social Prescribing speziell für ältere Personen und werfen Fragen auf, welche es von der Forschung zu beantworten gilt. Es wird dargestellt, welche Effekte Social Prescribing auf die Gesundheitsförderung und das Wohlbefinden älterer Menschen haben kann, und es wird das Potential verortet, Schwierigkeiten zu einem frühen Zeitpunkt zu adressieren. Es wird jedoch auch betont, dass sich dieses Potential nur entfalten kann, wenn Forschung und Umsetzung gut zusammenarbeiten und es ausreichend politischen Willen und Investitionen zur Förderung des Zugangs älterer Menschen zu Primär-, vor allem aber auch der Sekundär- und Tertiärprävention gibt.

In Abbildung 8 sind von Hamilton-West et al. (2020) definierte Potentiale für ältere Menschen durch Social Prescribing dargestellt. Der Fokus der Betrachtung liegt hier allgemein auf ältere Menschen und nicht speziell auf Menschen mit Demenz. Trotzdem sind die Ergebnisse nach Ansicht der Autorin der vorliegenden Masterarbeit gut übertragbar und sollen im Folgenden auch mit Studien, die konkret Demenzbetroffene und deren Angehörige betrachten, verknüpft werden.

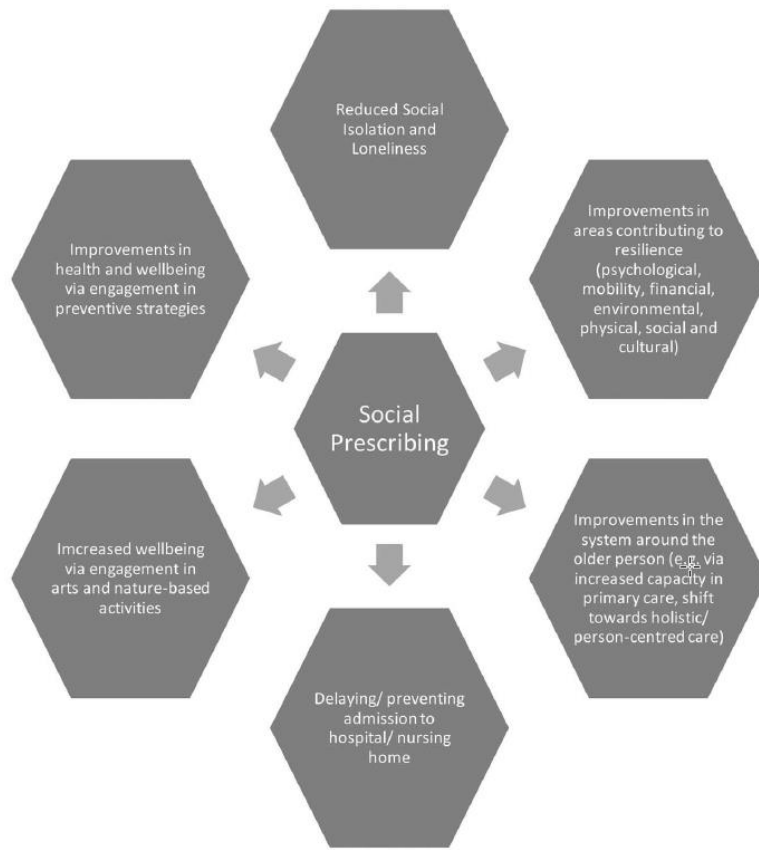


Abbildung 8: Potential benefits of social prescribing for older people (Hamilton-West et al., 2020, S. 324)

In Ländern, in denen Social Prescribing bereits etabliert ist, ist es gängige Praxis die Programme auch für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen anzuwenden. 2019 und 2021 fanden in Großbritannien zwei Konferenzen – veranstaltet von der Initiative Arts4dementia² – zum Thema Social Prescribing und Demenz statt – passend zum in Abbildung 8 formulierten Potential „*increased wellbeing via engagement on arts and nature-based activities*“ (Hamilton-West et al., 2020). Die Initiative Music for Dementia in Großbritannien wiederum hat beispielsweise ein Handbuch für Link Worker verfasst, wie Musik für Menschen mit Demenz eingesetzt werden kann und welchen Nutzen sie bringt. Es wird angeführt, dass neben der Reduktion von Depression, Angst und Agitation beispielsweise auch praktische Fähigkeiten wie die Kommunikation verbessert werden

² <https://arts4dementia.org.uk/>

können. Die Lebensqualität der Menschen mit Demenz kann durch den Einsatz von musikbasierten Interventionen verbessert werden (Music for Dementia, 2021).

Auch Bild und Pachana (2022) betonen in ihrem Review positive Effekte für Menschen mit Demenz von Social Prescribing-Interventionen aus dem Bereich der Musik und Kunst (Museumsbesuche). Es wird im Zuge dessen angeführt, dass Social Prescribing zu einer Verbesserung der kognitiven Funktionen führen kann – jedoch wird dabei auch angemerkt, dass vertiefende Forschung notwendig ist.

„Reduced social isolation and loneliness“ (vgl. auch Abbildung 8) sowohl für Betroffene als auch für die Angehörigen und eine Steigerung des Wohlbefindens und der Lebensqualität durch das Eingebunden-Sein in eine wöchentliche Bewegungs- und Entspannungsgruppe („Happy and Healthy“-Classes) bestätigen Giebel et al. (2021). In der Studie wurde versucht die positiven Aspekte von Bewegung für Menschen mit Demenz und deren Angehörige von Bewegung mit jenen sozialer Eingebundenheit zu vereinbaren. Nach einem sechsmonatigen Follow-Up konnten deutliche positive Effekte nachgewiesen werden.

Ein ebenfalls interessanter Aspekt, der in der Literatur erwähnt wird, ist, dass Menschen mit Demenz durch die Teilnahme an den Aktivitäten des Social Prescribings ein Zugehörigkeitsgefühl zur Gruppe entwickeln und sich dadurch insgesamt ‚zugehöriger‘ fühlen (Baker & Irving, 2016). Bezogen auf die Angehörigen von Menschen mit Demenz stellten Baker und Irving (2016) fest, dass diese zudem als positiv erlebten, wieder eine Aktivität zu haben, welche sie gemeinsam mit ihren an Demenz erkrankten Angehörigen durchführen konnten.

Bezüglich der Evidenzlage bemerken Giebel et al. (2021), Husk et al. (2020) und auch Hamilton-West et al. (2020), dass trotz der großen Dichte von Social Prescribing-Programmen in Großbritannien verhältnismäßig wenige Studien zur Effektivität bzw. in der Qualität eines randomisiert-kontrollierten Studiendesigns gibt. Zudem gibt es noch wenig Forschung, die Social Prescribing-Programme konkret aus der Perspektive der Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen beleuchten, führen Giebel et al. (2021) an.

Evidenz für die Wirkung gesundheitsförderlicher Aktivitäten auf Menschen mit Demenz und deren Angehörige gibt es zahlreich (Tatzer, 2019; Camic et al., 2016; Thompson et al., 2022), jedoch finden die Aktivitäten meist außerhalb des Kontexts von Social Prescribing statt.

Beispiele für den Nutzen von Social Prescribing für pflegende Angehörige werden auch im Kontext der Projekte der Gesundheit Österreich GmbH beschrieben.

In einem Bericht der Gesundheit Österreich GmbH, der als Schulungsunterlage für Angehörige der Gesundheits- und Sozialberufe in der niedergelassenen Primärversorgung dienen soll, wird Social Prescribing beispielhaft als ein Lösungsansatz für Einsamkeit und soziale Isolation erläutert (Fenz et al., 2023).

In einem darin skizzierten Fallbeispiel werden die Situation einer pflegenden Angehörigen und der Prozess des Social Prescribing beschrieben. Als Ausgangssituation wird die Angehörige mit ihrer Problemlage dargestellt:

„[...] Sie [die Angehörige, Anmerkung CL] erzählt ihm [dem Link Worker, Anmerkung CL] 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. [...].“ (Fenz et al., 2023, S. 6)

Im Link Working wird erarbeitet, was eine passende Aktivität für die Frau sein könnte und in welcher Form die Fachkraft mit Link Working-Funktion sie unterstützt:

„[...] 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. [...].“ (Fenz et al., 2023, S. 6)

In weitere Folge wird im Fallbeispiel beschrieben, dass eine passende Aktivität gefunden wurde und wie sich diese auf die Gesundheit der Angehörigen auswirkt:

„[...] 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. [...]“ (Fenz et al., 2023, S. 7)

Auch wenn nicht beschrieben ist, ob der Mann der Angehörigen eine Demenzerkrankung hat, wird an diesem Beispiel sehr klar erkennbar, wo für pflegende Angehörige der Mehrwert des Social Prescribing liegt. Einerseits gewinnt die beschriebene Angehörige eine verloren gegangene Tätigkeit zurück und erlebt dort soziale Teilhabe. Gleichzeitig entsteht die Möglichkeit des Austauschs mit anderen Personen, der entlastend wirkt und das Gefühl der Einsamkeit reduziert. Erwähnenswert scheint dabei, dass gerade die Situation einer pflegenden Angehörigen als Beispiel für Einsamkeit und soziale Isolation gewählt wurde, was die Relevanz von Social Prescribing für diese Gruppe nur noch zusätzlich unterstreicht.

Schachner et al. (2021, S. 42) zitieren im Evaluierungsbericht des Projekts „Vorbereitung und Umsetzung – Modellregionen Social Prescribing“ eine*n Link Worker*in, der*die pflegende Angehörige als typische Zielgruppe für das Social Prescribing nennt:

„Es kommen halt viele Leute sehr häufig, wo dann auch schon viel abgeklärt ist, wo dann praktisch keine Schmerzursache mehr sichtbar ist, wo es dann aber auch oft geholfen hat, wenn man dann so nachgefragt hat: ‚Ja, haben Sie vielleicht Sorgen?‘ oder ‚Haben Sie Stress?‘, oder ‚Was macht Ihnen Sorgen, wie ist es zuhause und wie wohnen Sie zuhause?‘ [...] und dann kommt dann: ‚Ja, natürlich, weil ich, ich pflege meinen Mann seit drei Jahren und natürlich bereitet mir das Sorge!“ (LW1)

Auch Ecker (2021) hält in einer Orientierungshilfe der Gesundheit Österreich GmbH mögliche Formen von Angeboten fest, welche sich zur Vermittlung im Rahmen von Social Prescribing eignen. Darin finden sich konkrete Angebote für Menschen mit Demenz und pflegende Angehörige (Beratungsdienst für pflegende Angehörige, Entlastungsangebote für pflegende Angehörige, Erinnerungscafés für demenzerkrankte Personen und Angehörige).

4.3.1. Angebote im Sinne des Social Prescribings für Menschen mit Demenz und deren Angehörige in Österreich

In Österreich gibt es grundsätzlich zahlreiche Angebote, zu welchen im Rahmen von Social Prescribing im Sinne der Gesundheitsförderung und Förderung der sozialen Teilhabe vermittelt werden könnte.

Im Österreichischen Demenzbericht 2014 ist diesbezüglich jedoch festgehalten:

„der Zugang zu nicht-medikamentösen (psychosozialen) Interventionen ist in Österreich sehr unterschiedlich ausgebaut“, der Bedarf an diesen aber gleichzeitig sehr hoch (Tatzer, 2015, S. 46). Zudem muss auch hier nochmals die Vielfalt und Uneinheitlichkeit der Angebote betont werden, welche in Österreich existieren und welche es Betroffenen und Angehörigen, aber auch Professionist*innen häufig erschwert, einen Überblick über die Landschaft zu erhalten (BMASGK, 2015, S. 42).

Als Zugangshürden führt Tatzer (2015, S. 46) *„finanzielle, organisatorische und systembegründete Faktoren“* an, welche die Inanspruchnahme erschweren beziehungsweise teilweise auch verhindern.

Eine 73 Seiten starke Übersicht über Angebote für Angehörige von Menschen mit Demenz, herausgegeben im Rahmen der Österreichischen Demenzstrategie vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK, 2023a), welche trotz des Umfangs nicht das gesamte Angebotsspektrum abbildet, veranschaulicht die große und unübersichtliche Landschaft.

Eine Übersicht über Angebote speziell für Menschen mit Demenz – vergleichbar mit der oben zitierten für die Angehörigen – gibt es derzeit nicht.

In der 2023 veröffentlichten Broschüre „Gedächtnisprobleme? Erkennen, abklären und Hilfe annehmen“ (BMSGPK, 2023b), sowie der Homepage www.pflege.gv.at (BMSGPK, 2024a) und www.gesundheit.gv.at (BMSGPK, 2024b) finden sich einige hilfreiche Adressen und viele wichtige Tipps. Eine vollständige Übersicht, idealerweise nach Thema und Region geordnet, liefern diese Quellen jedoch nicht.

Eine große Lücke besteht nach Ansicht der Autorin in einer Übersicht über Möglichkeiten der Selbsthilfe für Betroffene sowie über Angebote zur Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe. In den vergangenen Jahren sind viele Angebote vor allem auch im Kulturbereich entstanden, die sich dezidiert auch an Menschen mit Demenz richten.

Im Folgenden soll in Tabelle 3 ein exemplarischer Überblick über Angebote in Österreich in den Bereichen Selbsthilfe für Betroffene, Begleitung durch Ehrenamtliche und spezielle Angebote für Betroffene im Sinne der Inklusion gegeben werden. Die Informationen gehen auf die berufliche Tätigkeit der Autorin zurück. Es kann auch dabei kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden, jedoch wurde versucht die Breite des Spektrums abzubilden. Dass der Schwerpunkt der gelisteten Angebote in Wien liegt, ist einerseits dem lokalen Wissen der Autorin, andererseits aber auch der unterschiedlichen Dichte der Bevölkerung und Angebotslandschaft geschuldet. An dieser Stelle sei auch nochmals auf Wißmann & Ganß (2020) verwiesen, welche festhalten, dass eine Chance auf „echte“ Teilhabe nur dann geschaffen werden kann, wenn Menschen mit Demenz in bestehende Angebote inkludiert werden. Das Schaffen spezieller Angebote für Menschen mit Demenz führt demnach wieder zu einer Art Segregation. Demnach wäre das Ideal, gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Demenz in Institutionen wie Nachbarschaftszentren, Pensionist*innenklubs und -vereinen, Sportangeboten in Volkshochschulen oder lokalen Turnvereinen, Wandergruppen zu ermöglichen. Häufig scheitert dies derzeit noch an dem mit der Demenz verbundenen und bereits erläuterten Stigma.

Tabelle 3: exemplarische Übersicht von Angeboten für Demenzbetroffene in Österreich
(eigene Darstellung)

Selbsthilfe für Demenzbetroffene

Promenz (Wien, Niederösterreich)	https://www.promenz.at/
Alzheimer Austria (Wien)	https://alzheimer-austria.at/
MAS Alzheimerhilfe (Oberösterreich)	https://www.alzheimerhilfe.at/demenzservicestellen/
Alzheimer Selbsthilfegruppe Klagenfurt (Kärnten)	https://alzheimer-demenz.jimdo.com/selbsthilfegruppen/
Caritas Tirol	https://www.caritas-pflege.at/tirol/demenz/selbsthilfegruppe

(Freizeit-)Begleitung durch Ehrenamtliche

Freizeitbuddys bei Demenz (Caritas der Erzdiözese Wien)	https://www.caritas-pflege.at/pflege-wien/angehoerige-demenz/freizeitbuddys-bei-demenz
Demenz Wegbegleiter (Caritas Socialis - Wien)	https://www.cs.at/angebote/cs-alzheimer-und-demenzbetreuung/demenz-wegbegleiterinnen
Kulturbegleiter*innen im Universalmuseum Joanneum	https://www.museum-joanneum.at/inklusion/kulturbegleiterin-fuer-menschen-mit-demenz
Demenzbegleiter (Caritas Kärnten)	https://www.caritas-pflege.at/kaernten/demenz/
Spaziergänger (Caritas Vorarlberg)	https://www.caritas-vorarlberg.at/spenden-helfen/pfarren/seniorenarbeit/spaziergangsbegleiter

Fortsetzung Tabelle 3: exemplarische Übersicht von Angeboten für Demenzbetroffene in Österreich (eigene Darstellung)

Kulturangebote/ Begegnungs-angebote

Galerie Belvedere	https://www.belvedere.at/veranstaltung/menschen-mit-demenz-zeitlos-schoen-privatpersonen
Albertina Modern	https://www.albertina.at/
Kunsthistorisches Museum Wien	https://www.khm.at/erfahren/-kunstvermittlung/barrierefreie-angebote/
Künstlerhaus Wien	https://www.kuenstlerhaus.at/erleben/barrierefrei-angebote/
Technisches Museum Wien	https://www.technischesmuseum.at/
Kunsthaus Bregenz	www.kunsthau-bregenz.at
Souvenir - Wiener Musikverein (Konzerte für Menschen mit und ohne Demenz)	www.musikverein.at
Klangberührt – Wiener Konzerthaus (inklusive Konzertreihe)	https://konzerthaus.at/2324KB
Demenz-Café in verschiedenen Gemeinden (Aktion Demenz Vorarlberg)	https://www.aktion-demenz.at/

Festzuhalten ist hierbei nochmals die bereits erwähnte, im Wirkungsziel 6 der Österreichischen Demenzstrategie (BMASGK, 2015) beschriebene Schwierigkeit der fehlenden Bekanntheit und mangelnden Übersichtlichkeit der Angebote, aber auch Hürden in der Inanspruchnahme durch fehlende Flächendeckung und individuelle Hürden der Betroffenen und Angehörigen.

Rappold et al. (2021, S. 29) halten im Rahmen des Ergebnisberichts der Taskforce Pflege fest, dass es leistbare bis kostenlose psychosoziale und psychologische Unterstützungsangebote sowie leistbare Entlastungsangebote braucht. Bezüglich der Angebote ist auch die oftmals unzureichende nachhaltige Finanzierung der Angebote anzumerken. Im Bericht des Österreichischen Rechnungshofs ‚Pflege in Österreich‘ (2020; S. 40) wird festgehalten, dass es eine fehlende nachhaltige Finanzierung an der Schnittstelle zwischen Gesundheit und Pflege gibt. Auch Rappold et al. (2021) führen als Ziel der Taskforce Pflege eine nachhaltige Finanzierung an. Es wird die Entwicklung einer Gesamtstrategie von Bund, Ländern und Gemeinden empfohlen. Es sollen Zielvorgaben und Standards für das Pflegesystem definiert werden, unter Berücksichtigung der Themen Gesundheitsförderung, Prävention und Lebensqualität (Rappold et al., 2021; S. 37).

4.4. Rolle der professionellen Pflege im Konzept Social Prescribing

Nachdem das Konzept des Social Prescribings nun eingehend erläutert wurde, soll nun diskutiert werden, welche Rolle die professionelle Pflege darin spielt und welche Möglichkeiten es für den Berufsstand gibt, sich darin zu positionieren.

Die Idee des Social Prescribings ist es, gesundheitsrelevante, nicht-medizinische Themen innerhalb der Primärversorgung zu adressieren. Für die professionelle Pflege ist dies insofern relevant, als die Förderung der Gesundheitskompetenz, Prävention und Gesundheitsförderung im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) unter §14, Absatz 2 als Kernkompetenzen der Pflege definiert werden.

Zusätzlich findet sich unter §12, Absatz 5 folgende Beschreibung des Tätigkeitsbereichs der Pflege:

„Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege entwickelt, organisiert und implementiert pflegerische Strategien, Konzepte und Programme zur Stärkung der Gesundheitskompetenz, insbesondere bei chronischen Erkrankungen, im Rahmen (...) der gemeinde- und bevölkerungsorientierten Pflege.“

Social Prescribing in Österreich findet derzeit im Kontext der Primärversorgungszentren, sowie medizinischen Einzel- und Gruppenpraxen statt. Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) formuliert als Kernteam in der Primärversorgungseinheit den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege, eine/n Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin und eine Ordinationsassistentin. Im Zuge dessen wurden Kompetenzprofile formuliert, in welchen die Aufgaben der jeweiligen Berufsgruppen innerhalb der Primärversorgung definiert werden (BMASGK, 2019). Diese Kompetenzprofile können nach Ansicht der Autorin so gelesen werden, dass die Profession der Pflege vor allem auch in Hinblick auf die in der vorliegenden Arbeit fokussierten Gruppen der Personen mit Demenz und deren Angehörigen einen klaren Auftrag für das Social Prescribing bzw. speziell das Link Working hat.

Unter den besonderen Anforderungen in der Versorgung alter Menschen werden beispielsweise als Aufgaben der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege

„Erheben des Unterstützungsbedarfs des sozialen Umfeldes bzw. der An- und Zugehörigen“, sowie „Unterstützen eines selbstbestimmten Lebens inkl. bestmöglicher Mobilität; Empowerment zum Erhalt/Fördern von Lebensqualität und Selbständigkeit“ (ebd.) genannt.

Im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention finden sich ebenfalls Aufgaben, welche im Licht des Social Prescribing interpretiert werden können, beispielsweise

„Unterstützen gesunder Lebensführung durch ressourcenorientierte Kommunikation und Verweis auf bestehende Angebote“

(BMASGK, 2019, S. 23-37).

Für das Thema Social Prescribing für Menschen mit Demenz und deren Angehörige relevante Auszüge der Kompetenzprofile (aus den Bereichen *Langzeitversorgung chronisch Kranker und multimorbider Patient*innen, besondere Anforderungen bei alten Menschen und Gesundheitsförderung und Prävention*) sind in den Abbildungen 9 bis 11 einsehbar.

	Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin	Gehobener Dienst GuK/DGKP	Ordinationsassistentz	Zusammenarbeit mit ...
3.1.5	Medizinisch-ärztliche Beratung/Schulungen hinsichtlich krankheitsbezogener Problemstellungen im Lebensumfeld, um Gesundheitskompetenz zu stärken	Allgemeines Begleiten, Anleiten, Beraten und Unterstützen spezifischer Zielgruppen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz: – Bedarfseinschätzung und Durchführen spezieller Alltagsunterstützung/Selbsthilfetraining – prospektive Abschätzung möglicher Komplikationen/Probleme im Behandlungsverlauf und Reduktion dieser mittels Informationsarbeit, präventiver Maßnahmen bzw. Prophylaxen (De-kubitus, Sturz, Infektion, etc.) – Anleitung von Pat. sowie An- und Zugehörigen/Familien in der Handhabung medizindia-gnostischer und medizinterapeutischer Inter-ventionen gemäß ärztlicher Anordnung (z. B. s. c. Injektion, Aerosole) – Entlastungsstrategien für pflegende An- und Zugehörige – Unterstützen bei Selbstmanagementaufgaben im medizinischen, sozialen und emotionalen Management der Krankheit (Empowerment) Spezielle pflegerische Beratung/Schulung zu krankheitsbezogenen Problemstellungen im Lebensumfeld zur Stärkung der Gesundheitskompetenz, der Selbsttherapie und Selbst-pflege (Selbstmanagement) (Weiterbildung empfohlen)	Informationsarbeit: – macht AM/DGKP auf evtl. Risikopatienten aufmerksam – vermittelt Infomaterial – Information über Schulungen in PV-Einheit und sozialem Umfeld	<u>Erweitertes PV-Team:</u> FA/FA für Kinder- und JHK Diätologe/Diätologin Physiotherapeut/in Ergotherapeut/in Logopäde/Logopädin Psychotherapeut/in Psychologe/Psychologin Sozialarbeiter/in Mobile Dienste

Abbildung 9: Kompetenzprofile in der Primärversorgung: Langzeitversorgung chronisch Kranker und multimorbider Patient*innen (BMASGK, 2019, S. 27)

Allgemeinmedizin	Gehobener Dienst GuK/DGKP	Ordinationsassistentz	Zusammenarbeit mit ...
Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle geriatrischer Patientinnen/Patienten unter Berücksichtigung ihrer individuellen Bedürfnisse in Zusammenarbeit mit geriatrischen Einrichtungen in allen Versorgungsstufen			
Kompetenzen wie in Punkt 5.5.1, 5.5.2, 5.5.3 und 5.5.4 unter besonderer Berücksichtigung altersbedingter Veränderungen plus:			
Weiterführende Diagnostik und Behandlung anhand des Geriatrischen Basisassessments Medikamentenmanagement (PIM, Polypharmazie wie in Punkt 3.1.1) Weiterleiten bei Bedarf	Geriatrisches Basisassessment, Weiterleiten bei Bedarf an Arzt/Ärztin für AM Erheben des Unterstützungsbedarfs des sozialen Umfeldes bzw. der An- und Zugehörigen Allgemeines Unterstützen des alten Menschen im Medikamenten- und Alltagsmanagement Entwickeln und Anwenden/Durchführen allgemeiner pflegerischer Präventionsstrategien und Interventionen Unterstützen eines selbstbestimmten Lebens inkl. bestmöglicher Mobilität; Empowerment zum Erhalt/Fördern von Lebensqualität und Selbstständigkeit Entwicklung und Anwendung/Durchführung spezieller pflegerischer Präventionsstrategien und Interventionen (Weiterbildung empfohlen)		<u>Erweitertes PV-Team:</u> klin. Psychologe/Psychologin Psychotherapeut/in Diätologe/Diätologin Physiotherapeut/in Ergotherapeut/in Logopäde/Logopädin Sozialarbeiter/in Mobile Dienste

Abbildung 10: Kompetenzprofile in der Primärversorgung: besondere Anforderungen bei alten Menschen (BMASGK, 2019, S. 32)

Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin	Gehobener Dienst GuK/DGKP	Ordinationsassistentz	Zusammenarbeit mit ...
Präventive Maßnahmen betreffend allgemeiner und spezifischer Gesundheitsrisiken			
Siehe auch Abschnitt 5.2 und 5.3	Siehe auch Abschnitt 5.2 und 5.3		
Vorsorgeuntersuchungen lt. geltendem Programm und bei Bedarf Weiterleiten an das erweiterte Team Erkennen von Erkrankungsrisiken und bei Bedarf Frühintervention und Weiterleiten an das erweiterte PV-Team Impfberatung im Rahmen des österreichischen Impfplans, Impfungen, Kurzintervention und bei Bedarf Weiterleiten bei lebensstil- bzw. lebensumfeldassoziierten Risiken insbesondere in Bezug auf – Ernährung – Rauchen – Alkoholkonsum – Bewegungsmangel – psychosoziale Risikofaktoren	Unterstützen gesunder Lebensführung durch ressourcenorientierte Kommunikation und Verweis auf bestehende Angebote Mitwirken bei Vorsorgeuntersuchungen und Impfprogrammen	Organisation und Verteilung von Informationsmaterialien zum Thema Prävention Organisatorisches Mitwirken bei Vorsorgeuntersuchungen und Impfprogrammen (z. B. Erinnerungssysteme)	<u>Erweitertes PV-Team:</u> FA/FA für Kinder- und JHK Diätologe/Diätologin Physiotherapeut/in Ergotherapeut/in Logopäde/Logopädin Psychotherapeut/in Psychologe/Psychologin Sozialarbeiter/in Mobile Dienste

Abbildung 11: Kompetenzprofile in der Primärversorgung: Gesundheitsförderung und Prävention (BMASGK, 2019, S. 36)

Per Definition kann die soziale Verschreibung neben der Medizin auch durch andere Gesundheitsberufe und somit auch durch die Pflege erfolgen. Im Rahmen des im Dezember 2021 abgeschlossenen Projekts der Gesundheit Österreich GmbH („Vorbereitung und Umsetzung – Modellregionen Social Prescribing“) erfolgte die Zuweisung zum Link Working zu 58 Prozent durch Ärzt*innen, gefolgt von 16 Prozent Sozialarbeiter*innen und in 10 Prozent der Fälle durch Pflegepersonen (Antosik et al., 2021). Im Auswertungsbericht des nachfolgenden Follow Up-Calls (Ecker et al., 2023) wurden keine Angaben über Zuweisungen durch Pflegepersonen gemacht.

Die Tätigkeit des Link Workings kann, wie bereits erläutert, ebenfalls durch die Profession der Pflege erfüllt werden. Im Rahmen des vorab zitierten Projekts der Gesundheit Österreich GmbH lag die Hauptverantwortlichkeit der Link Working-Funktion jedoch nur bei einer der neun geförderten Einrichtungen bei einer Gesundheits- und Krankenpflegeperson. Bei sieben Einrichtungen waren es Personen aus dem Bereich der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. In einer Einrichtung war es eine Person mit sozialwissenschaftlicher Ausbildung, die sich zunehmend in Richtung Sozialarbeit spezialisiert hatte (Schachner et al., 2021).

Ausgehend von der Tatsache, dass der Großteil der Zuweisungen zum Link Working von ärztlicher Seite erfolgt, soll noch auf die von Gierlinger et al. (2022) beschriebene Problematik des Gate-Keeper-Effektes eingegangen werden. Es wird dabei aus sozialarbeiterischer Sicht die Schwierigkeit beschrieben, dass Ärzte und Ärztinnen entscheiden, wem Social Prescribing zugutekommt, ohne dass diese das volle Spektrum der sozialarbeiterischen Arbeit kennen. Dieser Effekt kann nach Ansicht der Autorin ebenfalls auf die pflegerische Tätigkeit zutreffen – auch hier ist anzunehmen, dass Ärzte und Ärztinnen sich des pflegerischen Tätigkeitsbereichs nicht immer vollumständlich bewusst sind. Zudem kommt bei Menschen mit Demenz und deren Angehörigen auch hier potentiell wieder die Auswirkung der starken Stigmatisierung und des fehlenden Wissens über die Demenz zum Tragen.

Der von Rappold et al. (2021) festgestellte Bedarf von spezifischer Weiterbildung von Allgemeinmediziner*innen zum Thema Demenz bekräftigt, dass Ärzte und Ärztinnen das

Thema Demenz nicht in erster Linie mit Gesundheitsförderung und Social Prescribing verbinden.

Wie bereits in Abbildung 7 dargestellt, ist Social Prescribing nur eine der derzeitigen Entwicklungen im Bereich der Österreichischen Gesundheitslandschaft, welcher für die Pflege relevant ist. Rojatz et al. (2021a, S. 17) merken an, es bedürfe noch ...

„weiterer Überlegungen zu Gemeinsamkeiten und Unterschieden ähnlicher Ansätze und Konzepte, wie Community Nurses und Case- und Care-Management“.

Im Zuge dessen wird auch vorgeschlagen, dass es denkbar wäre, die Angebote nach dem Alter der Zielgruppen zu differenzieren:

- *„Frühe Hilfen für Schwangere, Familien mit kleinen Kindern*
- *Social Prescribing für erwachsene Personen ohne Pflegebedarf*
- *Community Nursing für ältere und potentiell pflegebedürftige Personen“*

(Rojatz et al., 2021a, S. 17)

Rojatz et al. (2023b, S. 4) führen des Weiteren an, dass Synergien zwischen den Programmen genutzt werden können, wenn mehrere in einer Region verfügbar sind, beispielsweise ...

„beim Aufbau und der Pflege des Netzwerks an regionalen bzw. lokalen Angeboten, der Qualitätssicherung der Angebote und der Reflexion der Lotsenfunktion“.

Mit obiger Einteilung wären Menschen mit Demenz primär Zielgruppe des Community Nursing und weniger des Social Prescribings. Community Nursing ist bis 2026 Teil des EU-Aufbauplans und ein mit 54,2 Millionen Euro gefördertes Projekt. Mit Ende 2024 sollen 150 Community Nurses bundesweit tätig sein (Bundeskanzleramt Österreich, 2024).

Kozisnik et al. (2021, S. 3) beschreiben die Zielgruppen für Community Nurses folgendermaßen:

„Durch den Einsatz von Community Nurses soll einem ungedeckten Bedarf in den Bereichen Pflege, Prävention und Gesundheitsförderung gemeindenah durch einen bevölkerungsorientierten Ansatz begegnet werden. Die Zielgruppen sind insbesondere Personen, die noch keine mobilen Dienste oder andere Angebote von Pflegeeinrichtungen in Anspruch nehmen. [...]

- ältere und hochbetagte Menschen in ihrem direkten Wohnumfeld mit bevorstehendem oder vorhandenem Informations-, Beratungs-, Pflege- und/oder Unterstützungsbedarf in pflege- und gesundheitlichen Belangen*
- pflegende/betreuende An- und Zugehörige im familiären Kontext“*

Die thematische Nähe der beiden Konzepte Social Prescribing und Community Nursing wird auch im Evaluierungsbericht des Projekts „Vorbereitung und Umsetzung – Modellregionen Social Prescribing“ (Schachner et al., 2021) beschrieben und auch, dass es dadurch häufig zu Konflikten kommt.

Es wird festgehalten, dass die teilweise parallel laufenden Projekte des Social Prescribing und Community Nursing ...

„als Konkurrenz wahrgenommen“ wurden und *„dazu führen, dass eines der Projekte in Einrichtungen mehr verfolgt wird und das andere in den Hintergrund rückt.“* (Schachner et al., 2021, S. 81).

Aufgrund dessen wird von Schachner et al. (2021) eine ...

„strategische Zusammenarbeit der Projekte im Bereich von Gesundheitsförderung und Primärversorgung“ empfohlen.

Im Aufgaben- und Rollenprofil der Community Nurse werden als Zielsetzungen unter anderem die Förderung der Lebensqualität und des Wohlbefindens, die Reduktion von Problemlagen des Alters wie Einsamkeit und sozialer Isolation, sowie die Vernetzung und Sichtbarmachung lokaler und regionaler Netzwerke der Gesundheit(-sförderung) und Pflege beschrieben (Kozisnik et al., 2021).

Die eindeutige thematische Überschneidung zum Social Prescribing spricht, wie von Schachner et al. (2021) empfohlen, für eine enge Zusammenarbeit der Community Nurses mit den Link Worker*innen des Social Prescribings. Beziehungsweise stellt sich auch die Frage, ob die Link Working-Funktion nicht direkt in den Aufgabenbereich der Community Nurse fallen könnte.

Auch ein britischer wissenschaftlicher Text von Howarth et al. (2020) betont die wichtige Rolle von Community Nurses im Kontext des Social Prescribing. Sie beschreiben es sogar als „*unique position*“, in welcher sich die Community Nurse befindet, da sie durch ihren salutogenetischen Zugang ihr Angebotsspektrum durch das Social Prescribing erweitern und so einen Beitrag zur Förderung der Selbstfürsorge und Autonomie ihrer Klient*innen leisten kann (Howarth et al., 2020, S. 297).

Im Gegenteil zum Social Prescribing ist das Community Nursing nicht zwingend an die Primärversorgungsebene, sondern primär auf Gemeindeebene angebunden. Diesbezüglich stellt sich die Frage, ob das beschriebene Potential von Menschen mit Demenz rund um den Zeitraum der Diagnose und das frühzeitige Erkennen von Belastungen der Angehörigen ausreichend genutzt werden kann, wenn sie primär Hauptzielgruppen des Community Nursings und nicht des Social Prescribings sind.

In der Argumentation für die Verortung des Social Prescribings innerhalb der Primärversorgung wird angeführt, dass ...

„75% der Bevölkerung jährlich ihre Hausärztin/ihren Hausarzt aufsuchen, insbesondere auch vulnerable Bevölkerungsgruppen“ (Rojatz et al., 2021a, S. 15).

Dazu kommt, wie schon in Kapitel 3.4. genauer erläutert, dass die Primärversorgung eine gute Möglichkeit bietet, die Anliegen von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen zu adressieren (Mir et al., 2019) und einen Diagnoseprozess anzustoßen (Robinson, 2021).

Ein getrenntes Betrachten der beiden Konzepte Community Nursing und Social Prescribing ist demnach nach Ansicht der Verfasserin dieser Arbeit nicht zielführend. Vielmehr muss die von Schachner et al. (2021) empfohlene strategische Zusammenarbeit fokussiert werden, um den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen bestmöglich entsprechen zu können.

5. Methodik

5.1. Datenerhebung

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein qualitativer Ansatz gewählt. Es wurden Expert*inneninterviews (Meuser & Nagel, 1991) mit Personen einerseits aus dem Arbeitsfeld des Social Prescribings und andererseits Verantwortlichen im Bereich der Demenzversorgung geführt, um die unterschiedlichen Blickwinkel und Aspekte zum Thema gut abbilden zu können. Zusätzlich zu den Interviews erfolgte eine Dokumentenanalyse.

5.1.1. Dokumentenanalyse

Es wurde eine ausführliche Analyse der Auswertungsberichte der Bedarfs- und Vermittlungsdokumentation des Projekts „Vorbereitung und Umsetzung – Modellregionen Social Prescribing“ sowie des Follow-Up-Calls der Gesundheit Österreich GmbH (Antosik et al., 2021; Ecker et al., 2023) durchgeführt. Damit wird versucht, den derzeitigen Stand von Social Prescribing in Österreich abzubilden.

Die Ergebnisse der Dokumentenanalyse werden im Kapitel 6 dargestellt.

5.1.2. Expert*inneninterviews

Przyborski und Wohlrab-Sahar (2014, S. 121) beschreiben Expert*innen als ...

„Personen, die über ein spezifisches Rollenwissen verfügen, solches zugeschrieben bekommen und eine darauf basierende Kompetenz für sich selbst in Anspruch nehmen“.

Expert*inneninterviews können demzufolge drei Arten von Expert*innenwissen bereitstellen (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 121):

- „(a) Betriebswissen über Abläufe, Regeln und Mechanismen in insitutionalisierten Zusammenhängen,*
- (b) Deutungswissen, in dem die Deutungsmacht der Experten als Akteure in einer bestimmten Diskursarena zum Ausdruck kommt und*
- (c) Kontextwissen über andere im Zentrum der Untersuchung stehende Bereiche.“*

Die Interviews wurden anhand eines Interviewleitfadens (siehe Anhang) strukturiert, jedoch gab es im Interview genügend Raum für eine eigene Schwerpunktsetzung der interviewten Personen, auch aufgrund der unterschiedlichen Hintergründe der Interviewten. Zur Erprobung des Interviewleitfadens wurde ein Probeinterview durchgeführt. Infolgedessen wurde der Interviewleitfaden leicht adaptiert. Da das Probeinterview aussagekräftige Daten lieferte, konnte es in die weitere Datenauswertung miteinbezogen werden. Insgesamt wurden acht Interviews mit zehn Personen durchgeführt – zwei Interviews wurden auf Wunsch der Befragten als Doppelinterviews durchgeführt, da diese an derselben Arbeitsstelle tätig sind und eng zusammenarbeiten. Zwei der acht Interviews fanden persönlich an einem ruhigen Ort statt, die anderen Gespräche fanden via Videotelefonie statt. Es erfolgten Tonaufnahmen der Interviews, welchen die Interviewpartner*innen im Vorfeld des Interviews schriftlich zustimmten. Die Ergebnisse der Expert*inneninterviews werden in Kapitel 7 dargestellt.

5.2. Sampling

Die Auswahl der zu interviewenden Experten und Expertinnen erfolgte durch die Autorin der Masterarbeit einerseits anhand ihres persönlichen Wissens über das Feld der Demenzversorgung und andererseits auf Basis der Ergebnisse der Recherche zum Stand des Social Prescribings in Österreich.

Es wurde dabei nach dem Prinzip des purposive sampling (Campbell et al., 2020, S. 654) vorgegangen, da die Interviewteilnehmer*innen bewusst ausgewählt wurden:

“The reasons for adopting a purposive strategy are based on the assumption that, given the aims and objectives of the study, specific kinds of people may hold different and important views about the ideas and issues at question and therefore need to be included in the sample.”

Es wurde dabei darauf geachtet die beiden Expert*innen-Bereiche (Social Prescribing und Demenzversorgung) mit einer vergleichbar großen Stichprobe abzubilden. Im Bereich der Demenzversorgung stellte die Autorin der Masterarbeit vier Interviewanfragen, welche alle positiv beantwortet wurden. Das Gewinnen von Expert*innen im Bereich des Social Prescribings gestaltete sich verhältnismäßig schwierig. Insgesamt wurden 14 Primärversorgungseinheiten (PVE) mit einer Interviewanfrage kontaktiert, lediglich vier davon antworteten auf die Anfrage. Zwei Antworten waren Absagen aufgrund einerseits zeitlicher Kapazitätsgründe und andererseits subjektiver mangelnder Relevanz des Themas Demenz in der betreffenden PVE. Es wurden schließlich zwei Sozialarbeiter*innen mit Link Working-Funktion aus zwei Primärversorgungseinheiten im ländlichen Raum interviewt. Zusätzlich wurden Interviews mit Expert*innen aus dem Bereich der Forschung und Konzeptualisierung des Social Prescribings und dem sogenannten Dritten Sektor, den Angeboten im Sinne der Gesundheitsförderung – im Falle des Interviews die barrierefreie Kunstvermittlung – geführt. Insgesamt wurden sechs Einzel- und zwei Doppelinterviews mit insgesamt zehn Personen durchgeführt.

Tabelle 4: Übersicht Interviews (Anzahl)

	Einzelinterviews	Doppelinterview	Gesamt
Demenz	3	1	4
Social Prescribing	3	1	4
Beide Bereiche	6	2	8

Tabelle 5: Übersicht Interviewte Personen (Anzahl)

	Interviewte Personen
Demenz	5
Social Prescribing	5
Beide Bereiche	10

Die Interviewpartner*innen weisen unterschiedliche berufliche Hintergründe auf und kommen unter anderem aus den Bereichen Pflege, Sozialarbeit, medizinisch-technische Dienste und der Wirtschaft. Derzeit tätig sind die Interviewpartner*innen im Bereich der Forschung (Gesundheit Österreich GmbH), Interessensvertretung (IG Pflege), in der Leitungsebene im Bereich der Demenzversorgung (Caritas der Erzdiözese Wien, Caritas Socialis) sowie in der konkreten Umsetzung und Implementierung des Social Prescribings und des Link Workings in zwei Primärversorgungseinheiten. Eine Interviewpartnerin ist im Bereich des dritten Sektors anzusiedeln und im Bereich der barrierefreien Kunstvermittlung tätig. Es wurden acht Frauen und zwei Männer befragt. Das Alter der Interviewten lag zwischen 32 und 77 Jahren, die berufliche Erfahrung im jeweiligen Bereich lag zwischen einem Jahr und 30 Jahren.

5.3. Feldzugang

Um die Interviewpartner*innen für eine Teilnahme an der Erhebung zu gewinnen, wurden diese zunächst via E-Mail kontaktiert. Im Zuge dessen wurden ihnen eine schriftliche Studieninformation, eine kurze Erläuterung zum Konzept des Social Prescribings sowie dem Stand der Pilotprojekte der Gesundheit Österreich GmbH und eine Einverständniserklärung zur Teilnahme übermittelt. In weiterer Folge kam es bei einigen Personen zu telefonischen Nachfragen. Bei Absagen zur Teilnahme wurden Gedankenprotokolle von der Verfasserin der Masterarbeit erstellt, um die Gründe für die Absage festzuhalten.

5.4. Datenanalyse

Die Auswertung der Daten orientierte sich ebenfalls an Meuser & Nagel (1991).

Dabei ist zu betonen, ...

„Anders als bei der einzelfallinteressierten Interpretation orientiert sich die Auswertung von Experteninterviews an thematischen Einheiten, an inhaltlich zusammengehörigen, über die Texte verstreuten Passagen – nicht an der Sequenzialität von Äußerungen je Interview“ (Meuser & Nagel, 2009, S. 476)

Es erfolgte zunächst die Anonymisierung der Interviews und eine Transkription mittels des Transkriptionsservices Cockatoo sowie eine anschließende Korrekturschleife durch die Verfasserin. Im Folgenden fand eine Paraphrasierung statt, in welcher der Text in thematische Einheiten sequenziert wurde. Im anschließenden Schritt des Kodierens wurden die paraphrasierten Passagen thematisch geordnet. Für diese Schritte wurde mit Hilfe der Software MAXQDA gearbeitet. Als weitere Schritte erfolgten der thematische Vergleich und die soziologische Konzeptualisierung, bei welchen es zunächst noch textnah um den Vergleich ähnlicher Passagen innerhalb der Interviews ging und im Weiteren um eine Ablösung vom Text und der konkreten Terminologie der interviewten Personen.

Abschließend erfolgte eine theoretische Generalisierung, bei welcher die empirischen Ergebnisse aus einer theoretischen Perspektive betrachtet wurden (Meuser & Nagel, 2009).

5.5. Ethische Überlegungen

5.5.1. Umfassende Information und Freiwilligkeit der Teilnahme

Die zu interviewenden Personen erhielten eine ausführliche schriftliche Information über das geplante Forschungsvorhaben und konnten bei Bedarf auch in einem persönlichen Gespräch ergänzende Informationen erhalten. Bei Einwilligung zur Teilnahme erhielten sie ein schriftliches Dokument, in welchem sie über ihre Freiwilligkeit und die Rahmenbedingungen der Erhebung und Auswertung der Daten informiert wurden (Informed Consent – siehe Anhang).

5.5.2. Anonymität

Bei der Transkription der Interviews fand eine Anonymisierung der Personen statt. Mit Codes (D für Demenz, SP für Social Prescribing) wurde zugeordnet, ob die interviewte Person dem Feld des Social Prescribing oder der Demenzversorgung zuzuordnen ist. Zusätzlich wurden die Interviews fortlaufend von 1 bis 8 nummeriert.

Es wurde bei allen Interviewten das Einverständnis eingeholt, in welcher Form die Institution und die Person im Rahmen der Masterarbeit genannt werden darf. Die meisten Expert*innen waren mit der Nennung ihres Namens einverstanden. Da dies aber nicht bei allen Interviewpartner*innen der Fall war, wurde die Anonymisierung in oben genannter Form umgesetzt. Um die Bereiche der Expert*innen transparent abzubilden, findet sich im Anhang eine Übersicht, in welcher lediglich die übergeordneten Institutionen und Abteilungen angeführt sind. Die Anonymisierung erfolgte somit auf Personenebene durchgängig, auf Organisationsebene dort, wo gewünscht. Aufgrund der Expert*innenstellung einiger Interviewpartner*innen und der in Österreich verhältnismäßig kleinen Expert*innenlandschaft sind trotz individueller Anonymisierung Rückschlüsse auf die Identität einzelner Interviewter möglich. Die Zuordnung einzelner zitierter Aussagen zu Personen ist jedoch nicht möglich.

Die Transkripte und Aufzeichnungen wurden für den Zeitraum der Auswertung passwortgeschützt aufbewahrt, so dass nur die Autorin der Masterarbeit Zugang zu diesen hatte. Nach Beendigung der Analyse wurden die Aufzeichnungen der Interviews gelöscht.

5.5.3. Schutz des/der Einzelnen

Da es sich bei den Interviewten um in den Feldern professionell tätige Personen handelte und keine vulnerablen Personen interviewt wurden, war nicht zu erwarten, dass es durch die Interviews zu einem Schaden an der jeweiligen Person kommt.

6. Projekt „Vorbereitung und Umsetzung – Modellregionen Social Prescribing“

Im Folgenden sollen ausgewählte Ergebnisse des Auswertungsberichts der Bedarfs- und Vermittlungsdokumentation (Antosik et al., 2021) des von Juni bis Dezember 2021 geförderten Projekts „Vorbereitung und Umsetzung – Modellregionen Social Prescribing“ der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) dargestellt werden, um den derzeitigen Stand von Social Prescribing in Österreich zu zeigen. Die Ergebnisse des Follow-Up-Calls von September bis Dezember 2022 (Ecker et al., 2023) decken sich von den Tendenzen mit jenen von Antosik et al. (2021) und werden ebenfalls betrachtet.

6.1. Stichprobe

Insgesamt wurden im Rahmen des Projekts der Gesundheit Österreich GmbH 178 Fälle von Social Prescribing in die Evaluierung miteinbezogen, im Follow-Up (Ecker et al., 2023) waren es 42 Fälle.

Es nahmen mehr Frauen als Männer Social Prescribing in Anspruch (62,4 vs. 37,1 Prozent). Eine Person gab als Geschlecht divers an (Antosik et al., 2021).

Auch bei Ecker et al. (2023) überwogen die Frauen mit 58 Prozent deutlich gegenüber den Männer mit 43 Prozent.

Tabelle 6: Geschlecht der teilnehmenden Personen (Antosik et al., 2021 und Ecker et al., 2023 – eigene Darstellung)

	Antosik et al. (2021) n=174	Ecker et al. (2023) n=40
weiblich	62,4%	58% (n=23)
männlich	31,7%	43% (n=17)
divers	0,5 %	Keine Angabe

Das Durchschnittsalter lag bei 47 Jahren (n = 174). Die jüngste Person, die Link Working in Anspruch genommen hat, war sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen 17 Jahre alt. Der älteste Teilnehmer war 93 Jahre, die älteste Teilnehmerin 90 Jahre (Antosik et al., 2021) alt. Bei Ecker et al. (2023) lag der Altersdurchschnitt bei 48,7 Jahren, die jüngste Person war 19 Jahre, die älteste Person 80 Jahre alt (n= 38).

Geschlecht und Alter aller Teilnehmenden nach Altersklassen (n = 174)

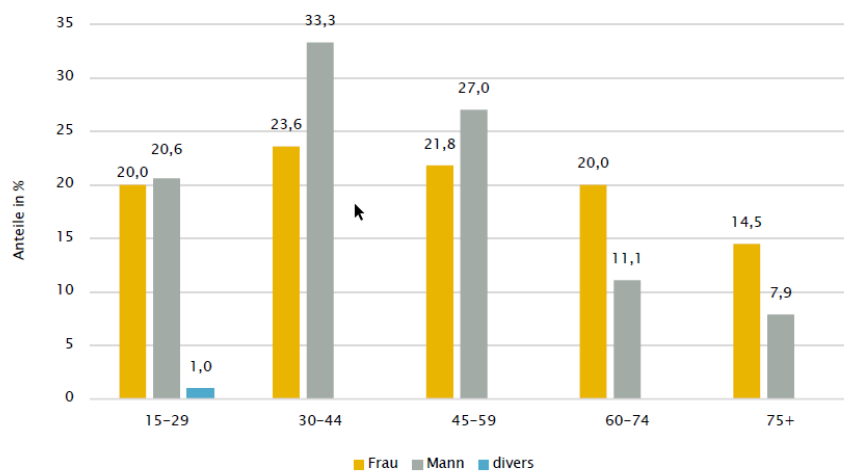


Abbildung 12: Geschlecht und Alter der Teilnehmenden nach Altersklasse (n=174) (Antosik et al., 2021, S. 13)

Alter der dokumentierten Personen, die LW in Anspruch nahmen (n = 38)

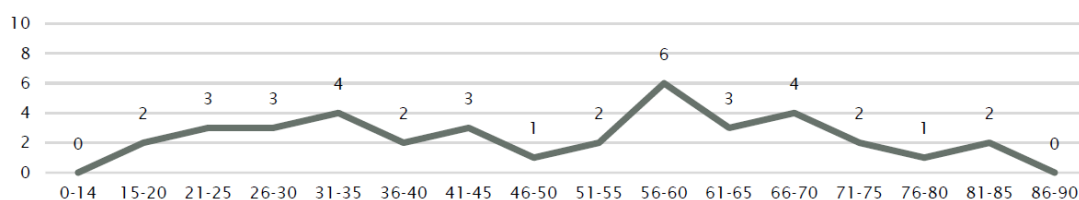


Abbildung 13: Alter der Teilnehmenden nach Altersklassen (n=38) (Ecker et al., 2023; S. 6)

41,8% der teilnehmenden Personen waren ledig (n = 177). Rund 75% der Personen, die Social Prescribing im Rahmen des Projekts in Anspruch nahmen lebten in 1- oder 2-Personenhaushalten – davon rund 47% in 1-Personenhaushalten (n = 135) (Antosik et al., 2021). Bei Ecker et al. (2023) lebten 45% der teilnehmenden Personen in 1-Personenhaushalten, die restlichen 55% mit einer oder mehreren Personen (n = 38).

Rund 60% der teilnehmenden Personen waren nicht berufstätig (n = 178), wobei rund 31% als Grund anführten in Pension zu sein und jeweils rund 20% eine fehlende Arbeitserlaubnis oder Arbeitslosigkeit (n = 144) (Antosik et al., 2021). Im Follow-Up-Call waren 62% nicht berufstätig (n = 39), davon 50% in Pension, 29% arbeitssuchend und 21% (vorrübergehend) arbeitsunfähig (n=24) (Ecker et al., 2023).

Die Gesundheit Österreich GmbH definiert neun Schwerpunktzielgruppen für das Social Prescribing, sowie die Möglichkeit weitere Zielgruppen mittels eines offenen Antwortfeldes zu nennen (Abbildung 14 und 15). Es handelt sich dabei um unterschiedliche soziale Gruppen mit potentiellen Problemlagen. Auf welcher Basis die Schwerpunktzielgruppen definiert wurden, konnte die Autorin der Masterarbeit nicht ausfindig machen.

Im offenen Antwortfeld fand sich bei Antosik et al. (2021) unter anderem auch die Gruppe der pflegenden Angehörigen – jedoch ohne Angabe von genauen Zahlen. Personen mit Demenz oder anderen chronischen Erkrankungen wurden von den teilnehmenden Primärversorgungseinheiten nicht genannt.

Im Ergebnisbericht von Ecker et al. (2023) konnten zusätzlich in einem offenen optionalen Antwortfeld Diagnosen eingetragen werden, welche die Personen, die Link Working in Anspruch genommen haben, aufweisen. Es wurden dabei somatische Erkrankungen (Zustand nach Brustwirbelfraktur, Krebserkrankung, Gehbehinderung, Diabetes, Niereninsuffizienz, Übergewicht) und psychische Erkrankungen (psychische Belastung/ Mobbing, depressive Verstimmung, Angststörung, Depression, psychische Belastung, Suchtproblem, Burn-out, Borderline-Störung, Panikattacken) genannt. Auch hier kam Demenz nicht explizit vor.

Schwerpunktzielgruppe aus dem Projekt (Mehrfachantworten möglich, n = 257)

	abgeschlossene Fälle	offene Fälle	Gesamt	Gesamt in %
Person mit Migrationshintergrund	20	33	53	20,6
nichtversicherte Person	0	52	52	20,2
alleinstehende Person	30	17	47	18,3
ältere Person	18	26	44	17,1
Person aus einer ethnischen Community	4	18	22	8,6
schwängere Person	0	8	8	3,1
transgender Person	4	0	4	1,6
obdachlose oder wohnungslose Person	1	1	2	0,8
Kind/Jugendliche:r	1	0	1	0,4
andere: offenes Feld	19	5	24	9,3

Abbildung 14: Schwerpunktzielgruppen (Antosik et al., 2021, S. 19)

Schwerpunktzielgruppen aus dem Projekt, Mehrfachauswahl (n = 30)

	Gesamt	Gesamt in %
alleinstehende Person	16	53 %
Person mit Migrationshintergrund (insb. 1. oder 2. Generation)	11	37 %
Person einer ethnischen Community	3	10 %
schwängere Person	3	10 %
alleinerziehende Person	1	3 %
andere	2	7 %
nicht versicherte Person	-	-
obdachlose oder wohnungslose Person	-	-
Person mit LGBTQIA+-Identität/-Orientierung	-	-

Abbildung 15: Schwerpunktzielgruppen (Ecker et al., 2023, S. 9)

6.2. Zuweisungsprocedere

In 66,8% der Fälle (119 von gesamt 178) erfolgte einer Vermittlung zur Person mit Link Working-Funktion innerhalb der jeweiligen Einrichtung, 59 Personen meldeten sich selbst mit einem Bedarf für Link Working (self-referral). Eine Vermittlung von einer externen Stelle erfolgte im Rahmen des evaluierten Zeitraums nicht (Antosik et al., 2021).

Im Falle der 119 Personen, welche innerhalb der Einrichtung an das Link Working vermittelt wurden, geschah dies zu 58% durch einen Arzt/eine Ärztin, zu 16% durch die Sozialarbeit, bei rund 12% durch eine DGKP und zu je 3 - 4% durch Angehörige des medizinisch-technischen Dienstes, Ordinationsassistenten, Psychologie oder andere Berufsgruppen (Antosik et al., 2021).

Im Follow-Up-Call (Ecker et al., 2023) erfolgte die Vermittlung zu 95% innerhalb der Einrichtung und zu 5% durch Self-Referral (n = 42). Die Vermittlungen erfolgten innerhalb der Einrichtung zu 90% durch den*die Arzt*Ärztin, 5% die Ordinationsassistentin und 5% durch andere, nicht näher definierte Berufsgruppen (n = 40). Ob in den letztgenannten 5% auch Pflegepersonen in der vermittelnden Rolle waren, wird nicht näher erläutert.

6.3. Handlungs- und Unterstützungsbedarfe

In Abbildung 16 werden die Handlungs- und Unterstützungsbedarfe aus Sicht der Personen, die Link Working in Anspruch genommen haben, sowie der Personen mit Link Working-Funktion einander gegenübergestellt. Bemerkenswert ist dabei, dass die Personen mit Link Working-Funktion höhere Bedarfe in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention und mangelndes soziales Netz erkannten.

Die am häufigsten genannten Bedarfe waren:

- Unterstützung in administrativen/rechtlichen/organisatorischen Dingen (14,9% bzw. 14%),
- psychische Belastungen (14,3% bzw. 15,4%)
- Gesundheitsförderung und Prävention (9,2% bzw. 12%)
- Unterstützung in der Krankheitsbewältigung (9,2% bzw. 7,8%) und
- hat kein soziales Netz oder sonstige Unterstützung [...] (8,2% bzw. 10,9%).

(Antosik et al., 2021)

Die im Follow Up-Call genannten Handlungs- und Unterstützungsbedarfe sind in Abbildung 17 ersichtlich. Die am häufigsten genannten Bedarfe aus Sicht der Personen, die Link Working in Anspruch genommen haben, waren (Ecker et al., 2023):

- Eigene körperliche Gesundheit (58%)
- Finanzielle Situation (52%)
- Eigene psychische Gesundheit (45%)
- Berufliche Situation/Arbeit/Schule (36%)
- Soziales Netz (33%)

Handlungs-/Unterstützungsbedarf aus Sicht der Person, die LW in Anspruch nimmt, und aus Sicht der Person mit LWF (Mehrfachantworten möglich, n = 477/616)

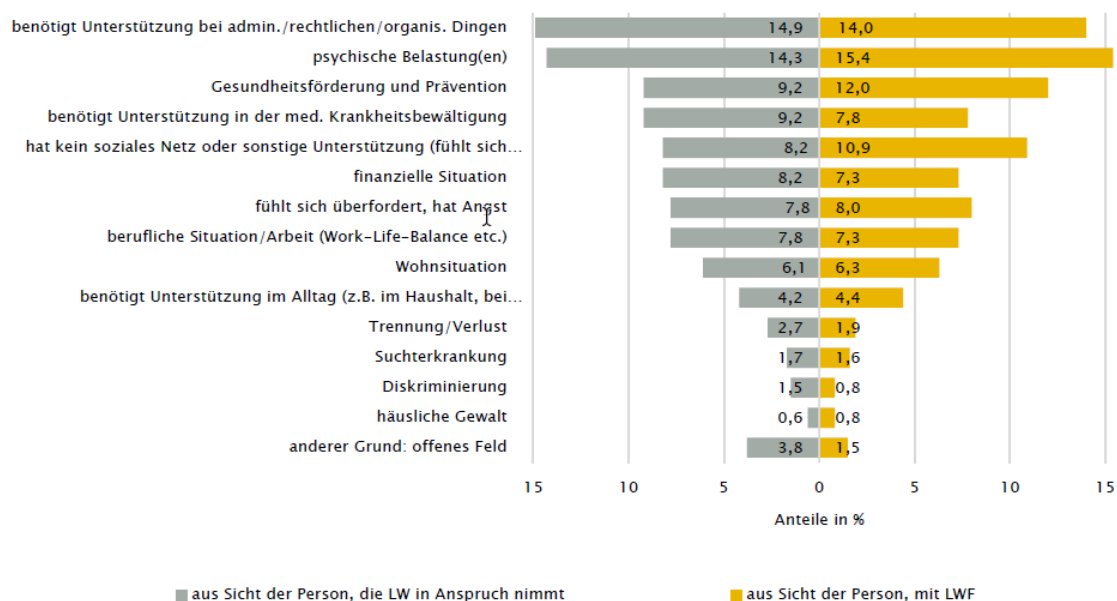


Abbildung 16: Handlungs- und Unterstützungsbedarf (Antosik et al., 2021, S. 12)

Handlungs-/Unterstützungsbedarf aus Sicht der dokumentierten Personen, die LW in Anspruch nahmen, Mehrfachauswahl (n = 33)

	Gesamt	Gesamt in %
eigene körperliche Gesundheit (Umgang mit Erkrankung(en), Beeinträchtigung(en) etc.)	19	58 %
finanzielle Situation (Existenzsicherung, Umgang mit Geld/Schulden, Erwerbstätigkeit, Beihilfen etc.)	17	52 %
eigene psychische Gesundheit (Umgang mit Angst, Überforderung, Depression, Suchterkrankungen etc.)	15	45 %
berufliche Situation / Arbeit / schulische Situation	12	36 %
soziales Netz (familiäre und soziale Unterstützung, Nachbarschaftshilfe, sonstige Beziehungen etc.)	11	33 %
Paarbeziehung/Familienklima (Überlastung, Trennung, Gewalt, Kränkungen, Konflikte etc.)	10	30 %
Wohnsituation (Größe, Zustand, Ausstattung, Mietrückstände, Mietverhältnis etc.)	9	27 %
Alltag (organisierte Lebensführung, Selbstständigkeit, realistisches Problembewusstsein etc.)	8	24 %
Zukunftsperspektive (Zuversicht, Optimismus etc.)	8	24 %
Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz, Prävention (Ernährung, Bewegung, Rauchen, Unfallverhütung, Zahngesundheit, Alkohol etc.)	6	18 %
Gesundheit von nahestehenden An- und Zugehörigen (psychisch und/oder körperlich)	6	18 %
Umgang mit Belastungen / Fähigkeit, schwierige Situationen zu meistern (Empowerment)	6	18 %
anderer Bedarf	4	12 %
Navigationskompetenz (Behördenwege, Dokumente, Rechtsberatung einholen etc.)	3	9 %
(Aus-)Bildung (Aus- und Fortbildungen, Sprachkenntnisse etc.)	2	6 %
Diskriminierung	1	3 %
Motivation zu Veränderung, Akzeptanz von Unterstützungsangeboten etc.	1	3 %

Abbildung 17: Handlungs- und Unterstützungsbedarf (Ecker et al., 2023, S. 11)

Als Grund für die Beendigung des Link Working wurde mit 26 Prozent angeführt, dass die Ressourcen gestärkt werden konnten, bei 21 Prozent der Personen erfolgte eine Vernetzung zu Angeboten (in der Gemeinde) und in 19 Prozent der Fälle konnten die Belastungen reduziert werden. Bei weiteren 9 Prozent erfolgte die Vernetzung zu einer anderen Person und bei 7 Prozent wurden Wissen oder Fähigkeiten gestärkt (Antosik et al., 2021).

Im Rahmen des Follow-Up-Calls können aufgrund fehlender Daten keine Aussagen zu Verbesserungen durch Social Prescribing gemacht werden. Reflexionsgespräche mit den Personen, die am Social Prescribing teilnahmen, wurden nur in 20 Prozent der Fälle geführt, hauptsächlich weil sich die Personen nicht mehr meldeten (Ecker et al., 2023).

Bei den zum Evaluierungszeitpunkt abgeschlossenen Fällen fanden durchschnittlich 3,6 Termine pro Person statt (max. 19 Termine). Die durchschnittliche Dauer eines Link Working-Prozesses betrug 4,2 Monate (min. 0,8 Monate, max. 20 Monate)³ (Antosik et al., 2021). Die Ergebnisse von Ecker et al. (2023) sind diesbezüglich vergleichbar.

6.4. Vermittelte Aktivitäten

In Abbildung 18 sind die Aktivität des dritten Sektors dargestellt, zu denen die Personen im Rahmen des ersten Projekts zum Link Working überwiesen wurden (Antosik et al., 2021). Es gab dabei in der Erhebung die Möglichkeit unterschiedliche vorgegebene Aktivitäten auszuwählen sowie ein Freitextfeld, in welchem weitere Aktivitäten erfasst wurden. Die vorgegebenen Aktivitäten reichten von Beratungsangeboten – unter anderem in den Bereichen Recht, Ernährung, Schulden und Wohnen – über soziale Angebote wie Nachbarschaftstreffen und Lerngruppen, bis zu künstlerischen Aktivitäten und Bewegungsangeboten (Antosik et al., 2021).

Die genauen Prozentsätze der vermittelten Aktivitäten sind in der Abbildung nachlesbar. Erwähnenswert ist, dass knapp ein Drittel der Antworten (31 Prozent) mittels Freitextfeld gegeben wurde. Die dort genannten Angebote sind in Abbildung 19 ersichtlich.

³ In manchen Fällen fand der Erstkontakt vor Projektbeginn statt.

Aktivität im Sinne von Social Prescribing, zu der vermittelt wurde (Fälle gesamt, Mehrfachantworten möglich, n = 250)



Abbildung 18: Aktivität im Sinne von Social Prescribing zu der vermittelt wurde, Fälle gesamt, Mehrfachantworten möglich (Antosik et al., 2021, S. 32)

Aktivität im Sinne von Social Prescribing, zu der vermittelt wurde, offene Antworten (kategorisiert; n = 86)

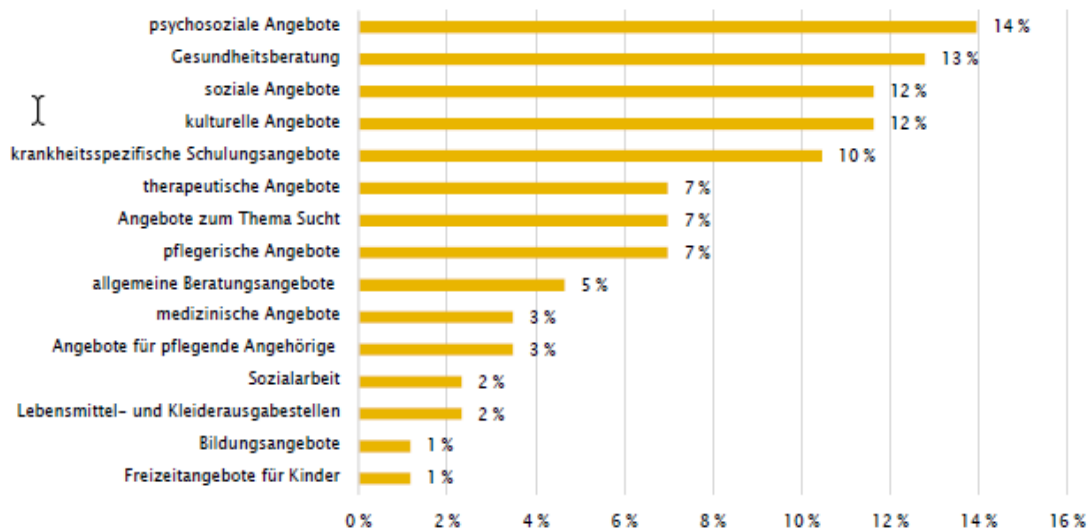


Abbildung 19: Aktivität im Sinne von Social Prescribing zu der vermittelt wurde, offene Antworten (Antosik et al., 2021, S. 33)

Vom Link Working vermittelte Aktivitäten des dritten Sektors, welche nach Ansicht der Link Worker*innen nicht in die vorgegebenen Antworten der Bedarfs- und Vermittlungsdokumentation passten, sind in Abbildung 19 dargestellt. Die häufigsten Nennungen waren hier im Bereich der psychosozialen Angebote (14 Prozent), Gesundheitsberatung (13 Prozent), soziale und kulturelle Angebote (jeweils 12 Prozent) und krankheitsspezifische Schulungsangebote (10 Prozent) (Antosik et al., 2021).

Im Folgenden sind einige der obigen Punkte detaillierter ausgeführt:

- *Psychosoziale Gesundheit (z. B.: psychotherapeutische Begleitung, psychosoziale Beratungsstelle, ambulante psychosoziale Rehabilitation, gerontopsychiatrisches Zentrum, medizinisch-psychosoziale Beratungsstelle, Burnoutberatungsstelle, psychosoziale Dienste Mädchenberatung, interkulturelle Psychotherapie, Kriseninterventionszentrum; 12 Fälle)*
- *Kulturelle Angebote (Theater auf Rezept, Kultur auf Rezept; 10 Fälle)*
- *soziale Angebote (z. B.: Pensionistenclub; begleitete Spaziergänge; Besuchsdienst; Frauengesundheitstreff; Kultur- und Sprachcafé; Gruppenangebot „gemeinsam kochen und essen“; Kreativgruppe; Alltagsbegleitung; 10 Fälle)*
- *krankheitsspezifische Schulungsangebote (z. B.: Gruppenschulung; Onlinegruppenangebot chronische Erkrankungen; 9 Fälle)*
- *pflegerische Angebote (ehrenamtlicher Hospizdienst; mobiles Palliativteam; Sozialehilfeabteilung; Hauskrankenpflege; Pflegedrehscheibe; Haushaltsunterstützung; 6 Fälle)*
- *Angebote für pflegende Angehörige (Beratungsstelle für Angehörige; Servicestelle für pflegende Angehörige; Pflegestammtisch für pflegende Angehörige; pflegerische Beratung; 3 Fälle)“*
(Antosik et al., 2021, S. 33)

Bei Ecker et al. waren die Ergebnisse ähnlich, die meisten Vermittlungen fanden zu psychosozialen Beratungsstellen (29 Prozent), Rechts- und Sozialberatungsstellen (29 Prozent) und sozialen Angeboten (21 Prozent) statt.

Eine physische Begleitung durch das Link Working zu den vermittelten Angeboten fand in 22 Prozent (Antosik et al., 2021) bzw. 10 Prozent (Ecker et al., 2023) der Fälle statt.

Als förderlich für eine erfolgreiche Vermittlung wurden beispielsweise die Unterstützung des*der Link Worker*in beim Kontaktieren des Angebots und die Vereinbarung eines Ersttermins für die Personen genannt. Zudem wurde eine gewisse Niedrigschwelligkeit bezüglich des Ortes und der Kosten des Angebots als förderlich für eine Inanspruchnahme beschrieben. Die Begleitung durch Freund*innen und Freunde zum Angebot bzw. ein allgemein unterstützendes soziales Umfeld und ein enger Kontakt der Einrichtung (PVE) zum vermittelten Angebot waren ebenfalls förderliche Faktoren.

Bezüglich der Rolle der Person mit Link Working-Funktion wurden das Vertrauen in deren Professionalität sowie eine vertraute Beziehung zum*zur Link-Worker*in als positive Faktoren für die Vermittlung zu einem Angebot angeführt (Antosik et al., 2021; S. 34). Ecker et al. (2023) ergänzen noch die Bekanntheit des Angebots (vertrauter Ort, vertraute Person) als förderlichen Faktor.

Hinderlich für eine erfolgreiche Vermittlung zu einem Angebot des Dritten Sektors waren laut Antosik et al. (2021) und Ecker et al. (2023) oftmals grundsätzliche Vorbehalte bezüglich der Angebote (beispielsweise aufgrund negativer Vorerfahrungen mit den Angeboten, Ängsten etc.).

Es wird auch beschrieben, dass die Ablehnung der Leistung des Link Workings allgemein, weil unter Umständen Bedarfe der Personen von diesen subjektiv nicht erkannt wurden, hinderlich für die Vermittlung waren.

Weitere hinderliche Faktoren waren beispielsweise die physische und psychische Gesundheit der Personen, wobei hier unter anderem konkret *„eingeschränkte Mobilität, Alltagsüberforderung und Bewältigungsunfähigkeit, Bedarf nach Begleitung, Orientierungsprobleme, Merkfähigkeit, Depression [...]“* angeführt wurden (Antosik et al., 2021, S. 36) – allesamt Faktoren, die auch für Menschen mit Demenz als Hindernisse denkbar wären.

Als hinderlich wurden auch Unsicherheiten genannt, wie beispielsweise alleine das Haus zu verlassen und den pflegebedürftigen Partner alleine zu lassen. Auch der Anspruch

alles alleine schaffen zu wollen, sowie allgemein mangelnde Motivation für Veränderung wurden als hinderliche Faktoren angeführt (Antosik et al., 2021, S. 35ff.; Ecker et al.; 2023; S. 19ff.).

Zusammenfassend kann aus der Dokumentenanalyse die Frage aufgeworfen werden, ob Menschen mit Demenz und deren Angehörige von den am Projekt beteiligten Primärversorgungseinheiten ausreichend erreicht werden konnten. Die beiden Gruppen wurden verhältnismäßig wenig explizit angeführt – Angehörige vereinzelt, Menschen mit Demenz gar nicht – und das Durchschnittsalter der Klient*innen war mit 47 bzw. 48,7 Jahren relativ jung.

Gleichzeitig lassen sich die vermittelten Aktivitäten gut in die Bedarfe der Betroffenen und Angehörigen einordnen und auch die bereits zitierten Veröffentlichungen der Gesundheit Österreich GmbH (Fenz et al., 2023; Ecker, 2021) zeigen, dass es im Sinne der Projektverantwortlichen wäre, mit Social Prescribing auch Menschen mit Demenz und deren Angehörige zu erreichen.

Fraglich ist, worin die fehlende Erreichbarkeit begründet liegt. Ein Erklärungsmodell könnte die Stigmatisierung der Demenz sein, welche einerseits die Angehörigen und Betroffenen, andererseits aber auch das Gesundheitspersonal innerhalb der Primärversorgungseinheit beeinflusst. In Verknüpfung dazu könnte diskutiert werden, ob die Liste der Kernzielgruppen mitbeeinflusst, an welche Gruppen beim Social Prescribing vermehrt gedacht wird.

Eine eingehendere Diskussion der Analyse, verknüpft mit der Literatur zum Thema und den Ergebnissen der Expert*inneninterviews, erfolgt im Kapitel 8.

Festzuhalten ist abschließend noch, dass die Profession der Pflege in den Projekten nicht sehr stark vertreten war – weder in der Rolle der zuweisenden Person, noch in jener der Person mit Link Working-Funktion. Die Rolle des Link Workings lag hauptsächlich bei der Sozialarbeit, was einerseits naheliegend ist, andererseits jedoch auch Themenbereiche wie Alter und Pflege potentiell weniger betrachtet.

7. Ergebnisse der Interviews

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Auswertung der qualitativen Interviews dargestellt. Es wurden unterschiedliche Faktoren identifiziert, welche sowohl als Potentiale als auch als Limitationen im Kontext Social Prescribing für Menschen mit Demenz und deren Angehörige wirken. Im Zuge dessen wird ebenfalls beleuchtet, welche Rolle die professionelle Pflege beim Social Prescribing einnimmt.

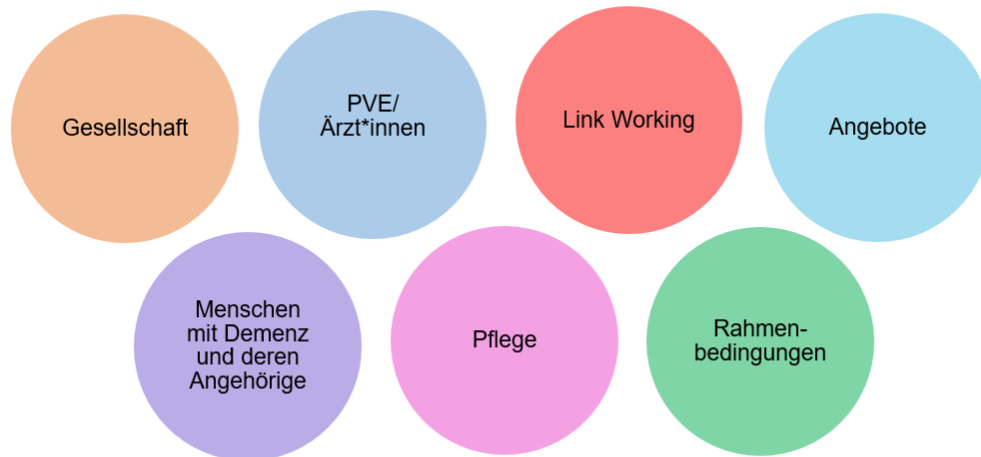


Abbildung 20: Faktoren für Potentiale und Limitationen von Social Prescribing (eigene Darstellung)

7.1. Menschen mit Demenz und deren Angehörige

In den Interviews wurden unterschiedliche Aspekte auf Seiten der Betroffenen und der Angehörigen identifiziert, welche die Inanspruchnahme und den Nutzen des Social Prescribings beeinflussen (siehe Abbildung 20).

7.1.1. Menschen mit Demenz

Als Potential von Social Prescribing für die Betroffenen wurde der positive Nutzen gesundheitsförderlicher Aktivitäten angeführt. Durch das Vermitteln von Aktivitäten aus

dem Bereich des Social Prescribings besteht für Menschen mit Demenz die Möglichkeit ihre Identität und ihr Selbst zu stärken, indem sie ihr Leben und Aktivitäten selbst mitgestalten und sich als wertvoll und wirksam erleben.

„Und auch dieses Umdenken von diesem Kranksein, davon wegkommt und deswegen eine große Bedeutung hat. Und die Eigenständigkeit dadurch gefördert wird, das Selbstständig-Sein, Selbstbestimmung, ganz ein wichtiger Punkt, die Motivation und Aktivierung wieder der Lebensaktivitäten ein ganz großer Punkt ist.“ (T4_D Pos. 10)

In einem Interview wird die positive Wirkung einer Teilnahme an einer Museumsführung beschrieben, in welcher ein Zeitzeuge in einem geschichtsträchtigen Raum mit seinem Wissen als Experte ins Zentrum rückte.

„Und er hat richtig, also ich habe auch gemerkt, da war die Expertise total bei ihm. Also so, das kann ich aus der Geschichte her nicht erzählen, nicht in dieser Nähe und in dieser Verbindlichkeit, wie er es geschafft hat, die Gruppe auch mitzureißen. Das war ganz toll. Und am Ende war es dann so, dass seine Begleitung zu mir gesagt hat, sie war ganz überrascht, dass diese Person, ich glaube, es war in dem Fall ihr Vater, das erzählt hat, weil er hat seit Tagen nicht gesprochen.“ (T3_SP Pos. 23)

In diesem Beispiel wird auch sichtbar, welchen Mehrwert dieses Erlebnis für die Angehörige des oben beschriebenen Mannes hatte. Durch die gemeinsame Museumsführung hatte die Tochter die Gelegenheit, den Vater mit anderen Augen zu erleben.

Limitierend wird die Erreichbarkeit von Menschen mit Demenz festgehalten. Durch das herrschende Stigma bezüglich der Erkrankung suchen Betroffene häufig erst sehr spät den Weg zum Arzt oder zu einer Ärztin und zu einer Diagnose. Mit fortschreitender Erkrankung verstärkt sich der soziale Rückzug noch mehr. In den Interviews wird beschrieben, dass Menschen mit Demenz häufig nur über die Angehörigen erreichbar sind und die Arztpraxis im Krankheitsverlauf immer weniger selbst aufsuchen.

7.1.2. Angehörige

Angehörige von Menschen mit Demenz sind einer hohen Belastung ausgesetzt – Social Prescribing hat aus Sicht der Interviewpartner*innen ein großes Potential zur Steigerung des Wohlbefindens und der psychischen Gesundheit.

Als wesentlich wird von den Interviewpartner*innen festgehalten, dass es sich bei Angehörigen um eine eigene Gruppe mit eigenen Bedürfnissen handelt. Durch Social Prescribing für Menschen mit Demenz soll keine Zusatzbelastung für die betreuenden Angehörigen entstehen.

Eine Interviewpartnerin beschreibt die Situation der Angehörigen als Doppelrolle, in der sie

„wichtig als Unterstützung einerseits sind, andererseits aber auch unbedingt selbst Beratung brauchen, weil es ja für sie eine ganz schwierige Sache ist und sie sehr bald so den Eindruck haben, sie wissen nicht, wie es weitergeht.“ (T5_D Pos. 3)

Auch bei den Angehörigen von Menschen mit Demenz wurde die schwere Erreichbarkeit der Zielgruppe genannt. Angehörige von Menschen mit Demenz suchen oft erst dann aktiv nach Unterstützung, wenn die Belastung der Pflege schon sehr hoch und die Erkrankung schon fortgeschritten ist.

Es wird auch beschrieben, dass den Angehörigen die Belastung häufig gar nicht bewusst ist. Es braucht oft mehrere Termine und Gespräche der Link Worker*innen mit den Angehörigen, bis diese sich ihre eigene Belastung eingestehen und auch die Offenheit entwickeln, Hilfe anzunehmen. Eine Interviewpartnerin, die als Link Workerin in einer PVE arbeitet, beschreibt den inneren Konflikt eines Angehörigen folgendermaßen:

„Er hat halt auch das Gefühl, er muss es tun. Er muss es tun. Und es kann auch nur er so tun. Und das ist natürlich immer schön, dass er sich für seine Frau so opfert, aber er ist halt auch schon über 80.“ (T7_SP Pos. 68)

7.1.3. Demenzverlauf – Phasen der Erkrankung

Alle Interviewpartner*innen sind sich einig, dass Social Prescribing sowohl in der Frühphase einer Demenzerkrankung als auch im weiteren Verlauf sinnvoll sein kann.

Einige Interviewpartner*innen sehen für beide Gruppen – Angehörige und Betroffene – Potentiale von Social Prescribing bis zu einem fortgeschrittenen Stadium der Demenz. Andere sind der Meinung, dass im späteren Verlauf der Demenzerkrankung die Angehörigen vermehrt und die Betroffenen zunehmend weniger profitieren.

Bezüglich der Diagnose wird beschrieben, dass diese oft erst sehr spät gestellt wird und die Angehörigen und Betroffenen häufig damit alleine gelassen werden:

„Also wir haben oft die Situation, dass die Leute die Diagnose erhalten nach langem Hin und Her und damit dann alleine gelassen werden, bis dann irgendwann einmal die Pflegebedürftigkeit oder die Betreuungssituation untragbar wird und die Angehörigen dann über einen Hilfeschrei ganz spät dann der Kontakt [...] gesucht wird.“ (T7_D Pos. 3)

Der Interviewpartner aus obigem Interview betont außerdem, dass es sich um eine kontinuierliche Begleitung handeln sollte. Mit dem Fortschreiten einer Demenzerkrankung verändern sich die Fragen und Bedürfnisse sowohl von den Betroffenen als auch von den Angehörigen und es ist daher wichtig, fortlaufend psychosoziale Unterstützung anzubieten.

7.2. Rolle der Gesellschaft

Die gesellschaftliche Perspektive auf Demenz hat einen großen Einfluss darauf, wie und ob Menschen mit Demenz und deren Angehörige von Social Prescribing profitieren können. Die Interviewpartner*innen beschreiben eine starke Tabuisierung und Stigmatisierung der Erkrankung. Dies hat Auswirkungen auf die Erreichbarkeit der Betroffenen und Angehörigen, auf den Umgang des Gesundheitspersonals mit deren Anliegen sowie auf die allgemeine Sichtbarkeit der Problematik, mit der Menschen mit Demenz und deren Familien konfrontiert sind.

Eine Interviewpartnerin beschreibt die erschwerte Erreichbarkeit aufgrund des vorherrschenden Stigmas folgendermaßen:

„Da wissen wir aus praktischen Erfahrungen aus ganz Österreich, dass es ganz ganz schwierig ist, hier die Menschen zu erreichen und das liegt ganz sicherlich noch an der Stigmatisierung dieser Erkrankung, dass man sie immer noch verbergen muss, dass man immer noch glaubt, dass man mit diesen Defiziten nicht am gesellschaftlichen Leben teilnehmen kann.“ (T4_D Pos. 7)

Von den Interviewpartner*innen werden zudem mangelndes Wissen bezüglich dementieller Erkrankungen und fehlende Sensibilisierung bezüglich der Bedürfnisse der Betroffenen beschrieben. Eine Interviewpartnerin kritisiert beispielweise mangelndes Wissen in der Gruppe der Gesundheitsberufe:

„[...] und wir generell finde ich in Österreich ein bisschen einen Wissensmangel haben, was jetzt auf Demenz spezifisch, Demenzen, mit demenziellen Beeinträchtigungen, Erkrankungen, der Diagnosestellung, den unterschiedlichen Stadien, [...] wirklich Mängel herrschen in den unterschiedlichen Gesundheitsberufen, muss man ehrlich zugeben, und man da auch ansetzen muss.“ (T4_D Pos. 24)

Es wird von einseitiger Wahrnehmung der Demenz gesprochen oder auch von „*diesem gewissen Bild der Demenz*“ (T4_D Pos. 37). Symptome werden häufig heruntergespielt und als Teil des normalen Altersprozesses abgetan.

„[...], dass man sagt, die hat ein gewisses Alter, das ist normal, dass man abbaut, das ist normal, dass man ein bisschen vergesslich wird.“ (T7_D Pos. 37)

Als weitere gesellschaftliche Problematik wird das Thema der Altersdiskriminierung angesprochen. Eine Interviewpartnerin nennt das Problem im gesamtgesellschaftlichen Kontext, wie im untenstehenden Zitat angeführt wird:

„Und ich glaube, dass das sehr wohl bei uns in der Gesellschaft eine Frage der Altersdiskriminierung ist, beziehungsweise die Diskriminierung von pflegebedürftigen Personen insgesamt. Dass man über sie bestimmt und nicht sie eigentlich unabhängig von Beeinträchtigungen, ob kognitive Beeinträchtigungen,

körperliche Beeinträchtigungen, unabhängig in welchem Ausmaß, sie immer wieder miteinbezieht und versucht entscheiden zu lassen.“ (T4_D Pos. 9)

Ein weiterer Interviewpartner, ebenfalls Experte im Demenzbereich, sieht Altersdiskriminierung auch im Gesundheitsbereich:

„Ich glaube, da liegt die Verantwortung wirklich im Gesundheitssystem. Das ist ein Tabuthema. Alter wird anders behandelt als Jugend, auch in der Medizin.“

(T7_D Pos. 39)

Social Prescribing wird als positive Entwicklung wahrgenommen, da angenommen wird, dass damit verstärkte Sensibilisierung bezüglich gesundheitsrelevanter Themen in der Ebene der Primärversorgung gelingen kann. Die Sensibilisierung des gesamten Personals und speziell der Ärzte und Ärztinnen wird als wichtig und notwendig betont.

Ein Interviewpartner spricht von einem ...

*„gesellschaftlichen Lernprozess, [...], dass in einem Ärztezentrum nicht nur Ärzte sitzen und wird sich dann schon herumsprechen, dass solche Menschen [Anm. Link Worker*innen] hilfreich sind. Und das ist sicher etwas, das Zeit braucht. Und wo es aber wichtig wär, sozusagen dass dann auch ja, wieder zu verbreiten.“*

(T1_D Pos. 53)

7.3. Primärversorgung(szentren) / Ärzte*Ärztinnen

Die Ebene der Primärversorgung und das Modell der Primärversorgungszentren, mit einem multiprofessionellen Team an einem Ort, wird von den Interviewpartner*innen größtenteils als geeignetes Setting für das Adressieren sozialer Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen betrachtet. Als positiv werden vor allem das multiprofessionelle Team und die dadurch mögliche, niederschwellige Zusammenarbeit beschrieben. Jedoch wird auch festgehalten, dass es für das Adressieren der Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen noch eine intensive Sensibilisierungsarbeit beim Gesundheitspersonal innerhalb der Primärversorgungseinheiten generell und bei den Ärzten und Ärztinnen speziell braucht.

7.3.1. Primärversorgung als erste Anlaufstelle

Einige der Interviewpartner*innen sehen die Ebene der Primärversorgung für viele Menschen als erste Anlaufstelle zum Thema Demenz. Dabei wird das Potential der Primärversorgung hervorgestrichen, dass durch die regelmäßige Konsultation des*r Hausarztes*ärztin die Möglichkeit besteht, dass die Belastung der pflegenden Angehörigen oder auch erste Zeichen einer Demenzerkrankung frühzeitig erkannt werden.

„Und drum eben die Wichtigkeit des Social Prescribing, weil eben ein normaler Hausbesuch eben ganz oft vorkommt und die Hoffnung ja ist, es fällt dort jemandem auf, dass die Menschen, eben, dass die Schlafstörungen eigentlich woanders herkommen und man dann versucht eben da was zu vermitteln, was der allgemeinen Gesundheit förderlich ist.“ (T1_D Pos. 39)

Eine der Interviewpartner*innen ist auch der Ansicht, dass die Primärversorgung einer jener Orte ist, an dem man – bei guter Sensibilisierungsarbeit – die Möglichkeit hat, an schwer erreichbare Zielgruppen heranzukommen:

„Also für mich ist wirklich eigentlich das Hauptargument, dass es wirklich eine der ersten Anlaufstellen für viele Menschen ist, frei von Stigma. Also das ist halt, da erreicht man Menschen, die man sonst vielleicht nicht erreichen würde.“ (T2_SP Pos. 41)

Zu bemerken ist, dass die Realität in Primärversorgungszentren nicht immer dem Idealbild entspricht und es große Unterschiede zwischen Stadt und Land gibt. Während ein*e Interviewpartner*in, die als Link Worker*in in einer PVE im ländlichen Bereich tätig ist, angibt ...

„[...] und bei uns am Land ist es wirklich so, dass der Hausarzt die Number One Ansprechperson ist, [...] (T8_SP Pos. 70), ...

berichtet eine andere Interviewpartnerin aus privaten Erfahrungen im städtischen Bereich von häufigen Arztwechseln innerhalb der PVE und dem Gefühl von Anonymität.

In einem Interview widerspricht die Interviewte der These des Primärversorgungszentrums als erste Anlaufstelle für Menschen mit Demenz und deren Angehörige:

„Also ich glaube, dass auch pflegende und betreuende und unterstützende Angehörige sich nicht unbedingt als Erstes praktische niedergelassene Ärzte aufsuchen und ich glaube, dass es eventuell schon zu spät ist mit Social Prescribing oder mit psychosozialen Angeboten anzufangen, wenn körperliche Beeinträchtigungen schon auffallen.“ (T4_D Pos. 15)

Es wird dabei auch ein weiterer Unterschied zwischen Stadt und Land zum Thema. Ein*e der Link Worker*in berichtet, dass das Team der Primärversorgung in einer ländlichen Region ihr häufig bei der Überweisung der Patient*innen auch wichtige Informationen zur Biografie mitgebe, was sie bei der Arbeit des Link Workings enorm unterstütze. Bei ihrer vorhergehenden Arbeit in der Stadt sei ihr das so nicht untergekommen.

7.3.2. Sensibilisierungsbedarf

Die Interviewpartner*innen sind sich einig, dass durch die derzeit stattfindenden Projekte zum Social Prescribing eine notwendige Sensibilisierung bezüglich der sozialen Anliegen von Patient*innen stattfindet. Bezüglich der Anliegen von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen orten einige Interviewpartner*innen ebenfalls einen hohen Bedarf an Sensibilisierung.

Eine Interviewpartnerin betont, dass die Adressierung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen in der Primärversorgung sehr passend ist, da die Menschen spezielle Demenzberatungsstellen häufig viel zu spät aufsuchen. Als wichtig dabei betont sie aber die

„Sensibilisierung der Gesundheitsberufe in diesem Sektor, wo es darum geht, ich kann immer präventiv tätig sein, entweder tertiärpräventiv oder primärpräventiv oder gesundheitsförderlich, in allen Stadien. Aber wir brauchen da ganz stark eine Fokussierung und eine Sensibilisierung der Gesundheitsberufe in diesem Bereich.“ (T4_D Pos. 36)

Speziell im Bereich der Medizin werden große Schwierigkeiten gesehen, diese für ein gelungenes Social Prescribing miteinzubinden:

„Und wie man die Ärzte und Ärztinnen ins Boot bekommt, das halte ich für einen ganz großen Knackpunkt.“ (T1_D Pos. 53)

In der derzeitigen Phase des Social Prescribing in Österreich ist es in den meisten Einrichtungen Usus, dass der Arzt oder die Ärztin das erste Glied in der Kette des Social Prescribing ist und er oder sie dann an eine Person mit Link Working-Funktion weiterverweist. Die ärztliche Rolle wird als wichtig benannt, da diese häufig mit Vertrauen verbunden ist und ein ärztlicher Rat oft viel Gewicht bekommt.

Jedoch gibt es bei einigen Interviewpartner*innen eine gewisse Skepsis, dass es aufgrund des bestehenden Zeitdrucks und des Mangels an Wissen und Sensibilisierung zu einem Gatekeeper-Effekt kommt. Bedarfe von Menschen mit Demenz und deren Angehörige (oder auch generell gesprochen Kund*innen des Social Prescribing mit anderen Problematiken) könnten so in der Anfangsphase nicht erkannt werden und das Potential von Social Prescribing würde dadurch nicht ausgeschöpft.

Bezüglich dem Faktor Zeit berichtet eine der interviewten Link Worker*innen über den Zeitdruck der Ärzt*innen und dass sie froh sei, dass im Kontext des Primärversorgungszentrums zu ihr weitervermittelt werden könne.

„Also häufig bei der hausärztlichen Versorgung, da ist halt gar nicht so die Zeit. [...] beim Arzt ist es halt mittlerweile so, wie bei jedem, du kommst rein, du hast deine zehn Minuten, zack, zack, zack.“ (T6_SP Pos. 47)

Wie schon bezüglich der Rolle der Gesellschaft beschrieben, konstituieren die Interviewteilnehmer*innen dem Gesundheitspersonal ein mangelndes beziehungsweise einseitiges Wissen zum Thema Demenz und den (therapeutischen) Möglichkeiten abseits der Medizin.

In Bezug auf die Demenz wird erwähnt, dass bei Ärzt*innen häufig ein sehr defizitorientierter Blick auf die Erkrankung vorherrscht. Aufgrund der geringen Möglichkeiten der Medizin wird von vielen Mediziner*innen angenommen, ‚dass man da halt nichts machen kann‘.

„Ich glaube das liegt an der mangelnden Sensibilisierung der [...] Hausärzte, die einfach [...], also gerade, was kognitive Beeinträchtigungen betrifft, diesen Defizitblick haben. Social Prescribing wird ja quasi eingesetzt, um [...] Fortschritte zu erzielen und solange man glaubt, dass man das bei Demenz nicht machen kann [...].“ (T4_D Pos. 36)

Ein anderer Interviewpartner formuliert die Problematik wie folgt. Er ist der Ansicht, dass Allgemeinmediziner*innen bei Demenz generell an spezialisierte Stellen weitervermitteln sollten.

„Ich glaube, dass unsere praktischen Ärzte einfach mit dem Thema Demenz selber überfordert sind. Ob das jetzt, das sind Zeitressourcen, das sind Geldressourcen und das sind natürlich auch Wissenslücken.“ (T7_D Pos. 33)

Es wird auch beschrieben, dass es häufig am Blick der Ärzt*innen auf das Wissen und die Kompetenzen der anderen Gesundheitsberufe mangelt. Eine der Sozialarbeiter*innen beschreibt beispielsweise, dass sie den Ärzt*innen nach ihrer Anstellung erst erklären musste, was ihre Aufgaben und Kompetenzen sind und sie auch in der Rolle der Link Workerin immer wieder an sich und die Möglichkeiten ihres Angebots erinnern muss.

„[...] also darum, da fehlt viel Wissen zum Teil über was kann ich leisten. Und wenn ich da natürlich nicht weiß, dann nehme ich es auch nicht.“ (T8_SP Pos. 46)

Es wird auch beschrieben, dass Ärzt*innen teilweise Schwierigkeiten haben, zu delegieren und den Anspruch abzulegen, mit ihrer Leistung alleine den Bedürfnissen der Patient*innen entsprechen zu müssen.

Als Lösungsansatz für das Problem der fehlenden Sensibilisierung wird von einem Demenzexperten der Vergleich zum bestehenden Angebot der mobilen Dienste wie

Hauskrankenpflege oder Heimhilfe gezogen. Nach Ansicht eines Interviewpartners ist hier das flächendeckende Angebot und die ausreichende Information der Ärzt*innen sowie die Sicherheit über die Verfügbarkeit des Angebots ausschlaggebend dafür, dass es zur erfolgreichen Weitervermittlung kommt.

„[...] dass es Hauskrankenpflege und Heimhilfe gibt, dass ist inzwischen bei allen Hausärzten und allgemein bekannt und ich da glaub ich sehr wohl, dass es funktioniert, dass dorthin weiterverwiesen wird. Aber das gibt es flächendeckend quasi in ganz Österreich und teilweise bringen diese Stellen dann ja laufend ihre Unterlagen zu den Ärztinnen und Ärzten. Wie gesagt, da haben die genug Information, aber auch die Gewissheit, dieses Angebot gibt es.“ (T1_D Pos. 5)

Zum Thema der fehlenden Sensibilisierung soll abschließend auch noch erwähnt werden, dass gerade diese den Grund darstellt, dass Menschen mit Demenz und pflegende Angehörige im Rahmen der Projekte rund um Social Prescribing als Kernzielgruppe genannt werden sollten. Diese Nennung führt zum Bewusstwerden der (psycho)sozialen Bedürfnisse dieser Gruppen beim Personal der Primärversorgungseinheiten und nur so kann diesen auch begegnet werden.

„Weil, also wirklich unbedingt, weil es schon einen Unterschied gibt und eine Sensibilisierung stattfinden muss. Erstens für pflegende Angehörige und auch für Menschen mit Demenz wäre es wichtig, weil eine Sensibilisierung beim Wissen auch immer stattfinden muss. Und deswegen als Kernzielgruppe wäre es schon wichtig, diese zu nennen.“ (T4_D Pos. 35)

7.4. Link Working

Fachkräfte mit Link Working-Funktion benötigen generell einen vielseitigen Werkzeugkoffer an Wissen und Kompetenzen, um den unterschiedlichen Bedürfnissen und Fragestellungen gerecht zu werden. Je nach Gruppe, mit der gearbeitet wird, braucht es andere Angebotsnetzwerke und unterschiedliches Hintergrundwissen. Einig sind sich alle Interviewpartner*innen, dass es für die Arbeit mit Menschen mit Demenz vor allem

spezifisches Wissen, aber teilweise auch spezielle Rahmenbedingungen und Kompetenzen braucht.

Eine Interviewpartnerin fasst auf die Frage, welche speziellen Kompetenzen und Fähigkeiten eine Person mit Link Working-Funktion in der Arbeit mit Menschen mit Demenz braucht, folgendes zusammen:

„Sie müssen sogenannte Wunderwutzis sein, weil sie natürlich unendlich viel wissen wollten, was sie überhaupt anbieten können und die müssen ganz viel über die unterschiedlichen Situationen der Betroffenen wissen. Nicht nur wissen, sondern auch das Gefühl haben, wenn ich jemanden treffe, wo sind die größten Probleme und wo kann etwas wirklich helfen, dass man empfehlen kann, verschreiben kann.“ (T5_D Pos. 58)

7.4.1. Expertise

Die Expert*innen sind sich in den Interviews einig, dass es für die Begleitung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen ein gewisses Maß an Wissen zur Erkrankung und den damit für die Betroffenen und Angehörigen verbundenen Herausforderungen und Belastungen braucht.

Da von ärztlicher Seite wie bereits erwähnt leider oft nur die medizinische Seite der Demenz betrachtet wird und für eine Begleitung von Betroffenen und Angehörigen leider oft zu wenig Zeit bleibt, ist es umso wichtiger, dass die Gesundheitsberufe, welche das Link Working durchführen, über Demenz-Kompetenz verfügen. Nur so können die Belastungen auch als solche erkannt und benannt werden und Schritte in Richtung Entlastung und Unterstützung gesetzt werden.

In einem Interview mit einem Experten aus dem Demenzbereich fasst dieser zusammen, was es seiner Ansicht nach für ein gelungenes Link Working braucht. Er meint Link Working solle im Gegenteil zum Community Nursing einen weniger generalistischen Zugang haben, sondern mit spezifischem Fokus Begleitung anbieten.

„[...] und Link Working eigentlich mehr ist und mehr braucht, sagen wir jetzt mal so, individuelle Begleitung eben, diesen Beziehungsaufbau betrifft, also auch ein

spezifisches Wissen in Bezug auf die einzelnen Erkrankungen und also auch diese Vermittlung Richtung Demenz.“ (T1_D Pos. 51)

Eine der interviewten Link Worker*innen berichtet von den Vorteilen, die ihre demenzspezifische Ausbildung und Berufserfahrung ihr für ihre Tätigkeit bringt:

„[...] und gerade bei der Demenz ist es total wichtig, [...], da kommt mir glaube ich schon zu Nutzen, dass ich Geragogik studiert habe und dass ich eben [...] im Demenzbereich [Anm. von der Autorin anonymisiert] gearbeitet habe und auch diese Behaves und Reisbergtheorien und Einstufungen, dass ich das alles kann.“ (T6_SP Pos. 63)

Gleichzeitig betont eine der Interviewpartner*innen auch, dass es bei der Tätigkeit als Link Worker*in „Mut zur Lücke“ braucht, weil der Anspruch in jedem Themenbereich alles zu wissen nicht realistisch zu erfüllen ist. Wichtig sei ihrer Meinung nach, ein gutes Netzwerk zu haben und zu wissen, wo man nachfragen oder weitervermitteln kann.

Neben der Expertise im Demenzbereich führen die Interviewpartner*innen auch Kenntnisse im Bereich der Gesprächsführung, Beziehungsgestaltung und Netzwerkkenntnisse als wichtig für die Tätigkeit als Link Worker*in an. Dies gilt vermutlich generell im Social Prescribing, jedoch ist bei Menschen mit Demenz ein Blick auf die Gesprächsführung besonders wichtig, da es häufig eine andere Art der Kommunikation braucht. Ebenso muss erkannt werden, dass es sich bei den Angehörigen der Betroffenen häufig um psychisch stark belastete Personen handelt und dementsprechend braucht es auch hier besondere Kompetenzen in der Begleitung.

7.4.2. Individueller Zugang

Ein weiterer wichtiger Punkt, der in den Interviews identifiziert werden konnte, ist, individuell auf die Situation der Betroffenen und Angehörigen einzugehen. Dabei ist

„viel Interesse an den Menschen und der Sache wichtig und Voraussetzung.“ (T3_SP Pos. 45)

Wichtig ist, dabei sich die Lebenssituation der Beteiligten anzusehen und sich Zeit zu nehmen die Themen dann zu adressieren, wenn die Personen auch bereit sind, diese anzunehmen. Dies benötigt häufig auch mehrere Gespräche und Termine.

„[...] die Menschen wirklich da abzuholen, wo sie sind. Eben nicht gleich, wenn ich die beim ersten Gespräch habe: Ja, jetzt, da können sie mit der Mutter hingehen. Da ist Essen auf Rädern. [...].“ (T6_SP Pos. 59)

Als sehr hilfreich wurde im Falle von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen das Hausbesuchssetting genannt, da dieses einen Einblick in die Individualität des Alltags der Familien ermöglicht und bei Gesprächen in der vertrauten Umgebung das Ansprechen von Schwierigkeiten häufig leichter fällt.

Eine der Interviewpartner*innen, welche konzeptuell im Bereich des Social Prescribing tätig ist, betont:

„Und das ist das Schöne an Social Prescribing, dass sich da Zeit genommen werden kann für die Bedürfnisse und dass die gemeinsam herausgearbeitet werden können. Das ist wirklich partizipativ. Und wenn es sein muss, dass auch zu den Angeboten hinbegleitet werden kann, weil das ja auch schon die Schwierigkeit ist, das ist ja die nächste Hürde, dass man Hilfe sucht.“ (T2_SP Pos. 24)

7.4.3. Das ganze Familiensystem im Blick haben

Als Hürde wird berichtet, dass für ein erfolgreiches Link Working alle im System beteiligten Personen mit an Bord sein müssen. Vor allem das Überzeugen der Angehörigen vom Mehrwert der Aktivitäten zur sozialen Teilhabe der Betroffenen, aber auch die Inanspruchnahme von beispielsweise Entlastungsangeboten für die Angehörigen selbst braucht häufig viele vorbereitende Gespräche.

Es wird berichtet, dass organisatorische Belange, wie etwa Pflegegeldanträge „Türöffner“ für Social Prescribing und die Thematisierung von gesundheitsrelevanten Belangen sind. Häufig liegt der Fokus auf der medizinischen und pflegerischen Versorgung und soziale

Bedürfnisse werden weniger stark gewichtet oder nicht beachtet. Als Beispiel wird in einem Interview genannt, dass der Vorschlag ein Erinnerungscafé oder Tageszentrum zu besuchen mit dem Grund abgetan wird, dass es nun eh eine 24-Stunden-Betreuung gibt. Eine Interviewpartnerin berichtet auch vom Fall einer Familie, in dem sie neben der Frau mit Demenz und deren Ehemann auch mit beiden Söhnen und der Schwiegertochter Beratungsgespräche durchführte. Ziel war letztlich die Überzeugungsarbeit Essen auf Rädern in Anspruch zu nehmen, um die Schwiegertochter zu entlasten und ein Besuch des Tageszentrums, um die Ehefrau in ihrer sozialen Teilhabe zu fördern. Dabei berichtet die Person mit Link Working-Funktion über ihre eigene Rolle als jene des „Bad Cop“, damit niemand in der Familie diese Rolle einnehmen muss und doch alle Beteiligten zu dem kommen, was ihnen guttut.

Dieses Beispiel zeigt, wie sensibel die Arbeit mit Familiensystemen ist und wie gut eine Person, die Link Working durchführt, jene Systeme auch kennen und verstehen muss.

7.4.4. Ermutigen und Begleiten

Um den Bedürfnissen von Angehörigen und Betroffenen bestmöglich begegnen zu können, führen die Interviewpartner*innen unterschiedliche Kompetenzen an, welche Link Worker*innen ihrer Erfahrung bzw. Meinung nach aufweisen sollten.

Aufbauend auf das Wissen um die Herausforderungen, mit denen Menschen mit Demenz und deren Angehörige konfrontiert sind, sollten Fachkräfte mit Link Working-Funktion den Menschen ermutigend beiseite stehen. Gerade nach der Diagnose sind viele Menschen und Familien geschockt und verunsichert, wie sich ihr Leben nun weiterentwickeln wird. Einer der Interviewpartner beschreibt die Aufgabe der Link Worker*innen in dieser Situation folgendermaßen:

„Am Anfang geht es oft darum, man ist in der Phase des Schocks und man gibt sich leicht auf, aber damit man eben nicht seine Hobbies aufgibt und nicht die nächste Reise verschiebt oder storniert aus Angst, es könnte etwas passieren. [...] Da braucht es jemanden der sagt: ‚Sie fahren jetzt im September an den Wolfgangsee!‘ Nur weil er jetzt die Diagnose Demenz hat, heißt das nicht, dass

das Leben vorbei ist [...] Also einfach die Leute zu begleiten, zu ermutigen, weiterzumachen und sich nicht zu verstecken.“ (T7_D Pos. 65/67)

Also positiv in der Arbeit mit Menschen mit Demenz wird zudem das proaktive Zugehen auf die Personen und das aktive Nachgehen genannt. Es wird berichtet, dass das Angebot der Begleitung in zum Beispiel das Nachbarschaftszentrum Schwellen reduziert und die Wahrscheinlichkeit eines regelmäßigen Besuchs erhöht.

Eine Hürde im Weitervermitteln vom Link Working zu einem Angebot des 3. Sektors ist, dass die Menschen häufig froh sind, endlich irgendwo gelandet zu sein und das „Weitergereicht-Werden“ oft sehr sorgsam vorbereitet werden muss. Auch deswegen ist das physische Begleiten zu einem Angebot oft hilfreich für die Personen oder auch das Nennen einer konkreten Kontaktperson vor Ort.

„[...] dass also dieses Weitervermitteln eigentlich ein ganz schwieriger und heikler Punkt ist. Weil es wird ohne Beziehung nicht gehen, dass sich die Menschen weiter vermitteln lassen und aber aus einer aufgebauten Beziehung heraus sozusagen, da darf das trotzdem nicht so wirken wie [...] ,ich mag dich jetzt nicht mehr‘ [...]. Es muss ein guter, fließender Übergang sein.“ (T1_D Pos. 23)

7.4.5. Link Working als Teamarbeit

In der Arbeit mit Menschen mit Demenz berichten die Interviewpartner*innen vom dem großen Mehrwert, das Link Working nicht als Einzel- sondern als Teamaufgabe zu sehen.

„Jeder hat seine Fähigkeiten und seine Kompetenzen. Und da, wo es vielleicht woanders fehlt, kann die andere Person ergänzen und das ist ja auch das Schöne an der PVE, dass das dann so eine ergänzende Arbeit ist.“ (T2_SP Pos. 97)

Die beiden Interviewpartner*innen, welche in der Praxis des Social Prescribings als Sozialarbeiter*innen in einer PVE arbeiten, berichten, dass es Themen gibt, bei denen sie mit ihrem sozialarbeiterischen Knowhow nicht mehr weiterwissen und dann gerne an Kolleg*innen aus anderen Grundberufen weiterverweisen.

Wichtig dabei ist jedoch auch eine klare Abgrenzung und Definition, was in den Kompetenzbereich der einen und was in den der anderen Berufsgruppe fällt. Eine der beiden interviewten Link Worker*innen berichtet beispielsweise:

„Es braucht innerhalb der Institution ganz genaue Absprachen, wer ist für was zuständig und ab wo ist es für meinen Bereich und wann ist es dein Bereich. Also dieses auch zum Beispiel mit der Community Nurse, wann gehe ich hin, wann gehst du hin [...].“ (T6_SP Pos. 59)

Dabei ist zu betonen, dass im umgekehrten Fall, in dem beispielsweise die Community Nurse nicht Teil des Teams der PVE ist, das Weiterverweisen erschwert ist. Hier berichtet eine Interviewpartnerin Folgendes:

„Jetzt bin ich froh, dass ich dort die Community Nurse habe, weil ich dann sagen kann, da könnt's hinschauen [...] Aber das ist ja alles freiwillig. Das ist eine externe Person. Ich tue mir da mit meiner [...] Case- und Care-Managerin natürlich leichter. Weil ich sagen kann, ich habe noch eine Kollegin, die ist für das und das zuständig. Wir kommen zusammen.“ (T8_SP Pos. 100)

In den derzeit geförderten Einrichtungen sind vor allem Sozialarbeiter*innen in der Rolle des Link Workings tätig, es finden sich jedoch auch Vertreter*innen der Pflege und MTD-Berufe. Laut Ansicht einer Interviewpartnerin gibt es noch Potential in der Gruppe jener Berufe, welche die Tätigkeit des Link Workings übernehmen könnten. Wichtig ist aber auch hier wieder der Hinweis, dass es ein multiprofessionelles Team braucht, um der Bandbreite der Themen gerecht zu werden.

„Ich glaube, dass das weit über die bestehenden Berufsgruppen hinausgehen muss [...] Also ich glaub, es braucht in diesem Bereich Psychologinnen, Psychotherapeutinnen, Sozialarbeiterinnen in Kombination, also wir kommen ohne einem breiten, multiprofessionellen Team in dem Bereich nicht aus.“ (T4_D Pos. 39)

7.4.6. Link Working als Gemeinwesenarbeit

Link Working muss nach Meinung zweier Interviewpartner*innen nicht auf die Räume der Primärversorgungseinheit und Hausbesuche begrenzt sein, sondern hat auch das Potential oder viel mehr noch die Aufgabe Anteile an der Gemeinwesenarbeit zu leisten.

„Weil wir ja immer über Grätzlarbeit reden. Und ich glaube, dass die Link Worker und Link Workerinnen eingebunden sein sollten in diese Grätzelarbeiten. Weil das ist etwas ganz Nahes. Also da finden sie die Menschen, die irgendwo unterwegs sind [...] und die Link Workerinnen können da wirklich direkt auf einer ganz einfachen Ebene mit den Menschen einmal darüber reden. Weil wenn ich ihnen sage, da gibt es jetzt Gesundheitsförderung, dann sagen sie ‚Ja, eh‘, aber es passiert nichts.“ (T5_D Pos. 36)

7.5. Rolle der Pflege

Laut Konzept kann die Pflege im Social Prescribing an unterschiedlichen Stellen einsetzen. Wie bereits im theoretischen Hintergrund dargelegt, liegen die Kompetenzen in der Zuweisung zum Link Working sowie dem Link Working selbst. Denkbar ist auch, dass die Pflege im dritten Sektor zu verorten ist, wenn es beispielsweise um die Beratung in pflegerischen Belangen geht.

In den Interviews wurden unterschiedliche Sichtweisen zur Rolle der Pflege im Konzept des Social Prescribing evident. Es wird betont, dass die Pflege aufgrund ihrer Ausbildung über das nötige Fachwissen verfügt, um im Link Working tätig zu sein. Gleichzeitig wird aber auch die Notwendigkeit von Spezialisierung betont, welche es generell in der Beratung und speziell im Bereich Angehörigenarbeit und Menschen mit Demenz braucht.

„[...] natürlich eine Berufsgruppe ist, die prädestiniert ist für die Thematik, muss man ehrlich sagen. Nur braucht es eine Zusatzausbildung, weil ohne die geht es nicht. Weil es auch stark in Richtung Beratung geht. Dann auch Erkennen wieder, dann das Sozialsystem, Gesundheitssystem verstehen.“ T4_D Pos. 45)

Die beiden Interviewpartner*innen, welche als Sozialarbeiter*innen im Link Working tätig sind, betonen den besonderen Mehrwert der Pflegeexpertise bei „pflegerelevanten Themen“.

„Und ich finde das für mich extrem bereichernd, dass ich sie [die Case- und Caremanagerin, Anmerkung CL] habe. Weil das sind auch so medizinische Dinge, die ich nicht weiß. Und da ist das total super, wenn man eine Person hat, die diese Expertise hat. [...] Kompetenz dazu, zu beurteilen, was kann die denn noch brauchen, Hilfsmöglichkeiten, die auch die Pflegegeldeinstufung quasi schon im Hinterkopf hat und genau weiß, die braucht da und da Hilfe.“ (T8_SP Pos. 94)

Als Stärke der Pflege wird mehrfach der Hausbesuch betont, durch welchen ein spezieller Blick auf die Lebensrealitäten der Menschen mit Demenz und deren pflegenden Angehörigen möglich wird. Es wird auch beschrieben, dass erst durch den Hausbesuch Belastungen in der Pflege und Demenzsymptomatiken von Angehörigen offenkundig und zum Thema werden.

Potential für das Social Prescribing wird von den Interviewpartner*innen in der Verbindung der Rolle der Community Nurses mit dem Social Prescribing gesehen, darüber wurde auch schon in Kapitel 7.4. unter dem Aspekt des Link Workings als Teamarbeit eingegangen.

Die Stärken der Verbindung zwischen den beiden Angeboten wird in einem Interview folgendermaßen beschrieben:

„Wenn man an die Community Nurses denkt, das ist natürlich nochmal toller, wenn man Social Prescribing mit Community Nursing verbinden könnte. Weil die dann natürlich nochmal mehr Fachexpertise, wenn es um die Zielgruppe ältere Menschen geht, einbringen. Und die auch noch weiter, also auch noch ein eigenes Netzwerk haben, dass man kombinieren kann mit dem Netzwerk von Social Prescribing.“ (T2_SP Pos. 84)

Es wird der Community Nurse in den Interviews auch das Potential attestiert, eine ähnliche Vertrauensrolle wie jene des Hausarztes/der Hausärztin und somit die

Zuweisungsrolle zum Link Working einzunehmen. Bezüglich des Weitervermittelns wird dabei betont, dass es vielmehr um eine Zusammenarbeit zwischen Community Nurse und der Person mit Link Working Funktion geht und weniger um ein reines Weiterreichen:

„[...] Also auch auf das Thema Demenz achten. Sie erleben das ja hautnah. Aber sie dürfen nicht das Gefühl dann entwickeln, da muss ich jetzt irgendwen anderen schicken, sondern sie können ja auch gemeinsam mit den Link Workern dann schauen, wie entwickelt man das weiter.“ (T5_D Pos. 48)

Eine Interviewpartnerin, die als Sozialarbeiterin für das Link Working in einer Primärversorgungseinheit (PVE) tätig ist, beschreibt ihre enge Zusammenarbeit mit der Community Nurse, welche ebenfalls an die PVE angebunden ist, folgendermaßen:

„Ich habe halt den Luxus, dass die Community Nurse [...] wirklich auch [...] dazugehört. Die ist nicht von einem anderen Verein, sondern wirklich bei und im Team. [...] Ich weiß von anderen Jobs vorher, dass das immer so ein Konkurrenzdenken war. Was macht die Community Nurse und was mach ich? Aber bei uns ist das irgendwie gar nicht so. Wir ergänzen uns voll.“ (T6_SP Pos. 29)

Als Schwierigkeit für die Pflege wird der Aspekt formuliert, den Blick über die eigenen Kompetenzen hinaus auf die der anderen Professionen zu richten. Ein Interviewpartner formuliert, dass er das Gefühl habe, die Pflege habe teilweise Schwierigkeiten zu anderen Professionen zu delegieren. Eine andere Interviewpartnerin sieht dieses Problem nicht auf die Pflege begrenzt, sondern bei allen Berufsgruppen:

„Also ich glaube, jede Berufsgruppe ist so beschäftigt mit dem, was sie tut, dass sie kaum in der Lage ist, den Blick nach außen zu richten.“ (T5_D Pos. 20)

Umso wichtiger ist das Angebot des Social Prescribings als Aufgabe des gesamten Teams zu sehen, wie schon in Kapitel 7.4. erläutert. Mehrere Interviewpartner*innen betonen den Wert des pflegerischen Blicks als Ergänzung zu den Perspektiven von beispielsweise Sozialarbeit, Ergotherapie und Psychologie.

„Und ich erlebe auch, wenn es multidisziplinär ist, wenn man unterschiedliche Berufsgruppen hat [...], die sich dann auch in diesem Setting gegenseitig beraten und multidisziplinäre Gespräche führen, um dann gemeinsam zu schauen, was braucht dieser Mensch. Ich sage nicht, dass jeder Mensch vielleicht drei Personen hat, die ihn begleiten, sondern ich denke im Hintergrund ein Team und dann entscheidet man, da schaut mal eine Pflegeperson hin oder die Sozialarbeiterin. Und die Sozialarbeiterin weiß, okay, der hat offensichtlich mehr pflegerische Themen und schickt vielleicht die Pflegeleute hin.“ (T7_D Pos. 61)

7.6. Angebote

Auch bezüglich der Angebote des dritten Sektors, zu welchen im Rahmen des Link Workings vermittelt wird, konnten Potentiale und Limitationen für Menschen mit Demenz und deren Angehörige identifiziert werden. Es geht dabei neben der Art und Ausgestaltung der Angebote auch um die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit.

7.6.1. Unterschiedliche Gruppen mit unterschiedlichen Bedürfnissen

In den Interviews wird betont, dass Betroffene und Angehörige mit unterschiedlichen Brillen betrachtet werden müssen. Einerseits sollte es Angebote geben, welche die beiden Gruppen gemeinsam adressieren, sie also als Einheit, als Paar ansprechen. Andererseits braucht es aber sowohl für die Betroffenen als auch für die Angehörigen separate Angebote.

Wichtig ist auch, dass die Angehörigen gleich mit dem Tag der Diagnose als Gruppe mitgedacht werden, einer der Interviewten formuliert dies folgendermaßen:

„Und es sind immer zwei Sachen, die parallel laufen. Also wenn es einen Angehörigen gibt, der muss auch vom ersten Tag an mitbetreut werden. Und nicht immer gemeinsam mit dem Angehörigen, weil es unterschiedliche Bedürfnisse gibt.“ (T7_D Pos. 19)

Eine andere Interviewpartnerin beschreibt beispielsweise den Mehrwert von Begleitangeboten für Betroffene, sowohl aus der Perspektive der Betroffenen als auch für das gesamte System:

„Wir wissen von Menschen mit Demenz, dass sie den Abstand brauchen zu den Angehörigen, dass zum Beispiel Freizeitbegleitung durch [...] geschulte Personen, können auch Ehrenamtliche sein, keine Frage, aber für diese Menschen viel sinnvoller ist, als wenn das immer nur von den Angehörigen wahrgenommen wird. [...] Wir wissen auch, dass sich Gewalt zum Beispiel reduziert in Beziehungen zwischen Angehörigen und betroffenen Personen, wenn hier eine dritte professionelle Unterstützung vorliegt.“ (T4_D Pos. 60)

Es wird auch betont, dass es wichtig ist, die Angehörigen durch das Social Prescribing für die Betroffenen nicht noch zusätzlich zu belasten. Als Beispiel hierfür wird die Anstellung pflegender Angehöriger angeführt.

In einem der Interviews beschreibt eine Expertin aus dem Demenzbereich, welche Art von Angeboten es ihrer Ansicht nach für Menschen mit Demenz braucht.

„Und das sind so die drei großen Punkte. Körperliche Angebote und da braucht es eben bestimmte Begleitung, weil das können manche einfach nicht mehr alleine. Und die herkömmlichen Angebote sind einfach zu schnell, bieten einfach zu wenig Orientierung. Das andere sind Angebote in Bezug auf Kognitives und Gedächtnistraining und psychologische, psychotherapeutische und psychosoziale Unterstützung.“ (T4_D Pos. 49)

7.6.2. Niedrigschwelligkeit

Angebote für Menschen mit Demenz und deren Angehörige sollten möglich niederschwellig sein. Niedrigschwelligkeit in diesem Kontext bezieht sich sowohl auf die örtliche Erreichbarkeit, die finanzielle Situation als auch die Formalitäten rund um Organisation und Teilnahme.

Als ein Beispiel für Niedrigschwelligkeit von professioneller Demenzberatung wird das Modell angeführt, spezialisierte Demenzberatungsstellen bzw. –expert*innen in die Primärversorgungseinrichtung zu holen und beispielsweise „Sprechstunden“ oder „Sprechtage“ einzuführen, an denen die Menschen direkt innerhalb der Primärversorgung Beratung in Anspruch nehmen können und nicht erst eine „externe“ Beratungsstelle aufsuchen müssen.

Hier ist speziell der Unterschied zwischen der Stadt und ländlichen Regionen zu erwähnen, da am Land häufig weitere Distanzen zwischen den Einrichtungen und Angeboten liegen und das Angebot der Demenzberatungsstelle innerhalb der Primärversorgung Zugangsschwellen deutlich mindert.

Das Weiterleiten der Menschen vom Link Working hin zu einem Angebot des dritten Sektors wird in den Interviews als potentielle Hürde erwähnt. Viele Menschen sind froh, endlich bei jemandem angekommen zu sein, der oder die sich Zeit für ihre Anliegen nimmt. Das Weitervermitteln muss daher sorgsam vorbereitet werden. Auch aus diesem Grund ist obiges Beispiel, die Demenzberatungsstelle in die Räumlichkeiten der Primärversorgungseinheit zu holen, eine sinnvolle und wirksame Maßnahme, um das Social Prescribing so niederschwellig wie möglich zu gestalten.

Niedrige oder eher symbolische Teilnahmebeiträge werden als weiterer wesentlicher Aspekt der Niedrigschwelligkeit angeführt. Auch durch die häufige finanzielle Belastung, welche durch die Pflege einer Person entsteht, ist es wichtig und relevant, dass die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten vor allem auch pflegender Angehöriger nicht aus finanziellen Gründen scheitert.

„Psychologisch tun sich die Angehörigen am schwersten für sich selbst Geld auszugeben.“ (T1_D Pos. 37)

Ein weiterer Faktor, Angebote leicht zugänglich zu machen ist, dass diese flächendeckend vorhanden sind. Von Demenz Betroffene sind häufig aufgrund des höheren Alters oder aufgrund der fortschreitenden Erkrankung in ihrer Mobilität eingeschränkt. Betreuende Angehörige sind, wenn Ehepartner*innen gemeint, häufig ebenfalls altersbedingt in ihrer Mobilität eingeschränkt. Jüngere pflegende Angehörige

wiederum sind oft durch eine Mehrfachbelastung von Beruf, Familie und Pflege ebenfalls zeitlich begrenzt und dadurch weniger mobil. Es ist daher wichtig ausreichend passende Angebote in der näheren Wohnumgebung zur Verfügung zu haben.

7.6.3. Flächendeckende Angebote

Genereller Tenor aus Sicht der Interviewpartner*innen ist, dass es zwar schon genügend Angebote im Sinne der Gesundheitsförderung für Menschen mit Demenz und deren Angehörige gibt, die Probleme jedoch in der fehlenden Flächendeckung und Übersichtlichkeit liegen.

„Es gibt sie, es gibt sie als Piloten, aber es gibt sie nicht flächendeckend.“

(T4_D Pos. 49)

Es werden dabei auch große Unterschiede in der Angebotsvielfalt und –verfügbarkeit zwischen Stadt und Land festgestellt. Die längeren Fahrtwege in ländlichen Regionen stellen eine zusätzliche Hürde für die Inanspruchnahme von Angeboten dar. Zudem ist durch die dünnere Besiedlung außerhalb der Städte nicht die gleiche Bandbreite an Angeboten für Betroffene und Angehörige vorhanden beziehungsweise möglich.

Eine der interviewten Link Worker*innen beschreibt den Unterschied, den es auch bundesländerübergreifend gibt. Sie stoße bei Recherchen oft auf Angebote in anderen Bundesländern oder Regionen, die es in ihrer Umgebung leider nicht gäbe.

„Ich muss halt sagen, dass es regional unterschiedlich ist und dann ist es länderübergreifend ganz anders, was zur Verfügung steht und wo man andocken kann.“ (T8_SP Pos. 110)

In einigen Bereichen werden auch konkrete Lücken in der Angebotslandschaft genannt, auf welche nach Ansicht der Interviewpartner*innen spezielles Augenmerk gelegt werden müsste. Rund um den Zeitpunkt der Diagnose werden noch große Lücken im Angebot verortet. Die Interviewten sind sich einig, dass es gerade zu Beginn ein breites Spektrum an niederschweligen Angeboten geben sollte, um Betroffene und Angehörige gut aufzufangen und zu informieren.

„Also wo es eben noch sehr dünn gestreut ist, sind eben diese Angebote, die eben ziemlich am Anfang wichtig sind, diese Selbsthilfegruppen für Betroffene, auch für Angehörige, sozusagen die Angebote, wo es mal um Wissen, um Beratung geht [...].“ (T1_D Pos. 39)

Als weiteres Beispiel für ein nicht ausreichend ausgebautes Angebot werden Urlaubsangebote für Menschen mit Demenz und deren Angehörige angeführt. Es wird in den Interviews auch angesprochen, dass im Falle nicht ausreichend ausgebauter Angebote im dritten Sektor das Link Working womöglich selbst als gesundheitsförderliche Maßnahme wirken kann. Einer der Interviewpartner formuliert dies folgendermaßen:

„[...] weil ich glaube, dass das ja an sich mit einer bestimmten Ressource auch schon die Gesundheitsförderung an sich ist. Weil jemanden zu haben, der ein Ohr für mich, der meine Problematik versteht und dem ich dann auch vertraue mit gewissen Schritten, also um es an einem Beispiel zu sagen, dem ich das dann glaube [...], eben das Verhalten des Demenzkranken kommt nicht sozusagen aus Bösartigkeit [...] sondern ist krankheitsbedingt und mir das gut erklären kann, dann hat das auch schon einen Effekt.“ (T1_D Pos. 19)

Eine der Interviewpartner*innen bemerkt abschließend auch noch, dass es zu wenig Vernetzung zwischen den Angeboten gebe und eine übergeordnete Struktur und Kommunikation sinnvoll wäre:

„[...] und da gehört es einfach auch, dass es mehr Vernetzung und Struktur auf der oberen Ebene gibt, dass auch Betroffene und An- und Zugehörige wissen, wo sie hingehen können.“ (T4_D Pos. 88)

7.7. Rahmenbedingungen

In den Interviews wurden auch einige Aspekte thematisiert, welche strukturelle Rahmenbedingungen betreffen, die auf Social Prescribing für Menschen mit Demenz und deren Angehörige einwirken.

7.7.1. Nachhaltigkeit und fehlende Flächendeckung

Als einschränkenden Faktor für Social Prescribing allgemein sieht eine der Interviewpartner*innen die fehlende Flächendeckung des Angebots und die Unsicherheit über die Entwicklung und Nachhaltigkeit. In der derzeitigen Struktur können nur Patient*innen, die an eine*n der Hausärzt*innen der PVE angedockt sind, Profit aus dem Angebot ziehen. Die Möglichkeit von Selbst-Überweisung zum Social Prescribing besteht in dieser PVE derzeit nicht.

„[...] super wäre natürlich, wenn die Information, dass es die Möglichkeit [für Social Prescribing, Anmerkung CL] gibt, gleich einmal am Anfang gestreut ist und nicht erst, [...] wenn der Leidensdruck da ist [...] und da wäre es schön, wenn man das vom Krankenhaus mitkriegt ,und übrigens‘, aber das geht ja noch nicht, weil Social Prescribing nicht flächendeckend ist. Ich kann ja jetzt noch nicht so, aber das würde ich mir wünschen. Langfristig, wenn das vielleicht ausgerollt ist.“ (T8_SP Pos. 78)

Neben der fehlenden Flächendeckung von Social Prescribing wird thematisiert, dass auch die Primärversorgungszentren derzeit noch nicht flächendeckend in Österreich vorhanden sind.

„Was eine große Problematik ist, einfach dass die Primärversorgungszentren in Österreich noch nicht flächendeckend sind und dass auch dieses Umdenken, dass eine Primärversorgungseinrichtung erste Anlaufstelle sein sollte, auch noch ein bisschen mehr integriert werden muss in unserem Gesundheitssystem und auch in der Bevölkerung.“ (T4_D Pos. 22)

Ein weiteres Thema bezüglich der Struktur ist, dass es im Bereich der Demenzberatung und -versorgung Parallelstrukturen braucht, um möglichst viele Menschen zu erreichen.

„Es ist natürlich so, dass Hausärzte für soziale, psychosoziale Problematiken zuständig sein sollten. Aber solange das nicht so ist, glaube ich, dass man das wirklich parallel aufsetzen muss, neben der Primärversorgung parallel Anlaufstellen für kognitive Beeinträchtigungen als auch für die Angehörigen, weil

ich glaube, dass hier in erster Linie die psychosozialen Probleme auffallen und erst nachher die körperlichen, weil umgekehrt wäre es fast schon ein bisschen zu spät.“ (T4_D Pos. 15)

Die Interviewpartnerin führt zudem aus, dass sie denke, man dürfe ...

„den Prozess des Social Prescribing nicht unbedingt so linear sehen, sondern dass es von der Abfolge her nicht so ist wie in der Grafik, dass man zuerst unbedingt im Primärversorgungsbereich aufschlägt und dann das Social Prescribing kommt, sondern dass da es auch notwendig sein wird, dass man parallel zur Primärversorgung auch Anlaufstellen gerade für diese speziellen Beeinträchtigungen findet.“ (T4_D Pos. 36)

7.7.2.Ressourcen

Ausreichend zeitliche und finanzielle Ressourcen für die Link Worker*innen werden von den Interviewten als wesentlich für den Erfolg von Social Prescribing bei Menschen mit Demenz und deren Angehörigen beschrieben.

„Dann ist ein Hindernis, dass eben bei allen jetzigen Beratungsangeboten [...] man immer davon ausgeht, dass es da auch um viel Wissensvermittlung in kurzer Zeit geht. Und zu kurz gesehen wird [...] also ja, da könnte die Hürde drin sein [...] und dass auch diese Link Worker eigentlich wieder zu wenig Ressourcen haben, also zeitlich und fachlich, um das zu bewerkstelligen.“ (T1_D Pos. 17)

7.7.3.Anspruch

Für beide Gruppen wird überdies betont, dass es ein politisches Recht auf Teilhabe an der Gesellschaft gibt und dass Social Prescribing einen Beitrag dazu leisten kann. Von mehreren Interviewten wird diesbezüglich festgehalten, dass es eine Art von Leitlinie und gesetzlichen Anspruch bräuchte, um sicher zu stellen, dass Menschen mit Demenz und deren Angehörige die Begleitung erhalten, die sie benötigen. Eine Interviewpartnerin formuliert die Forderung bezogen auf die Angehörigen folgendermaßen:

„Für die Angehörigen ist es einfach ein ganz wichtiger Part, also ein Wunschtraum zu sagen, [...] soziale Unterstützung auf Krankenschein. Das wäre fein. Wird nicht sein so bald, aber ja. Und unabhängig, also je intensiver die Betreuung, umso mehr. Ich sehe es immer so ein bisschen analog zur Forderung, Supervision und Teambuilding für Gesundheitsberufe ist sowas wie Social Prescribing bei den pflegenden Angehörigen.“ (T4_D Pos. 32)

8. Diskussion

Im Folgenden soll versucht werden, die einzelnen Teile der Literaturrecherche, die Ergebnisse der Bedarfs- und Vermittlungsdokumentationen (Antosik et al., 2021; Ecker et al., 2023) und die Ergebnisse der Interviews zusammenzubringen. Diese sollen aus dem Blickwinkel der in der vorliegenden Arbeit fokussierten Gruppen der Menschen mit Demenz und deren Angehörigen betrachtet, verknüpft und kritisch reflektiert werden. Zur Orientierung ist in der untenstehenden Abbildung nochmals der Prozess von Social Prescribing dargestellt und die Diskussion soll entlang dessen abgearbeitet werden.



Abbildung 21: Ablauf einer social prescription (Haas et al., 2019, S.2)

Auf der Patient*innenebene eingangs festzuhalten ist, dass Social Prescribing in allen Interviews als eine geeignete Maßnahme für Menschen mit Demenz und deren Angehörige befunden wurde. Gesundheitsförderung sollte allen Menschen

zugutekommen und Social Prescribing hat unter den richtigen Vorzeichen das Potential, die Lebensqualität von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen positiv zu beeinflussen. In jeder Phase der Demenz profitieren Betroffene und Angehörige von einem Umfeld, welches deren Gesundheit und deren Wohlbefinden betrachtet und unterstützt, Belastungen zu reduzieren und soziale Teilhabe zu fördern.

In weiterer Folge ist es interessant, das Durchschnittsalter der Personen, die im Rahmen der Projekte „Vorbereitung und Umsetzung – Modellregionen Social Prescribing“ (Antosik et al., 2021) und dem Follow-Up (Ecker et al., 2023) teilgenommen haben, zu betrachten. Diese sind mit 47 bzw. 48,7 Jahren relativ niedrig. Pflegende Angehörige sind zu 79 Prozent über 51 Jahre alt (Nagl-Cupal, et al., 2018), die Mehrheit der Demenzen tritt ebenfalls eher in höherem Alter auf. Dies wirft die Frage auf, ob die an den Projekten beteiligten Einrichtungen die Gruppen der Menschen mit Demenz und deren Angehörige erreichen konnten. Das niedrige Durchschnittsalter könnte nach Ansicht der Autorin teilweise durch die Schwerpunktsetzung der Einrichtungen erklärt werden (z. B. neunerhaus mit dem Schwerpunkt auf obdachlose Personen, Ambermed mit dem Schwerpunkt auf Personen ohne Versicherung).

Ein anderer Grund, warum Menschen mit Demenz und deren Angehörige nicht ausreichend erreicht werden konnten, obwohl gerade diese Gruppen besonders von gesundheitsförderlichen Aktivitäten profitieren würden (Giebel et al., 2021; Krappinger et al., 2021), könnten die in den Projekten angeführten Schwerpunktzielgruppen sein. Es wird dabei angenommen, dass durch die Formulierung von Schwerpunkten auch der Fokus gelenkt wird, mit welchem verschreibende Personen den Bedarf an Social Prescribing erkennen.

Bei den Schwerpunktzielgruppen der im Dezember 2021 bzw. 2022 abgeschlossenen Projekte werden neun unterschiedliche soziale Gruppen mit potentiellen Problemlagen (Migrationshintergrund, fehlende Versicherung, Alter, Schwangerschaft, Transgender, Obdachlosigkeit, Person aus einer ethnischen Community, alleinstehende Person, Kind/Jugendlicher) genannt sowie die Option eines offenen Antwortfeldes (abgebildet in Abbildung 14 und 15). Die Perspektive der physischen/chronischen Erkrankungen fehlt in der Aufzählung der Kerngruppen, obgleich diese im Factsheet Social Prescribing (Haas

et al., 2019) als Zielgruppe genannt wird. Auch Rothe und Heiss (2022) und NHS England and NHS Improvement (2020) nennen sowohl soziale als auch physische Probleme als Ausgangspunkte für Social Prescribing.

Wie eingangs erwähnt, gibt es nicht die eine Form von Social Prescribing (Rothe & Heiss, 2022) und das Einschränken der Zielgruppen auf soziale Problemlagen ist grundsätzlich legitim. Im Auswertungsbericht der Bedarfs- und Vermittlungsdokumentation (Antosik et al., 2021) ist jedoch nicht beschrieben, auf welcher Basis diese Gruppen als Schwerpunkte gesetzt wurden und ob bewusst entschieden wurde, sich nur auf sozial verursachte Problemlagen zu konzentrieren.

Für Menschen mit Demenz und deren Angehörige stellt dies auf jeden Fall eine potentielle Limitation dar, da diese aufgrund des an der Demenz anhaftenden Stigmas häufig nicht als Gruppen, die von Gesundheitsförderung profitieren, mitgedacht werden.

Auch im Rahmen der Interviews betonten die Expert*innen, dass es wichtig wäre, die beiden Gruppen explizit als Schwerpunktzielgruppen anzuführen, um ihren Bedürfnissen begegnen zu können, da aufgrund der Stigmatisierung die Bedarfe dieser Gruppen häufig nicht beachtet werden.

Das Zuordnen und Mitmeinen von Personen mit Demenz zur Gruppe der älteren Personen fasst nicht die Bandbreite der Bedarfe, welche diese Zielgruppe in Bezug auf Gesundheitsförderung hat. Die explizite Nennung von pflegenden/betreuenden Angehörigen und Menschen mit Demenz wäre nach Maßgabe der Autorin der vorliegenden Masterarbeit für das Begegnen der gesundheitsförderlichen Bedürfnisse dieser Gruppen förderlich, auch um die hier notwendige Sensibilisierungsarbeit zu leisten. Erwähnt sei im Zuge dessen der Kurzbericht von Fenz et al. (2023), welcher darauf abzielt, vor allem Allgemeinmediziner*innen, aber auch allgemein Angehörige der Gesundheits- und Sozialberufe in der niedergelassenen Primärversorgung für

„die Relevanz gesundheitsbezogener psychosozialer und emotionaler Belastungen und Bedürfnisse für die Gesundheitsversorgung [...], die über den medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Bedarf hinausgehen“ zu sensibilisieren.
(Fenz et al, 2023, S. 1)

Social Prescribing wird im oben zitierten Kurzbericht (Fenz et al., 2023) als Lösungsansatz vorgestellt, beispielhaft wird dabei auf die Problematik von sozialer Isolation und Einsamkeit eingegangen. Als Praxisbeispiel wird die Situation einer pflegenden Angehörigen beschrieben, welche die Arztpraxis häufig mit dem Vorwand physischer Probleme besucht, obgleich ihre Belastung vor allem auch psychischer Natur ist. Die Wahl dieses Beispiels ist nach Ansicht der Autorin sehr begrüßenswert, da es einen Beitrag zur Sensibilisierung der Belastungen pflegender Angehöriger darstellt. Das Ausmaß der Sensibilisierungswirkung dieser Veröffentlichung wird in der Evaluierung des bis Juli 2024 laufenden Projekts ablesbar sein.

Dies führt zur nächsten Ebene im Prozess des Social Prescribing, nämlich jener der Primärversorgung. Erwähnenswert ist dabei die verhältnismäßig schwierige Erreichbarkeit der Expert*innen aus dem unmittelbaren Anwendungsbereich des Social Prescribings. Obwohl insgesamt 14 Primärversorgungseinheiten (PVE) bezüglich einer Interviewanfrage kontaktiert wurden, gab es aus diesem Bereich nur zwei positive Antworten – beide von in der Primärversorgung tätigen Sozialarbeiterinnen mit Link Working-Funktion. Davon war eine der Interviewten in ihrem früheren Berufsleben im Bereich der Demenzberatung tätig und hatte somit ein spezielles Interesse an der Anfrage. Zudem gab es zwei aktive Absagen, die anderen zehn Anfragen blieben unbeantwortet.

Die geringe positive Antwortrate kann unterschiedlich erklärt werden. Fehlende Zeitressourcen innerhalb der Primärversorgung war einer der angegebenen Gründe für die Ablehnung der Interviewanfrage. Die zweite Absage auf die Interviewanfrage wurde mit der fehlenden Relevanz des Themas in der konkreten Primärversorgungseinheit begründet (Zitat aus dem Gedankenprotokoll *„das ist bei uns kein Schwerpunkt“*).

Eine mögliche Erklärung ist somit, dass das Thema der Demenz in der Praxis der Primärversorgung als nicht vorrangig bzw. einer Intervention bedürftig betrachtet wird. Da rein aufgrund der Demografie und den von Wancata (2015) prognostizierten Zahlen Demenz ein Thema in der Primärversorgung sein muss, kann auch hier die Stigmatisierung der Demenz als limitierend angenommen werden. Rieder et al. (2020) formulieren in der Leitlinie „Demenz im Alter“ die Unterstützung pflegender Angehöriger

und die Beratung und Unterstützung von Betroffenen und Angehörigen nach der Diagnose und im weiteren Krankheitsverlauf ganz deutlich als Aufgaben des multidisziplinären Teams innerhalb der hausärztlichen Praxis.

Die Rolle der Ärzt*innen und des Gesundheitspersonals wird in den Interviews als eine sehr wesentliche für das Gelingen oder Nicht-Gelingen des Adressierens der Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen durch das Social Prescribing beschrieben. In den Interviews wird dieses Thema sehr konkret auf den Punkt gebracht:

„Und wie man die Ärzte und Ärztinnen ins Boot bekommt, das halte ich für einen ganz großen Knackpunkt.“ (T1_D Pos. 53)

Obwohl im E-Mail teilweise direkt angesprochen, standen keine Ärzt*innen als Interviewpartner*innen zur Verfügung. Eine der interviewten Sozialarbeiterinnen führte an, dass ihr die Anfrage vom Arzt der Primärversorgung weitergeleitet wurde, weil *„das ja ihr Thema sei“* (die interviewte Sozialarbeiterin ist hauptverantwortlich für das Social Prescribing innerhalb der PVE). Interessant ist dies vor allem deswegen, weil die Zuweisungen zum Link Working innerhalb der Projekte der Gesundheit Österreich GmbH zu 58 Prozent (Antosik et al., 2021) bzw. 90 Prozent (Ecker et al., 2023) durch Ärzt*innen erfolgten und diese somit eine wichtige Rolle innerhalb des Social Prescribing spielen. Der von Gierlinger et al. (2022) beschriebene Gate-Keeper-Effekt könnte hier also zum Tragen kommen. Eine der interviewten Sozialarbeiter*innen beschreibt diesbezüglich auch, dass sie ständig an *„ihr“* Angebot erinnern müsse, um nicht in Vergessenheit zu geraten.

Grundsätzlich großes Potential von Social Prescribing für Menschen mit Demenz und deren Angehörige sehen die Interviewpartner*innen im Feld der Begleitung nach der Diagnose bzw. auch in der Überleitung zur Diagnose und dem Erkennen von ersten Symptomen. Die Ebene der Primärversorgung eignet sich gut, um Menschen mit Demenz zu adressieren und dafür einen Diagnoseprozess anzustoßen bzw. mittels Link Working eine Möglichkeit der Diagnosebegleitung zu anzubieten (Robinson, 2021; Rappold et al.; 2021; Mir et al., 2019).

Gleichzeitig wird in den Interviews jedoch beschrieben, dass es speziell bei den Ärzt*innen, aber auch beim restlichen Gesundheitspersonal einen großen Wissensmangel bezüglich der Demenz und den Möglichkeiten der Unterstützung von Betroffenen und Angehörigen gibt. Dies deckt sich mit Rossa (2015), welche im Österreichischen Demenzbericht 2014 anführt, dass es Zusatzausbildungen für Allgemeinmediziner*innen brauche.

Neben der Sensibilisierung für generell gesundheitsrelevante Themen braucht es daher zusätzlich eine Sensibilisierung für die Situation der Demenzbetroffenen und ihrer Angehörigen.

Zudem stellt sich die Frage, ob für die bessere Erreichbarkeit von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen nicht eine Erweiterung des Social Prescribings über die Primärversorgung hinaus, wie es in Großbritannien der Fall ist (NHS England and NHS Improvement, 2020), sinnvoll wäre. In den Interviews wird von den Expert*innen die Notwendigkeit von Parallelstrukturen in Form von Demenzberatungsstellen und ähnlichem genannt.

Nach Ansicht der Autorin wäre anzudenken, den Kreis der antragsberechtigten Gruppen für Förderungen im Bereich des Social Prescribing auf andere gesundheitsrelevante, gemeindenahe Strukturen zu erweitern beziehungsweise eine enge Zusammenarbeit anzustreben.

Im Bereich des Link Workings fassen die Interviewpartner*innen zusammen, dass es in der Begleitung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen einerseits umfassendes Wissen zur Erkrankung und der Angebotslandschaft in der Wohnumgebung braucht. Zudem ist der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung wichtig und eine behutsame Weitervermittlung zu den Angeboten des dritten Sektors. In Bezug auf das Link Working ist als Erkenntnis aus den Interviews besonders interessant, dass dieses nicht als Aufgabe nur einer Person gesehen werden kann, sondern dass Link Working als Teamarbeit verstanden werden muss. Die interviewten Sozialarbeiter*innen, welche im Rahmen der PVE im Link Working tätig sind, betonen den Wert des multiprofessionellen Teams sehr deutlich. Gerade in Bezug auf die Demenz wird die Profession der Pflege, der umfassendes Wissen rund um die Problemlagen von

Angehörigen und Betroffenen attestiert wird, als wertvoller Partner genannt. Dabei ist auch interessant, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit als einfacher beschrieben wird, wenn diese innerhalb der Primärversorgungseinrichtung stattfindet.

Für das Modell „Link Working als Teamarbeit“ spricht auch, dass der Anspruch im Social Prescribing derart unterschiedliche Gruppen in ihren Problemlagen zu unterstützen, eine große Anforderung für eine einzelne Person darstellt.

Eine der interviewten Sozialarbeiter*innen formuliert es als „*Mut zur Lücke*“ – und führt an, dass sie sich in Bereichen, die nicht im Rahmen ihrer Kernkompetenzen liegen, stets aufs Neue in die Recherche stürze. Ein interessanter Lösungsansatz ist auch, sich fixe externe Partner für gewisse Themen mit ins Boot der PVE zu holen – eine der Link Worker*innen formuliert dies beispielsweise mit der Idee, die Demenzberatungsstelle einmal pro Woche in die Primärversorgungseinrichtung einzuladen und ein Sprechstundenformat zu implementieren. Durch dieses Modell wäre die Expertise der Demenzberatung abgedeckt und die Person mit Link Working-Funktion könnte bei Themen die Demenz betreffend auf den „Sprechtag“ der Demenzberatungsstelle verweisen. Der Vorteil gegenüber eines klassischen Weiterverweisens ist dabei, dass es deutlich niedrigschwelliger ist, wenn die Beratung in den Räumen des Primärversorgungszentrums stattfinden kann und die Menschen nicht in einen für sie neuen, unbekannten Ort gehen müssen. Rojatz et al. (2021a) führen diesbezüglich an, dass selbst ein unterschiedliches Stockwerk von Zuweiser*in und Link Worker*in innerhalb der Primärversorgungseinheit eine Schwelle darstellen kann.

Auf der Ebene der Aktivitäten des dritten Sektors lohnt die Betrachtung der im Rahmen des Projekts „Vorbereitung und Umsetzung – Modellregionen Social Prescribing“ verschriebenen Aktivitäten, da sie die Annahme bestätigen, dass sich Social Prescribing grundsätzlich sehr gut eignet, die Bedürfnisse und Themen von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen zu adressieren. Eine dabei auftretende Problematik ist jene der bereits beschriebenen uneinheitlichen Angebotslandschaft im Bereich der Demenzversorgung (BMASGK, 2015). Gerade der Unterschied zwischen Stadt und Land und zwischen den Bundesländern erschwert, sich einen Überblick zu verschaffen.

Wesentlich ist diesbezüglich auch die Feststellung, die Gruppen der Angehörigen und jene der Betroffenen als jeweils eigenständige Gruppen zu betrachten, die eigene Bedürfnisse haben. Gleichzeitig können aber auch gemeinsame Aktivitäten die Beziehung zwischen Menschen mit Demenz und deren Angehörigen stärken.

In den Projekten der Gesundheit Österreich GmbH (Antosik et al., 2021; Ecker et al., 2023) wurden nur sehr vereinzelt Menschen tatsächlich physisch zu Angeboten des dritten Sektors begleitet. Husk et al. (2020) beschreiben die Unterstützung beim Übergang von der Vermittlung/Empfehlung einer Aktivität als sehr wichtig dabei, ob eine Person die Aktivität tatsächlich besuchen wird oder nicht. Auch NHS England (2020) beschreibt die physische Begleitung zu einem Angebot als einen Aspekt von gelungenem Social Prescribing. Gerade Menschen mit Demenz profitieren von einer Begleitung, dies wird auch in den Interviews von mehreren Interviewpartner*innen betont. Sollten die derzeitigen Kapazitäten innerhalb der Primärversorgung nicht für eine optionale Begleitung zum vermittelten Angebot ausreichen, könnte sich dies limitierend für Menschen mit Demenz auswirken. Optionen, um die Niedrigschwelligkeit zu gewährleisten, wären beispielsweise, kostenlose bzw. kostengünstige Transportdienste zu und von der Aktivität anzubieten (Giebel et al., 2021).

Übergeordnet und daher nicht im Prozess des Social Prescribing in Abbildung 21 dargestellt sind die Rolle der Gesellschaft sowie die Rahmenbedingungen, welche auf das Social Prescribing wirken.

Im Rahmen der Österreichischen Demenzstrategie wird die ...

„Unterstützung von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen, die Anerkennung ihrer Ressourcen und Fähigkeiten sowie ihre Teilhabe am öffentlichen Leben“ als „wichtige gesamtgesellschaftliche Aufgaben“ festgehalten (BMASGK, 2015, S. 17).

Das in den Interviews und in der Literatur beschriebene Stigma beeinflusst wie bereits diskutiert das Gesundheitspersonal, die Betroffenen, die Angehörigen und die gesamte Gesellschaft. Wie in der Österreichischen Demenzstrategie (BMASGK, 2015) gefordert, braucht es eine starke Sensibilisierungsarbeit für die Herausforderungen und Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und deren Angehörige. Nur so kann eine demenzsensible,

solidarische Gesellschaft gefördert und damit Betroffenen und Angehörigen der Weg zu einem „guten Leben mit Demenz“ geebnet werden.

In Bezug auf die Rahmenbedingungen formulieren die Interviewpartner*innen eine gewisse Unsicherheit aufgrund des derzeitigen Projektstatus, in welchem sich das Social Prescribing befindet. Eine nachhaltige Finanzierung und ein flächendeckender Ausbau des Angebots geben Sicherheit und die notwendige Struktur, in welcher sich das Personal der Primärversorgungseinheiten langfristige und nachhaltige Abläufe zur Adressierung gesundheitsrelevanter Themen aufbauen kann. Auch Rojatz et al. (2023a) argumentieren für eine flächendeckende Ausweitung von Social Prescribing in der Ebene der Primärversorgung, da durch Social Prescribing auch schwer erreichbare Zielgruppen angesprochen werden können.

Nötig für eine optimale Begleitung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen sind dabei ausreichend (zeitliche) Ressourcen, um den Menschen die Möglichkeit einer kontinuierlichen Begleitung, wie von Rappold et al. (2021) und in den Interviews als wichtig betont, zu geben.

Auch die Evaluierung des Projekts der Gesundheit Österreich GmbH (Schachner et al., 2021) spricht sich in ihren Empfehlungen für eine gesicherte Finanzierung des Angebots sowie einer überregionalen Koordinierung, wie derzeit durch die Gesundheit Österreich GmbH, durch die Gründung eines „Nationalen Zentrums Social Prescribing“ aus.

Es wird diesbezüglich auch betont, dass es eine Verschränkung mit parallellaufenden Projekten im Bereich der Gesundheitsförderung und Primärversorgung wie dem Community Nursing braucht:

„Ganz zentral erscheint der Steuerungsgruppe und den Einrichtungen, hier einen gemeinsamen Diskurs zu führen und statt einem konkurrierenden Nebeneinander ein fruchtbares Miteinander zu fördern. Unterschiedliche Förderbedingungen und rechtliche Grundlagen, verstärkt durch das föderale System, hemmen dieses Miteinander und schaffen unterschiedliche Voraussetzungen.“

(Schachner et al., 2021, S. 82)

Im Zuge dessen muss auch nochmals auf die Forderung eines Rechts und Anspruchs von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen auf gesellschaftliche Teilhabe und Unterstützung hingewiesen werden, dies wurde sowohl in den Interviews als auch in der Literatur (Wißmann, 2017) angesprochen.

9. Conclusio

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Social Prescribing im Rahmen der Primärversorgung grundsätzlich viel Potential für Menschen mit Demenz und deren Angehörige bietet, diese jedoch derzeit noch zu wenig erreicht werden. Dies kann größtenteils mit dem der Demenz anhaftenden Stigma erklärt werden, welches sowohl innerhalb der Primärversorgungseinheiten, aber auch gesamtgesellschaftlich wirkt. Menschen mit Demenz und deren Angehörige profitieren in allen Phasen der Erkrankung von gesundheitsförderlichen Interventionen. Speziell in der Frühphase der Erkrankung braucht es jedoch besonders viel Hilfestellung und Begleitung, um sich in der neuen Lebenssituation zurechtzufinden und individuell passende Unterstützungsangebote zu finden. Die Verortung des Social Prescribings in der Ebene der Primärversorgung bietet dabei für Menschen mit Demenz und deren Angehörige insofern Potentiale, dass deren Bedarfe potentiell früher erkannt werden. Gleichzeitig braucht es jedoch zusätzlich Parallelstrukturen, an die Menschen mit Demenz und deren Angehörige auch außerhalb der Primärversorgung mit deren gesundheitsrelevanten Bedürfnissen andocken können.

Wünschenswert wären insgesamt eine verstärkte Sensibilisierung und fokussierte Betrachtung der Bedarfe von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen, um ihnen niederschweligen Zugang zu gesundheitsförderlichen Angeboten zu ermöglichen – sowohl auf der Ebene der Primärversorgung, aber auch darüber hinaus. Dies könnte einen Beitrag zur Erreichung der Wirkungsziele der Österreichischen Demenzstrategie leisten und die Lebensqualität der Betroffenen und Angehörigen erhöhen.

Wichtig wäre in diesem Zusammenhang auch an der Übersichtlichkeit und Flächendeckung der Unterstützungsangebote zu arbeiten, um die Orientierung zu vereinfachen.

Zur Rolle der Pflege im Konzept des Social Prescribings ist festzuhalten, dass diese in den bisherigen Projekten noch verhältnismäßig wenig involviert war. Die professionelle Pflege wird in den Interviews als geeignet eingeschätzt, Menschen mit Demenz und deren Angehörige zu begleiten, wenngleich es zusätzlich zur Grundausbildung Zusatzqualifikationen braucht. Interessant ist auch die weitere Betrachtung der Verbindung von Social Prescribing und dem Konzept des Community Nursing.

Im Sinne der Nachhaltigkeit und Qualitätssicherung braucht es eine gesamtstrategische Planung der Versorgungskonzepte, sowie einen flächendeckenden Ausbau und eine nachhaltige Finanzierung.

Im Rahmen künftiger Forschung wäre interessant, die Möglichkeiten der Verknüpfung von Community Nursing und Social Prescribing näher zu untersuchen, um eine langfristige Perspektive zu entwickeln, wie die beiden Angebote bestmöglich zusammenwirken beziehungsweise zusammenarbeiten können.

Des Weiteren wäre eine Betrachtung der konkreten Umsetzung von Social Prescribing für Menschen mit Demenz und deren Angehörigen am Beispiel eines Primärversorgungszentrums interessant, um weitere relevante Daten für eine erfolgreiche Implementierung zu gewinnen.

10. Literaturverzeichnis

- Alzheimer's Disease International. (2019). *World Alzheimer Report 2019*. London: Alzheimer's Disease International.
- Antony, G., & Gaiswinkler, S. (2019). *Good-Practice-Beispiele der Gesundheitsförderung mit Fokus auf Förderung sozialer Teilhabe im Alter*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Antosik, J., Rojatz, D., Ecker, S., & Weitzer, J. (2021). *Social Prescribing. Auswertung der Bedarfs- und Vermittlungsdoku*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Baker, K., & Irving, A. (2016). Co-producing Approaches to the Management of Dementia through Social Prescribing. *Social Policy & Administration*, 50(3), 379-397.
- Bild, E., & Pachana, N. A. (2022). Social prescribing: A narrative review of how community engagement can improve wellbeing in later life. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 1-68.
- BMASGK. (2015). *Demenzstrategie - Gut leben mit Demenz*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- BMASGK. (2019). *Primärversorgung - Berufsgruppen und Kompetenzprofile. Kompetenzprofile Kernteam*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- BMSGPK. (2023a). *Angebote für Angehörige von Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- BMSGPK. (2023b). *Gedächtnisprobleme? Erkennen, abklären und Hilfe annehmen*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH im Auftrags des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- BMSGPK. (2024a). Infoplatzform für Pflege und Betreuung. Abgerufen am 14. Februar 2024 von <https://pflege.gv.at/alltag-mit-demenz>
- BMSGPK. (2024b). Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs. Abgerufen am 14. Februar 2024 von <https://www.gesundheit.gv.at/service/beratungsstellen/krankheiten/gehirn-nerven/demenz-beratung.html>
- Bundeskanzleramt Österreich. (2024). "Community Nursing": Zentrale Ansprechpersonen für Pflege und soziale Dienstleistungen. Abgerufen am 18. Februar 2024 von <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/eu-aufbauplan/projekte/community-nursing.html>
- Camic, P. M., Baker, E. L., & Tischler, V. (2016). Theorizing how art gallery interventions impact people with dementia and their caregivers. *The Gerontological Society of America*, 56(6), S. 1033–1041.
- Campbell, S., Greenwood, M., Prior, S., Shearer, T., Walkem, K., Young, S., Bywaters, D., Walker, K. (2020) Purposive sampling: complex or simple? Research case examples. *Journal of Research in Nursing*, 25(8), 652-661.
- Carpenter, B., Xiong, C., Porensky, E., Lee, M., Brown, P., Coats, M., Johnson, D., Morris, J. (2008). Reaction to a Dementia Diagnosis in Individuals with Alzheimer's Disease and Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(3), S. 405-412.
- Ecker, S. (2021). *Orientierungshilfe Angebotsspektrum für Vermittlungen im Rahmen von Social Prescribing*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Ecker, S., Fenz, L., & Rojatz, D. (2023). *Social Prescribing. Auswertung der Bedarfs- und Vermittlungsdoku. Ergebnisbericht*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.

- Erlangsen, A., Stenager, E., Conwell, Y., Andersen, P. K., Hawton, K., Benros, M. E., Nordentoft, M., Stenager, E. (2020). Association Between Neurological Disorders and Death by Suicide in Denmark. *JAMA*, 323(5), S. 444-454.
- Fenz, L., Rojatz, D., Ecker, S., Weitzer, J., & Haas, S. (2023). *Einsamkeit und soziale Isolation von Patientinnen und Patienten. Social Prescribing als Antwort in der allgemeinmedizinischen Praxis*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Gebhard, D. & Mir, E. (2019). *Gesundheitsförderung für Menschen mit Demenz - Grundlagen und Interventionen*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Giebel, C., Morley, N., & Komuravelli, A. (2021). A socially prescribed community service for people living with dementia and family carers and its long-term effects on well-being. *Health and Social Care in the Community*, 29(6), 1852-1857.
- Gierlinger, P., Izic, E., & Zeilinger, J. (2022). *Social Prescribing – Eine internationale Perspektive und der Status Quo in Österreich aus dem Blickwinkel der sozialen Arbeit*. St.Pölten: Masterarbeit - Fachhochschule St.Pölten.
- Graham, N. (2022). The need for accessible, positive, and stigma-free services: a personal view. In S. Gauthier, C. Webster, S. Servaes, J. Morais, & P. Rosa-Neto, *World Alzheimer Report 2022: Life after diagnosis: Navigating treatment, care and support*. England: Alzheimer's Disease International.
- Güther, H. (2016). Person-zentrierte Pflege. In T. Kitwood, *Demenz - Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen* (S. 275-289). Bern: Hogrefe Verlag.
- Haas, S., Bobek, J., Braunegger-Kallinger, G., Ladurner, J., & Winkler, P. (2019). Social Prescribing. Factsheet. Gesundheit Österreich GmbH.
- Hamilton-West, K., Milne, A., & Hotham, S. (2020). New horizons in supporting older people's health and wellbeing: is social prescribing a way forward? *Age and Ageing*(20), S. 319-326.
- Harm, A. & Hoschek, D. (2015) Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz. Betreuung durch Familie und Vertraute. In S. Höfler, T. Bengough, P. Winkler, & R. Griebler, *Österreichischer Demenzbericht 2014* (S. 56-59). Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium.
- Heimerl, K., Pichler, B., Petra, P., Tatzner, V. C., & Reitingner, E. (2019). Partizipation von Menschen mit Demenz fördert ihre Gesundheit. In D. Gebhard, & E. Mir, *Gesundheitsförderung und Prävention Für Menschen Mit Demenz - Grundlagen und Interventionen* (S. 105-122). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Höfler, S., Bengough, T., Winkler, P., & Griebler, R. (2015). *Österreichischer Demenzbericht 2014*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium.
- Howarth, M., Griffiths, A., da Silva, A., & Green, R. (2020). Social prescribing: a 'natural' community-based solution. *British Journal of Community Nursing*, 25(6). doi:10.12968/2020.25.6.294
- 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. *Health and Social Care in the Community*, 28(2), S. 309-324.
- Kimberlee, R. (2015). What is social prescribing? *Advances in Social Sciences Research Journal*, 2(1), 102-110.
- Kitwood, T. (2016). *Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. (7. überarbeitete und ergänzte Auflage). (C. Müller-Hergl, & H. Güther, Übers.) Bern: Hogrefe Verlag.
- Kitwood, T. (2019). *Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen* (8., ergänzte Auflage). (C. Müller-Hergl, & H. Güther, Übers.) Bern: Hogrefe Verlag.
- Kolland, F. (2010). Freizeit im Alter. In K. Aner, & U. Karl, *Handbuch soziale Arbeit und Alter* (S. 355-360). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Kolland, F., & Hörl, J. (2015). Soziale Aspekte der Demenz. In S. Höfler, T. Bengough, P. Winkler & R. Griebler, *Österreichischer Demenzbericht 2014* (S. 137-142). Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium.
- Kozisnik, P., Edtmayer, A., & Rappold, E. (2021). *Aufgaben- und Rollenprofil Community Nurse*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Krappinger, A., Zeuschner, V., Antony, G., & Metzler, B. (2021). *Lernerfahrung aus Gesundheitsförderungsprojekten für Menschen mit Demenz und deren Angehörige. Wissensband 21*. Wien: Fonds Gesundes Österreich, Gesundheit Österreich.
- Lopez, R., Rose, K., Kenney, L., Sanborn, V., & Davis, J. (Mar/Apr 2020). Managing Shame: A Grounded Theory of How Stigma Manifests in Families Living With Dementia. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 26(2), S. 181-188. doi:10.1177/1078390319832965
- Meuser, M., & Nagel, U. (1991). ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In D. Garz, & K. K., *Qualitativ-empirische Sozialforschung : Konzepte, Methoden, Analysen* (S. 441-471). Opladen: Westdt. Verlag.
- Meuser, M., & Nagel, U. (2009). Das Experteninterview — konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In S. Pickel, G. Pickel, H. Lauth, & D. Jahn, *Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mir, E., Penz, H., & Dorner, T. (2019). Settings der Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Demenz. In D. Gebhard, & E. Mir, *Gesundheitsförderung für Menschen mit Demenz - Grundlagen und Interventionen* (S. 35-53). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Music for Dementia. (2021). *Music social prescriptions for people living with dementia: A guide for Link Workers on how to include music when supporting people living with dementia, and their carers*. Chelmsford: Music for Dementia.
- Nagl-Cupal, M., Kolland, F., Zartler, U., Mayer, H., Bittner, M., Koller, M., Parisot, V., Stöhr, D. (2018). *Angehörigenpflege in Österreich. Einsicht in die Situation pflegender Angehöriger und in die Entwicklung informeller Pflegenetzwerke*. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz: Universität Wien.
- Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro - Arbeitsgruppe Alte Menschen). (2024). Wenn das Altwerden zur Last wird. Suizidprävention im Alter. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Abgerufen am 18. Februar 2024 von <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/95512/04f0c15cf975fce440c1cac7547fcfb7/wenn-das-altwerden-zur-last-wird-data.pdf>
- NHS England and NHS Improvement. (2020). *Social prescribing and community-based support - summary guide*. Abgerufen am 11. Jänner 2024 von <https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/social-prescribing/>
- Przyborski, A., & Wohlrab-Sahr, M. (2014). *Qualitative Sozialforschung*. München: De Gruyter.
- Rappold, E., & Juraszovich, B. (2019). *Pflegepersonalbedarfsprognose für Österreich*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien.
- Rappold, E., Juraszovich, B., Weißenhofer, S., & Edtmayer, A. (2021). *Taskforce Pflege, Begleitung des Prozesses zur Erarbeitung von Zielsetzungen, Maßnahmen und Strukturen*. Gesundheit Österreich GmbH.
- Rechnungshof Österreich. (2020). *Pflege in Österreich*. . Wien: Rechnungshof Österreich.
- Rieder, A., Dorner, T., Grabovac, I., Haidinger, G., Ilic, L., Sönnichsen, A., Hochwallner, C., Reitter-Pfoertner, S. (2020). *Demenz im Alter – Empfehlungen medizinischer Leitlinien für*. Wien: Competence Center Integrierte Versorgung.
- Robausch, M. & Grün, S. (2015). Versorgung im niedergelassenen Bereich. Routinedaten: Ärztliche Versorgung. In S. Höfler, T. Bengough, P. Winkler, & R. Griebler,

- Österreichischer Demenzbericht 2014 (S. 91-93). Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium.
- Robinson, D. L. (2021). 21st century dementia care: the role of primary care. In S. Gauthier, P. Rosa-Neto, J. Morais, & C. Webster, *World Alzheimer Report 2021: Journey through the diagnosis of dementia*. England: Alzheimer's Disease International.
- Rojatz, D., Antosik, J., Weitzer, J., Ecker, S., & Haas, S. (2021a). *Social Prescribing in Österreich. Empfehlungen für nächste Schritte zur nachhaltigen Implementierung. Policy brief*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Rojatz, D., Antosik, J., Weitzer, J., Ecker, S., & Haas, S. (2021b). *Handbuch Social Prescribing in der Primärversorgung. Schritt für Schritt zur Umsetzung*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Rojatz, D., Ecker, S., Fenz, L., & Haas, S. (2023a). *Follow-up-Call Social Prescribing in der Primärversorgung: Umsetzung und Umsetzungserfahrungen. Ergebnisbericht*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Rojatz, D., Haas, S., & Sackl, A. (2023b). *Bevölkerungsorientierte Programme im Kontext von Public Health: Frühe Hilfen, Social Prescribing, Community Nursing. Factsheet*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Rossa, M. (2015). Versorgung im niedergelassenen Bereich. Einrichtungen und Praxen. In S. Höfler, T. Bengough, P. Winkler, & R. Griebler, *Österreichischer Demenzbericht 2014* (S. 86-91). Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium.
- Rothe, D., & Heiss, R. (2022). Link workers, activities and target groups in social prescribing: a literature review. *Journal of Integrated Care*, 30(5), S. 1-11.
- Schachner, A., Weber, R., Fleischanderl, U., & Rappauer, A. (2021). *Evaluationsbericht zur Vorbereitung und Durchführung von Social Prescribing in Österreich*. Wien: queraum. kultur- und sozialforschung.
- Schneider, C., & Deufert, D. (2015a). Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz. Pflege und Betreuung im Kontext aktueller Veränderungen. In S. Höfler, T. Bengough, P. Winkler, & R. Griebler, *Österreichischer Demenzbericht 2014* (S. 56). Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium.
- Schneider, C., & Deufert, D. (2015b). Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz. Professionelle Pflege und Betreuung. In S. Höfler, T. Bengough, P. Winkler, & R. Griebler, *Österreichischer Demenzbericht 2014* (S. 70-76). Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium.
- Social Prescribing Network. (2016). Report of the inaugural Social Prescribing Network Conference. London.
- Tatzer, V. (2015). Therapie durch andere Gesundheitsberufe. Zugang zu nicht-medikamentösen Interventionen. In S. Höfler, T. Bengough, P. Winkler, & R. Griebler, *Österreichischer Demenzbericht 2014* (S. 46). Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium.
- Tatzer, V. (2019). Narratives-in-action of people with moderate to severe dementia in long-term care: Understanding the link between occupation and identity. *Journal of Occupational Science*, 26(2), S. 245-257.
- Thompson, Z., Tamplin, J., Clark, I., & Baker, F. (2022). Therapeutic Choirs for Families Living with Dementia: A Phenomenological Study. *Activities, Adaption & Ageing*. doi:10.1080/01924788.2022.2056682
- Wanchata, J. (2015). Verbreitung von Demenz. Studien und Hochrechnungen für Österreich. In S. Höfler, T. Bengough, P. Winkler, & R. Griebler, *Österreichischer Demenzbericht 2014* (S. 19-21). Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium.
- Wild, M. (2015). Ort der Versorgung. Versorgung zu Hause. In S. Höfler, T. Bengough, P. Winkler, & R. Griebler, *Österreichischer Demenzbericht 2014* (S. 81-86). Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium.

- Wißmann, P. (2017). Teilhabe ist kein Geschenk, sondern ein Recht! *demenz - DAS MAGAZIN*(33), 45-47.
- Wißmann, P., & Ganß, M. (2020). *Öffentliche Einrichtungen als Orte gesellschaftlicher Teilhabe*. Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend - Bundesrepublik Deutschland.

11. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wirkungsziele Österreichische Demenzstrategie (BMASGK, 2015, S. 11)	9
Abbildung 2: Stigmatypen (Alzheimer's Disease International, 2019, S. 18).....	11
Abbildung 3: Ablauf einer Social Prescription (Haas et al., 2019, S.2).....	23
Abbildung 4: Umsetzungsformen von Social Prescribing (Rojatz et al., 2021b, S. 4)	26
Abbildung 5: Social Prescribing Pathway (Husk et al., 2020, S. 318)	28
Abbildung 6: Nutzen von Social Prescribing (Rojatz et al., 2021b, S. 6).....	29
Abbildung 7: Übersicht über gesundheitspolitische Entwicklungen und Maßnahmen im Umfeld von Social Prescribing (Rojatz et al., 2021a, S. 16).....	35
Abbildung 8: Potential benefits of social prescribing for older people (Hamilton-West et al., 2020, S. 324)	37
Abbildung 9: Kompetenzprofile in der Primärversorgung: Langzeitversorgung chronisch Kranker und multimorbider Patient*innen (BMASGK, 2019, S. 27).....	47
Abbildung 10: Kompetenzprofile in der Primärversorgung: besondere Anforderungen bei alten Menschen (BMASGK, 2019, S. 32).....	47
Abbildung 11: Kompetenzprofile in der Primärversorgung: Gesundheitsförderung und Prävention (BMASGK, 2019, S. 36)	47
Abbildung 12: Geschlecht und Alter der Teilnehmenden nach Altersklasse (n=174) (Antosik et al., 2021, S. 13).....	59
Abbildung 13: Alter der Teilnehmenden nach Altersklassen (n=38) (Ecker et al., 2023; S. 6) ...	59
Abbildung 14: Schwerpunktzielgruppen (Antosik et al., 2021, S. 19).....	61
Abbildung 15: Schwerpunktzielgruppen (Ecker et al., 2023, S. 9)	61
Abbildung 16: Handlungs- und Unterstützungsbedarf (Antosik et al., 2021, S. 12).....	63
Abbildung 17: Handlungs- und Unterstützungsbedarf (Ecker et al., 2023, S. 11)	63
Abbildung 18: Aktivität im Sinne von Social Prescribing zu der vermittelt wurde, Fälle gesamt, Mehrfachantworten möglich (Antosik et al., 2021, S. 32).....	65
Abbildung 19: Aktivität im Sinne von Social Prescribing zu der vermittelt wurde, offene Antworten (Antosik et al., 2021, S. 33)	65
Abbildung 20: Faktoren für Potentiale und Limitationen von Social Prescribing (eigene Darstellung)	69
Abbildung 21: Ablauf einer social prescription (Haas et al., 2019, S.2).....	96

12. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: beteiligte Einrichtungen am Projekt „Vorbereitung und Umsetzung – Modellregionen Social Prescribing“ – Juni-Dez 2021 (Einrichtungen, die an dem Follow-Up Call (Juni-Dez 2022) teilnahmen sind mit * markiert) (https://goeg.at/foerdercalls_socialprescribing ; Zugriff: 08.01.2024- eigene Darstellung)	31
Tabelle 2: beteiligte Einrichtungen am Projekt „Social Prescribing in der primär- und pädiatrischen Versorgung“ – Feb 2023-Juli 2024 (https://goeg.at/foerdercalls_socialprescribing ; Zugriff 8.1.2024- eigene Darstellung)	33
Tabelle 3: exemplarische Übersicht von Angeboten für Demenzbetroffene in Österreich (eigene Darstellung).....	43
Tabelle 4: Übersicht Interviews (Anzahl)	54
Tabelle 5: Übersicht Interviewte Personen (Anzahl)	55
Tabelle 6: Geschlecht der teilnehmenden Personen (Antosik et al., 2021 und Ecker et al., 2023 – eigene Darstellung).....	58

13. Anhang

13.1. Interviewpartner*innen

Die Autorin bedankt sich nochmals ausdrücklich bei allen Interviewpartner*innen für die Teilnahme an den Interviews und den Beitrag ihrer Expertise.

Caritas der Erzdiözese Wien – Angehörige und Demenz
Caritas Socialis – Pflege und Betreuung
Galerie Belvedere
Gesundheit Österreich GmbH – Gesundheit, Gesellschaft und Chancengerechtigkeit
Gesundheit Österreich GmbH – Gesundheitsberufe und Langzeitpflege
Interessensgemeinschaft Pflegender Angehöriger
PVE ländliche Region – Link Worker*in
PVE ländliche Region – Link Worker*in

13.2. Einverständniserklärung ⁴



Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem Expert*inneninterview im Rahmen der Masterarbeit zum Thema:

*„Potentiale und Limitationen von Social Prescribing für Menschen mit Demenz
und ihre Angehörigen in Österreich“*

Name der teilnehmenden Person:

Ich habe beiliegendes Informationsschreiben über den Zweck und Umfang der geplanten Masterarbeit gelesen und verstanden. Meine Fragen wurden beantwortet und ich habe derzeit keine weiteren Fragen mehr.

Hiermit nehme ich zur Kenntnis, dass die Teilnahme an dem Interview freiwillig erfolgt und dass ich meine Teilnahme ohne Angabe von Gründen per Mail an
widerrufen kann. Meine Daten werden dann vollständig gelöscht.

Zugleich bin ich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieses Interviews erhobenen Daten aufgezeichnet und anonym ohne direkte Angaben zu meiner Person ausgewertet werden. Die Aufzeichnungen werden nach der Transkription gelöscht. Ich stimme hiermit weiters der Veröffentlichung der Ergebnisse der Masterarbeit im Rahmen von Publikationen oder Vorträgen zu.

Eine Kopie der Teilnehmer*inneninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt bei der Verfasserin der Masterarbeit.

.....
Datum und Unterschrift Teilnehmer*in

VIELEN DANK!

⁴ Aus Datenschutzgründen wurden sämtliche persönliche Daten der Autorin aus der Einverständniserklärung entfernt.

13.3. Studieninformation ⁵



universität
wien

Fakultät für Sozialwissenschaften
Institut für Pflegewissenschaft

Studieninformation

zur Teilnahme an einem Interview im Rahmen einer Masterarbeit zum Thema:

Potentiale und Limitationen von Social Prescribing für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen in Österreich

Wien, 28.05.2023

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihre Bereitschaft, an einem Expert*inneninterview zum Thema „*Potentiale und Limitationen von Social Prescribing für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen in Österreich*“ teilzunehmen. Die Masterarbeit wird im Zuge des Masterstudienganges Pflegewissenschaft an der Universität Wien durchgeführt.

Die Ergebnisse der Masterarbeit sollen dazu beitragen herauszuarbeiten, inwiefern Social Prescribing in Österreich für die Gruppe der Menschen mit Demenz und deren pflegende Angehörige Potentiale und Limitationen bietet.

Was ist der Zweck der Studie?

Die Forschungsarbeit geht der Frage nach, welche Potentiale und Limitationen das in Österreich relativ neue Konzept des Social Prescribing für Menschen mit Demenz und deren Angehörige bietet. Es soll zudem betrachtet werden, welche Rolle die Pflege in diesem Zusammenhang spielt.

Wie erfolgt die Datenerhebung?

Die Datenerhebung erfolgt in Form von Expert*inneninterviews. Die Interviews werden von der Verfasserin der Masterarbeit durchgeführt und finden wahlweise persönlich oder via Videotelefonie statt. Die Dauer eines Interviews beträgt in etwa eine Stunde. Es ist geplant insgesamt 10-12 Interviews durchzuführen, jeweils mit der gleichen Anzahl von Expert*innen aus einerseits dem Bereich der Demenzversorgung und andererseits dem des Social Prescribings.

⁵ Aus Datenschutzgründen wurden sämtliche persönliche Daten der Autorin aus der Studieninformation entfernt.

Welche Daten werden gespeichert?

Die Interviews werden aufgezeichnet, wobei bei Interviews in Präsenz nur eine Audioaufzeichnung und keine Videoaufzeichnung erfolgt, bei Interviews via Videotelefonie Audio- und Videoaufzeichnung. Im Anschluss findet eine Transkription statt, bei welcher personenbezogene Daten anonymisiert werden. Es werden Codes je nach „Gruppe“ zugeordnet (DE - Demenz; SP - Social Prescribing), um den Hintergrund der/s Interviewten nachvollziehen zu können und die Aussagen in einen passenden Kontext zu setzen. Eine konkrete Zuordnung von Aussagen zu einzelnen Personen wird nicht möglich sein. Die Aufzeichnungen der Interviews werden nach Abschluss der Transkription gelöscht, die Transkripte werden verschlüsselt aufbewahrt.

Wer hat Zugriff auf die Daten?

Zugriff auf die Interviews und die anonymisierten Transkripte hat nur die Verfasserin der Masterarbeit. Nach der Auswertung der Interviews werden die Aufzeichnungen gelöscht. Einige Ihrer Aussagen können möglicherweise wörtlich im Rahmen von Publikationen oder Vorträgen anonym zitiert werden.

Welche Risiken sind mit der Teilnahme an der Studie verbunden?

In der Regel ist die Studienteilnahme mit keinen Risiken verbunden. Sie können das Interview dennoch jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne jegliche Konsequenzen unter- oder abbrechen.

Was ist der Nutzen einer Teilnahme an der Studie?

Mit Ihrer Teilnahme an der Studie tragen Sie dazu bei, die Themen des Social Prescribing und der Demenzversorgung zusammenzubringen und darin liegende Potentiale, aber auch Limitationen aufzuzeigen und herauszuarbeiten.

Widerruflichkeit erteilter Einwilligungserklärungen

Die Teilnahme am Interview und der Fokusgruppe im Rahmen der Masterarbeit erfolgt **freiwillig**. Sie können **bis zum Ende der Datenerhebung** (voraussichtlich Oktober 2023), ohne Angabe von Gründen, aus der Studie **austreten** oder die Löschung Ihrer Daten einfordern. Bitte schreiben Sie hierzu ein Mail an maria.schneiders@uni-wuerzburg.de. Wenn Sie Ihre Teilnahme zurückziehen, werden die bis zu dem Zeitpunkt erhobenen Daten gelöscht und nicht in der Masterarbeit verwertet.

Für weitere Fragen und zur Kontaktaufnahme stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung:

Kontaktperson

Mail: maria.schneiders@uni-wuerzburg.de

Tel: 0931 31-3233

13.4. Interviewleitfaden

Interviewleitfaden

Social Prescribing für Menschen mit Demenz und deren Angehörige

Einstiegsphase:

- Bitte stellen Sie sich selbst und ihr Arbeitsfeld kurz vor. Inwiefern beschäftigen Sie sich (im Rahmen Ihrer Tätigkeit) mit Themen rund um die Demenz? Inwiefern mit dem Thema Social Prescribing? Haben Sie mit der Schnittstelle zu tun – also mit beiden Themen – Social Prescribing und Demenz?

Hauptphase:

- Ich würde gerne mit dem Thema der Demenz starten. Können Sie aus Ihrem beruflichen (oder wenn es keinen beruflichen Kontakt gibt, dann aus dem privaten) Umfeld eine Situation schildern, von der Sie sagen: da ist die soziale Teilhabe für eine Person mit Demenz gelungen? Und das Gegenteil: da ist sie nicht gelungen?
- Was würden Sie denn generell sagen: was braucht es, damit Menschen mit Demenz am sozialen Leben teilhaben können? Warum ist das überhaupt wichtig?
- Inwiefern denken Sie ist Gesundheitsförderung für Menschen mit Demenz bzw. deren Angehörige ein Thema?
- Und nun zum Thema Social Prescribing – ich habe Ihnen da ja die Grafik und den derzeitigen Stand der Pilotprojekte in Österreich mitgeschickt. Wollen wir nochmal einen kurzen Blick gemeinsam auf die Grafik werfen? ... Haben Sie noch Fragen dazu?
- Wie würden Sie den Nutzen von Social Prescribing beschreiben? Was spricht Ihrer Ansicht nach dafür, was sind Stärken? Wo gibt es eventuell noch Verbesserungspotential?
- Gibt es Faktoren, die hinderlich für Social Prescribing sein können?
- Setting Primärversorgung – warum halten Sie dieses für besonders geeignet oder nicht geeignet für Social Prescribing?
 - Gate-keeper Funktion der zuweisenden Person: Sehen Sie da ein Risiko im Social Prescribing? Bezogen auf die Gruppen der Menschen mit Demenz und deren Angehörige?

- Und nun mit einem speziellen Blick auf die Zielgruppen der Menschen mit Demenz und deren betreuende An-/Zugehörige: Von welchen Aspekten des Social Prescribing denken Sie können diese Gruppen profitieren?
- Haben Sie eine Idee, was hinderliche Faktoren für die Zielgruppen sein könnten?
- Denken Sie, dass Menschen mit Demenz bzw. Angehörige in einer bestimmten Phase der Demenz speziell von Social Prescribing profitieren könnten? Gibt es einen Punkt, an dem Social Prescribing nicht mehr sinnvoll/möglich ist?
- Welche spezielle Expertise, Kenntnisse, Fähigkeiten braucht eine zuweisende Person bzw. ein Linkworker/ eine Linkworkerin, um Social Prescribing für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen durchzuführen?
- Welche möglichen Stolpersteine könnte es in dieser Hinsicht geben?
- Welche Rolle spielt Ihrer Ansicht nach die Berufsgruppe der Pflege im Kontext des Social Prescribing und welche Rolle könnte Sie spielen?
 - Verschränkbarkeit zu den Community Nurses?
 - Pflege in der Rolle des Link Working bzw. der Verschreibung?
- Kennen Sie bestehende Angebote für Menschen mit Demenz von denen Sie denken, dass sie im Sinne des Social Prescribing nützlich wären?
- Fallen Ihnen Angebote ein, die fehlen bzw. die es in Österreich noch nicht (ausreichend) gibt? Ev. internationale models of good practice?
- Und bezogen auf der Gruppe der betreuenden/pflegenden An- und Zugehörigen: Welche gesundheitsförderlichen Angebote könnten Ihrer Ansicht nach da sinnvoll/nützlich sein?
 - Kennen Sie konkrete Angebote in Ihrer Umgebung?
 - Was fehlt hier?

Abschlussphase:

Gibt es sonst noch irgendetwas, das Ihnen zu dem Thema wichtig ist? Was in eine Masterarbeit zu Social Prescribing für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen mit einfließen sollte?