

Prozesskonzept zur Etablierung von Social Prescribing

Das vorliegende Prozesskonzept soll Sie bei Ihrer **Antragsstellung zum Projektkall „Social Prescribing in der Primärversorgung“ unterstützen**. Es bietet eine kompakte Darstellung der wesentlichen Eckpunkte zur Schaffung eines Social-Prescribing-Angebots. Je nach Ausgangslage bzw. Umsetzungsstand von Social Prescribing in Ihrer Gesundheitseinrichtung sind unterschiedliche Aspekte und Prozessschritte von Relevanz. Das Prozesskonzept soll daher als **grobe Orientierung und Hilfestellung** dienen, die Schwerpunkte müssen für das jeweilige Projekt spezifisch gesetzt werden.

Was ist Social Prescribing?

Social Prescribing ist ein Interventionsansatz, bei dem Patientinnen und Patienten von den in der Primärversorgung tätigen Berufsgruppen in Hinblick auf ihre nichtmedizinischen (insb. sozialen, emotionalen oder alltäglichen/alltagspraktischen) Bedürfnisse an eine Fachkraft mit einer spezifischen Funktion „überwiesen“ werden (Polley et al. 2017). Diese Fachkraft ist aus dem Gesundheits-/Sozialbereich und hat eine Spezialisierung in „**Link Working**“ (siehe auch Glossar). Link Working ist eine

- » **Lotsenfunktion:** In Abstimmung mit der betreffenden Person werden nichtmedizinische Maßnahmen und Aktivitäten zur Verbesserung ihres Wohlbefindens identifiziert und die Person wird an passende Angebote vermittelt. Das Spektrum der möglichen Angebote ist sehr breit und reicht von vielfältigen lokalen Gesundheitsförderungsmaßnahmen, Sport- und Bewegungsprogrammen oder Ernährungsberatung über Sozial-, Schuldner-, Arbeits- oder Wohnberatung bis zu Gemeinschaftsaktivitäten wie Seniorentanzen, Wandergruppen oder Nachbarschaftsnetzwerke oder auch Kontakten mit Behörden (vgl. dazu das Factsheet „Social Prescribing“).
- » Darüber hinaus ist das **Netzwerkmanagement** eine wesentliche Aufgabe im Rahmen von Social Prescribing: So werden die notwendigen Kooperationen mit der Vielfalt der regionalen Angebote sichergestellt. Der Aufbau und die Pflege dieser Kooperationen sind ebenfalls Aufgaben des Link Working, wobei Lotsenfunktion und Netzwerkmanagement im Bestfall von zwei verschiedenen Personen bzw. Institutionen wahrgenommen werden, da beide Tätigkeiten sehr komplex und umfangreich sind.

Im Folgenden wird auf die Umsetzung von Social Prescribing im Kontext einer Primärversorgungseinheit (PVE) oder Gruppenpraxis fokussiert. Weitere Optionen (z. B. Link Working ist auf Gemeinde- oder Bezirksebene angesiedelt, Kooperation von PVE/Gruppenpraxis mit externer Einrichtung) werden hier nicht spezifisch behandelt, die wesentlichen Aspekte sind aber übertragbar.

In vielen PVE übernehmen bereits aktuell Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter oder andere Berufsgruppen ansatzweise Aufgaben in Hinblick auf die Berücksichtigung vorrangig sozialer Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten – meist ohne konkrete Bezugnahme auf das Konzept des Social Prescribing. Die internationalen Erfahrungen mit Social Prescribing können hilfreich sein, um die nichtmedizinischen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten in Zukunft noch systematischer zu berücksichtigen und Rolle und Aufgaben der dafür hauptverantwortlichen Fachkraft zu schärfen bzw. weiterzuentwickeln.

Aufbau Prozesskonzept

Der Auf- und Ausbau von Social Prescribing (in Folge: SP) erfolgt in vier Schritten. Diese werden nachfolgend skizziert und sollen konkrete Aktivitäten anleiten. Je nach lokalen Gegebenheiten gilt es, das Konzept anzupassen.

Schritt 1: Planung

Festlegung der zentralen Rahmenbedingungen: Sofern dies nicht schon vorab entschieden wurde, müssen in einem ersten Schritt die zentralen Rahmenbedingungen geklärt werden:

- » **(haupt-)verantwortliche Person(en)**: Es wird festgelegt, wer die Hauptverantwortung für den Aufbau des SP-Angebots und – sofern nicht ident – wer das Link Working wahrnehmen wird (siehe oben). Die hauptverantwortliche Person kann z. B. die Leiterin / der Leiter der PVE, die Ansprechperson für Gesundheitsförderung/Gesundheitskompetenz in der PVE oder die Fachkraft, die das Link Working innehat (z. B. Sozialarbeiter/-in), sein.
- » **erforderliche Ressourcen**: Es wird geklärt, welche personellen (z. B. Stundenumfang für Link Working) und sonstigen Ressourcen (z. B. Sachkosten für Infopolder, Unterstützungsleistungen des PVE-Teams) für die Umsetzung des SP-Angebots benötigt werden.
- » **Kooperationspartner/-innen**: Alle bestehenden Kooperationen, die in Hinblick auf SP von Relevanz sind, werden – sofern nicht schon vorhanden – in einem Überblick zusammengestellt. So können die Kooperationspartner/-innen (im Sinne eines partizipativen Vorgehens, siehe unten) früh eingebunden werden. Auch kann damit besser geplant werden, wie aufwendig die Recherche von erforderlichen regionalen Angeboten und Dienstleistungen im nächsten Schritt (siehe *Regionale Struktur- und Angebotsanalyse*) sein wird. Eine Orientierung über das potenziell benötigte Angebotsspektrum gibt die beiliegende Übersicht (siehe Orientierungshilfe Angebotspektrum für Vermittlungen im Rahmen von Social Prescribing).
- » **Zeitplan**: Es wird ein grober Zeitplan für die nächsten Schritte festgelegt, z. B. Infoveranstaltung mit regionalen Akteurinnen und Akteuren, Schulung für Link Working, Festlegung der konkreten Abläufe, Start der Vermittlungen an die lokalen Angebote.

Darüber hinaus sollten in diesem Schritt im Sinne einer partizipativen Etablierung von SP bereits eine Information und ein erster Austausch mit bereits bekannten relevanten regionalen Akteurinnen und Akteuren erfolgen, um Akzeptanz und Bereitschaft zur Kooperation abzuklären. Laut NHS England (2019) funktioniert SP am besten, wenn die lokalen Partner/-innen von Anfang an zusammenarbeiten. Auf Basis dieser ersten Gespräche kann eine Übersicht über regionale Akteurinnen/Akteure mit Status der Kooperationsbereitschaft angelegt werden, die in den weiteren Schritten erweitert wird.

Schritt 2: Vorbereitung

Nachdem die wesentlichen Eckpunkte des geplanten SP-Angebots geklärt sind, können erste konkrete Aktivitäten zur Etablierung des Angebots folgen. Dies umfasst vor allem folgende Maßnahmen:

- » Ablaufkonzept: Es wird der konkrete Ablauf von SP (z. B. in der PVE) definiert (inkl. Ausarbeitung benötigter Materialien, z. B. Infoblatt, Vermittlungsblatt) und ein Konzept zum Ablauf eines spezifischen SP erstellt (z. B. Wie läuft Erstkontakt ab? Welche Kontaktformen – Hausbesuche, Begleitung zu Aktivitäten etc. – sind möglich? Dauer und Frequenz von SP pro Patientin/Patient etc.).

- » Sensibilisierung: Das gesamte PVE-Team soll in Hinblick auf das SP-Angebot und seine Vermittlungsrolle informiert und sensibilisiert werden. Es sollte im Team geklärt werden, für welche Patientinnen und Patienten SP gedacht ist, welche Rolle die Primärversorger/-innen im Angebot erfüllen sollen und in welcher Form die Vermittlung erfolgt.
- » Vorbereitung der Qualitätssicherungsmaßnahmen: Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen von SP betreffen insbesondere die Qualifizierung (= Schulung) sowie Intervention/Supervision der Fachkräfte in der Einrichtung, welche das Link Working übernehmen werden, die Dokumentation der mit den Patientinnen/Patienten im Zuge des Link Working vereinbarten Aktivitäten und Qualitätskriterien für Angebote, an die vermittelt wird. In Hinblick auf die begleitenden Qualitätssicherungsmaßnahmen sind zunächst die geplanten/benötigten Maßnahmen zu definieren und in Folge jene Maßnahmen, die noch nicht zur Verfügung stehen, vorzubereiten (z. B. Definition der Intervalle von Inter-/Supervision, Auswahl einer Supervisorin / eines Supervisors). Schulung, Dokumentation (siehe unten) und eine Vorlage in Hinblick auf Qualitätskriterien für die Angebote werden im Rahmen der Begleitmaßnahmen zum Projektcall bereitgestellt.
- » Regionale Struktur- und Angebotsanalyse: Aufbauend auf den Erstkontakten aus Schritt 1 sollen – insb. auch im Austausch mit den bereits verfügbaren Netzwerkpartnerinnen/-partnern – weitere relevante Institutionen, Angebote, Kooperationen hinsichtlich Notfallhilfen etc. im Einzugsbereich identifiziert und kontaktiert werden. Neben der Kooperationsbereitschaft sollen insb. Kontaktinfos und Ansprechpersonen erfasst werden.
- » Kommunikationskonzept: Es sollte überlegt werden, ob bzw. wann und in welcher Form das Angebot auch öffentlich bekannt gemacht werden soll, z. B. in Hinblick auf die Nutzerinnen und Nutzer (z. B. Flyer, Plakat, Infoblatt), die einbezogenen Institutionen und Angebote (z. B. Auftaktveranstaltung), aber auch die breite Öffentlichkeit (z. B. Medienkontakte). Die beabsichtigten Aktivitäten müssen in Folge vorbereitet werden (z. B. Erarbeitung von Materialien, Konzipierung einer Veranstaltung). Fällt die Entscheidung zunächst gegen eine breite öffentliche Informationskampagne, kann es hilfreich sein, Kurzinformationen zu den Aktivitäten (einseitiges Infoblatt) bereitzustellen und ggf. im Wartebereich der Gesundheitseinrichtung aufzuhängen oder interessierten Patientinnen und Patienten auszuhändigen.
- » Schulung: Teilnahme an der im Rahmen der Begleitmaßnahmen zum Projektcall bereitgestellten Schulung der Fachkräfte, welche das Link Working übernehmen werden, in Hinblick auf Konzept von SP, Rolle und Aufgaben
- » Dokumentation: Mitwirkung an der inhaltlichen Ausgestaltung der im Rahmen der Begleitmaßnahmen zum Projektcall geplanten Dokumentation und Einarbeitung dieser Dokumentation in das von der Einrichtung verwendete Tool
- » Mitwirkung bei Evaluation: Mitwirkung an der im Rahmen der Begleitmaßnahmen zum Projektcall geplanten österreichweiten Begleitevaluation

Schritt 3: Aufbau

Im dritten Schritt folgt die Umsetzung der geplanten und vorbereiteten Aktivitäten. Dies umfasst vor allem:

- » Aufbau des Netzwerks: Aufbauend auf den bereits in den ersten beiden Schritten durchgeführten Aktivitäten und etablierten Kooperationen muss nunmehr mit allen relevanten Institutionen/Angeboten eine Konkretisierung der Modalitäten der Kooperation und eine Erhebung von relevanten Rahmenbedingungen der Einrichtungen/Angebote (z. B. spezifische Zielgruppen, Angebotsspektrum, Nutzungsbedingungen, Kapazitäten bzw. Auslastung etc.) erfolgen. Dies sollte alles im Über-

blick über die Netzwerkpartner/-innen dokumentiert werden. Die Erhebung kann auch im interaktiven Setting mit mehreren Einrichtungen/Angeboten durchgeführt werden, was auch einen Vernetzungseffekt über das SP-Angebot hinaus haben kann. Darüber hinaus sollten die bekannten Kontakte auch genutzt werden, um weitere Kontakte zu identifizieren und dadurch die Angebotsanalyse noch zu erweitern.

- » Start des Link Working: In diesem Schritt beginnt die damit betraute Fachkraft (es können auch zwei Personen sein) mit dem Link Working. D. h., Patientinnen und Patienten werden aufgrund psychosozialer Bedürfnisse/Belastungen an sie vermittelt. Anschließend wird gemeinsam mit der Patientin / dem Patienten der Bedarf herausgearbeitet und bedarfsgerecht an lokale Angebote vermittelt.
- » Umsetzung der internen Qualitätssicherungsmaßnahmen: Die vorbereiteten Qualitätssicherungsmaßnahmen (Supervision, Intervision, Fortbildung etc.) werden in der Praxis etabliert und ggf. adaptiert.
- » Reflexion: Der Aufbau eines SP-Angebots sollte als iterativer Prozess verstanden werden, d. h. als laufende Weiterentwicklung auf Basis der Erfahrungen.
- » Überregionaler Austausch: Teilnahme an den im Rahmen der Begleitmaßnahmen zum Projektkall organisierten standortübergreifenden Austausch- und Vernetzungstreffen. Dies bietet auch die Möglichkeit, Erfahrungen auszutauschen, Anregungen für die Umsetzung zu bekommen, das eigene Wissen zu teilen und sich auch Rückhalt durch die Community zu holen.
- » Schulung: Teilnahme am Follow-up zu der im Rahmen der Begleitmaßnahmen zum Projektkall bereitgestellten Schulung (siehe oben)
- » Dokumentation: Mitwirkung an der im Rahmen der Begleitmaßnahmen zum Projektkall geplanten Dokumentation (siehe oben)
- » Mitwirkung bei Evaluation: Mitwirkung an der im Rahmen der Begleitmaßnahmen zum Projektkall geplanten österreichweiten Begleitevaluation (siehe oben)

Im Rahmen des Projektkalls werden sich die Aktivitäten auf die ersten drei Schritte beschränken. Schritt 4 betrifft die langfristige Umsetzung. Damit verbunden ist eine längerfristige Orientierung, was in Hinblick auf die Nachhaltigkeit von Beginn an mitbedacht werden sollte.

Schritt 4: Langfristige Umsetzung

Nachdem das Social-Prescribing-Angebot etabliert ist, braucht es neben der direkten Arbeit mit den zu vermittelnden Personen weiterhin noch ergänzende Aktivitäten, um eine gute laufende Umsetzung zu unterstützen:

- » Sensibilisierung: regelmäßige Information sowie Austausch zur Kooperation sowohl im Team der Gesundheitseinrichtung (z. B. PVE) als auch mit Kooperationspartnerinnen/Kooperationspartnern (insb. in Hinblick auf Personalwechsel, aber auch, um das Angebot immer wieder in Erinnerung zu rufen)
- » Netzwerkpflege: regelmäßiger Austausch mit den Netzwerkpartnerinnen/Netzwerkpartnern (Rückmeldeprozedere, Feedbackmechanismen), Netzwerktreffen (z. B. Vernetzungstreffen, Runde Tische zu spezifischen Themen), Erweiterung des Netzwerks bei Bedarf, z. B. bei neuen Angeboten
- » Qualitätssicherungsmaßnahmen: laufende Umsetzung von Supervision, Dokumentation etc., Teilnahme an relevanten Fortbildungen, bei Bedarf: neuerliche Evaluation etc.
- » überregionaler Austausch: kontinuierlicher Austausch mit anderen Einrichtungen, die Social Prescribing umsetzen, um gemeinsames Lernen, abgestimmte fachliche Weiterentwicklung etc. sicherzustellen

- » Informations- und Öffentlichkeitsarbeit: regelmäßige Informations- und Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Infos über Nutzung des Angebots, konkrete Praxisbeispiele zur Erläuterung des Nutzens von SP, Updates an Kooperationspartner/-innen und Entscheidungsträger/-innen)
- » Adaptierung des SP-Angebots (bei Bedarf) in Einklang mit den Umsetzungserfahrungen

QUELLEN:

NHS England (2019): Social Prescribing and community-based support. Summary Guide

Polley, M.; Fleming, J.; Anfilogoff, T.; Carpenter, A. (2017): Making sense of Social Prescribing. London University of Westminster, London

Erstellt:	im Rahmen des Projekt „Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in Primärversorgungseinheiten“ (im Auftrag von Dachverband der österreichischen Sozialversicherung und Fonds Gesundes Österreich) in Kooperation mit der Task Force Sozioökonomische Determinanten, überarbeitet für das Projekt „Vorbereitung und Umsetzung von Modellprojekten Social Prescribing“
Autorinnen:	Sabine Haas, Joy Ladurner, Daniela Rojatz, Petra Winkler, Jennifer Antosik, Sandra Ecker, Jakob Weitzer
Version:	März 2021