

Handbuch „Social Prescribing in der Primärversorgung“ Schritt für Schritt zur Umsetzung

Ergebnisbericht

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

Handbuch „Social Prescribing in der Primärversorgung“

Schritt für Schritt zur Umsetzung.

Ergebnisbericht

Autor:innen:

Daniela Rojatz
Jennifer Antosik
Jakob Weitzer (BMSGPK)
Sandra Ecker
Sabine Haas

Fachliche Begleitung:

Judith delle Grazie
Ilonka Horvath

Projektassistenz:

Bettina Engel

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

Wien, im Dezember 2021

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

Zitiervorschlag: Rojatz, Daniela; Antosik, Jennifer; Weitzer, Jakob; Ecker, Sandra; Haas, Sabine (2021): Handbuch Social Prescribing in der Primärversorgung. Schritt für Schritt zur Umsetzung. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P10/1/5299

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH, Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel (SDG) 3 „Gesundheit und Wohlergehen“ bei.

SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS



Der Umwelt zuliebe:

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



Gesundheit Österreich
GmbH ● ● ●

 Bundesministerium
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz

Gefördert aus den Mitteln von Gesundheitsförderung 21+

Vorwort

Die Primärversorgung dient als erste Anlaufstelle bei gesundheitsrelevanten Fragen und Problemen. Studien zeigen, dass viele Kontakte mit der Hausärztin oder dem Hausarzt nicht nur wegen eines medizinischen Problems erfolgen. Allgemeinmediziner:innen werden auch häufig wegen anderer gesundheitsrelevanter Anliegen konsultiert, die über die kurative Medizin hinausgehen. Dies fordert Patientinnen und Patienten und Mitarbeiter:innen in der Primärversorgung gleichermaßen heraus – oft auch deshalb, weil vorhandene regionale Angebote nicht immer bekannt sind.

Es freut mich daher, dass im Rahmen von „Gesundheitsförderung 21+“ Mittel für den Auf- und Ausbau von Social Prescribing in der Primärversorgung zur Verfügung gestellt werden konnten. Social Prescribing ist ein innovativer Ansatz, um Gesundheit ganzheitlich zu betrachten und gesundheitsrelevante, aber nicht primär medizinische Probleme und Bedarfe von Patientinnen und Patienten strukturiert zu adressieren. Mit den zur Verfügung gestellten Mitteln konnten neun Einrichtungen der medizinischen Primärversorgung Social Prescribing in der Praxis pilotieren. Die Erfahrungen können wertvolle Informationen für die Entwicklung fachlicher Grundlagen für eine breite Etablierung dieses Angebots liefern.

Social Prescribing kommt unmittelbar bei den Menschen an und fördert gesundheitliche Chancengerechtigkeit sowie soziale Teilhabe. Damit unterstützt Social Prescribing auch die Realisierung der österreichischen Gesundheitsziele und der Sustainable Development Goals. Also der politischen Zielsetzung der Vereinten Nationen in Form von 17 Zielen, die weltweit der Sicherung einer nachhaltigen Entwicklung auf ökonomischer, sozialer sowie ökologischer Ebene dienen sollen.

Social Prescribing verbindet!

- » Es stärkt das Vertrauen zwischen Primärversorgungsteam und Patientinnen und Patienten, da thematisiert wird, was für die Patientin oder den Patienten tatsächlich von Bedeutung ist.
- » Es verbindet Gesundheits- und Sozialbereich und vernetzt Primärversorgungseinrichtung und regionale Angebote.
- » Es trägt zur Integration von Menschen in der Gemeinde und Gemeinschaft bei.

In meiner Funktion als Sozial- und Gesundheitsminister ist es mir ein Anliegen, dass Social Prescribing als Teil einer starken Primärversorgung und zur Stärkung sozialer Teilhabe etabliert wird. Gut abgestimmt mit anderen Initiativen ermöglicht es, die bedarfsgerechte und wohnortnahe Gesundheitsversorgung zu fördern.

Das vorliegende Handbuch für den Auf- und Ausbau von Social Prescribing ist ein wichtiges Instrument auf diesem Weg.

Ihr

Johannes Rauch
Bundesminister

Kurzfassung

Hintergrund

Jede fünfte Konsultation in der Primärversorgung erfolgt aufgrund gesundheitsrelevanter, nicht medizinischer Belange. Social Prescribing gilt als vielversprechendes Konzept, um in der Primärversorgung diese Bedürfnisse systematisch zu adressieren. Zentral ist die Verschränkung von Gesundheits- und Sozialbereich sowie die Etablierung einer Fachkraft mit Link Working Funktion, an welche Patientinnen/Patienten mit entsprechenden Bedarfen vermittelt werden. Die Fachkraft arbeitet mit der Patientin/dem Patienten heraus, was für sie/ihn von Bedeutung ist und vermittelt an passende regionale Angebote – häufig im Freiwilligenbereich. Der zuweisenden Person wird das Ergebnis der Vermittlung rückgemeldet.

Das Interesse an der Implementierung von Social Prescribing in der Primärversorgung ist groß. Potentielle Umsetzer:innen wünschen sich Arbeitshilfen im Sinne einer Schritt-für-Schritt Anleitung (Prozesskonzept). Das vorliegende Handbuch adressiert diesen Wunsch.

Das **Handbuch** richtet sich primär an (potentielle) **Umsetzer:innen von Social Prescribing** und möchte

- » zur Bekanntheit und **zu einem gemeinsamen Verständnis von Social Prescribing in Österreich beitragen**
- » **die Bedeutsamkeit des Konzepts Social Prescribing aufzeigen** für Patientinnen/Patienten, Umsetzer:innen und Finanziers
- » **eine Schritt-für-Schritt Anleitung zur Implementierung des Konzepts in Einrichtungen der medizinischen Primärversorgung geben** und auf bekannte förderliche und hinderliche Faktoren bei der Umsetzung hinweisen, um die Umsetzung zu erleichtern

Methoden

Das Handbuch basiert auf dem Projekt Vorbereitung und Umsetzung Modellregionen Social Prescribing und den darin eingebetteten Projektcall Social Prescribing in der Primärversorgung. Das Projekt wurde im Rahmen von Gesundheitsförderung 21+ vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz gefördert. In neun Einrichtungen der medizinischen Primärversorgung wurde der Auf- und Ausbau von Social Prescribing pilotiert (15.6.21 – 15.12.21). Zur Unterstützung der Umsetzung wurden Arbeitshilfen zur Verfügung gestellt und eine Schulung für die Fachkräfte mit Link-Working Funktion organisiert. Die Link-Working Fälle wurden in einer Bedarfs- und Vermittlungsdokumentation festgehalten. In vier Vernetzungstreffen wurden Erfahrungen ausgetauscht, wechselseitiges Lernen angeregt und zur Gemeinschaftsbildung beigetragen. Diese Erfahrungen sowie die Ergebnisse der Endberichte der geförderten Projekte, der externen Evaluation und der Auswertung der Bedarfs- und Vermittlungsdokumentation sowie einer unterstützenden Literaturrecherche mündeten in diesem Handbuch.

Ergebnisse

Zentrale Elemente von Social Prescribing sind Sensibilisierung für gesundheitsrelevante, nicht-medizinische Bedürfnisse, Link Working, Netzwerkmanagement und Qualitätssicherung.

Social Prescribing führt zu einer Entlastung für Patientinnen und Patienten (u.a. Stärkung der Handlungsfähigkeit, Selbstwirksamkeit und Lebenszufriedenheit) und Mitarbeiter:innen der Primärversorgung (Möglichkeit erkannte Bedarfe zu adressieren).

Social Prescribing kann in unterschiedlichen Regionen (städtisch –ländlich, wohlhabende – sozio-ökonomisch benachteiligte Gebiete) und für unterschiedliche Zielgruppen implementiert werden.

Das vorgestellte Prozesskonzept sieht vier Schritte vor:

1. **Planungsphase – Klärung der Rahmenbedingungen:** (haupt-) verantwortliche Person(en) klären, Einzugsbereich und Zielgruppe definieren, Überblick über potenzielle Kooperationspartner erstellen, Ressourcenbedarf festlegen, Finanzierung klären, groben Zeitplan erstellen
2. **Vorbereitung** der Umsetzung: Ablaufkonzept für Social Prescribing definieren, Mitarbeiter:innen sensibilisieren, Qualitätssicherungsmaßnahmen vorbereiten, regionale Struktur- und Angebotsanalyse, Kommunikationskonzept erstellen, Dokumentation Link Working-Beratungen vorbereiten, Schulung der Personen mit Link-Working Funktion
3. **Aufbau und schrittweise Umsetzung:** Kooperationsnetzwerk aufbauen, mit Link Working beginnen, Qualitätssicherungsmaßnahmen umsetzen, Umsetzung Social Prescribing reflektieren, an überregionalem Austausch teilnehmen (optional), Link Working dokumentieren
4. **nachhaltige Umsetzung:** Team und Kooperationspartner:innen sensibilisieren, Kooperationsnetzwerk pflegen, Qualitätssicherungsmaßnahmen laufend umsetzen, an überregionaler Vernetzungstreffen teilnehmen (optional), über Social Prescribing informieren, Angebot Social Prescribing adaptieren

Zur Unterstützung der Umsetzung liegen Arbeitshilfen, ein Dokumentationstool, ein Konzept für die Schulung von Fachkräften mit Link Working Funktion sowie Überlegungen zur Weiterentwicklung der Konzeptentwicklung und Implementierung in Österreich vor.

Empfehlungen für die Umsetzung von Social Prescribing in der Primärversorgung

- » Multidisziplinarität leben – Sichtbar- und Greifbarmachen des Link Workings als Teil des Leistungsspektrums der Gesundheitseinrichtung
- » Klares Aufgabenprofil von Fachkraft mit Link Working Funktion und klare Zuweisungs- und Vermittlungsprozesse in Einrichtung etablieren
- » Kooperation in der Region und Partizipation mit Patientinnen und Patienten entstehen lassen
- » Dokumentation zur internen Kommunikation und übergreifenden Monitoring & Supervision vorsehen

Schlüsselwörter

Social Prescribing; Link Working; Primärversorgung; Chancengerechtigkeit; Primärversorgungseinheit; Gesundheitsförderung 21+

Summary

Background

Every fifth consultation in primary care is due to health-related, non-medical concerns. Social prescribing is considered a promising concept for systematically addressing these needs in primary care. The central point is the interlinking of health and social sectors as well as the establishment of a health professional with link working function, to whom patients with corresponding needs are referred. The specialist works out with the patient what is important for him/her and refers him/her to suitable regional services – often in the voluntary sector. The referring person is then informed about the outcome of the referral.

There is great interest in implementing social prescribing in primary care. Potential implementers would like to see working aids in the sense of step-by-step instructions (process concept). This manual addresses this wish.

The handbook primarily **addresses (potential) implementers of social prescribing** and aims to

- » **contribute to the awareness and common understanding of social prescribing** in Austria
- » **demonstrate the importance of the concept** of social prescribing for patients, implementers and financiers
- » Provide **step-by-step guidance on the implementation of the concept** in primary health care settings and point out known facilitating and hindering factors to facilitate implementation.

Methods

The manual is based on the project Preparation and Implementation of Model Regions Social Prescribing and the embedded project call Social Prescribing in Primary Care. The project was funded by the Federal Ministry of Social Affairs, Health, Care and Consumer Protection within the framework of Gesundheitsförderung 21+. The establishment and expansion of social prescribing was piloted in nine primary health care facilities (15.6.21–15.12.21). To support implementation, tools were provided and training for social and health professionals with link-working function was organised. The link-working activities were recorded in a needs and referral documentation. Four networking meetings were held to share experiences, stimulate mutual learning and contribute to community building. These experiences as well as the results of the final reports of the funded projects, the external evaluation and the analysis of the needs and referral documentation as well as a supporting literature research resulted in this manual.

Results

Central elements of social prescribing are sensitisation for health-related, non-medical needs, link working, network management and quality assurance.

Social prescribing leads to a relief for patients (e.g. empowerment, self-efficacy and life satisfaction) and primary care staff (possibility to address identified needs).

Social prescribing can be implemented in different regions (urban – rural, affluent – socio-economically disadvantaged areas) and for different target groups.

The process concept presented consists of four steps:

1. **planning phase – clarification of the framework conditions:** Clarify the (main) responsible person(s), define the catchment area and target group, create an overview of potential cooperation partners, determine resource requirements, clarify financing, create a time schedule.
2. **preparation of implementation:** define process concept for social prescribing, sensitise staff, prepare quality assurance measures, regional structure and service analysis, prepare communication concept, prepare documentation of link working consultations, train persons with link working function.
3. **development and step-by-step implementation:** build up cooperation network, start with link working, implement quality assurance measures, reflect on implementation of social prescribing, participate in supra-regional exchange (optional), document link working
4. **sustainable implementation:** sensitise team and cooperation partners, maintain cooperation network, continuously implement quality assurance measures, participate in supra-regional networking meetings (optional), inform about social prescribing, adapt social prescribing offer.

To support the implementation, working aids, a documentation tool, a concept for the training of professionals with link working function as well as considerations for the further development of the concept and implementation in Austria are available.

Recommendations for the implementation of social prescribing in primary care

- » Live multidisciplinary – make link working visible and tangible as part of the service spectrum of the health facility
- » Establish a clear task profile for specialists with a link working function and clear assignment and referral processes in the facility.
- » Establish cooperation in the region and participation with patients
- » Provide documentation for internal communication and comprehensive monitoring and supervision.

Keywords

Social prescribing; link working; primary care; equity of opportunity; primary care unit; Gesundheitsförderung 21+

Inhalt

| | |
|--|------|
| Vorwort..... | V |
| Kurzfassung..... | VI |
| Summary..... | IX |
| Abbildungen und Tabellen..... | XIII |
| Abkürzungen..... | XIV |
| 1 Social Prescribing als Maßnahme der Gesundheitsförderung in der Primärversorgung..... | 1 |
| 2 Social Prescribing: eine Einführung..... | 3 |
| 2.1 Zentrale Elemente von Social Prescribing..... | 3 |
| 2.2 (Vor-)Formen von Social Prescribing..... | 4 |
| 2.3 Erkenntnisstand zum Nutzen von Social Prescribing..... | 5 |
| 2.4 Strategische Verankerung von Social Prescribing in Österreich..... | 8 |
| 2.5 Potentieller Beitrag von Social Prescribing für die österreichische Primärversorgung..... | 9 |
| 3 Social Prescribing: Ausgangsbedingungen und Umsetzung in der Primärversorgung..... | 11 |
| 3.1 Ausgangsbedingungen..... | 11 |
| 3.2 Umsetzung von Social Prescribing: ein erster übergreifender Einblick..... | 12 |
| 3.3 Umsetzung von Social Prescribing in einzelnen Einrichtungen..... | 14 |
| 4 Social Prescribing: Schritt für Schritt zur Umsetzung..... | 22 |
| 4.1 Schritt 1: Planungsphase – Klärung der Rahmenbedingungen..... | 24 |
| 4.1.1 (haupt-) verantwortliche Person(en) klären..... | 25 |
| 4.1.2 Einzugsbereich und Zielgruppe definieren..... | 26 |
| 4.1.3 Überblick über potenzielle Kooperationspartner erstellen..... | 27 |
| 4.1.4 Ressourcenbedarf festlegen..... | 31 |
| 4.1.5 Finanzierung klären..... | 32 |
| 4.1.6 Groben Zeitplan erstellen..... | 33 |
| 4.2 Schritt 2: Vorbereitung..... | 34 |
| 4.2.1 Ablaufkonzept für Social Prescribing definieren..... | 35 |
| 4.2.2 Mitarbeiter:innen sensibilisieren..... | 36 |
| 4.2.3 Qualitätssicherungsmaßnahmen vorbereiten..... | 38 |
| 4.2.4 Regionale Struktur- und Angebotsanalyse..... | 39 |
| 4.2.5 Kommunikationskonzept erstellen..... | 40 |
| 4.2.6 Dokumentation Link Working-Beratungen vorbereiten..... | 42 |
| 4.2.7 Schulung der Personen mit Link-Working Funktion..... | 43 |
| 4.3 Exkurs: Ablaufkonzept Social Prescribing..... | 44 |
| 4.3.1 Vorbereitend: Sensibilisierung für gesundheitsrelevante Bedürfnisse.... | 46 |
| 4.3.2 Vorbereitend: regionales Netzwerkmanagement..... | 48 |
| 4.3.3 Link Working: Erkennen von Bedarf und Vermittlung an Person mit Link Working Funktion..... | 50 |
| 4.3.4 Link Working Gespräch: Herausarbeiten was für Patient:in von Bedeutung ist..... | 52 |
| 4.3.5 Link Working: Vermittlung an regionale Ressource..... | 54 |
| 4.3.6 Link Working Rückmeldung von Patient:in und an zuweisende Person.. | 55 |
| 4.3.7 Nachbereitend: Angebots Lücken erkennen und Adressieren..... | 56 |
| 4.4 Exkurs: Fachkraft mit Link Working Funktion..... | 57 |

| | | |
|-------|---|----|
| 4.4.1 | Gesundheits- und Sozialberufe und Link Working..... | 58 |
| 4.4.2 | Link Working und Sozialarbeit | 59 |
| 4.5 | Schritt 3: Aufbau und schrittweise Umsetzung..... | 62 |
| 4.5.1 | Kooperationsnetzwerk aufbauen | 62 |
| 4.5.2 | mit Link Working beginnen..... | 64 |
| 4.5.3 | Qualitätssicherungsmaßnahmen umsetzen | 65 |
| 4.5.4 | Umsetzung Social Prescribing reflektieren (Evaluation)..... | 66 |
| 4.5.5 | an überregionalem Austausch teilnehmen (optional)..... | 67 |
| 4.5.6 | Link Working dokumentieren..... | 68 |
| 4.6 | Schritt 4: nachhaltige Umsetzung | 70 |
| 4.6.1 | Team und Kooperationspartner:innen sensibilisieren | 71 |
| 4.6.2 | Kooperationsnetzwerk pflegen | 72 |
| 4.6.3 | Qualitätssicherungsmaßnahmen laufend umsetzen..... | 73 |
| 4.6.4 | an überregionaler Vernetzungstreffen teilnehmen (optional)..... | 74 |
| 4.6.5 | über Social Prescribing informieren | 75 |
| 4.6.6 | Angebot Social Prescribing adaptieren | 76 |
| 5 | Exkurs: Reflexion Chancengerechtigkeit..... | 77 |
| 6 | Social Prescribing: Begleitmaßnahmen zur Umsetzung | 78 |
| 6.1 | Bereitstellung von Fachwissen und Arbeitshilfen erleichtert das Arbeiten | 78 |
| 6.2 | Schulung von Fachkräfte mit Link Working Funktion gibt Handlungssicherheit | 79 |
| 6.3 | einrichtungsübergreifende Vernetzung regt wechselseitiges Lernen und Gemeinschaftsbildung an..... | 80 |
| 6.4 | Dokumentation zeigt Konzeptumsetzung..... | 80 |
| 6.5 | Weiterentwicklung des Konzepts und seiner Implementierung in Österreich..... | 80 |
| 7 | Empfehlungen für die Umsetzung von Social Prescribing in der Primärversorgung | 83 |
| 7.1 | Sensibilisierung: Multidisziplinarität leben – Sichtbar- und Greifbarmachen des Link Workings als Teil des Leistungsspektrums der Gesundheitseinrichtung | 83 |
| 7.2 | Link Working: Klares Aufgabenprofil und Zuweisungsprozesse in Einrichtung etablieren – in Verbindung mit Patientin und Kooperationsangebot sein | 84 |
| 7.3 | Netzwerkmanagement: Kooperation in der Region und Partizipation mit Patientinnen und Patienten entstehen lassen | 85 |
| 7.4 | Qualitätssicherung: Dokumentation zur internen Kommunikation und übergreifenden Monitoring & Supervision vorsehen | 85 |
| 8 | Impressionen aus der Umsetzungspraxis | 86 |
| 9 | Literatur | 87 |
| | Anhang | 90 |
| | Danksagung..... | 91 |
| | Entstehungskontext des Handbuchs: Projektkall Social Prescribing in der Primärversorgung | 92 |
| | Glossar..... | 95 |

Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

| | |
|--|----|
| Abbildung 3.1: Ressourcen und Belastungen der Personen, die Link Working in Anspruch nahmen | 13 |
| Abbildung 4.1: Prozesskonzept zum Aufbau von Social Prescribing | 23 |
| Abbildung 4.2: Übersicht Planungsphase | 24 |
| Abbildung 4.3: Übersicht Phase 2 Vorbereitung erster konkreter Aktivitäten..... | 34 |
| Abbildung 4.4: Ablauf Social Prescribing Vermittlungsprozess..... | 45 |
| Abbildung 4.5: Übersicht über mögliche Kooperationsangebote | 49 |
| Abbildung 4.6: Übersicht Phase 3 Aufbau und schrittweise Umsetzung | 62 |
| Abbildung 4.7: Übersicht Phase 4: nachhaltige Umsetzung..... | 70 |
| Abbildung 9.1: Datenquellen für Handbuch..... | 93 |

Tabellen

| | |
|--|----|
| Tabelle 2.1: Umsetzungsformen von Social Prescribing | 4 |
| Tabelle 2.2: Nutzen von Social Prescribing | 6 |
| Tabelle 4.1: Zentrale Aufgaben der Link-Working Funktion | 58 |
| Tabelle 4.2: Erste Überlegungen zur Abgrenzung von Link Working und Sozialarbeit | 60 |

Abkürzungen

| | |
|-------|---|
| DVSV | Dachverband der österreichischen Sozialversicherungen |
| GF | Gesundheitsförderung |
| GK | Gesundheitskompetenz |
| KP | Krankheitsprävention |
| LW | Link Working |
| PVE | Primärversorgungseinheit |
| SP | Social Prescribing |
| z. B. | zum Beispiel |

1 Social Prescribing als Maßnahme der Gesundheitsförderung in der Primärversorgung

Gesundheit wird von vielen Faktoren bestimmt. Neben medizinischen Bedürfnissen beeinflussen auch soziale Bedürfnisse bzw. Belastungen die Gesundheit von Menschen. Die medizinische Primärversorgung als erste Anlaufstelle für gesundheitliche Probleme ist daher auch mit nicht-medizinischen Belastungen konfrontiert. Etwa jede:r fünfte Patient:in sucht die medizinische Primärversorgung (Hausarzt/Hausärztin) primär wegen eines sozialen Problems auf (Polley et al. 2017b). Dies führt häufig zu Frustration sowohl bei Patientin/Patient als auch Ärztin/ Arzt. Die/Der Ärztin/Arzt hat häufig nicht die Möglichkeiten, an passende Angebote in der Region zu vermitteln und Patientinnen und Patienten erhalten für ihr nicht-medizinischen Problem keine adäquate Unterstützung.

Im Zuge der Primärversorgungsreform und der Etablierung von multiprofessionell besetzten Primärversorgungseinheiten und -netzwerken wurde darauf reagiert. Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitskompetenz sind als Aufgaben definiert. Konkret geht es u. a. um die Mitwirkung an populationsbezogenen und zielgruppenspezifischen regionalen Gesundheitsförderungsmaßnahmen und -programmen sowie das aktive Zugehen auf und Unterstützung im Zugang zur Versorgung für vulnerable Gruppen wie z. B. Personen mit Migrationshintergrund (BMASGK 2019).

Social Prescribing ist ein konkreter Ansatz, der dies realisieren kann. Social Prescribing gilt als vielversprechendes Konzept, 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. Wenngleich sich Primärversorgungseinheiten aufgrund der bereits vorhandenen Strukturen, das multiprofessionelle Primärversorgungsteam besonders für die Implementierung von Social Prescribing anbietet (Antosik 2020), ist eine Implementierung auch in anderen Einrichtungen der medizinischen Primärversorgung (z. B. Gruppenpraxis) möglich.

Das Interesse an dem Thema ist bei Primärversorgern groß. Für die Implementierung wünschen sich viele praktische Handreichungen und Umsetzungshilfen (Maier 2021). Um in Einrichtungen der medizinischen Primärversorgung Erfahrungen mit der Umsetzung von Social Prescribing in Österreich zu sammeln und fachliche Grundlagen für die nachhaltige Implementierung von Social Prescribing zu generieren, stellte das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGKP) im Rahmen von Gesundheitsförderung 21+ finanzielle Mittel für das Projekt „Vorbereitung und Umsetzung Modellregionen Social Prescribing“ und den darin eingebetteten Projektcalls „Social Prescribing in der Primärversorgung“ zur Verfügung. Die Gesundheit Österreich GmbH administrierte die Fördermittel und begleitete die Fördernehmer/-innen beim Auf- und Ausbau von Social Prescribing in ihren Einrichtungen.

Das vorliegende Handbuch ist das Kernstück der entwickelten fachlichen Grundlagen und fasst die gesammelten Projekterfahrungen und Ergebnisse des Projektcalls Social Prescribing in der Primärversorgung zusammen. Details zu den Datengrundlagen finden sich im Anhang.

Das **Handbuch** richtet sich primär an (potentielle) **Umsetzer:innen von Social Prescribing** und möchte

- » zur Bekanntheit und **zu einem gemeinsamen Verständnis von Social Prescribing in Österreich beitragen**
- » **die Bedeutsamkeit des Konzepts Social Prescribing aufzeigen** für Patientinnen/Patienten, Umsetzer:innen und Finanziere
- » **eine Schritt-für-Schritt Anleitung zur Implementierung des Konzepts in Einrichtungen der medizinischen Primärversorgung geben** und auf bekannte förderliche und hinderliche Faktoren bei der Umsetzung hinweisen, um die Umsetzung zu erleichtern

Damit trägt das Handbuch auch dabei den bereits identifizierten Bedarf an einem klaren Prozesskonzept, welches an die regionalen Gegebenheiten angepasst werden kann, Rechnung (Maier 2021).

Wie können Sie das Handbuch anwenden?

- » Machen Sie sich mit dem Konzept Social Prescribing vertraut und nutzen Sie die bereitgestellten Tools, um zu überprüfen, ob sich die Etablierung von Social Prescribing in Ihrer Einrichtung anbietet.
- » Im Falle einer positiven Antwort, liefert das Prozesskonzept eine Schritt-für-Schritt-Anleitung für die Umsetzung (Kapitel 4).
- » Die Umsetzungserfahrungen geben Ihnen Anregung zu Umsetzungsmöglichkeiten und verweisen auf Tipps und zu vermeidende Fallstricke.



Zur besseren Veranschaulichung sind Praxistipps, Umsetzungserfahrungen und Literaturhinweise mit Symbolen gekennzeichnet – ebenso Zitate aus der externen Evaluation des Projektes:



Praxistipps aus den Endberichten der Umsetzer:innen



Umsetzungserfahrungen aus der Bedarfs- und Vermittlungsdoku und/oder Endberichten der Umsetzer:innen



Hinweise auf Praxistipps und Literatur



Zitat aus Evaluation

Wir möchten uns herzlich bei den Umsetzungspartner:innen und den Mitgliedern der Projektsteuerungsgruppe für die gemeinsame Arbeit zur Umsetzung von Social Prescribing in Österreich bedanken! Ohne Ihr Engagement wäre das Handbuch nicht zustande gekommen.

2 Social Prescribing: eine Einführung

Social Prescribing ist ein Interventionsansatz bei dem Patientinnen und Patienten von den in der Primärversorgung tätigen Berufsgruppen in Hinblick auf ihre nicht-medizinischen (insb. sozialen, emotionalen oder praktischen) Bedürfnisse an einen sogenannten Link Worker „überwiesen“ werden (Polley et al. 2017b).

Es ermöglicht damit Gesundheits- und Sozialberufe Menschen zu einer Reihe von lokalen, nicht-medizinischen Angeboten zu vermitteln, um ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden zu unterstützen.

2.1 Zentrale Elemente von Social Prescribing

Nachfolgend werden die zentralen Elemente von Social Prescribing skizziert. In den nachfolgenden Kapiteln werden sie immer weiter konkretisiert.



Sensibilisierung: Alle Berufsgruppen in der Einrichtung werden sensibilisiert (z. B. in Teammeetings, Pausengesprächen), auf nichtmedizinische, aber gesundheitsrelevante Bedürfnisse zu achten. Das Team ist achtsam im Kontakt mit den Patientinnen / Patienten und vermittelt gegebenenfalls an die Fachkraft mit Link-Working Funktion in der Einrichtung.



Link-Working: In der Einrichtung wird eine Fachkraft mit Link-Working-Funktion etabliert, welche als Schnittstelle und Vermittler zwischen medizinischer Einrichtung und regionalen Angeboten fungiert. Sie nimmt sich Zeit für das Gespräch mit der Patientin/dem Patienten. Gemeinsam werden Ressourcen und Belastungen herausgearbeitet und Handlungspläne entwickelt. Dabei wird häufig an regionale Angebote – häufig aus dem 3. Sektor – vermittelt, um die soziale Integration und Teilhabe der Person zu fördern.



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



Qualitätssicherung: Um eine qualitätsvolle Umsetzung von Social Prescribing zu sichern, bedarf es *Personalentwicklungsmaßnahmen* (u.a. Schulung, Supervision), Organisationsentwicklung (Definition von Abläufen, Dokumentation) sowie regelmäßige Vernetzung, Reflexion und Evaluation der Umsetzungspraxis in der Einrichtung, der Region und Einrichtungsübergreifend zur Weiterentwicklung der Maßnahme.

2.2 (Vor-)Formen von Social Prescribing

Es gibt unterschiedliche (Vor-)Formen von Social Prescribing (Kimberlee 2015; Maier 2021). Gemeinsam ist den unterschiedlichen Formen von Social Prescribing der Fokus auf Vernetzung der Menschen mit Ressourcen und der Region. Tabelle 2.1 gibt eine Übersicht über unterschiedliche Umsetzungsformen von Social Prescribing.

Tabelle 2.1:
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

Die vorgestellten Ansätze zeigen eine unterschiedliche Intensität von Social Prescribing. Welche Form sich im konkreten Fall eignet, hängt von den verfügbaren Ressourcen und den Bedarfen der Patientin/des Patienten ab. Im Rahmen des Projekts wurde das holistische Modell von Social Prescribing verfolgt. Es 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.

2.3 Erkenntnisstand zum Nutzen von Social Prescribing

Mehrere Studien belegen positive gesundheitliche und soziale Effekte von Social Prescribing, die langfristig eine Entlastung des Gesundheitssystems erwarten lassen. Der angenommene Mehrwert von Social Prescribing lässt sich als eine Funktion aus Nutzen (Wert) für Patientinnen und Patienten durch sozialen, ökonomischen und ökologischen Impact definieren (Busch 2021).

$$\text{Wert} = \frac{\textit{(Outcomes für Patientinnen und Patienten und Bevölkerung)}}{\textit{(Sozialer, ökonomischer und ökologischer Impact)}}$$

Für Patientinnen und Patienten besteht der Wert von Social Prescribing darin, dass

- » sie bei der Verbesserung ihrer Lebenssituation und damit ihrer psychosozialen Gesundheit unterstützt werden,
- » ihre Handlungsfähigkeit und ihre gesundheitsrelevanten Kompetenzen gestärkt werden und
- » im Sinne der Gesundheitsförderung ihre Lebenszufriedenheit, ihre Selbstwirksamkeit und ihr Kohärenzgefühl gestärkt werden.

Angemerkt sei, dass vulnerable Bevölkerungsgruppen, wie ältere Menschen, sozial benachteiligte Menschen, Menschen mit chronischen Erkrankungen und/oder geringer Gesundheitskompetenz besonders von Social Prescribing profitieren (Haas et al. 2021).

Dieser individuelle Nutzen für die Patient:innen entfaltet auf gesellschaftlicher Ebene soziale, ökonomische und ökologische Wirkungen. Social Prescribing fördert soziale Integration und damit den sozialen Zusammenhalt. Die verbesserte psychosoziale Gesundheit wirkt sich auch positiv auf die körperliche Gesundheit aus und entlastet insgesamt die medizinische Versorgung. Dies trägt u. a. auch zur Einsparung von CO₂-Emissionen (u. a. weniger Medikamentenkonsum, geringere Nutzung von Versorgungsleistungen) bei. Alles zusammen hat positive ökonomische Effekte.

Die ökologische Bedeutung von Social Prescribing wird durch spezifische Ansätze, wie z. B. green and blue Social Prescribing (Stärkung der Verbundenheit mit der Natur, z. B. Waldspaziergänge, Aktivitäten am/im Wasser etc.) nochmals betont.

Mehrere Studien belegen positive gesundheitliche und soziale Effekte von Social Prescribing, die langfristig eine Entlastung des Gesundheitssystems erwarten lassen. Dabei zeigen sich die positiven Auswirkungen in Folge der Social Prescribing Intervention, nicht durch die Intervention (Vidovic et al. 2021). Tabelle 2.2 gibt eine Übersicht über den in der Literatur belegten Nutzen von Social Prescribing.

Tabelle 2.2:
Nutzen von Social Prescribing

|  Patientinnen und Patienten |  Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitssystem |  Gemeinschaft und Gesellschaft |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> » 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) | <p>Gesundheitseinrichtung</p> <ul style="list-style-type: none"> » 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) <p>Gesundheitssystem</p> <ul style="list-style-type: none"> » 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 Gesundheitssystem (Antosik 2020) | <p>Gemeinschaft (Vidovic et al. 2021):</p> <ul style="list-style-type: none"> » Kapazitätsentwicklung in Gemeinden » Stärkere Nutzung von Gemeindeeinrichtungen » Mehr Gemeinschaftsaktivitäten <p>Gesellschaft</p> <ul style="list-style-type: none"> » 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

Erste Hinweise zu positiven Veränderungen durch Social Prescribing im Rahmen des Projekts

Erste Ergebnisse zu positiven Veränderungen bei Menschen, die Link Working in Anspruch genommen haben im Rahmen des Projektcalls zeigen neben der hohen Zufriedenheit mit dem Angebot und einer Weiterempfehlungsrate von 98,4 Prozent (n=62) insbesondere eine Verbesserung (n=140) der

- » psychischen Gesundheit, wie Umgang mit Angst, Überforderung (16 %)
- » des sozialen Netzwerkes, wie familiäre Unterstützung (12 %)
- » Motivation zu Veränderungen (11 %)
- » Gesundheitskompetenz (11 %)

Die qualitativen Interviewdaten zeigen eine Entlastung der Patientinnen und Patienten durch ein Gegenüber: das die Hand reicht, zuhört und Antworten parat hat



„Das tut schon auch gut, wenn man mal jemanden hat, wo man sich austauschen kann, wenn man unter andere Leute kommt und nicht immer zuhause sitzt in den eigenen vier Wänden.“ (P_2, Schachner et al. 2021)

Weiter wird ein Anstoß zur sozialen Teilhabe und der Erweiterung des sozialen Netzwerks, sowie eine Steigerung von Lebensqualität und Wohlbefinden belegt (Schachner et al. 2021)

Auf Einrichtungsebene führte das Projekt zu einer Sensibilisierung für nicht-medizinische Bedürfnisse, eine Intensivierung der Teamarbeit und einer Entlastung von Ärztinnen und Ärzten durch interdisziplinäre Zusammenarbeit auf Augenhöhe (Schachner et al. 2021).



„Es ist insofern leichter geworden, weil wir mehr Kontakte haben. Also, ich fühle mich auch sicherer, weil früher – ich wusste überhaupt nicht wohin oder was es überhaupt gibt. Durch die Netzwerkarbeit und das Ausarbeiten und so bin ich sicherer geworden und kann auch schneller oder ad hoc oder besser auch irgendwas vermitteln.“ (LW_1, Schachner et al. 2021)

Darüber hinaus zeigt die externe Evaluation des Projektes, dass dieses zur verstärkten Vernetzung zentraler Angebote im Primärversorgungsbereich und der Gesundheitsförderung eine große Bereicherung ist. Zudem wird sozialraumorientiertes Denken im Projekt weiterentwickelt und in der Primärversorgung geschaffen (Schachner et al. 2021).



„Es ist auch eine Öffnung von weiteren Räumen – wie auch immer man das jetzt genau definiert – aber das ist fast ein bisschen gesellschaftspolitisch würde ich sagen, wo einfach weitere Räume für diese Zielgruppe geöffnet werden können.“ (FG_LW, Schachner et al. 2021)



„Weil wir haben den Gesundheitsbereich und wir haben den Sozialbereich. Der eine ist im Bund geregelt, der andere ist in den Ländern geregelt. Und darum kommen die auch nicht zusammen. Und darum braucht es jemanden, der es zusammen tut.“ (LW_6, Schachner et al. 2021)

2.4 Strategische Verankerung von Social Prescribing in Österreich

Social Prescribing leistet einen Beitrag zu den drei zentralen Komponenten von „primary health care“ (WHO 2018):

- » es adressiert die Gesundheitsbedürfnisse von Menschen im Lebensverlauf
- » es berücksichtigt die breiteren Determinanten von Gesundheit
- » es empowert Menschen, ihr Leben selbst in die Hand zu nehmen

Social Prescribing kann auch als Konkretisierung des Versorgungsauftrags von PVE verstanden werden, wonach PVE folgende Aufgaben zu erfüllen haben (BMASGK 2019):

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

Social Prescribing leistet weiter einem Beitrag zu den Gesundheitszielen, die das übergreifende Ziel verfolgen, die Zahl der Lebensjahre bei guter Gesundheit zu erhöhen. Trägt Social Prescribing zur Realisierung folgender Gesundheitsziele bei:

- » **Gesundheitsziel 5:** Social Prescribing stärkt durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit und fördert Respekt und Solidarität zwischen und für Menschen und gesellschaftliche Gruppen
- » **Gesundheitsziel 2:** Social Prescribing fördert Chancengerechtigkeit zwischen sozioökonomischen Gruppen
- » **Gesundheitsziel 3:** Social Prescribing stärkt die Gesundheitskompetenz von Organisationen und Menschen, durch bessere Gespräche und Navigation im Gesundheits- und Sozialsystem
- » **Gesundheitsziel 9:** Social Prescribing fördert die psychosoziale Gesundheit, indem die Lebenskompetenz von Menschen gestärkt wird und fördert den offenen Umgang mit psychosozialer Gesundheit
- » **Gesundheitsziel 10:** Social Prescribing fördert eine gesundheitsfördernde Gesundheitsversorgung durch holistische Betrachtung von Menschen

Hinsichtlich der konkreten Umsetzung ist Social Prescribing in Österreich noch ein recht neuer Ansatz. In anderen Ländern, insbesondere UK, gibt es seit 1990 zahlreiche Social Prescribing Initiativen im Gesundheitsdienst (National Health Services=NHS). Eine flächendeckende Ausrollung in Primärversorgungseinheiten ist in UK bis 2023/24 geplant¹.

¹

<https://www.kingsfund.org.uk/publications/social-prescribing> (14.12.2021)

Erste Auseinandersetzungen mit dem Konzept erfolgten in Österreich im Jahr 2019 (Haas et al. 2021). Dennoch lässt sich Social Prescribing in einigen Strategieprozessen und –dokumenten verorten bzw. als konkretes Umsetzungsbeispiel interpretieren.

Social Prescribing ist beispielsweise eine der vorgeschlagenen Maßnahmen in der Info-Mappe zu Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in der Primärversorgung (Rojatz et al. 2021). Sie ist Ergebnis eines mehrjährigen Projektes zur Unterstützung der systematischen Implementierung der drei Aufgabenbereiche in PVE, welches vom Dachverband der Sozialversicherungen und dem Fonds Gesundheit Österreich beauftragt wurde.

2.5 Potentieller Beitrag von Social Prescribing für die österreichische Primärversorgung

Mit der aktuellen Pilotierung/Umsetzung von Social Prescribing im Rahmen von Gesundheitsförderung 21+ werden folgende strategische Ziele verfolgt:

- » Stärkung der medizinischen Primärversorgung aus Public Health Perspektive durch Verschränkung von Sozial- und Gesundheitsbereich
- » Stärkung einer ganzheitlichen und ressourcenorientierten Perspektive auf Gesundheit sowie eine Beachtung der sozialen Verhältnisse die das individuelle Verhalten beeinflussen
- » Förderung von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit
- » Wecken von Interesse an Social Prescribing in der Praxis und Ermöglichen von Umsetzungserfahrungen in Österreich.

Im Projektverlauf von „Vorbereitung und Umsetzung Modellregionen Social Prescribing“ wurde der potenzielle Beitrag zu Social Prescribing weiter präzisiert:

Social Prescribing als Reaktion auf Konsultationen aufgrund gesundheitsrelevanter, nicht-medizinischer Bedürfnisse und als Beitrag zur Realisierung des bio-psycho-sozialen Modells in der Primärversorgung: Studien zeigen, dass etwa jede fünfte Konsultation in der Primärversorgung aufgrund gesundheitsrelevanter, nicht-medizinischer Bedürfnisse erfolgt (Polley et al. 2017b). Social Prescribing kann hier Gesundheitsberufe entlasten, indem ein standardisierter Prozess eingeführt wird, wie Patientinnen und Patienten unterstützt werden können. Die Reduktion der Belastungen kann auch Ressourcen bei Patientinnen und Patienten frei machen, aktiv an ihrer Behandlung mitzuwirken. Social Prescribing trägt damit auch zur Realisierung des bio-psycho-sozialen Modells in der Primärversorgung und einer ganzheitlichen Gesundheitsversorgung bei.



„Social Prescribing ist ein Schlaglicht dafür, dass soziokulturelle Aspekte wichtig sind, für eine ganzheitliche Gesundheit.“ (FG_2, Schachner et al. 2021)



„Eine Vision aus der Steuerungsgruppe ist, dass das bio-psycho-soziale Modell in der Primärversorgung umfassend gelebt wird.“ (Schachner et al. 2021, 74)

Social Prescribing als Reaktion auf Herausforderungen bei der Navigationskompetenz: Die HLS19-AT Erhebung (Griebler et al. 2021) belegt insbesondere Herausforderungen bei der Navigationskompetenz von Patientinnen und Patienten. Social Prescribing kann hier unterstützen, durch Vermittlung an passende Angebote primär im Freiwilligenbereich, aber auch im Gesundheits- und Sozialberbereich. Dies unterstützt auch eine bessere Verschränkung von Gesundheits- und Sozialbereich, welches idealtypisch zu einer Entlastung des Gesundheitsbereichs führt.



„Als Gesundheitseinrichtung hat man oft Stempel, dass man kommt, wenn man krank ist, und oft ist es nicht so klar, dass wir auch andere Dinge anbieten, das kann durch diese Projekte verbessert werden.“ (FG_5, Schachner et al. 2021)

Social Prescribing als Beitrag zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit: Insbesondere vulnerable Gruppen suchen Primärversorgungseinrichtungen häufig auf und haben große Zugangsbarrieren zu Angeboten aufgrund ihrer sozio-ökonomischen Benachteiligung. Die medizinische Primärversorgung bieten damit einen guten Ansatzpunkt, um diese Bevölkerungsgruppe zu erreichen und die Menschen dort abzuholen, wo sie stehen und auf ihre Bedürfnisse einzugehen. Die ersten Umsetzungserfahrungen von Social Prescribing und die Auswertung der Bedarfs- und Vermittlungsdoku zeigen, dass insbesondere erwerbslose Menschen (80 %, u. a. wegen fehlender Arbeits-erlaubnis) und allein lebende Menschen (47 %) an das Social Prescribing Angebot vermittelt wurden. Durch die Einbeziehung von AmberMed und Neuerhaus/Dock waren auch Menschen mit Migrationshintergrund und Menschen ohne Versicherungsschutz Schwerpunktzielgruppen.

Social Prescribing als Beitrag zur Förderung von sozialer Teilhabe: Durch die Vermittlung von regionalen Gesundheitsförderungsmaßnahmen wird auch ein Beitrag zur sozialen Teilhabe und Integration in die Gemeindeaktivitäten geleistet.

3 Social Prescribing: Ausgangsbedingungen und Umsetzung in der Primärversorgung

3.1 Ausgangsbedingungen

Bei der Auswahl der geförderten Einrichtungen wurde bewusst auf ein heterogenes Sample geachtet. Entsprechend unterschiedlich zeigt sich die Ausgangslage für die Umsetzung von Social Prescribing hinsichtlich

» Regionale Gegebenheiten

- » lokale Bevölkerungsstruktur im Einzugsbereich bzw. Schwerpunktzielgruppe: Altersstruktur, sozioökonomischer Hintergrund
- » urbanes oder ländliches Umfeld mit wenig regionalen Angeboten
- » vorhandene regionale Vernetzungsstrukturen (z. B. Regionalforum)



» Form der medizinischen Primärversorgung

- » Primärversorgungszentren mit multiprofessionellen Teams an einem Standort
- » Primärversorgungsnetzwerk mit mehreren Berufsgruppen an unterschiedlichen Standorten (dadurch erhöhter Kommunikationsbedarf)
- » Gruppenpraxen mit mehreren Ärztinnen und weiteren Gesundheits-/Sozialberufen
- » Einrichtungen für nicht-versicherte oder obdachlose Personen



» Räumliche Gegebenheiten der Einrichtung

- » Räume für Link Working Beratung in der Einrichtung im selben Stock oder in einem anderen Stockwerk (schafft mehr Distanz)
- » Keine Räumlichkeiten für Link Working – Kompensation durch Hausbesuche



» Vorerfahrung der Mitarbeiter:innen mit Link Working Funktion:

- » Umsetzung durch etablierte oder neue Mitarbeiter:innen
- » Berufsgruppe der Fachkraft mit Link-Working Funktion



» Finanzierung der Mitarbeiter:innen mit Link Working Funktion:

- » Hauptamtliche und/oder ehrenamtliche Mitarbeiter:innen (in Einrichtungen für nicht-versicherte Menschen), bei letzterem ist gilt es ggf. auch auf eine höhere Fluktuation vorbereitet zu sein



» Verankerung des bio-psycho-sozialen Modells in der Einrichtung und Aufgeschlossenheit für das Projekt

- » Nicht in allen Einrichtungen war das Modell zu Projektbeginn handlungsleitend
- » Teilweise anfängliche Skepsis und Sorge von noch höherem Patientenaufkommen durch neues Angebot, die sich nicht bestätigt hat.

3.2 Umsetzung von Social Prescribing: ein erster übergreifender Einblick

Die Auswertungen der Bedarfs- und Vermittlungsdoku gibt einen Überblick über die Umsetzung von Social Prescribing in den neuen Einrichtungen:

Wer wird vermittelt?

- » **Mehr Frauen als Männer** nahmen Link Working in Anspruch (62,4 % vs. 37,1 %)
- » Der **Altersdurchschnitt lag bei 47 Jahren**, wobei Frauen deutlich älter sind als Männer (68 vs. 45 Jahre)
- » Der **Großteil war ledig** (41,8 %); knapp 30 Prozent waren verheiratet
- » 80 Prozent waren **nicht erwerbstätig** (34 % wegen Pension und 21 % ohne Arbeitsberechtigung); 17 Prozent befanden sich in einem Beschäftigungsverhältnis
- » Höchste abgeschlossene **Schulbildung** beim Großteil ein Pflichtschulabschluss (30,3 %), gefolgt von 17,4 Prozent mit Lehrabschluss; 5 Prozent ohne Abschluss
- » Bei der **Haushaltsgröße** zeigte sich, dass knapp die Hälfte alleine lebten (47,4 %), 27,4 Prozent mit einer 2. Person zusammen

Sensibilisierung und Vermittlung

Die Kontaktaufnahme erfolgt vorrangig (66%) nach Vermittlung durch das PVE-Team, insbesondere Ärztinnen/Ärzte (50 %), gefolgt von Sozialarbeiter:innen und Gesundheits- und Krankenpflegepersonal (16,0 bzw. 10,9 %).



Nachrangig haben sich Patientinnen und Patienten selbst gemeldet (33%).

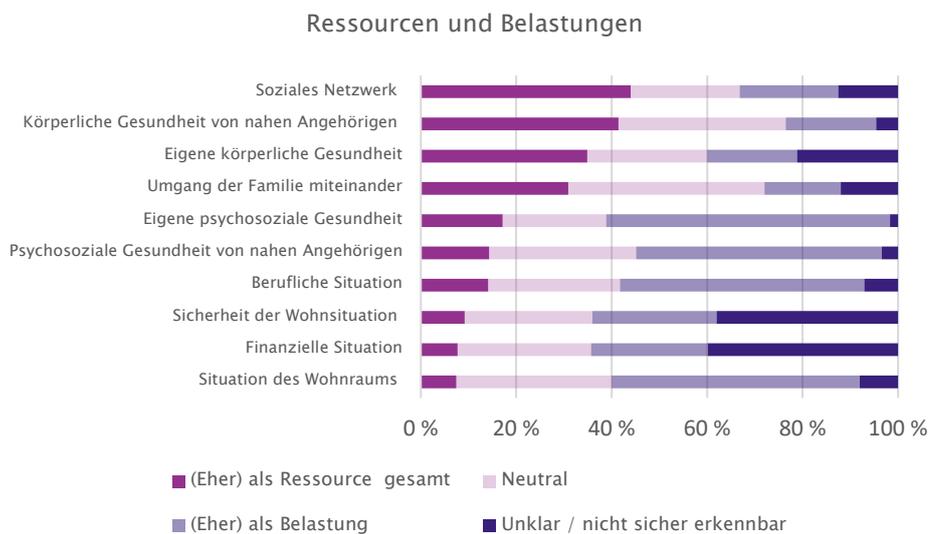
Die Vermittlung erfolgt insbesondere aufgrund folgender Belastungen/Bedarfe:

- » Sonstige soziale oder emotionale Bedürfnisse/Belastungen
- » Bedarf für Gesundheitsförderung und Prävention
- » Kein soziales Netz oder sonstige Unterstützung vorhanden (Isolation, Einsamkeit)
- » Kein soziales Netz oder sonstige Unterstützung vorhanden (Isolation, Einsamkeit)

Link Working



Abbildung 3.1:
Ressourcen und Belastungen der Personen, die Link Working in Anspruch nahmen



Quelle: Bedarfs- und Vermittlungsdoku

Netzwerkmanagement (Weitervermittlung an Kooperationsangebote)

- » Weitervermittlung bei 85 Prozent der Patientinnen und Patienten erfolgt, insbesondere zu
 - » Rechtsberatung
 - » Bewegungsangeboten
 - » beruflichen Beratungsstellen
- » Durchschnittlich wird zu 1,41 Angeboten vermittelt



Qualitätssicherung

Erste Ergebnisse zu positiven Veränderungen bei Menschen, die Link Working in Anspruch genommen haben im Rahmen des Projektcalls zeigen neben der hohen Zufriedenheit mit dem Angebot und einer Weiterempfehlungsrate von 98,4 Prozent (n=62) insbesondere eine Verbesserung (n=140) der

- » psychischen Gesundheit, wie Umgang mit Angst, Überforderung (16 %)
- » des sozialen Netzwerkes, wie familiäre Unterstützung (12 %)
- » Motivation zu Veränderungen (11 %)
- » Gesundheitskompetenz (11 %)



- » Förderliche Faktoren für Vermittlung sind (n=56):
 - » Niederschwelligkeit der Angebote (16 %)
 - » Gemeinsame Kontaktherstellung und Terminvereinbarung (16 %)
 - » Vertrauen in die Beratungskompetenz (13 %)
 - » Vertrautes Verhältnis Fachkraft mit LWF und Person, die LW in Anspruch nimmt und Begleitung von Freunden (je 11 %)
- » Hinderliche Faktoren für die Vermittlung sind (n=44)
 - » Vorbehalte (18 %),
 - » Nicht-Akzeptanz des Angebots (z. B. wegen Anspruch alles alleine zu schaffen, Bedarf wird seitens Patient:in nicht gesehen) (18 %),
 - » fehlende Motivation, Sprachbarriere, physische/psychische Gesundheit (je 11 %)

Ressourcenbedarf

Für den Auf- und Ausbau von Social Prescribing standen den geförderten Einrichtungen maximal 50.000 Euro zur Verfügung. Im Durchschnitt wurden die Einrichtungen mit 31.663 Euro für den Struktur- und Prozessaufbau in den Einrichtungen gefördert.

Die Auswertung der Bedarfs- und Vermittlungsdoku gibt erste Hinweise auf den laufenden Ressourcenbedarf. Im Durchschnitt hatten die Fachkräfte mit Link Working Funktion bei abgeschlossenen Fällen 3,6 Termine (max. 19) mit der Person, die Link Working in Anspruch genommen hat.

Der Gesamtaufwand (Beratung, Dokumentation, Begleitung, etc.) wird von den Fachkräften mit Link Working Funktion durchschnittlich mit 4,5 Stunden pro Patient:in angegeben (max. 20h). Die Dauer des Link Working vom Erstkontakt bis zum Abschlussgespräche betrug im Durchschnitt 4,2 Monate.

3.3 Umsetzung von Social Prescribing in einzelnen Einrichtungen

Nachfolgend kommen die Umsetzer:innen zu Wort. Im Rahmen der Endberichte zum Projektcall wurden sie gebeten auf einer halben Seite die Umsetzung von Social Prescribing in ihrer Einrichtung zu beschreiben.

Einrichtungen im städtischen Bereich

Medius

Als Ausgangslage des Projekts in der PVE MEDIUS – Zentrum für Gesundheit in Graz war das Bestehen eines interdisziplinären Teams von Gesundheitsberufen charakteristisch, die die allgemeinmedizinische Versorgung vorwiegend von Patient:innen mit chronischen Erkrankungen durch unterschiedliche Beratungen unterstützt. Dieses „GSD-Team“ (Anm.: Gesundheitsdienste-Team) hat 2019 gemeinsam eine Weiterbildung für *Motivational Interviewing* absolviert. Vier der sechs Teammitglieder stellen das „Social Prescribing“-Projektteam und erfüllen die „Linkworking-Funktion“. Das Linkworking ist in der MEDIUS-Projektumsetzung organisatorisch in die Abläufe der PVE integrierte sowie eine interdisziplinär und multiprofessionell organisierte, motivierende Beratungsleistung, die in Form eines Prozessmodells umgesetzt wird.

In mehr als 90% der im Laufe des Projekts bearbeiteten „Social Prescribing-Fälle“ erfolgte die Zuweisung von einer/m Allgemeinmediziner:in von MEDIUS. Zugewiesen wird zu einem Erstgespräch in der „Gesundheitssprechstunde“, einem Beratungsangebot das im Rahmen des Projekts intern entwickelt wurde, um das Linkworking dauerhaft zu integrieren. Die Verbindlichkeit der Zuweisung wurde durch einen Überweisungsschein gefördert, der Patient:innen ähnlich einer Überweisung zu Fachärzt:innen ausgehändigt wurde. Die Sensibilisierung des MEDIUS-Gesamteams erfolgte im Wesentlichen durch fixe Verankerung des Projekts als Agendapunkt im wöchentlichen Teammeeting, wo laufend über Projektaktivitäten informiert wurde. Teamintern wurde ein Gewinnspiel als Anreiz für Zuweisungen zur Gesundheitssprechstunde ausgelost, das einen starken Anstieg von Zuweisungen wegen sozial-emotionalen Gesundheitsbedürfnissen während der Projektlaufzeit auslöste. Als Preis wird ein durch eine private Spende finanzierte Kiste Champagner (6 Flaschen) im Wert von € 120,- geboten. Insgesamt haben 10 Teammitglieder insgesamt 28 Patient:innen in den Projektmonaten 4–6 zur Gesundheitssprechstunde zugewiesen.

Dem Auftrag der Primärversorgung folgend, im Rahmen von verschiedenen Aktivitäten und Maßnahmen die Gesundheit von Patientinnen und Patienten sowie von Bewohner:innen dreier Grazer Stadtbezirke zu fördern, ergab sich im Bereich des Netzwerkmanagements zweierlei: Durch die Anschubfinanzierung von Gruppenangeboten aus Projektmitteln ist es gelungen, lokale und regionale Kooperationspartner:innen in die Umsetzung des Projektvorhabens unter Beteiligung an den Projektressourcen miteinzubeziehen. Trotz der kurzen Zeit der Zusammenarbeit im Halbjahresprojekt entstanden nicht nur sechs (Gruppen-)Angebote, an die vom Linkworking in der Gesundheitssprechstunde zugewiesen werden konnte. Sondern auch das „Netzwerk Lebensfreude“, dessen 12 teilnehmende Organisationen sich auch nach Projektende vierteljährlich vernetzen, um die angestoßenen Kooperationsbeziehungen zu intensivieren. So gab es im Verlauf des Projekts bereits andere Aktivitäten im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, etwa eine Diskussionsveranstaltung zum Thema Coronavirus-Schutzimpfung.

Medizin Mariahilf

Social Prescribing wird als Überweisungstechnik bzw. Zuweisungstechnik zur „Sozialarbeit auf Rezept“ eingesetzt und ermöglicht die Berücksichtigung sozialer Aspekte sowohl in der kurativen als auch in der präventiven Gesundheitsversorgung unserer Patient*innen. Werden soziale Aspekte hinsichtlich Gesundheit und Wohlbefinden von einer Mitarbeiter*in wahrgenommen oder von unseren Patient*innen benannt, erfolgt ein standardisierter Hinweis für die behandelnde Ärzt*in, mittels Social Prescribing als Interventionstechnik die sozialen Aspekte im Rahmen unseres Versorgungsauftrages in eine ganzheitliche Behandlung unserer Patient*innen einzubauen. Entweder das Linkworking-Team oder die Sozialarbeit wird parallel informiert, um das „Ankommen“ unserer Patient*innen sicherstellen zu können. Diese Linkworkingprinzipien werden auch bei der Überweisung zu den externen sozialen Leistungen angewendet.

Grundlagen unseres Social Prescribing-Ansatzes bildet entweder die ICPC-2 Kodierung (v. a. Z-Kapitel: Soziale Probleme) oder eine ressourcenorientierte Beschreibung der Unterstützungsmöglichkeit nach den derzeit beobachteten fünf Grund-Bedarfslagen (Sozialberatung, Familie und Freunde, Bewegung und Körper, Einkommen, Verwirklichung) oder einer konkreten sozialen Leistung (z. B.: Berufsunfähigkeitspension)

Auf **Handlungseben** bedeutet das:

- » einen **kollegialen Vermerk** über vermutete bzw. beobachtete soziale Bedürfnisse und Bedarfslagen im Ordinationsprogramm,
- » eine **digitale Markierung** der Linkworking-Fallvignette
- » **Doppelter Ausdruck** der sozialen Überweisung und Übergabe an Patient*in und Linkworking-Team.
- » **Standardisierte Rückmeldung** über erfolgte Linkworkingaktivitäten im Ordinationsprogramm.

Social Prescribing wird aktuell in drei Settingvarianten für Patient*innen der allgemeinmedizinischen Ordination angeboten:

- » **Entlastungsgespräch** (Einzelsetting): Krisenintervention „Aktives Zuhören und versuchen zu verstehen“.
- » **Linkworking** (Einzelsetting): Vermittlung zu sozialen Leistungen (intern) im Team oder (extern) von Kooperationspartner*innen im Grätzl/Nahraum der Gesundheitseinrichtung.
- » **Sozialarbeit** (Einzel- und Gruppensetting): Empowerment, Lebensweltorientierung, Menschenrechte.

Leistungen von Social Prescribing innerhalb der unterschiedlichen Settingvarianten sind nach vereinbarter Intensität der Patient*innen-Partizipation zu unterscheiden. Damit können auch ein zeitlicher Rahmen und Häufigkeiten abgesteckt werden.

- » **Information:** Reine Information, möglichst wertungsunabhängig.
- » **Beratung:** Information und sozialarbeiterische Stellungnahme.
- » **Begleitung:** Unterstützung über einen gewissen Zeitraum bei vor allem klar abgegrenzten, vereinbarten Aspekten. (z. B.: Mitgehen zur PVA)

- » **Betreuung:** Unterstützung in oftmals komplexeren Fällen über einen gewissen Zeitraum. (z. B. Eintragung einer gewählten oder gesetzlichen Erwachsenenvertretung oder des Eintritts des Vorsorgefalls einer Vorsorgevollmacht)
- » **Krisenintervention:** Von Emotionen, Gewalt, Ohnmachtserfahrungen, Obdachlosigkeit und Ernährung bis hin zu einer Nichtversicherung.

Teampraxis Breitenecker

Zu den ersten Schritten zählt, dass eine Fachkraft im Versorgungsbereich (Ärzt*in, Gesundheits- und Krankenpfleger*in) einen Bedarf in Hinblick auf nicht-medizinische Bedürfnisse feststellt. Sie verweist dann den/die Patient*in an den Link Worker. Dies geschieht im Fall von Transgender Personen mithilfe von Visitenkarten des/der Link Worker*in. Die Personen melden sich aktiv bei dem Link Worker, der in Folge in einem bzw. mehreren persönlichen Gesprächen oder Telefonaten die Situation und die spezifischen – sozialen, emotionalen oder praktischen – Bedürfnisse bespricht. Sie informiert diese über die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten und unterstützt sie dabei, die jeweils passenden Lösungen zu finden. Besonders gefragt sind Transgender Angebote, Trans*freundliche Fachärzt*innen etc.

Ein Großteil der Projektstunden wurde für den Part der Netzwerkarbeit verwendet, da es davor noch kaum Kenntnisse zum Angebot für diese Personengruppe gab. Daher mussten zuerst Kontakte geknüpft werden, bevor Vermittlungsarbeit möglich war.

Einrichtungen im städtischen Bereich mit Fokus auf vulnerable Gruppen

Allgemeinmedizin Graz Gries

Erste Schritte:

- » Verteilung der Funktionen Link Worker und Netzwerkarbeit im Team
- » Teamschulung (Wissensvermittlung, Commitment zum Projekt, Stärkung der Zusammenarbeit)

Ablauf:

- » Zuweisung von vorrangig Ärztinnen, jedoch auch anderen Berufsgruppen wie DGKP, Ordinationsassistenten, Diätologie, mittels Überweisung an Person mit LWF.
- » Erstgespräch mit der Link Workerin anhand Zuweisungsgrund, kurze (Sozial-)Anamnese, gemeinsame Erarbeitung von Potenzialen, Ressourcen, Hobbies, Interessen.
- » Gesprächsverläufe:
 - » Patient*in kann sich noch nicht darauf einlassen → Mitgabe von Informationsmaterial
 - » Patient*in kann sich darauf einlassen → Angebotsmöglichkeiten anhand der Kooperationspartnerliste
 - » ein Angebot erscheint passend: Mitgabe von Kontaktdaten und gemeinsame telefonische Klärung von Fragen & Terminvereinbarung

- » kein Angebot erscheint passend
 - » Recherchearbeit notwendig → Vereinbarung eines neuerlichen Termins
- » Feedback einholen
 - » Angebot war passend → Fallabschluss
 - » Angebot war nicht passend → neuerliche Suche nach passenden Angeboten bzw. neuerliche Zuweisung zu bestehenden Kooperationspartner.

Ambermed

AmberMed ist eine Wiener Primärversorgungseinrichtung für Menschen, die in Österreich nicht versichert sind. Die Zielgruppe von Social Prescribing in unserer Einrichtung sind also Personen und Gruppen, die von einem Geflecht an sozialen, ökonomischen, politischen sowie medizinischen und psychischen Belastungen betroffen sind. Diese Situationen sollten mithilfe des Social Prescribing-Projekts aus einer ganzheitlichen Perspektive und mit einem Patient:innen-zentrierten Ansatz bearbeitet werden.

Bei AmberMed sind gegenwärtig mehr als 50 ehrenamtliche Allgemein- und Fachärzt:innen sowie Physiotherapeut:innen und Psychotherapeut:innen tätig. Für das Projekt Social Prescribing übernahmen die drei hauptamtlich angestellten Sozialarbeiter:innen die Funktion des Link Workings, wodurch die gezielte Verknüpfung der Arbeit des medizinischen und den psychosozial arbeitenden Personals gestärkt wurde.

Patient:innen erhalten bei AmberMed nach Anmeldung eine erste Abklärung in einem Clearing-Gespräch mit den Sozialarbeiter:innen. Entweder werden dabei gleich Folgetermine fixiert oder es findet vonseiten der Mediziner:innen in relevanten Fällen eine (Rück-)Überweisung an das erweiterte Link Working statt. Dort werden im Detail und gemeinsam mit den Patient:innen Anlaufstellen oder relevante Angebote für ihren speziellen Fall erarbeitet. Allen Patient:innen steht dabei muttersprachliche Beratung oder fallspezifisch Dolmetsch:innen vor Ort zur Verfügung.

Dieser Prozess wird begleitet von einer nachhaltigen Netzwerkarbeit in der Wiener Sozial- und Angebotslandschaft durch die Projektverantwortlichen und Link Worker:innen, um Flaschenhälse möglichst vorab zu beseitigen und den beschwerlichen Weg nicht anspruchsberechtigter Klient:innen nach Möglichkeit zu unterstützen. Wesentliche Netzwerkpartner:innen im Projekt und darüber hinaus sind der Diakonie Flüchtlingsdienst, die Caritas Fremden- und Asylrechtsberatung, Frauen beraten Frauen, die St. Elisabeth-Stiftung sowie das Neunerhaus.

Während der Projektlaufzeit profitierten insgesamt 58 Patient:innen gezielt vom Projekt und seinen Zielen.

Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin Ouhadi/Pilz

In den Räumlichkeiten der Ordination wird seit Anfang Mai 2021 Beratungstätigkeit für Patient:innen der Gruppenpraxis angeboten. Die Beratungen finden immer montags statt, es gibt einen eigenen Raum, der an anderen Tagen auch von Physio- oder Psychotherapeutin genutzt wird.

Die Überweisung wird durch die beiden Allgemeinmediziner:innen, aber auch durch Ordinationsassistentinnen durchgeführt. Diese erklären kurz die Funktion der LW und vereinbaren einen Termin. Die Termineinbuchung erfolgt über das ordinationsinterne Doku-System, ebenso die Informationsweitergabe von den Zuweisern (Zuweisungsgrund/Anlass) wie auch von der Linkworkerin an den/die Arzt/Ärztin (Ergebnis, Vermittlung,..), darüber hinaus erhält die LW den Termin über WhatsApp. Die LW ist in der Ordination verortet, die Patient:innen kommen am Termin zur Ordinationsanmeldung und werden direkt zur LW weitergeleitet.

Patient:innen mit Termin werden am Morgen des Termins noch einmal vorab durch die LW kontaktiert – Erinnerung, Nachfrage, ob Termin wahrgenommen wird.

Patient:innen haben beim Ersttermin, meist auch bei Folgeterminen eine Stunde Zeit, sich mit der Linkworkerin zu ihren Anliegen auszutauschen, es erfolgt ein gemeinsames Erarbeiten von potentiellen Aktivitäten, Zielen, Hilfestellungen, Anlaufstellen. In Folgeterminen werden die Ergebnisse evaluiert und gegebenenfalls adaptiert oder erweitert. Je Patient:in kommen aktuell zwischen 2 und 7 Termine zustande.

Es gibt einen mehrsprachigen Flyer, der sowohl im Wartezimmer aufliegt, als auch von zuweisenden Personen weitergegeben wird. Zusätzlich stellt sich die Linkworkerin immer wieder mal persönlich im Wartezimmer den wartenden Patient:innen vor, erklärt ihre Tätigkeit und den Rahmen der Themen, mit dem Patient:innen zu ihr kommen können.

Niederschwellig gibt es zusätzlich im zentralen Wartebereich eine Infotafel zum Thema: „Was gibt es Neues im Bezirk?“, die von der Linkworkerin aktuell gehalten wird.

Parallel gibt es seit Beginn intensiven Austausch mit Kooperationspartnern im Bezirk. Dies erfolgt zum einen im monatlich stattfindenden Regionalforum 15, wo pandemiebedingt online Anbieter aus verschiedenen Bereichen wie Bildung, Kinder- und Jugendarbeit, Partizipation, Gesundheitsversorgung, Flüchtlingshilfe, Gemeinwesenarbeit, Soziale Unterstützung, Behindertenhilfe u. ä. sich über den Stand ihrer Aktivitäten austauschen und informieren, sowie auf Themen und Probleme im Bezirk zeitnah und regional reagieren können.

Einzelne Kooperationspartner waren auch schon in der Ordination und haben Patient:innen ihr Angebot persönlich vorstellen können.

Neunerhaus/DOCK

Ganzheitliche Beratung und somit eine enge Verschränkung von Sozialarbeit mit dem Social Prescribing Ansatz war in Ansätzen bereits vor dem geförderten Projekt bei neunerhaus Praxis.

Das Projekt ermöglichte es, sich dem Ansatz explizit zu widmen, bereits vorhandene Strukturen

nicht nur sichtbar zu machen, sondern auch an einem neuen Standort von Beginn an zu etablieren sowie bisher weniger beachtete Bedarfe zu identifizieren und durch die Erweiterung des Netzwerkes zu adressieren.

Social Prescribing wurde bei neunerhaus am neu eröffneten Standort „dock – Sozial- und Gesundheitspraxis“ umgesetzt. An diesem Standort bietet neunerhaus gemeinsam mit der Vinzenz Gruppe 1) Sozial- und Gesundheitsberatung (Verantwortung bei neunerhaus) sowie 2) ehrenamtliche fachärztliche Beratung sowie weitere medizinische Angebote wie Pflege, Therapie, etc. (Verantwortung bei Vinzenz Gruppe) an. Link Working wurde von der Sozialarbeiterin vor Ort bei Bedarf angeboten. Dabei wurde insbesondere auf die Vernetzung mit Angeboten am Standort CAPE 10 sowie der näheren Umgebung Wert gelegt. Eine enge Kooperation entstand somit vor allem mit der am Standort CAPE 10 angesiedelten Primärversorgungseinheit (PVE Sonnwendviertel) und dem Tageszentrum für wohnungslose Frauen (Obdach Ester), sowie dem Chancenhaus für Frauen und Familien (Obdach Favorita).

Ländlicher Bereich

Gesundheitsnetzwerk Raabtal

In unserer Arbeit im Gesundheitsnetzwerk Raabtal nehmen wir im Rahmen der medizinischen Versorgung der Bevölkerung unseres Einzugsgebietes eine Vielfalt von Problemlagen, Belastungen und Leidensdruck auf biopsychosozioökultureller Ebene wahr. Die Auswirkungen der Covid19 Pandemie haben bereits bestehende Herausforderungen noch verschärft. Aus unserer Sicht ist es dringend notwendig, tragfähige Netzwerke zu bilden und kompetente Ansprechpersonen zu etablieren, um die Patient/-innen unseres Primärversorgungsnetzwerkes an die bestehenden Angebote weitervermitteln können, aber auch um Versorgungslücken und Engpässe wahrzunehmen und zu thematisieren.

Mit dem Angebot „Gesundheitsnavi – Social Prescribing im GNR“ ...

- » pflegen wir bestehende und knüpfen neue Kontakte zu Kooperationspartner/-innen in der Region, und stellen die regionalen Anlaufstellen und Angebote in unserer „Angebotslandkarte“ übersichtlich dar.
- » integrieren wir mit dem „Gesundheitsnavi“ das Konzept des Link Working dauerhaft, für alle Beteiligten gut umsetzbar und für unsere Zielgruppe gut zugänglich im Rahmen unseres komplexen, bevölkerungsnahen Primärversorgungsnetzwerkes.
- » Sensibilisieren wir die Mitarbeiter/-innen des GNR für Social Prescribing und die Rolle des Link Working und stellen das „Gesundheitsnavi“ aktiv zur Verfügung...

... um den Patienten/-innen unseres Gesundheitsnetzwerkes niederschwellig, zielgerichtet und passgenau die wertschätzende Unterstützung und Begleitung zukommen zu lassen, die sie für ihre physische, psychische, soziale und emotionale Gesundheit brauchen.

Hausarztmedizin Plus

Mit dem Proges-Projekt GES.UND wurde in Haslach eine Modellregion für die Umsetzung von Social Prescribing im Umfeld der örtlichen Primärversorgungseinheit (PVE) Hausarztmedizin Plus ge-

schaffen. Seit März 2019 werden in Haslach gemeinsam mit der Bevölkerung in einem partizipativen Prozess Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Prävention und Stärkung der kommunalen Gesundheitskompetenz entwickelt. Die Patient:innen treffen in der PVE Hausarztmedizin Plus auf ein multiprofessionelles Team, wobei die Sozialarbeit das interne Linkworking initiiert. Dabei werden Bedürfnisse der jeweiligen Person identifiziert und Handlungspläne zur Verbesserung des Wohlbefindens erstellt. Im zweiten Schritt des individuellen Linkworkings werden den Patient:innen entweder Angebote der PVE Hausarztmedizin Plus empfohlen, oder an das lokale GES.UND Büro vermittelt. Im Zuge des externen Linkworkings werden gemeinsam mit der betroffenen Person konkrete Handlungspläne gestaltet und unter Einbeziehung der Gemeinschaft und etablierten Vereinen beziehungsweise Anbieter:innen der Region Zugänge zu unterschiedlichsten Aktivitäten vermittelt.

Linkworking findet in Haslach auch auf systemischer Ebene statt, indem ein Kreislauf in Gang gesetzt wird. Bürger:innen vor Ort werden zu sozialen Aktivitäten eingeladen und zur Mitgestaltung motiviert. Örtliche Ressourcen von Einzelpersonen und von Vereinen werden ebenso wie bestehende Initiativen und Angebote gesucht, genutzt und gestärkt. Die Erhebung und Vernetzung regionaler Strukturen schafft eine Landkarte, die unterschiedlichste Aktivitäten und vorhandene Initiativen aufzeigt. Patient:innen der PVE Hausarztmedizin Plus, die an das GES.UND Büro weitergeleitet werden, können gezielt mit Initiativen und Angeboten „verlinkt“ werden, zudem können sich bei gleichen Interessen neue Gruppen bilden. Die Gemeinschaft wird kontinuierlich durch die multiprofessionelle Expertise der PVE Hausarztmedizin Plus und des GES.UND Büros begleitet. Durch die Miteinbeziehung der Betroffenen sind zusätzlich neue Angebote entstanden, wo sie gebraucht werden. Kontinuierliche Reflexion und Evaluierung schafft eine optimale Ausgangsbasis, um diesen Kreislauf stets zu optimieren.

4 Social Prescribing: Schritt für Schritt zur Umsetzung

In einem ersten Schritt gilt es die Entscheidung innerhalb der Einrichtung zu treffen, Social Prescribing umsetzen zu wollen.

Praxistipp:

- » Die Checkliste „Social Prescribing in der PVE – Voraussetzungen für die Umsetzung klären“ kann Ihnen helfen, zu entscheiden, ob sich die Etablierung von Social Prescribing in Ihrer Einrichtung anbietet.
- » Die Unterstützung der Leitungsebene der PVE bzw. Gruppenpraxis ist eine wichtige Voraussetzung für die gelingende Umsetzung!
- » Liegt die Einstellung vor „mach es, entscheide und fall nicht auf“ – ist es fraglich, ob die Umsetzung nachhaltig implementiert werden kann



Ist diese Entscheidung getroffen, geben Ihnen die nachfolgenden Schritte des Prozesskonzeptes (vgl. Abbildung 4.1) eine Orientierung, wie Sie im Primärversorgungsteam vorgehen können, um Social Prescribing zu etablieren. Grundlagen bilden hierfür das Prozesskonzeptes zur Umsetzung von Social Prescribing (Haas et al. 2020) und die Umsetzungserfahrungen im Rahmen des Projekt-calls „Social Prescribing in der Primärversorgung“.

Abbildung 4.1:
 Prozesskonzept zum Aufbau von Social Prescribing



Grafik: Mariella Drechsler; Quelle: GÖG

4.1 Schritt 1: Planungsphase – Klärung der Rahmenbedingungen

In der Planungsphase geht es darum, erste Strukturen, wie eine verantwortliche Person, zu definieren und die Rahmenbedingungen für den Aufbau von Social Prescribing abzustecken.

Abbildung 4.2:
Übersicht Planungsphase



Quelle: GÖG

4.1.1 (haupt-) verantwortliche Person(en) klären



Bevor mit der Planung von Social Prescribing gestartet wird, ist es wichtig eine für den Aufbau von Social Prescribing verantwortliche Person in der Einrichtung festzulegen. Des Weiteren braucht es – sofern nicht ident – mindestens eine Person, welche die Link-Working-Funktion (LWF) innehat und ggf. auch die Verantwortung über andere potenzielle Personen mit LWF und deren Aufgaben übernimmt.

Umsetzungsmöglichkeiten

- » Link Working Funktion und Netzwerkmanagement wird von einer Person umgesetzt
- » Sofern mehrere Mitarbeiter:innen zur Verfügung stehen
 - » Trennung von Netzwerkmanagement und Link Working-Beratung oder
 - » Team aus mehreren Gesundheits- und Sozialberufen für Link Working
 - » Projektkernteam mit Mitarbeiter:innen von Primärversorgung und regionalen Kooperationspartnern
- » Im Projektcall wurden folgende Berufsgruppen ins Projekt involviert (in alphabetischer Reihenfolge): DGKP, Diätologie, Ergotherapeut:in, Ordinationsassistent:in, Sozialarbeiter:in, Sozialpädagoge/-in

Umsetzungserfahrungen

- » Aufstellen von Link Working Team nach Rücksprache mit PVE-Management/Leitung und betreffenden Teammitgliedern anhand von Kriterien
- » Auswahl der Mitarbeiter:innen aufgrund von z. B.
 - » Projektleitung wählen, die bereits über Projektleitungserfahrung und Kenntnis der Einrichtung und Einrichtungsabläufe verfügt
 - » Link Working Funktion aufgrund von Methodenkompetenz z. B. bei Sozialarbeiter:in ansiedeln
 - » Projektmitarbeiter:innen mit Vollzeitanzstellung sind besser verfügbar
 - » Interesse, Freiwilligkeit.
 - » zeitliche Ressourcen im bestehenden Arbeitsverhältnis
 - » Sensibilisierungs- und Schulungsmöglichkeiten für Link Working in Präsenzeinheiten und online zur einfacheren Teilnahmemöglichkeit der Kolleginnen/Kollegen
- » Ressourcenschonende Einbindung von Psychotherapie in Link Working Team (fallweise Konsultationen) aufgrund hoher psychischer Belastung der Patientinnen/Patienten wegen Covid-19
- » Rechtlich ist zu klären: Möglichkeit Informationen über Social Prescribing an Lehrärztinnen/-ärzte weiterzugeben



Praxistipp

- » Entscheiden Sie gemeinsam im Team, welche Professionen und Personen die Aufgaben übernehmen.
- » Praktikant:innen können die Umsetzung u.a. im Bereiche Öffentlichkeitsarbeit unterstützen
- » Beachten Sie das jeweilige Berufsrecht für die Gesundheits-/Sozialberufe, die die Linkworking Funktion übernehmen!



4.1.2 Einzugsbereich und Zielgruppe definieren



Sofern nicht schon vorhanden, sollte vorab auch ein klares Bild für den Einzugsbereich entstehen. Welche Region bzw. welche Bezirke oder Stadtviertel mit welcher speziellen Zielgruppe kommt derzeit in die Einrichtung und welche Personen könnten von einer Implementierung von SP besonders profitieren, insbesondere in Hinblick auf die Einbindung vorhandener und potenzieller regionaler Angebote.

Umsetzungsmöglichkeiten

- » **Einzugsbereich auswählen** aufgrund von
 - » Vorgaben – z. B. definierter Einzugsbereich aufgrund von Regionalem Strukturplan
 - » Regionaler Nähe: z. B. ein/mehrere Stadtbezirke oder Gemeinden, ein Bundesland
 - » Spezialisierung aufgrund ausgewählter Zielgruppen: Schwerpunkteinzugsbereich (z. B. Wien), aber auch Patientinnen/Patienten aus anderen Bundesländern
- » **Merkmale des Einzugsbereichs** geben Hinweise auf Eigenschaften von Patientinnen/Patienten (sofern keine spezifische Schwerpunktzielgruppen)
 - » Z. B. Einzugsbereich mit
 - » hohen Anteil an Einwohnern mit Migrationshintergrund, schlechter Einkommenslage, Verständigungsschwierigkeiten
 - » größer ökonomischer Ungleichheit
 - » wohlhabenden Personen
- » **Definition von Schwerpunktzielgruppen** (auch Auswahl mehrerer möglich), z. B.
 - » Sozio-ökonomische Benachteiligung
 - » Nicht-versicherte Personen
 - » Obdachlose bzw. wohnungslose Menschen
 - » Migrant:innen
 - » Lebensphase
 - » Kinder-/Jugendliche
 - » Ältere Menschen
 - » (ausgewählten) Erkrankungen

- » Patient:innen mit Herzerkrankungen und Risikofaktoren für Herzerkrankungen
- » Patient:innen mit Long-Covid/Post-Covid-Syndrom
- » Menschen mit chronischen Erkrankungen
- » Eingrenzung aufgrund von ausgewählten **Bedarfslagen**:
 - » Soziale Isolation und Einsamkeit
 - » Erziehung/Elternschaft und Ausbildung der Kinder
 - » Gewalterfahrungen
 - » Psychische Belastung/ Überforderung
 - » Arbeitslosigkeit/Finanzielle Notlagen
 - » Schuldenberatung/Armut
 - » Gesundheitsförderung/Prävention

Umsetzungserfahrungen

- » Großer Bedarf an Social Prescribing in regional ausgedünnter Angebotslandschaft
- » Bei Zielgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz, schlechter sozialen Versorgung, sowie niedrigem Bildungsgrad ist Social Prescribing besonders hilfreich, die Umsetzung aber herausfordern aufgrund des erschwerten Beziehungs- und Vertrauensaufbau



Praxistipp

- » **holistische** Gesundheitsbegriff gilt besonders für diese Zielgruppe, die auf unterschiedlichen Ebenen ausgegrenzt und marginalisiert werden
- » Umsetzung von Social Prescribing herausfordernd, wenn Menschen aus der Zielgruppe überwiegend schon andernorts sozialarbeiterisch betreut/längerfristig begleitet werden



4.1.3 Überblick über potenzielle Kooperationspartner erstellen



Bevor mit Social Prescribing gestartet werden kann, muss ein ausreichendes und vielseitiges Kooperationsangebot in der Region vorhanden und zugänglich sein (Wildman et al. 2019). Die Vermittlung an Angebote im Sinne von SP und damit auch das Netzwerkmanagement sind zentrale Elemente von dem Konzept. Geeignete Kooperationspartner in Anbetracht des definierten Einzugsbereichs und der Zielgruppe sollten deshalb vorab erstellt werden.

Je nach Schwerpunktsetzung der Gesundheitseinrichtung kann auch bei der Auswahl von Kooperationsangeboten ein Schwerpunkt gesetzt werden. Eine Möglichkeit ist z. B. Green Social Prescribing, wo es darum geht Menschen mit Aktivitäten in der Natur zu verbinden².

Wichtig ist es auch vorab zu überlegen und festzulegen, welche zentrale Anforderungen/Kriterien für die Angebote gelten, die in das regionale SP-Netzwerk aufgenommen werden, wie z. B. Öffnungszeiten, Preise, Anfahrt, Qualitätskriterien. Zu berücksichtigen ist, dass die Angebotsvielfalt regional unterschiedlich ist. In manchen Regionen gibt es kaum Angebote bzw. keinen dritten Sektor (Antosik 2020). In strukturschwachen Regionen gilt es ggf. in späteren Implementierungsphasen eigene Angebote aufzubauen oder anzuregen.

Im Sinne einer partizipativen Etablierung von SP bietet es sich an bereits in der Planungsphase eine Information der und ein erster Austausch mit bereits bekannten relevanten regionalen Akteurinnen und Akteuren zu realisieren. Das schafft Akzeptanz und hilft die Bereitschaft zur Kooperation abzuklären. Auf Basis dieser ersten Gespräche kann eine Übersicht über regionale Akteurinnen/Akteure mit Status der Kooperationsbereitschaft angelegt werden, die in den weiteren Phasen erweitert und vertieft wird.



„Was ich auch ganz wichtig finde: Wir haben zum Beispiel am Anfang im großen Teammeeting, wo wirklich alle drinsitzen [...] das ganze Projekt erklärt und da aufgerufen: Wenn sie Angebote kennen, die es bei uns in der Gegend gibt, dass sie uns Bescheid geben sollen [...] – man kennt nicht alles, es gibt so vieles, was man nicht im Internet findet.“ (FG_LW, Schachner et al. 2021)

Umsetzungsmöglichkeiten

- » Auf bestehenden Angeboten aufbauen, z. B. Vernetzung mit Regionalform des Bezirkes (Zusammenschluss der Institutionen, an die verwiesen werden kann)
- » Fokussierung der Kooperationsangebote z. B. auf gesundheitsfördernde Angebote (upstream) – anstelle von Angeboten zur Bekämpfung von Symptomen (downstream)
- » Systematische Erfassung der bestehenden Kooperationspartner:innen
- » Kriterien für Kooperationspartner:innen der SP-Umsetzer:innen können sein
 - » Häufigkeit der erwarteten Bedarfslagen in den festgelegten Schwerpunkten.
 - » Bekanntsein von Angebotsteilen, Inhalten und Teilnahmevoraussetzungen
 - » Kooperationserfahrungen
 - » **zeitliche Verfügbarkeit**
 - » Öffnungszeiten bzw. Anrufzeiten, ob seitens der Einrichtung zurückgerufen wird, wie schnell bekommt jemand einen Termin? ..
 - » Bereitschaft/ zeitliche Ressourcen für ein Mindestmaß an Austausch und Kooperation

2

<https://sustainablehealthcare.org.uk/what-we-do/connecting-q-locally/green-social-prescribing-sustainable-healthcare>
(23.11.21)

- » Sprechstunden (vor Ort)
- » Rasche Verfügbarkeit (keine/geringe Wartezeiten)
- » **örtliche Verfügbarkeit** (Sprechstunden/ Erreichbarkeit direkt vor Ort in der Region)
 - » Nähe zu Wohnort der Patientinnen/Patienten (insb. bei älteren und weniger mobilen Menschen)
 - » (öffentliche) Erreichbarkeit
 - » Barrierefreier Zugang

Ansprechperson/persönliche Verfügbarkeit (Gibt es eine Person, die direkt kontaktiert werden kann und zu der direkt vermittelt werden kann? – Im Unterschied zu Hotlines mit wechselnder Besetzung)

- » längerfristige Gestaltung des jeweiligen Angebotes
- » **Niederschwelligkeit bezüglich**
 - » Vielfalt und Flexibilität der Angebote (auch hinsichtlich Corona)
 - » Teilnahmebedingungen
 - » Kosten, ggf. Möglichkeit von Kostenübernahme
 - » Vermittlung von Gefühl „hier bin ich willkommen“, Offenheit und Verständnis für die Zielgruppe
 - » Wertfreie Anbieter:innen
 - » Sprachliche Barrieren/Dolmetscher/mehrsprachige Angebote
 - » Zielgruppenspezifische Angebote (z. B. Trans* freundlich, ...)
- » Seriosität und Professionalität (z. B.: FSW-Anerkennung in Wien)
- » **Ggf. Ausschlusskriterien der Teilnahme**
- » **Umgang mit sensiblen Daten (Stichwort Schamgefühl und Datenschutz).**

Umsetzungserfahrungen

- » mit der Entwicklung und Implementierung einer Angebotslandkarte kann die Pflege des Netzwerkes von einer informellen auf eine formellere Ebene entwickelt werden



Förderliches

- » Einbeziehung der Bezirksvertretung wirkt sehr unterstützend
- » Holen Sie Informationen ein zu Ihnen bislang unbekanntem Angeboten
- » Relevant ist die Sensibilisierung der Kooperationspartner:innen für Social Prescribing, Bei Bedarf ist die Sensibilisierung der Kooperationspartner:innen für spezifische Zielgruppen notwendig
- » Wichtig ist auch eine verlässliche Kontakt-/Ansprechperson zu den Kooperationsangeboten, die über die Kooperation und das SP Projekt Bescheid
- » Spektrum der möglichen Kooperationsangebote handhabbar lassen z. B. Eingrenzung über Zielgruppe, Inhaltliche und/oder regionale Aspekte
- » Informationsveranstaltungen und Netzwerktreffen mit Kooperationspartner:innen sind hilfreich, um Netzwerke zu pflegen, zu aktualisieren und zu erweitern

Hinderliches

- » Regelmäßiges Einholen von Infomaterial und regelmäßige Aktualisierung der Angebote auf Basis der festgelegten Kriterien – Netzwerkarbeit ist ein „Work in progress“
- » Netzwerkmanagement unter Pandemiebedingungen erschwert
- » Sozialraumbegehung konterkariert herkömmlichen Ordinationsablauf

Praxistipp

- » Identifikation von Angeboten
 - » die Checkliste Kooperationsangebote gibt eine Übersicht über mögliche Kooperationsangebote
 - » Auch eigene Angebote der Einrichtung können gesundheitsfördernd sein, ohne dass es allen Mitarbeiter:innen bewusst ist – werfen Sie daher auch einen Blick auf die Angebote Ihrer Einrichtung
 - » Beziehen Sie das Team bei der Recherche von Angeboten ein
- » Einschätzung der Angebote
 - » Gründliche Recherche ist bei unbekanntem/neuen Kooperationspartner:innen notwendig
 - » Ziehen Sie die Checkliste-Kooperationsangebote heran und prüfen diese, ob Sie für Ihre Zielgruppe passen (für Menschen ohne Versicherungsschutz) – ergänzen Sie bei Bedarf weitere Kriterien!
 - » Einschätzung der Qualität von Angeboten fällt leichter, wenn die Angebote bekannt sind: lernen Sie die Angebote also kennen!
 - » Feedback der Patientinnen und Patienten hilft dabei, die Qualität der jeweiligen Angebote besser einzuschätzen, was wiederum die Zuweisung erleichtert „die Qualität ist vorab schwer zu beurteilen“
 - » Achten Sie bei der Angebotsauswahl an die Möglichkeiten Ihrer Patientinnen/Patienten (z. B. Sprachkenntnisse; keine e-Card)
- » Übersicht über Kooperationsangebote
 - » Erstellen Sie eine Datenbank der Kooperationsangebote
 - » Liste der Kooperationspartner:innen nach Zielgruppen ordnen – so sind Angebote schnell auffindbar
 - » Versuchen Sie die Übersicht über Kooperationspartner zentral zu organisieren, damit jede/r Mitarbeiter:in auf die Übersicht zugreifen kann bzw. weiß, an wen man sich wenden kann
- » SP funktioniert am besten, wenn die lokalen Partner von Anfang an – d. h. schon in der Planungsphase – zusammenarbeiten (NHS (2020))
- » Planen Sie ausreichend Zeit ein für die Netzwerkpflge



4.1.4 Ressourcenbedarf festlegen



Die Festlegung aller im Projekt benötigten und gewünschten zeitlichen, personellen, materiellen und finanziellen Ressourcen ist ein besonders wichtiger Planungsschritt. Laut NHS (2020) sind z. B. hauptamtliche Personen mit LWF ein zentrales Element von gutem SP, da sie eine wichtige Rolle haben, um vertrauensvolle Beziehungen im Netzwerk und personalisierte Unterstützung (in Form von Coaching) zu garantieren.

Umsetzungsmöglichkeiten

Folgende Kosten gilt es u.a zu berücksichtigen

- » Personalkosten
 - » Link Working
 - » Sensibilisierung
 - » Netzwerkmanagement
 - » Teilnahme an Schulung, Supervision, Intervention
 - » Vernetzung mit anderen Einrichtungen, die Social Prescribing implementieren
 - » Dokumentation und Evaluation
- » Sachkosten
 - » Öffentlichkeitsarbeit (Berichterstattung, Erstellung von Flyern, Plakaten, Druckkosten)
 - » Honorare für Fachbeiträge
 - » Supervision für Umsetzer:innen
 - » fachliche Weiterbildung für Fachkräfte mit Link Working Funktion
 - » Veranstaltungen/Verpflegung
 - » Programmierung von Dokumentationstool
 - » etwaige Honorierung von Freiwilligenarbeit (z. B. Peerberatung) könnte Unterstützung für ein nachhaltigeres Ankommen von Patient*innen bei Kooperationspartner*innen unterstützen (z. B. Patient:in als ehrenamtliche Kontaktperson im Nachbarschaftszentrum)

Umsetzungserfahrungen

- » Förderlich
 - » Effizientes Projektteam
- » Herausforderungen:
 - » Keine zusätzlichen Mittel für konkretes Link Working
 - » Finanzierung von Zeit für Link Working über effiziente Mitarbeiter:innen und ggf. Zusatzprojekte
 - » Wenn größere Veranstaltungen nicht möglich sind (u. a. aufgrund der Pandemie), können Ressourcen investiert werden in individuelle Kontaktpflege



Praxistipp



» Personalkosten

- » Stundenbedarf für einzelne Arbeitspakete (Organisations-/Ablaufanalyse, Netzwerkaufbau/-pflege, Sensibilisierung) wird leicht unterschätzt.
- » Auch die Zuweisung der Patientinnen und Patienten an Fachkraft mit Link Working Funktion erfordert Zeit aufgrund des erhöhten Abklärungsbedarfs
- » Entkoppeln Sie den zeitlichen Bedarf für Netzwerkmanagement und Link Working
- » Schauen Sie, ob Sie Leistungen intern abdecken können (z. B. Programmierung von Dokumentationstool) bzw. Veranstaltungen zu Social Prescribing in andere Veranstaltungen integrieren können

» Sachkosten

- » Berücksichtigen Sie auch Kosten für ggf. erforderliche Übersetzungsleistungen für Flyer, Datenschutzerklärungen und andere im organisatorischen Regelbetrieb anfallende Dokumente
- » Unterschätzen Sie die laufende Kosten nicht!

4.1.5 Finanzierung klären

Klärung, durch welche finanziellen Mittel allenfalls zusätzlich erforderliche Ressourcen abgedeckt werden können, z. B. Abstimmung mit den Finanziers einer Einrichtung (SV, Stadt/Gemeinde/Land etc.) über Mittelumwidmungen oder Zusatzmittel



Umsetzungsmöglichkeiten

- » Im Rahmen des Projektcalls wurden Mittel für den Aufbau von Strukturen und Prozessen zur Verfügung gestellt – die Beratungstätigkeit wurde nicht gefördert
- » Kooperationen suchen – in einer Modellregion konnte beispielsweise Theater auf Rezept realisiert werden



Praxistipp

- » Bauen Sie auf bestehenden Leistungen auf und integrieren Sie Link Working darin
- » Suchen Sie Kooperationen



4.1.6 Groben Zeitplan erstellen



Am Ende der Planungsphase und bevor mit den Vorbereitungen gestartet wird, sollte ein grober Zeitplan erstellt werden. Dieser ermöglicht einen guten Überblick auf das gesamte Projekt, vor allem auch für alle teilnehmenden Personen/Mitarbeiter/innen, Akteure und Akteurinnen. Termine und Aufgaben sowie Meilensteine und Projektziele können darin abgebildet werden.

Umsetzungsmöglichkeiten

- » Überblicksmäßiger Projektstrukturplan mit Zuständigkeiten, zeitlichen Rahmen als Orientierung anstelle von detailliertem Meilensteinplan
- » Zeitplan für jede der vier Elemente von Social Prescribing: Sensibilisierung, Link Working, Netzwerkmanagement, Qualitätssicherung erstellen

Umsetzungserfahrungen

Hürde

- » Umsetzung eigener Aktivitäten wird durch Lockdown behindert
- » Aufbau Netzwerkmanagement in Sommermonaten nicht einfach
- » Mehrfache Adaptierungen aufgrund von Covid-19 erforderlich → Flexibilität gefragt

Praxistipp

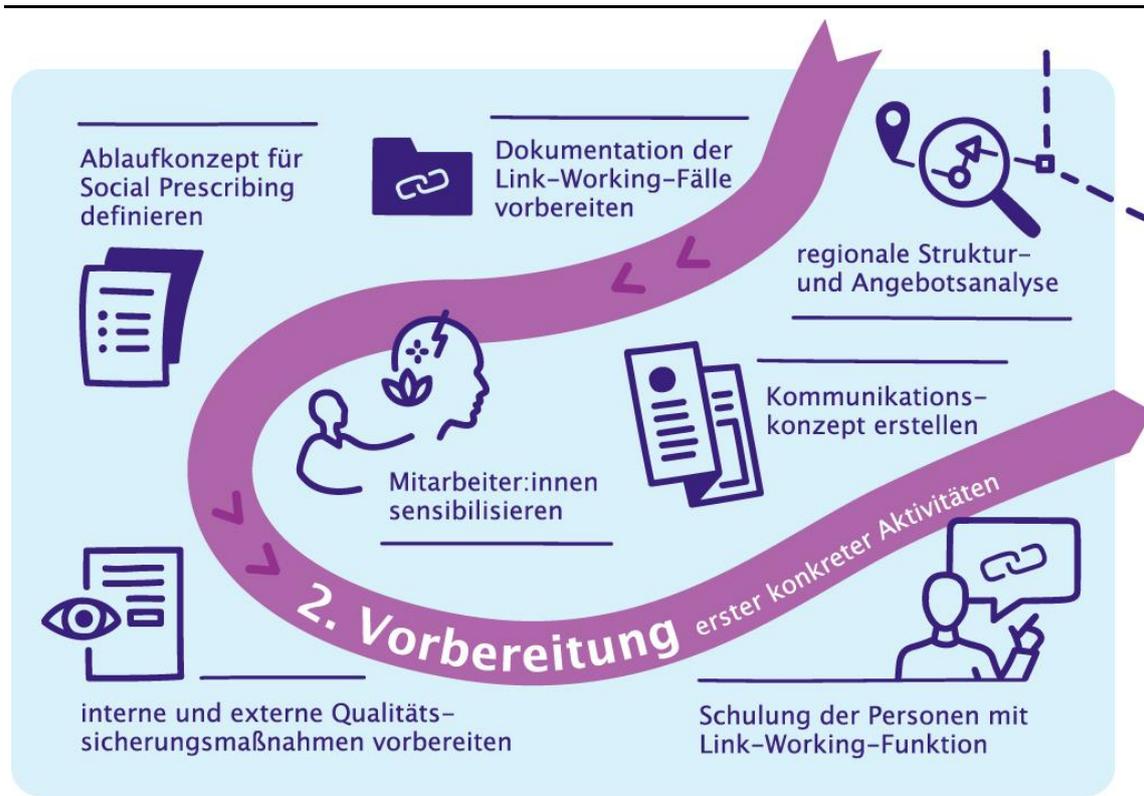
- » Einige Meilensteine stellten sich als kontinuierlicher Prozess dar: z. B. die Sensibilisierung des Teams passierte oft in regelmäßigen Teamsitzungen und sozusagen „immer wieder“;
- » die Analyse neuer Kooperationspartner:innen fand kontinuierlich über den Netzwerkprozess im Rahmen eines Schneeballverfahrens statt;
- » Rekrutierung neuer Mitarbeiter:innen braucht Zeit – planen Sie diese entsprechend ein



4.2 Schritt 2: Vorbereitung

Nachdem die wesentlichen Eckpunkte des geplanten Social Prescribing-Angebots geklärt sind, können in der Vorbereitungsphase erste konkrete Aktivitäten zur Etablierung des Angebots folgen. Abbildung 4.3 gibt einen Überblick über die Schritte dieser Phase, die in der Folge dann näher ausgeführt werden.

Abbildung 4.3:
Übersicht Phase 2 Vorbereitung erster konkreter Aktivitäten



Darstellung: Mariella Drechsler; Quelle: GÖG

4.2.1 Ablaufkonzept für Social Prescribing definieren



Um ein klares Bild von dem Social Prescribing–Ablauf in der Einrichtung zu bekommen, empfiehlt sich, zusammen mit dem gesamten Team ein Ablaufkonzept zu erstellen. Darin soll der konkrete Ablauf definiert werden z. B. in Bezug auf den Ablauf des Erstkontakts, in Bezug auf Kontaktformen (Hausbesuche, Begleitung zu den Aktivitäten) oder in Bezug auf die Dauer und Frequenz der gesamten Begleitung durch die Person mit LWF. Auch die benötigten Materialien wie Infoblätter oder Vermittlungsblätter können im Zuge dessen durchdacht werden. In Kapitel 4.3 wird genauer auf das Ablaufkonzept von Social Prescribing eingegangen.

Umsetzungsmöglichkeiten

- » Umsetzungshinweise finden Sie in Kapitel 4.3!

Praxistipp

- » Die Link–Working Funktion und der Vermittlungsprozess sollten, wenn möglich, in bereits bestehende Prozesse und Strukturen der Primärversorgungseinrichtung eingegliedert werden. Das fördert bei allen Beteiligten die Akzeptanz des Konzepts und vermeidet potenzielle Konflikte (Tierney et al. 2020)
- » Etwas „Handfestes“ in der Hand zu haben hilft Patient:in und zuweisender Person: Bereiten Sie daher sowohl einen Überweisungsschein für die Patientin/den Patienten vor als auch für die zuweisende Person
- » Rückmeldungen /Feedback von Patientinnen/Patienten aktiv nachfragen (bei Stammpatienten leichter einzuholen, ev. auch via Mail)



4.2.2 Mitarbeiter:innen sensibilisieren



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 Primärversorgerinnen/Primärversorger im Angebot erfüllen sollen und in welcher Form die Vermittlung erfolgt. Die Umsetzungserfahrungen zeigen, dass die



„Dieses Wahrnehmen von Bedürfnissen war ganz wichtig, dass man wirklich allen sagt, das gibt es jetzt, das sind die Indikationen, achtet vermehrt darauf, wer kommt immer wieder, wer sind eben auch so Drehtüren-Patienten/Patientinnen, die immer wieder kommen wegen Kleinigkeiten. Also, das hat schon voll viel gebracht und auch so zu reflektieren, wie läuft es jetzt, wie ist es gelaufen, was braucht es, also, das ja, war schon sehr guter Mehrwert, glaube ich, für alle.“ (LW_7, Schachner et al. 2021)



„Und die sitzt halt direkt vor meiner Türe, also unsere Zimmer sind nebeneinander und damit kriegt sie natürlich viel mit, was bei mir passiert und wer da kommt und wer da geht.“ (LW_4, Schachner et al. 2021)



„Da war es halt schon wirklich notwendig, ganz von meiner Seite auch ganz aktiv auf die Ordinationsassistentinnen auch immer zuzugehen und sie ganz bestimmte Dinge zu fragen und sie einzubinden. Eine spricht BKS und die andere türkisch. Jetzt habe ich die viel eingebunden im Sinne von, mir Sachen übersetzen. Einfach die Ressourcen, die im Team da sind, die sprachlichen aber auch die kulturell-vernetzungstechnischen zu nützen und herauszukriegen.“ (LW_4)

Umsetzungsmöglichkeiten

- » auf unterschiedlichen Ebenen:
 - » Sensibilisierung des operativ-administrativem Team und
 - » Sensibilisierung des medizinischen Personal
- » Methoden
 - » **Verbale Kommunikation**
 - » Kick-Off-Treffen zu Projektbeginn
 - » Teilnahme an bestehenden Besprechungsstrukturen der Einrichtungen
 - » Initiierte Social Prescribing Info-Veranstaltungen und Sensibilisierungsworkshops; Ggf. Online-Workshop (wenn nicht alle Mitarbeiter:innen vor Ort sind)
 - » Befragung der Mitarbeiter:innen zum aktuellen Wissensstand von SP
 - » Erarbeitung nicht medizinischer Bedürfnisse im Team anhand Patient*innenfälle
 - » informellen Austausch; „Sensibilisierung in kleinen Häppchen“: Tür-und-Angel-Gespräche mit Einrichtungspersonal zwischendurch
 - » **Schriftliche Kommunikationswege:**

- » Mitarbeiterinnen erhielten das Fact Sheet der GÖG zur groben Orientierung
- » Plakate, Infoblätter bis hin zu eigenen Checklisten für die Zuweisung
- » Newsletter
- » „Überweisungsschein“ zu SP-Terminen entwickeln/heranziehen
- » Sichtbarmachung durch räumliche Nähe der Link Working Fachkraft
- » Überweisungsschein
- » Flipcharts zur Visualisierung
- » **Beteiligung:** Direkte Einbindung des Teams in den Prozess z. B. gemeinsame Definition von Schwerpunkten bei Kick-off Veranstaltung
- » **Kreative Ideen zur Motivationssteigerung:** Gewinnspiel

Umsetzungserfahrungen

- » **Vorbehalte ernst nehmen:**
Anfängliche Befürchtung der Ordinationsassistentinnen von Mehraufwand – Klärung der Abläufe schafft Akzeptanz und hilft Mehrwert von SP zu erkennen
- » **Sensibilisierung ist wichtig:**
Die Sensibilisierung und psychosoziale Kompetenz von Ärztinnen und Ärzten erweist sich als Schlüsselfaktor – sie sind meistens die Hauptzuweiser:innen
- » **Räumliche Nähe schafft Sichtbarkeit und Beziehung:** Sofern möglich, soll auch eine räumliche Nähe zwischen Fachkraft mit Link Working Funktion und Ärztinnen/Ärzten bestehen (Räume im selben Stock), damit symbolisch und kommunikativ eine Nähe gegeben ist
- » **Bei neuen Einrichtungen SP gleich mitdenken:** SP kann gleich von Beginn an bei Besprechungen, Einschulungen etc. mitgedacht und in Prozesse integriert werden.
Bei bestehenden Verweisungsstrukturen kann der Unterschied zwischen Sozialarbeit und Link Working als Herausforderung gesehen werden



Praxistipp

- » Teamcommitment und Engagement für gemeinsame Umsetzung ist sehr förderlich
- » Sensibilisierung braucht Zeit – machen Sie Social Prescribing immer wieder zum Thema
 - » Nutzen Sie motivierende Ansätze auch im Team – z. B. Champagner für die Person, die am meisten Fälle vermittelt
 - » Durch erfolgreiche Link Working Fälle wird dem gesamten Team schnell klar, was SP leisten kann
 - » Zeigen Sie in Ihrem Team auf, dass Link Working unaufwändig sein kann – ein kurzes Abstimmungsgespräch im Team kann, um zu vermitteln
 - » Kombinieren Sie verschiedene Strategien
 - » Informelle „Werbung“ beim Kaffeetratsch ist auch förderlich für die Sensibilisierung
 - » Sehr förderlich ist es, wenn die Person mit LWF in der Ordination anwesend ist und auch für informelle Gespräche mit den Vermittlerinnen zur Verfügung steht



- » Freiwillige Mitarbeiter:innen: Online-Workshops sind einfacher planbar (da nicht immer alle vor Ort sind/sein können)

4.2.3 Qualitätssicherungsmaßnahmen vorbereiten



In Hinblick auf die begleiteten Qualitätssicherungsmaßnahmen sind in der Vorbereitungsphase zunächst die geplanten/benötigten Maßnahmen zu definieren und in Folge vorzubereiten (z. B. Definition der Regelmäßigkeit von Inter-/Supervision, Auswahl einer Supervisorin /eines Supervisors). Zu klären ist weiter die Teilnahme an externen Begleit- und Evaluationsmaßnahmen (sofern Möglichkeiten gegeben sind).

Umsetzungsmöglichkeiten

- » klare Kommunikationsabläufe und -strukturen:
 - » zwischen allen involvierten Akteur*innen, insbesondere durch Teambesprechungen
 - » Fall- und Organisationsbesprechungen
 - » Feedbackrunden im Team
 - » Jour Fixes
 - » Gesamtteamsitzungen
 - » Kernteambesprechungen
 - » Bilateraler Austausch zwischen Projektteilnehmer:innen
- » Bilateraler Austausch zwischen Projektteilnehmer:innen
- » Supervision und Intervision
- » Interne Qualitätszirkel
- » Dokumentation und schriftliche Information
 - » Informationsmappe für Mitarbeiter:innen (auch Online)
 - » Dokumentation (internes Tool und GÖG-Doku)
 - » Sicherung der Projektergebnisse

Umsetzungserfahrungen

- » Teilnahme an überregionalen Vernetzungstreffen trug wesentlich zu Qualitätserhöhung bei (Schachner et al. 2021)
- » Einbindung von Mitarbeiter:innen bei regelmäßigen Sitzungen, macht Implementierung für alle nachvollziehbar
- » Projektergebnisse aus Meetings und Workshops immer allen Mitarbeiter:innen zur Verfügung stellen
- » Nutzung bestehender Datenbanken (z. B. Datenbank der Wiener Sozialinfo des Fonds Soziales Wien)



Praxistipp

- » Supervision ist sehr förderlich und sollte für alle Personen mit LWF angeboten werden



Regelmäßige Feedbackrunden sind förderlich, um schnelles und passgenaues Reagieren und Adaptieren zu ermöglichen

4.2.4 Regionale Struktur- und Angebotsanalyse



Aufbauend auf den Erstkontakten in der Planungsphase sollen – insb. auch im Austausch mit den bereits verfügbaren Netzwerkpartner:innen – weitere relevante Institutionen, Angebote, Kooperationspartner:innen im Einzugsbereich identifiziert und kontaktiert werden. Neben der Kooperationsbereitschaft sollen auch Kontaktinfos und Ansprechpersonen dokumentiert werden.

Umsetzungsmöglichkeiten

- » Hauptverantwortliche Person für die Netzwerkpflge festlegen
- » Erstellung von speziellen Anforderungen der Zielgruppe
- » Übersicht über Kooperationspartner:
 - » Liste der wichtigsten Kooperationspartner:innen
 - » GÖG Excel-Liste zur Dokumentation der Kooperationsangebote
 - » Online Angebotslandkarte, Netzwerkkarte
 - » SP Informationsmappe: In der Informationsmappe wurden alle Kooperationspartner:innen mit kurzer Beschreibung, Ansprechpartner, Öffnungszeiten und Kontaktmöglichkeiten.
- » Weitere Partner:innen nach Schneeball-Prinzip suchen

Umsetzungserfahrungen

- » Wichtig ist es, die zuständige Person(en) für Netzwerkpflge zu definieren
- » Teamarbeit: Alle Projektmitarbeiter:innen haben in ihrem jeweiligen Bereich (Kunst und Kultur; Gesundheitsförderung; Bildung und Information; Soziale Angebote und Teilhabe) Gespräche mit Partner:innen geführt
- » Laufender Austausch mit den wichtigsten Kooperationspartner:innen lässt eine gute Einschätzung und Beurteilung der Qualität zu
- » rein telefonischer Kontakt zu engeren Kooperationspartnern ist eher hinderlich



Praxistipp

- » Kontaktieren Sie Ansprechpersonen geeigneter Angebote und informieren Sie über Social Prescribing: Zeigen Sie Nutzen für Angebot und Patient:in auf
- » Vor-Ort-Besuche sind förderlich, um Patient:innen ein gutes Bild geben zu können
- » Klare Kommunikation der Ziele und Rolle von Link Working ist wichtig, um keine falschen Erwartungen zu erzeugen (Tierney et al. 2020).



4.2.5 Kommunikationskonzept erstellen



Die Kommunikation nach außen ist wie auch die Kommunikation innerhalb der Primärversorgungseinrichtung (im Zuge der Sensibilisierungsmaßnahmen) ein essenzieller Schritt bei der Umsetzung von Social Prescribing. Patientinnen / Patienten aber auch die Bevölkerung in der Region sollten ein klares und möglichst positives Verständnis von dem Konzept SP bekommen. Aus diesem Grund sollte festgelegt werden, wie das Angebot bekannt gemacht werden kann – im 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 notwendigen Materialien sollten erarbeitet bzw. Aktivitäten vorbereitet werden.

Umsetzungsmöglichkeiten

- » Zur Sensibilisierung von Patientinnen und Patienten:
 - » Die Fachkraft mit LW-Funktion kann einfach ins Wartezimmer gehen und sich vorstellen. Dabei erzählt sie, was sie macht. Patientinnen und Patienten haben so ein Gesicht von der Person und wissen, dass sie bei Sorgen und Anliegen zu ihr kommen können.
 - » „Bring-a-Friend“-Aktionen oder positive Mundpropaganda können genutzt werden (Maier 2021)
- » Entwicklung eines Informationskonzeptes für Kooperationspartner:innen und Nutzer:innen
- » Öffentlichkeitsarbeit
 - » Kommunikationskampagne (mit Slogan, Logo, Testimonials für Facebook-Kampagne)
 - » Öffentlichkeitskampagne: Berichterstattung in regionalen Medien, Social Media, Newsletter

- » Pressekonferenz: Im Zuge der Kooperation mit dem Gesundheitsamt der Stadt Graz zum Theater auf Rezept gab es eine Pressekonferenz und darauffolgend Zeitungsartikel und Radiointerviews zum Thema Social Prescribing
- » Netzwerkveranstaltung: Treffen mit Regionalbetreuer der Gesunden Gemeinden
- » Mögliche Methoden
 - » **Schriftliche Materialien erstellen:**
 - » Flyern und Informationsmaterial
 - » Interne Kommunikation über Einrichtungs-Homepage
 - » PowerPoint-Präsentationen zu SP-Beratungen im Warteraum-Monitor
 - » SP Zuweisungsformular
 - » Kommunikative Methoden
 - » Befragung im Team zum aktuellen Wissensstand von SP
 - » Workshops (innerhalb des Teams und mit Einwohner:innenbeirat)
 - » Teilnahme an Vernetzungstreffen (Vorstellung von SP, Austausch und Netzwerkpflge)
 - » Informeller Austausch: Punschstand mit Zielgruppe, Projektnachmittag mit Zielgruppe
 - » SP als fixer Tagesordnungspunkt in allen Besprechungen
 - » Vorstellungsrunden der Person mit LWF im Wartezimmer
 - » Persönliche Gespräche in der PVE mit Patient:innen

Umsetzungserfahrungen

- » Netzwerken ist nie abgeschlossen, da es regelmäßig Kontaktpflege und somit zeitliche sowie personelle Ressourcen braucht
- » Flyer wurden von Kooperationspartner:innen auch für die Weiter-/Rückvermittlung von Klient:innen genutzt
- » Durch das bereits bestehende ganzheitliche und interdisziplinäre Arbeiten wurde entschieden im Falle der Patient:innen, das Angebot nicht explizit zu benennen



Praxistipp

- » Überlegen Sie auch welche Informationen Sie Kooperationspartnern (nicht) geben wollen? (z. B. bei vulnerablen Gruppen wie Transgender-Personen)
- » Bei gut etablierte Kooperationen können Kooperationspartner ev. gebeten werden, Änderungen bekannt zu geben – das spart Ressourcen
- » Gibt es in Ihrer Region regionale Vernetzungsstrukturen (z. B. Regionalforum) kann der Austausch mit Kooperationspartnern (teilweise) über diese erfolgen und Sie müssen nicht selbst Vernetzungstreffen organisieren
- » Mehrsprachige Flyer und Infomaterial sind sehr förderlich



4.2.6 Dokumentation Link Working-Beratungen vorbereiten



Link-Working-Beratungen sollen dokumentiert werden – sowohl für den Einzelfall als auch für eine einrichtungsübergreifende Auswertung, um allgemeinere Aussagen über Social Prescribing treffen zu können. Auch über die Pilotierung hinaus unterstützt das Dokumentieren beim Sammeln von Erfahrungen in Bezug auf die Zielgruppe, die Angebote, Herausforderungen, die bei der Vermittlung oder danach entstehen und Erfolge, die erzielt wurden.

Hierbei stellt sich die Frage, welche Fälle dokumentiert werden sollen. Diese Frage gilt es fallspezifisch zu beantworten, so dass hier nur eine Orientierung gegeben werden kann. Es sollten jene Fälle dokumentiert werden, in welchen es um das Herausarbeiten von Bedarfslagen aus Sicht der Patientin/des Patienten geht und gemeinsam Handlungsmöglichkeiten (Handlungsplan) basierend auf der Lebensrealität der Patientin/des Patienten entwickelt werden und auf regionale Angebote (insbesondere im dritten Sektor) vermittelt wird.

Umsetzungsmöglichkeiten

- » Im Rahmen des PROjektcalls wurde eine Bedarfs- und Vermittlungsdoku zur Verfügung gestellt
- » Organisationseigenes Dokumentationstool
- » Handakt der Person mit LWF um zusätzliche Falldetails zu dokumentieren

Umsetzungserfahrungen

- » Dokumentation sollte im Idealfall in die Primärversorgungssoftware integriert werden. Sie sollte nicht zu lang sein, aber informativ und gleichzeitig sollten alle drei obenstehenden Dokumentationsbedürfnisse angesprochen werden (Datenbank, Informationen für Person mit Link Working Funktion, Information für Primärversorgungsteam) > Dann können zuweisende Personen (Ärztin/Arzt) darauf in Gespräch Bezug nehmen!
- » GÖG-Dokumentationstool kann die organisationseigene Dokumentation nicht ersetzen und bedeutet auch zusätzlichen Aufwand



Praxistipp

- » Klären Sie, welche Beratungen dokumentiert werden sollen
- » Dokumentation im organisationseigenem Tool ist auch allen anderen Professionen zugänglich
- » Zusätzlich zum Dokumentationssystem soll schriftlicher und mündlicher Austausch stattfinden!
- » Dokumentieren Sie auch den Zeitaufwand für Beratung-, Recherche-, und Dokumentation, um den Aufwand sichtbar zu machen



4.2.7 Schulung der Personen mit Link-Working Funktion



Die Vermittlung der Patientinnen / Patienten von dem medizinischen Bereich zu einem gesundheitsförderlichen Angebot im Sinne von SP ist ein wesentliches Element des Konzepts. Dafür braucht es eine Fachkraft mit Link-Working-Funktion, die gemeinsam mit der Patientin / dem Patienten Bedürfnisse und Belastungen herausarbeitet. Diese Fachkraft sollte vor allem eine gesamtheitliche Betrachtung von Gesundheit, also das Biopsychosoziale im Blick haben und die Aufgabe des Netzwerkmanagements übernehmen.

Nach Möglichkeit empfiehlt es sich, diese Person für ihre Aufgabe zu schulen u. a. in Gesprächsführung, Gesundheitsdeterminanten, Netzwerkaufbau und -pflege. Für ein klareres und einheitliches Bild dieser Funktion wurde im Zuge des Projektes eine Schulung für Personen mit Link-Working-Funktion etabliert und in vier Halbtagen umgesetzt.



„Ich finde in der Zusammenarbeit mit den Patienten ist es wichtig, dass man Ausbildungen in der Gesprächstechnik hat. Dass man erheben kann: Welche Gesundheitsbedürfnisse gibt es bei den Patienten und dem Patienten? Und nicht irgendwelche Ideen vor schreibt, sondern einmal die Bedürfnisse erhebt und dass man schaut, was gibt es für einen Bedarf, was würde der Patient gerne machen oder was fehlt ihm in seiner Gesundheit psychisch und körperlich zum Beispiel, oder sozial.“ (LW_9, Schachner et al. 2021)

Umsetzungsmöglichkeiten

- » **Schulung:** Im Rahmen des Projektcalls wurde eine 2-tägige Online-Kurzschulung aufgeteilt auf vier Halbtage organisiert.

Umsetzungserfahrungen

- » Kurzschulung ist kein Ersatz für Grundausbildung!
- » Wichtige Inhalte der Schulung
 - » Grundlagen Social Prescribing: Geschichte und theoretischer Ausrichtung
 - » Beratung und Gesprächstechniken: Motivationaler Gesprächsführung, Beratungstools
 - » Informationen zum rechtlichen Hintergrund, Datenschutz, spezifische Rechtsaspekte bzgl. Einbeziehung von Freiwilligen
 - » Gesprächsleitfaden, Besprechen von Fallbeispielen
 - » Haltung: Inhalte über Ethik, Beschämungsvermeidung
 - » Schulung als guter Projekteinstieg, da wesentliche Methoden und Arbeitsweisen vorgestellt werden
- » Wichtig: unterschiedliche Arbeitsweisen der einzelnen Modellregionen berücksichtigen
 - » Früherer Hinweis auf Notwendigkeit von Psychohygienemaßnahmen/Supervision



- » Persönlicher Austausch (live) zwischen den Einrichtungen hat gefehlt

Praxistipp

- » Schulung ist auch eine gute Plattform für österreichweiten Austausch und Vernetzung
- » Stellen Sie die Unterlagen der Linkworker-Schulungen allen Mitarbeiter:innen der PVE zur Verfügung
- » Inhalte zur motivierenden Gesprächsführung können gerade in der LWF gut zur Anwendung kommen
- » Nachschulungstermin wäre förderlich

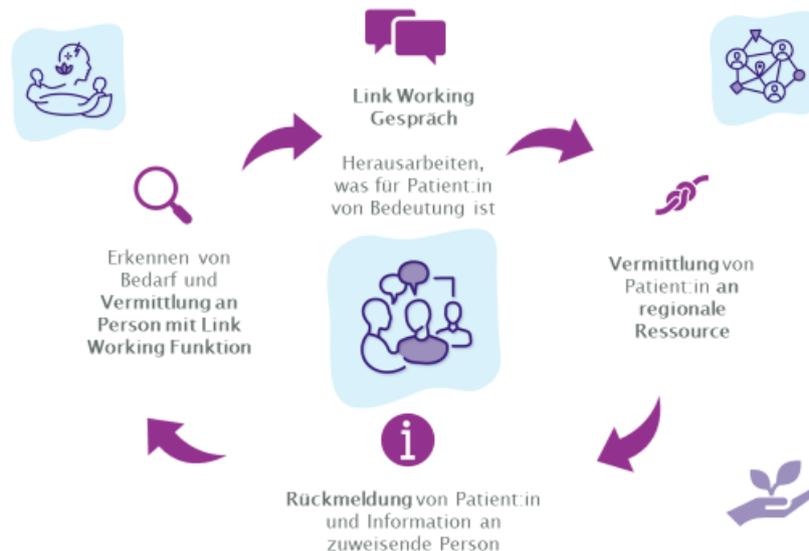


4.3 Exkurs: Ablaufkonzept Social Prescribing

In Kapitel 4.2.1 wurde bereits aufgezeigt, dass das Primärversorgungsteam im Idealfall gemeinsam ein Ablaufkonzept von Social Prescribing erarbeiten soll. Ist dies nicht möglich, sollten alle Mitarbeiter:innen zumindest über den entwickelten Prozess informiert werden und ihn mittragen.

Wenngleich nachfolgend der Fokus auf den Vermittlungsprozess (vgl. Abbildung 4.4), d.h. das Link Working, gelegt wird, wird auch auf Sensibilisierung und Netzwerkmanagement nochmals genauer eingegangen. Sie sind zentrale Voraussetzungen, damit der Link Working Prozess überhaupt möglich ist. Nachbereitend wird auch auf die Identifikation möglicher Angebotslücken und Möglichkeiten ihrer Schließung eingegangen.

Abbildung 4.4:
Ablauf Social Prescribing Vermittlungsprozess



Darstellung: GÖG

Zur Konkretisierung, was Link Working ist, hat eine Fachkraft mit Link Working Funktion das Bild eines Navis für dich erkannt:

„Das Navi kennen wir ja, wenn wir wohin möchten, dieses technische Ding. Aber wo es eigentlich einen starken Benutzer-Anteil gibt. Also der Benutzer muss eigentlich eingeben, von wo aus er startet. Der Benutzer ist auch der, der eingeben muss, wohin er möchte, der das eigentliche Ziel bestimmt. Das Navi ist im Hintergrund der- oder diejenige, die das Gelände gut kennt – sagen wir mal die Angebote gut kennt. Aber dieser starke Benutzeranteil war uns so wichtig. Zum Beispiel auch beim Navi, wenn wir was eingeben, wählen wir auch die Geschwindigkeit aus. Das war für mich so etwas, wo das für mich so verständlich geworden ist. [...] Das hat auch was damit zu tun, wenn wir falsch abbiegen zum Beispiel, dann kommt ja auch die Stimme „kehren Sie um“. Oder das Navi sagt „die Route wird neu berechnet“, was für mich auch ein wesentlicher Punkt ist, weil ich mir denke, es kann sich auf dem Weg auch ergeben, dass jemand anders abbiegt, oder einen Umweg nimmt, oder noch einmal zurückfährt ein Stück. Das Navi schaltet sich dann nicht aus. Es zieht sich nicht beleidigt zurück, sondern berechnet dem Benutzer die Route neu. Und das finde ich auch ein sehr stimmiges Bild eigentlich.“ (LW_3, Schachner et al. 2021)

4.3.1 Vorbereitend: Sensibilisierung für gesundheitsrelevante Bedürfnisse

Gesundheit wird von vielen Faktoren bestimmt. Entsprechend vielfältig können nicht-medizinische, aber gesundheitsrelevante Bedürfnisse ausfallen und ihren Ursprung u.a. in Einsamkeit, mangelnder Bewegung, mangelnder Möglichkeit zur persönlichen Entfaltung haben. Häufige Bedarfe sind Einsamkeit, aber auch Multi-Morbidität (Maier 2021), aber auch Unterstützung bei rechtlichen, administrativen und organisatorischen Dingen und psychischen Belastungen, wie die Auswertung der Bedarfs- und Vermittlungsdoku im Rahmen des Projektcalls zeigen.

Um Link Working in Anspruch nehmen zu können, müssen Patientinnen und Patienten an die Fachkraft mit Link Working Funktion zugewiesen werden bzw. diese selbstständig aufsuchen. Daher gilt es Primärversorgungsteam wie Patientinnen und Patienten zu sensibilisieren.

Sensibilisierung innerhalb des Primärversorgungsteams

Um diese Bedarfslagen zu erkennen, werden die **Berufsgruppen** in der Primärversorgungseinrichtung in einem ersten **Schritt für die Möglichkeit und Bedeutsamkeit von gesundheitsrelevanten, aber nicht-medizinischen Bedürfnissen** und damit für eine ganzheitliche Sichtweise von Gesundheit **sensibilisiert**. Dabei ist zu beachten, dass jede/r aus seiner berufsgruppenspezifischen Perspektive auf die Patientin/den Patienten blickt. Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist daher gefragt, um Patientinnen und Patienten möglichst umfassend zu betrachten. Jede Berufsgruppe kann Patientinnen und Patienten mit Bedarf an Social Prescribing erkennen und an die Person mit Link Working Funktion vermitteln. Für eine gelungene Implementierung von Social Prescribing zeigt sich, dass besonders Ärzte und Ärztinnen Social Prescribing befürworten müssen und umsetzen wollen (Whitelaw et al. 2017).



Damit die Mitarbeiter:innen auch Vertrauen in das Social Prescribing Angebot haben und guten Gewissens Patientinnen und Patienten an die Fachkraft mit Link Working Funktion weitervermitteln, hilft es **über die Qualitätsanforderungen an regionale Angebote zu informieren** (Whitelaw et al. 2017).



„Ich habe Vorstellungsrunden im Wartezimmer und sage: „Ich bin jetzt da, ich bin kein Amt, zu mir können Sie kommen und mir was erzählen, wenn Sie was brauchen oder einfach nur reden“ und bringe ein paar Beispiele, was ich halt machen kann.“ (LW_4, Schachner et al. 2021)



„Wir haben uns jetzt einfach auf der Begriff Beratung geeinigt, weil mit Leuten, die aus der Migrationscommunity kommen, muss ich jetzt nicht zwischen Sozialarbeit und Link Working unterscheiden, also das geht sich bei uns nicht aus. Ich brauche da nicht mit englischen Begriffen oder so kommen.“ (FG_LW, Schachner et al. 2021)

Umsetzungsmöglichkeiten

Folgende Maßnahmen können gesetzt werden, um das Team in der Einrichtung zu sensibilisieren:

- » Vorstellung von Social Prescribing und ggf. entwickelten Infomaterialien in Teamsitzungen und Besprechung offener Fragen und Sorgen (Mehraufwand?)
- » Fundiertes Briefing des Praxisteams, darüber was nicht-medizinische Bedürfnisse sind und wo man hin verweisen kann
- » Thinktank aller Berufsgruppen – Wissen soll weitergegeben werden

Sobald Mitarbeiter:innen ins Tun kommen, merken sie, dass es spannend wird!

Umsetzungserfahrung

- » Wettbewerb zwischen Turnus- und Vertretungsärztinnen/-ärzte in und „Stammpersonal“ bei Zuweisungen



Praxistipp:

- » Sensibilisierungsarbeit ist ein schrittweiser, kontinuierlicher Prozess ist u.a. auch aufgrund der Fluktuation unter Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.
- » Binden Sie alle Mitarbeiter:innen, insbesondere auch Ordinationsassistentinnen und -assistenten gut ein, um Vorbehalte frühzeitig zu erkennen und auszuräumen!



Sensibilisierung der Patientinnen und Patienten

Patientinnen und Patienten gilt es ebenfalls auf das Angebot Social Prescribing hinzuweisen, damit sie ggf. selbst nach dem Angebot zu fragen. Um keine Scham aufkommen zu lassen, sollte Ablauf und Benefits so verständlich wie möglich kommuniziert werden. Hierfür ist es sinnvoll, sich im gesamten Team vorab Formulierungen und Strategien zu überlegen. Auch für Informationsveranstaltungen oder Broschüren – die sich für eine Sensibilisierung der Patientinnen und Patienten gut eignen – gilt es sich Kommunikationsstrategien zu überlegen.

Umsetzungsmöglichkeiten

Möglichkeiten Patientinnen und Patienten zu informieren und zu sensibilisieren sind:

- » Erstellen Sie Plakaten, Flipcharts und Folder zu den Themen:
Was ist Social Prescribing, Ablauf von Social Prescribing, Vorteile von Social Prescribing und Angebote, die es derzeit gibt/an die derzeit vermittelt wird
- » Stellen Sie ggf. Unterlagen in diversen Sprachen bereit

- » Informieren Sie via Whiteboard, Schaukasten oder Ähnliches im Wartebereich über neueste Infos z. B. Regionale Initiativen aufzeigen.
- » Die Fachkraft mit Link Working kann sich und das Social Prescribing Angebot aktiv im Wartezimmer den Patientinnen und Patienten vorstellen

Wichtig ist, dass die Infos immer aktuell sind und sie alle sehen können!

- » Bezeichnung des Angebots
 - » In der Praxis kann es ausreichend sein an die betreffende Person (z. B. Sozialarbeiter:in) zu vermitteln, ohne auf die konkrete Zusatzfunktion oder die Begriffe Social Prescribing und Link Working hinzuweisen: „Gehen Sie zu Frau/ Herrn x im Nebenraum“
 - » Andere Einrichtungen verwenden folgende Begriffe: Beratung, Gesundheitsnavi, Link Working, Gesundheitssprechstunde, Weiterverweisung, Begleitung, Sozialberatung oder Gesundheitsbüro

Literaturtipp

Armutskonferenz und Plattform Sichtbar werden (2020): Strategien zu mehr Anerkennung und besserer Gesundheit. LEITFADEN TU WAS GEGEN BESCHÄMUNG! Wien³



4.3.2 Vorbereitend: regionales Netzwerkmanagement



Der Auf- und Ausbau eines Kooperationsnetzwerkes mit regionalen Angeboten ist eines der Schlüsselemente von Social Prescribing. „Netzwerkmanagement“ meint hier den Auf- und Ausbau sowie die Pflege regionaler Kooperationen. Nicht gemeint ist das Netzwerk einer einzelnen Person (Patientin/Patient).

In einem ersten Schritt gilt es zu klären, welche Angebote in der Region verfügbar sind und an welche im Bedarfsfall vermittelt werden kann. Nach und nach sollte das Spektrum der Ressourcen in der Region ausgebaut werden (Whitelaw et al. 2017).

Auf die Frage, welche Angebote grundsätzlich für die Vermittlung in Frage kommen könnten, kann nur eine grobe Orientierung gegeben werden. Unterscheiden lassen sich Angebote, die das unmittelbare Problem/Bedürfnis der Patientin/des Patienten adressieren (upstream) oder Angebote, die Symptome adressieren (downstream). Im Rahmen von Social Prescribing soll vorrangig ersteres gefördert werden u.a. durch Integration der Person in Gruppenangebote. Abbildung 4.5 gibt eine Übersicht über mögliche Themenbereiche.

³

https://www.armutskonferenz.at/media/leitfaden_tu-was-gegen-beschaemung.pdf (14.12.2021)

Literaturtipp:

Ecker, Sandra (2021): Orientierungshilfe Angebotsspektrum für Vermittlungen im Rahmen von Social Prescribing. Gesundheit Österreich GmbH. Wien



Abbildung 4.5:
Übersicht über mögliche Kooperationsangebote



Darstellung: GÖG / Quelle: Ecker (2021)

Qualitätscheck der Angebote

Angesichts der Vielfalt an möglichen und vorhandenen Angeboten, stellt sich auch die Frage nach Auswahlkriterien für regionale Angebote: Worauf ist bei der Auswahl zu achten? Dabei gilt es zu unterscheiden zwischen Angeboten, die bereits einer Qualitätssicherung unterliegen (z. B. Angebote öffentlicher Hand, Regelangebote, durch öffentliche Hand finanzierte Angebote, zertifizierte Angebote, Angebote anerkannter Modelle guter Praxis) oder das eben nicht tun. Für zweiteres wurde eine Checkliste entwickelt, die zur Reflexion von Angeboten herangezogen werden kann. Nachdem nicht jedes Kriterium für jedes Angebot zutreffend / passend ist, gilt es jeweils die Verhältnismäßigkeit des Kriteriums für jedes Angebot zu reflektieren.

Literaturtipp:

- » Weitzer, J; Ecker, Sandra; Rojatz, Daniela (2021): Checkliste: Angebotsauswahl/-qualität für Social Prescribing. Gesundheit Österreich GmbH. Wien.



Praxistipp:

- » Ein Kennenlernen der Angebote (u.a. Einstellungen, Gepflogenheiten) erleichtert den Brückenschlag zwischen den Sektoren (Tierney et al. 2020).



Dokumentation der Kooperationen

Um einen Überblick über die regionalen Angebote und aktuelle Informationen über die Verfügbarkeit (freie Plätze) zu bewahren, bietet es sich an eine Übersicht zu erstellen (Holding et al. 2020).

Literaturtipp:

- » Ecker, Sandra (2021): Excelfile-Vorlage zur Dokumentation von regionalen Angeboten. Gesundheit Österreich GmbH. Wien.



4.3.3 Link Working: Erkennen von Bedarf und Vermittlung an Person mit Link Working Funktion



Mitarbeiter:innen der Primärversorgungseinheit sind sensibilisiert für gesundheitsrelevante, nicht-medizinische Bedürfnisse. Sie erkennen entsprechende Bedarfe bei Patientinnen und Patienten und vermitteln diese an die Fachkraft mit Link-Working-Funktion in der Einrichtung. Dabei muss das Bedürfnis auch nicht konkret erkennbar sein, ein Verdacht („Bauchgefühl“) kann reichen.

Umsetzungsmöglichkeiten

- » Zuweisung
 - » über Arzt/Ärztin, Gesundheitsberuf oder
 - » Patient:in (in aufrechter Beratung durch Gesundheitsberufe)
- » Initiierung von Link Working durch sensibilisierte Gesundheitsberufe
 - » Wenn terminlich möglich: direkte Überleitung Fachkraft mit Link Working Funktion

- » Wenn nicht unmittelbar möglich: Terminvergabe bzw. werden Name, Überweisungsgrund, Erreichbarkeit im Dokumentationssystem vermerkt und Patient:in zeitnah kontaktiert
- » Unterscheidung zwischen Patient:in, die zum ersten Mal kommt und Patient:in, der/die schon in Einrichtung war
 - » Erstes Mal: Clearinggespräch und Vermittlung an allgemeinmedizinische Ordination und/oder Fachkraft mit Link Working Funktion
 - » Wiederholtes Aufsuchen der Einrichtung: Weiterleitung an Fachkraft mit Link Working Funktion durch Ordinationsassistentz, Ordinationstriage oder Ärztin/Arzt; Einholen der Einverständniserklärung für Datenspeicherung
- » Begleitend:
 - » Infomaterialien in allen Räumen aufliegend: Flyer Sozialarbeit, Flyer/Zuweisungsformular Social Prescribing

Umsetzungserfahrungen

- » Anamnese nach dem biopsychosozialen Modell ermöglicht ganzheitliche Betrachtung der Lebenslage – Fokus soziale Aspekte von Gesundheit
- » Anzahl der Termine
 - » Mehrere Termine/ erweiterter Beratungsprozesse insbesondere bei Patientinnen/Patienten mit chronischen Erkrankungen handelte, die zu wenig Eigenmotivation für soziale Aktivitäten mitbrachten bzw. Teilnahmeharrieren an Gruppenaktivitäten
 - » Einrichtung für nicht-versicherte Personen: Viele Kontakte sind Erst-/Einzelkontakte
 - » Gespräche können kurz sein und auf konkrete Existenzprobleme (Versicherung, rechtliche Abklärung, Personen- und Asylstatus, Wohnsituation) abzielen oder im Setting eines psychosozialen Entlastungsgesprächs verbleiben
- » Je nach Bedarf Folgetermin:e (45–60min) zur Bedarfsklärung und/oder längerfristigen Begleitung im Rahmen von Link Working (durch PVE oder Gesundheitsbüro) im Abstand von 1–2 Wochen
- » Abgrenzung von Tätigkeit des Gesundheits-/Sozialberufs und Link Working ist fließend
- » Dauer der Treffen zwischen 45 und 60 Minuten
- » Verfügbarkeit von Person mit Link Working Funktion
 - » Stunden-/Tageweise
 - » Während der gesamten Ordinationszeit



Praxistipp

- » Der „Verschreibungsweg“ von Arzt/Ärztin bzw. zuweisender Person zu der Fachkraft mit LWF und von dieser zum Angebot soll möglichst kurz sein, und leicht überblickbar bleiben für zuweisende Person und Fachkraft mit LWF (Whitelaw et al. 2017).



- » Vorteilhaft ist eine hohe zeitliche Flexibilität und Verfügbarkeit von der Fachkraft mit Link Working Funktion (Woodall et al. 2018)
- » Dokumentieren Sie bereits bei der Zuweisung den vermeintlichen Bedarf der Person
- » Wenn im Erstgespräch klar ist, welche Angebot passend ist →vermittlung an dieses; ansonsten Folgetermin

4.3.4 Link Working Gespräch: Herausarbeiten was für Patient:in von Bedeutung ist



Im Link Working Gespräch erfolgt ein Vertrauen- und Beziehungsaufbau, das Herausarbeiten von Bedarfen und Ressourcen, das Erstellen von einem Handlungsplan und die Identifikation eines passenden regionalen Angebots.

Der Termin für ein Erstgespräch mit der Fachkraft mit LWF sollte bald nach Identifikation des Bedarfs erfolgen um die bestehende Motivation zur Hilfeanspruchnahme des/der Patient/in nicht zu verlieren (Tierney et al. 2020). Diese arbeitet mit der Patientin/dem Patienten die Bedarfe heraus „Was ist für die Person von Bedeutung?“. Sodann sucht sie mit ihr nach Handlungsmöglichkeiten durch Teilnahme an verfügbaren regionalen Angeboten diesen Bedarfen entgegenzukommen, um so im Folgeschritt die Gesundheit positiv zu beeinflussen/mehr Einfluss auf ihre Gesundheit zu erlangen. Hierfür ist es im Vorfeld wichtig, die regionalen Angebote zu kennen und Kooperationen aufgebaut zu haben (vgl. Netzwerkmanagement).

Umsetzungsmöglichkeiten

- » Erstgespräch und erweiterter Beratungsprozess (wenn ein Termin nicht reicht)
 - » Erstgespräch zum Beziehungsaufbau, Erheben der Motivation für Veränderung und Vorstellen des Angebots
 - » Erweiterter Beratungsprozess:
 - » Festlegung von gesundheitsbezogenen und sozialen Zielsetzungen
 - » Planung der Umsetzung mit Fokus auf abzubauen funktionale und psychologische Barrieren
- » Herausarbeiten von Belastungen und Ressourcen, ggf. auch Wünsche und Fähigkeiten
 - » Schriftlichen Unterstützungstools, wie Leitfaden, „Auftragsklärung“ (inkl. Erhebung ob Betreuung andernorts) oder Sozial-Anamnesebogen
 - » Anschließend werden passende Angebote besprochen und die weitere Vorgangsweise vereinbart
 - » Folgetermin vereinbart sofern Patient:in einverstanden ist
 - » Partizipatives erarbeiten Bedarfen mit Patient:in im Dialog:
 - » Bedarf, Zielformulierung
 - » Möglichkeiten zur Zielerreichung

- » Unterstützungsbedarf bei Vermittlung zu Angebot: Anfahrtspläne, Informationen zum Angebot, Unterstützung bei der Kontaktaufnahme oder beim Vereinbaren eines Termins, Mitgabe eines Begleitschreibens, etc.
- » Einrichtung für nicht-versicherte Personen: Meist Einzelkontakte → einmalige Weitervermittlung an passende Stelle
- » Überweisungsinformationen in Papierform für Patient:in und Link-Working-Team

Umsetzungserfahrungen

- » Die Umsetzung hängt stark vom Rollenverständnis der Fachkraft mit Link Working Funktion und den äußerlichen Rahmenbedingungen (Prozessen und Strukturen) zusammen (Schachner et al. 2021), Ausbildungshintergrund, Fähigkeiten und Kompetenzen sowie die unterschiedliche intrinsische Motivation an der Arbeit beeinflussen die Umsetzung 
- » Anzahl der Kontakte pro Patient:in kann sehr unterschiedlich sein; beim Projektcall „Social Prescribing in der Primärversorgung“ erfolgten durchschnittlich 3,6 Kontakte.
- » Anzahl der Termine
 - » Mehrere Termine/ erweiterter Beratungsprozesse insbesondere bei Patientinnen/Patienten mit chronischen Erkrankungen handelte, die zu wenig Eigenmotivation für soziale Aktivitäten mitbrachten bzw. Teilnahmebarrieren an Gruppenaktivitäten
 - » Einrichtung für nicht-versicherte Personen: Viele Kontakte sind Erst-/Einzelkontakte
 - » Gespräche können kurz sein und auf konkrete Existenzprobleme (Versicherung, rechtliche Abklärung, Personen- und Asylstatus, Wohnsituation) abzielen oder im Setting eines psychosozialen Entlastungsgesprächs verbleiben
- » Abgrenzung von Tätigkeit des Gesundheits-/Sozialberufs und Link Working ist fließend
- » Dauer der Treffen zwischen 45 und 60 Minuten
- » Verfügbarkeit von Person mit Link Working Funktion
 - » Stunden/Tageweise
 - » Während der gesamten Ordinationszeit
- » Komplexe Problemlagen der Patientinnen und Patienten bedingen, ein teilweise geringes Commitment und geringe Compliance (Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung) (Schachner et al. 2021). Mögliche Maßnahme sind: Erinnerungs-SMS
- » Patientinnen und Patienten sind teilweise sehr schüchtern – gemeinsame Kontaktaufnahme mit den Patientinnen und Patienten hilft, diese zu überwinden

Praxistipp

- » Der **Beziehungsaufbau mit der Patientin/dem Patienten ist wichtig** für die Vermittlungstätigkeit. Achten Sie aber darauf, dass keine Abhängigkeit zwischen der Person mit LWF und der Patientin/dem Patienten entsteht (Tierney et al. 2020). 

- » Der **Beziehungs- und Vertrauensaufbau** zwischen Fachkraft mit LWF und Patient:in ist zentral, daher sollte die Fachkraft möglichst nicht wechseln (Wildman, 2019).
- » Seien Sie sich als Fachkraft mit LWF ihrer **Möglichkeiten und Grenzen bewusst** und vermitteln Sie komplexen Bedarfslagen (z. B. schwere psychische Erkrankung) an professionelle Angebote bzw. andere Fachkräfte der Primärversorgungseinrichtung (Tierney et al. 2020).
- » Die Möglichkeit **zu Angeboten zu begleiten ist stark ressourcenabhängig**. Teilweise kann auch eine Papier-Überweisung (etwas Materielles) und eine genaue Anfahrsbeschreibung (je Bedarf der Patientin/des Patienten bishin zur Beschreibung, welche Tür zu öffnen ist)

4.3.5 Link Working: Vermittlung an regionales Ressource



Nachdem ein passendes Angebot für die Patientin/den Patienten gefunden wurde, vermittelt die Fachkraft mit LWF an die entsprechenden Angebote. Bei Bedarf und nach Maßgabe der verfügbaren Ressourcen begleitet die Fachkraft mit LWF die Patientin/den Patienten zum ersten Termin, um allfällige Teilnahmehürden und Unsicherheiten zu reduzieren.

Nach Vermittlung an das Angebot, soll die Patientin/der Patient idealerweise längerfristig an dem Angebot teilnehmen und in die Gruppenaktivität o.Ä. eingebunden werden.

Umsetzungsmöglichkeiten

- » Individuell unterschiedlich: von Weitergabe der Kontaktdaten bis zur Begleitung zu Angebot
- » Schriftliche Umsetzung:
 - » Flyer, Wegweiser
 - » Kontakt zu Angeboten wird an Patient:in weitergegeben, erst im Folgetermin wird, wenn es zu keiner Kontaktaufnahme gekommen ist, nachgefragt, ob dabei Unterstützung gewünscht wird.
- » Verbale Umsetzung:
 - » persönliche Anrufe oder „Anmeldung“ der Patientin/des Patienten bei betreffenden Stellen
- » Vermittlung entweder direkt zu einem Angebot mit Hilfe einer Netzwerkkarte/Datenbank von Kooperationsangeboten oder indirekt durch Zuweisung an Gesundheitsbüro (externen Kooperationspartner)

Umsetzungserfahrungen

- » Vermittelt wird eher zu eigenen bzw. mit anderen entwickelte Angeboten
- » Bei der Vermittlung gilt es rechtliche Rahmenbedingungen, Kooperationsvereinbarungen in Absprache mit der Patient:in zu klären
- » Aufsuchende oder nachgehende Arbeit kann nicht geleistet werden, aber den Patient:innen kann innerhalb des Kooperationsnetzwerkes der Weg „bereitet“ werden.



- » Link Working Prozess ist abgeschlossen, wenn Patient:in in Angebot/Aktivität eingebunden ist bzw. kein weiterer Bedarf an Unterstützung besteht

Praxistipp

- » **Vermittlung an regionale Angebote:** Zentral bei der Vermittlungstätigkeit sind Flyer, Wegweiser und auch persönliche Anrufe oder „Anmeldungen“ der Patient:innen bei betreffenden Stellen.
- » Ein bis zwei Termine können ausreichen bei Personen mit höherer Bildung, Gesundheitskompetenz, existentieller Sicherheit und ausreichend körperlicher Funktionalität
- » Begleitung durch Angebote kann ggf. durch Praktikant:in oder Freiwillige erfolgen
- » Wenig förderlich sind zu viele Kooperationspartner für einen einzelnen Patienten – Koordinationsproblem, Überforderung/Überforderung



4.3.6 Link Working Rückmeldung von Patient:in und an zuweisende Person



Idealerweise meldet die Person, die an das regionale Angebot vermittelt wurde an die Fachkraft mit Link Working Funktion zurück, ob es passend war und wie es ihr geht. Die Fachkraft mit Link Working Funktion informiert anschließend die zuweisende Person (z. B. Ärztin/Arzt) zeitnah über die Vermittlungsaktivitäten und sofern möglich „Erfolge“ von Social Prescribing (Whitelaw et al. 2017).

Die Information kann persönlich im Einzelgespräch, im Rahmen von Teambesprechungen und/oder das Dokumentationstool erfolgen. Bei letzterem gilt es aber sicher zu stellen (z. B. durch wiederkehrendes Aufmerksam machen), dass die vermittelnde Person die Hinweise tatsächlich liest.

Umsetzungsmöglichkeiten

- » Bei mehrmaligem Kontakt mit Patient:in
 - » Einholen von persönlicher Rückmeldung der Patientin/des Patienten
 - » Bei Folgetermin evaluieren, ob Angebot passend war, dies im Dokusystem festhalten.
 - » Nachfragen beim nächsten Patient:innen-Kontakt in der PVE Hausarztmedizin Plus und Vermerk in internen Dokumentationssystem
 - » Telefonische Kontaktaufnahme mit Patient:innen
- » Rückmeldung an Mitarbeiter:innen über Dokumentation, Gespräche, Telefonate
- » vereinzelt Rückmeldungen von Seiten der Kooperationspartner:in
- » regelmäßige Einholung von Feedback der Patientin/des Patienten

Umsetzungserfahrungen

- » Einigung zwischen Fachkraft mit Link Working Funktion und Patient:in, wenn Link Working abgeschlossen ist (Verständigung auf passendes Angebot und Unterstützungsbedarf bei Inanspruchnahme)
- » ein formalisiertes und systematisches Prozedere ist aufgrund mangelnder Zeitressourcen nicht möglich bzw. wird nur vereinzelt mit einigen zentralen Stellen etabliert.
- » Unsystematische Umsetzung: Schritt kann ev. entfallen, wenn Patient:in in laufender Betreuung durch die Gesundheitseinrichtung ist und ohnehin von seinen Erfahrungen erzählt



4.3.7 Nachbereitend: Angebots Lücken erkennen und Adressieren



Im Rahmen des Link Workings und des Netzwerkmanagements sind Fachkräfte mit Link Working Funktion in einer guten Position, Angebotslücken zu erkennen. Z. B. haben sich in den Modellregionen nur wenige Angebote für Kinder und Jugendliche finden lassen. Vereinzelt haben die Primärversorgungseinrichtungen selbst kleinere Initiativen in der näheren Nachbarschaft mitinitiiert:



„Gerade um Lücken zu schließen und passgenaue Angebote bei der Hand zu haben, sind selbst initiierte Angebote sehr wichtig.“ (FG_8, Schachner et al. 2021) (FG_8, Schachner et al. 2021)



„Es war immer die Idee, dass sie nur Anstoß brauchen und dann von selbst laufen, das funktioniert aber nicht: es braucht laufende Unterstützung und Begleitung beispielsweise indem die Rahmenbedingung geschaffen werden, eine kontinuierliche Betreuung im Hintergrund ist wesentlich für den Erfolg der Angebote. Das schafft Sicherheit und es beruhigt, Fragen stellen zu können und jemanden im Hintergrund zu haben.“ (FG_5, Schachner et al. 2021)

Umsetzungsmöglichkeiten

Beispiele für selbst aufgestellte Initiativen unter Einbeziehung der Ideen der Patientinnen und Patienten sind:

- » Ein kleines Familien-Café
- » Kochkurs für Frauen
- » Kekse backen
- » Spielevormittage für ältere Menschen
- » Stadtspaziergänge
- » Kultur erleben mit jungen Flüchtlingen
- » Philosophische Spaziergänge
- » Schreibwerkstatt

Umsetzungserfahrungen:

- » Es ist nicht zu erwarten, dass die Initiativen kurzfristig ganz selbstorganisiert umgesetzt werden – eine gewisse Begleitung scheint erforderlich zu sein



4.4 Exkurs: Fachkraft mit Link Working Funktion

Bei Social Prescribing hat die Fachkraft mit Link Working Funktion (auch Navigator, Social Prescribing Coordinator, Facilitator oder Wellbeing Coordinator genannt) eine Schlüsselfunktion inne (Ladurner et al. 2020): Sie führt das Gespräch mit der Patientin/dem Patienten, um mit ihr herauszuarbeiten, was für sie von Bedeutung ist und vermittelt an passende, regionale Angebote. Eine anerkannte Definition von Link Working bzw. Link-Worker gibt es noch nicht (NHS 2020).

Zentrale Aufgaben dieser Funktion sind in Tabelle 4.1 zusammengefasst.

Tabelle 4.1:

Zentrale Aufgaben der Link-Working Funktion

| Zentrale Aufgaben der Link-Working Funktion |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">» Identifizierung und Adressierung von nicht-medizinischen Bedürfnissen» Gemeinsames Erstellen von Plänen mit der Patientin/dem Patienten um diese Bedürfnisse zu decken» Vermittlung von Patienten mit Angeboten die ihren Bedürfnissen entsprechen» Unterstützung bei der Kontaktaufnahme mit Angeboten» Information und Rat» Aufrechterhaltung von regelmäßigem Kontakt (eventuell bis die Bedürfnisse gedeckt wurden)» Emotionale Unterstützung» Informiert das medizinische Personal über die Entwicklung des Patienten» Wissen über und Unterstützung der bereits existierenden Ressourcen in der Region» Unterstützung der Schaffung neuer Ressourcen in der Region» Nachhaltige Vernetzung aller Interessensgruppen in der Region (auch innerhalb der Primärversorgungseinheit) |

Quelle: Halliday/Asthana (2004); NHS (2020); (Islam 2020), Ladurner et al. (2020)

Auf Basis der vorliegenden Literatur wurden die Kompetenzen und Aufgaben dieser Person in einem Factsheet zusammengestellt (Ladurner et al. 2020).

Literaturtip:

Ladurner, Joy; Braunegger-Kallinger, Gudrun; Haas, Sabine (2020): Link Worker Definition ■ Kernaufgaben, Ausbildung, Berufserfahrung ■ Fähigkeiten und Kompetenzen. Factsheet. Gesundheit Österreich, Wien



4.4.1 Gesundheits- und Sozialberufe und Link Working

Eine zentrale Frage bei der Umsetzung von Social Prescribing ist, wer die Link Working Funktion übernehmen kann und soll. In Österreich soll keine neue Berufsgruppe „Link Worker“ entstehen, sondern die Funktion von bestehenden Gesundheits- und Sozialberufen übernommen werden. Daher wird in der Folge primär auf die Funktion und Inhalte des Link Workings fokussiert und auf die Berufsbezeichnung „Link Worker“ weitgehend verzichtet (vgl. Glossar im Anhang).

Im Rahmen des Projektcalls wurde die Link Working Funktion von bestehenden Gesundheits- und Sozialberufen in der Primärversorgungseinrichtung übernommen, darunter Sozialarbeiter:innen, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson, Ergotherapeut, Diätologin, Sozialpädagogin. Die Funktion wird daher zusätzlich zum bisherigen Aufgabenbereich übernommen. Die Etablierung einer neuen Berufsgruppe „Link Worker“ ist nicht vorgesehen.

Die Erfahrungen aus anderen Ländern (Halliday/Asthana 2004) zeigen, dass insbesondere Sozialarbeiter:innen und Sozialarbeiter und Pflegepersonal (community nurse) das Link Working übernehmen, aber auch andere Berufsgruppen in Frage kommen z. B. Kinderärztinnen und -ärzte, Psychologinnen und Psychologen, und Lehrerinnen und Lehrern. Zumeist stellt Link Working eine Erweiterung ihrer bisherigen Tätigkeit da.

Hauptunterschiede der Berufsgruppen bei der Übernahme der Link Working Funktion sind neben der Ausbildung, der Zugang (über Pflege/Medizin, Pädagogik, Soziales, die Zielgruppen) sowie die Dauer der Betreuung/Begleitung. Link-Working, Sozialarbeit und Pflege haben alle drei die Vernetzung des Patienten/Klienten mit einer Ressource/Lösung gemein. Desweiteren kann sich die Link-Worker Rolle durch die „*Identifikation und Vernetzung von informelle bzw. halbformelle Ressourcen im jeweiligen unmittelbaren Sozialraum: Nachbarschaftsnetzwerke, Frauengruppen, etc.*“ (Redelsteiner et al. 2020) und durch die möglicherweise kürzere Begleitungsdauer (Polley et al. 2017c) von der typischen Sozialarbeit abgrenzen.

Ein Naheverhältnis gibt es weiter zwischen Link Working und Case- and Care-Management, wobei Case- und Care-Management auf die Versorgung fokussiert ist und meist einen längeren Betreuungszeitraum vorsieht als Link Working (bis das Problem gelöst ist).

Nachdem in vielen Fällen Sozialarbeiter:innen die Link Working Funktion übernommen haben und hier Rollenkonflikte durch die Umsetzung von Link Working und Sozialarbeit in Personenunion beobachtet wurden (Schachner et al. 2021), gilt es auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede näher einzugehen.

4.4.2 Link Working und Sozialarbeit

Eine zentrale, wiederkehrende Frage im Rahmen des Projektcalls war die der Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Link Working und Sozialarbeit. Die Frage ist individuell für die betreffende Person von Bedeutung (potenzieller Rollenkonflikt) als auch strukturell hinsichtlich der Buchung von Leistungen.

Nach Redelsteiner et al. (2020); Redelsteiner (2020) umfassen die Einsatzbereiche des Link-Workers alle Aufgabe der Sozialarbeit (in Österreich). Im Rahmen des Projektes entwickelte sich die Sichtweise von Link Working als Methode/Technik und nicht als an eine oder mehrere Berufsgruppen gebundene Rolle. Als hilfreich wurde auch empfunden, zwischen sozialer Problemlage und gesundheitsrelevantem Bedürfnis zu unterscheiden (Schachner et al. 2021). Übernahmen Gesundheitsberufe die Funktion Link Working, war die Abgrenzung zur Sozialarbeit klarer und unproblematisch.



„Überweisungen zu Diätologen oder Ergotherapeuten scheint oftmals einfacher zu sein, als zu Sozialarbeiter, aufgrund der Vorurteile die Patient*innen gegenüber Sozialarbeit haben. Daher ist es auch gut, dass Ärzt*innen Hauptzuweiser*innen sind – diese haben den Zugang zu den Patient*innen und können im Gespräch mehr in die Tiefe gehen, als zum Beispiel im Wartezimmer.“ (FG_8, Schachner et al. 2021)



„*Soziale Problemlagen müssten an eine/n Sozialarbeiter*in weitervermittelt werden. Gesundheitsrelevante Bedürfnisse hingegen könnten an gesundheitsbezogene Angebote (Bewegung, soziale Gruppen, etc.) vermittelt werden. Herausfordernd dabei*

ist jedoch, dass die Unterscheidung zwischen sozialer Problemlage und gesundheitsrelevanten Bedürfnis erstens schwierig auszumachen ist und erst im Laufe der Beratungsgespräche konkretisiert werden kann und zweitens teilweise schwer voneinander zu trennen ist.“ (Schachner et al. 2021, 6).



„Diese Fähigkeit auch zu erkennen, wo meine Zuständigkeit endet. Ich merke immer wieder, auch wenn man in diesem Gespräch ist und das ehrliche Interesse zeigt, dann kommen halt sehr schnell sehr viele Informationen, wo man auch gute interdisziplinäre Kompetenz braucht, um zu erkennen: Das ist jetzt vielleicht ein Fall für die Psychologin oder das ist jetzt ein Fall, wo wir den Weg zurück in die medizinische Versorgungsebene wieder gehen können. Dass man einfach auch gut erkennt, wo das Problem, das beschrieben wird, hinpasst, also zu welcher Profession.“ (FG_LW, Schachner et al. 2021)

Die Abgrenzung von Sozialarbeit und Link Working ist noch im Gang. Erste Annäherungen konnten im Projekt gemacht werden (Tabelle 4.2)

Tabelle 4.2:
Erste Überlegungen zur Abgrenzung von Link Working und Sozialarbeit

| Link Working | Nicht-Link-Working |
|---|--|
| Erkennen von Bedarf an Pflegegeld als Element des Vertrauensaufbau (upstream) | (Unterstützung) beim Ausfüllen von Anträgen (downstream) |
| Gesundheitsrelevante, nicht-medizinische und nicht-medizinische Bedarfe | Soziale, existentielle Problemlagen |

Quelle und Darstellung: GÖG

Link Working ist eine Teilfunktion von Sozialer Arbeit. Auf den Punkt gebracht von Teilnehmer:innen des Projektkalls: „Sozialarbeiter/in kann Link Working machen, aber Link Worker können nicht soziale Arbeit machen“. Die Übernahme der Link Working Funktion führt zwar zu möglichen Rollenkonflikten, hat aber den Vorteil, dass auch gleich Probleme adressiert werden können, die mit Sozialarbeiter:innen zu adressieren sind.

Als Zwischenergebnis zur Frage der Abgrenzung konnte mit den Umsetzer:innen folgendes erarbeitet werden:

- » Link Working ist ein Prozess, der mit der Sensibilisierung auf gesundheitsrelevante, nicht-medi. Bedürfnisse und der Zuweisung von Ärztin/PV-Mitarbeiterin beginnt
- » LW ist Funktion einer Berufsgruppe: Die Vermittlungsgrenzen hängen von den Kompetenzen der jeweiligen Berufsgruppe ab, ggf. wird an sich (selbst) als Sozialarbeiter:in vermittelt
 - » Dabei wird versucht zur Quelle der Probleme vorzudringen (upstream)
- » Lokaler Netzwerkaufbau und -pflege sind wichtige Grundlage, um vermitteln zu können
- » Endpunkt von Link Working: Knoten oder Link („Einhacken“) bei Angebot. Dabei ist Link Working soweit nachgehend, wie es die Ressourcen ermöglichen und die zu vermittelnde Person braucht, um ein Andocken zu ermöglichen

- » Idealerweise erfolgt ein Feedback von der Patientin/dem Patienten, die/der Link Working in Anspruch genommen hat.

Umsetzungserfahrungen

» Verunsicherung:

- » Manche Kolleg:innen sind verunsichert (vom Ansatz Social Prescribing/Linkworking), da sie der Meinung sind, ohnehin schon ähnlich zu arbeiten.
- » Personen, die Link working übernehmen stellen ggf. eine „Konkurrenz“ zur Sozialarbeit da, die sich noch in der Primärversorgung etabliert



» Offene Fragen

- » Wie können Link Working und Sozialarbeit – bei Umsetzung in Personenunion – abgegrenzt werden? Ist eine Abgrenzung nötig?

Praxistipp

- » Im Vorfeld (im Team) gut herausgearbeiten, wann LW und wann Sozialarbeit zum Einsatz kommt damit eine Vermischung vermieden wird.
- » Intervention und Supervision sind ganz wichtig zur Beibehaltung der physischen und psychischen Unversehrtheit

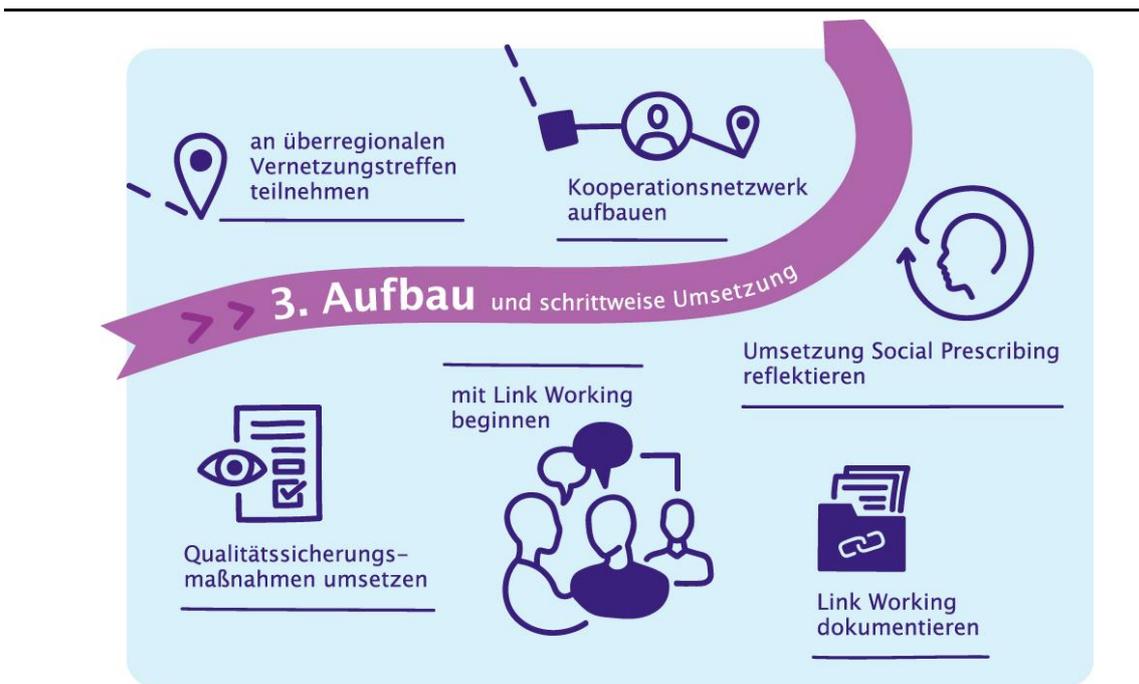


4.5 Schritt 3: Aufbau und schrittweise Umsetzung

In der Aufbauphase werden die geplanten und vorbereiteten Aktivitäten schrittweise umgesetzt.

Abbildung 4.6:

Übersicht Phase 3 Aufbau und schrittweise Umsetzung



Quelle: GÖG

4.5.1 Kooperationsnetzwerk aufbauen



Aufbauend auf den bereits in den ersten beiden Phasen durchgeführten Aktivitäten und etablierten Kooperationen muss nunmehr mit allen relevanten Institutionen/Angeboten im Einzugsbereich eine Vereinbarung über die Modalitäten der Kooperation und eine Erhebung von relevanten Rahmenbedingungen der Einrichtungen/Angebote (z. B. spezifische Zielgruppen, Angebotsspektrum, Nutzungsbedingungen, Kapazitäten bzw. Auslastung etc.) erfolgen. Diese Informationen über die Netzwerkpartner:innen sollten alle dokumentiert werden.

Auch die Vereinbarung von Feedback als Teil des regelmäßigen Austausches, kann einen Mehrwert für alle Beteiligten bringen (Tierney et al. 2020).



*„Eine Brücke kann man nur bauen, wenn es auf der anderen Seite ein Ufer gibt. Wenn Nutzer*innen vermittelt werden sollen. Dann muss das vermittelte Angebot auch*

wirklich professionell ein Ufer bereiten. Barrierefreie Sprache und Räumlichkeiten, Videodolmetsch sind hierbei zu nennen. Auch nicht Deutsch-Sprechende müssen vermittelt werden können. Dafür muss klar sein, dass ein Angebot auch darauf eingehen kann.“ (FG_7, Schachner et al. 2021)

Umsetzungsmöglichkeiten

- » Für die Netzwerkarbeit können im Projektteam, je nach Ressourcen, Mitarbeiter:innen unterschiedlicher Gesundheitsberufe für eines der vorab definierten Angebotsfelder zuständig sein; Mögliche Einteilung der Einrichtungen in
 - » unmittelbare Nachbarschaft
 - » lokale Anbieter von Freizeitaktivitäten und Aktivitäten zur sozialen Teilhabe
 - » Selbsthilfegruppen
 - » Freiwilligenarbeit
- » Verbindlichkeit der Kooperation
 - » „Kooperationsverträge“
 - » schriftliche Vereinbarungen via Mail angelegt hatten
 - » keine Vereinbarung, da keine zusätzlichen Qualitätsverbesserung- bzw. -absicherung erkennbar
- » Bei Angebotslücken kann die Entwicklung neuer Angebote mit Kooperationspartner:innen, evtl. partizipativ mit der Bevölkerung angedacht werden

Umsetzungserfahrungen

- » Herausforderungen
 - » Eingeschränkte Verfügbarkeit /Aktivität von Initiativen aufgrund der Pandemie, Sommermonate
 - » Erschwernis für Beziehungsaufbau und Netzwerkarbeit ist die teilweise zeitlich stark begrenzte Verfügbarkeit von Angeboten und Ansprechpersonen (z. B. nur stundenweise)
 - » Größere Organisationen sind teilweise schwieriger erreichbar (z. B. Rückrufticket innerhalb von 48 Stunden) vers. Dienstzeiten von Fachkraft mit Link Working Funktion
 - » Identifikation/Verfügbarkeit von qualitativen Angebote für spezielle Zielgruppen
 - » Anmerkung seitens der Kooperationspartner: Befürchtung, dass zu viele Menschen zugewiesen werden und es zu Überforderung führt (Schachner et al. 2021)
- » Das Netzwerkmanagement und die Angebotsdarstellung und -wartung eine große Herausforderung



Praxistipp

- » Beachten Sie, dass Angebote teilweise erst bei Erreichen einer gewissen Mindestteilnehmerzahl stattfinden
- » Ganz neue Angebote sind schwer einzuschätzen
- » Hilfreich ist auch, die Angebote selbst auszuprobieren, aber dafür fehlt es meist an Ressourcen



4.5.2 mit Link Working beginnen



Mit dem Start des Link Working geht es an die eigentliche Arbeit mit den Patientinnen / Patienten im Sinne von SP. Erst wenn alle Vorbereitungsarbeiten weitgehend abgeschlossen sind, sollten erste Gespräche und Vermittlungen durchgeführt werden

Umsetzungsmöglichkeiten

- » **Klarheit und Handlungssicherheit schaffen**
 - » Klar definierte interne und externe Zuweisungsstrukturen gewährleisten eine strukturierte Zusammenarbeit
 - » Klare Definitionen der Zuständigkeiten ermöglichen, dass LW als weiteres eigenständiges Angebot in der Einrichtung etabliert werden kann
 - » Handlungsmöglichkeiten und Grenzen von LW aufzeigen, um keine falschen Erwartungen zu schüren
- » **Verbindlichkeiten schaffen**
 - » „Überweisungsschein“ zu SP-Terminen ist eine formalisierte Kooperation des Gesamtteams und bedeutet, dass jeder einen Termin zum LW ausstellen kann
 - » Ein Überweisungsschein erhöht außerdem die Verbindlichkeit und fördert die Termintreue von Patientinnen und Patienten
 - » Erinnerungssystem sind hilfreich, damit Termine wahrgenommen werden
- » Zentral im LW ist der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zu den Patientinnen und Patienten

Umsetzungserfahrungen

- » Voraussetzungen
 - » Ein aufgeklärtes Gesamtteam ist Voraussetzung für den Beginn des LW
 - » Das Projekt, die zuständigen Personen, Prozessabläufe und das gemeinsame Ziel müssen für alle im Team klar ersichtlich sein
 - » Datenschutz-Einverständniserklärungen sollten in allen gängigen Sprachen der Patientinnen/Patienten verfügbar sein, was Vorbereitungszeit bedarf



- » Es müssen zeitliche, räumliche und vertrauliche Bedingungen geschaffen werden, um SP gut umsetzen zu können
- » Förderlich
 - » Eine Fortbildung zu Motivational Interviewing ist sehr förderlich
- » Herausforderungen
 - » Eine noch nicht voll aufgebaute Infrastruktur (Internetzugang, fehlende Regale, Schreibtisch) hatte nicht nur negative Auswirkungen auf die Beratungstätigkeit: Patientinnen und Patienten fühlten sich in den Beginn des Projektes eingebunden
 - » Herausfordernd ist der Mangel an zeitlichen Ressourcen im Einrichtungsalltag

Praxistipp

- » Anfangsunsicherheiten können minimiert werden, wenn ein bestehender Überblick über sämtliche soziale Leistungen im Umfeld vorliegt
- » Die Verantwortung für gutes Link Working liegt bei Fachkraft mit Link Working Funktion und Patient:in!
- » Sensibilisierung, Anreizsysteme (Gewinnspiel im Team), ein offener Zuweisungsmodus und ein Überweisungsschein für Angebote schaffen die Voraussetzung für interne Abläufe, die das Linkworking maßgeblich unterstützen



4.5.3 Qualitätssicherungsmaßnahmen umsetzen



Nachdem mit dem Link Working gestartet wurde, sollten auch die internen Qualitätssicherungsmaßnahmen (wie Supervision, Dokumentation, Evaluation etc.) in der Praxis etabliert werden. Hier ist es wichtig auf Regelmäßigkeit der Maßnahmen zu achten und darauf, das gesamte Team in der Einrichtung immer wieder miteinzubeziehen.

Umsetzungsmöglichkeiten

- » klare Kommunikationsabläufe und -strukturen, z. B.:
 - » fix verankerte Besprechungsstruktur (Teamsitzungen, Jour Fixes) zumindest mit 14-tägiger Frequenz
 - » Regelmäßige Sitzungen des Kernteams SP zur Intervention und Reflexion der Abläufe dieses neuen Angebotes.
 - » Fallbesprechungen
- » Standardmäßige Implementation von Supervision, welche, je nach Bedarf, Team- oder Fallsupervision umfassen soll
- » Interne Qualitätszirkel, laufende Adaptierungen und Optimierungen

Umsetzungserfahrungen

- » **Gute Annahme der qualitätssichernden Maßnahmen** von allen Teammitgliedern
 - » Als psychohygienische Maßnahme eignet sich vor allem eine organisationsübergreifende Interventionsmöglichkeit, u. a., weil die Verhältnismäßigkeit der zeitlichen Ressourcen des LW zur Intervention / Supervision als hinderlich für Supervision wahrgenommen wurde
- » **Kooperation mit Allgemeinmedizin ist essenziell:** Neben hoher intrinsischer Motivation sollte es auch Anreize für Ärztinnen und Ärzte geben, SP stärker in Praxisverschreibungen zu integrieren: u. a.: Aktivitäten und Erfolge fallbezogen rückmelden, um das Gesundheitspotenzial von SP sichtbar und erfahrbar zu machen
- » **Qualitätssicherung ist wichtig:** Finden ein regelmäßiger Austausch, Evaluation, Intervention und auch Teamsensibilisierungen nicht statt, können Veränderungen, neue Möglichkeiten im beruflichen Alltag schnell in den Hintergrund rücken oder für Mehrbelastungen sorgen



Praxistipp

- » Relevant ist ein gut durchdachtes Dokumentationstool und -system, das bei Bedarf überarbeitet und ausgebaut werden soll



4.5.4 Umsetzung Social Prescribing reflektieren (Evaluation)



Eine einrichtungsinterne Reflexion ist wesentlich, um Lerneffekte zu erzielen, Arbeiten im Zuge von SP weiterzuentwickeln und zu verbessern. Expertinnen und Experten in UK bezeichnen die Bereitschaft, auszuprobieren, dann die Erfahrungen zu reflektieren und Verbesserungen umzusetzen, als zentral (Ansatz des Action Learning (Swift 2018)).

Umsetzungsmöglichkeiten

- » monatliche Supervisionen, Fallbesprechungen
- » wöchentliche organisatorische Teambesprechungen)
- » Intervention als psychohygienische Unterstützungsmaßnahme parallel zum LW-Start

Umsetzungserfahrungen

- » eine quartalsmäßige Evaluation ist hilfreich bei der Reflexion und erneuten Schwerpunktsetzung von Maßnahmen (z. B. welche Zielgruppe wird erreicht? Welche nicht? Wo sind evtl. Ressourcen schon ausgeschöpft? etc.)
- » Ein multiprofessionelles Kern-Team kann eine wichtige Ressource sein, um etwa Abläufe aber auch Fallspezifisches von unterschiedlichen Perspektiven zu beleuchten



- » Reflexion ist wichtig: Finden ein regelmäßiger Austausch, Evaluation, Intervention und auch Teamsensibilisierungen nicht statt, können Veränderungen, neue Möglichkeiten im beruflichen Alltag schnell in den Hintergrund rücken oder für Mehrbelastungen sorgen
- » Müssen Reflexionsschleifen ressourcenbedingt reduziert werden, ist räumliche und persönliche Nähe zu Link Worker-Team hilfreich, um sich zumindest zu konkreten Patientinnen/Patienten auszutauschen

Praxistipp

- » Relevant ist ein gut durchdachtes Dokumentationstool und -system, das bei Bedarf überarbeitet und ausgebaut werden soll



4.5.5 an überregionalem Austausch teilnehmen (optional)



Die Teilnahme am standortübergreifenden Austausch (z. B. durch Vernetzung der der Fachkräfte mit LWF verschiedener SP-Angebote) bietet die Möglichkeit, Erfahrungen auszutauschen, Anregungen für Elemente der Umsetzung zu bekommen, das eigene Wissen zu teilen und sich auch Rückhalt durch die Community zu holen.

Umsetzungsmöglichkeiten

- » Im Rahmen des Projektcalls wurden 4 Vernetzungstreffen für die Projektumsetzer:innen von der GÖG organisiert

Umsetzungserfahrungen

- » Die Teilnahme an den Vernetzungstreffen im Rahmen vom Projektcall Social Prescribing waren von großen Nutzen für die Teilnehmer:innen (Schachner et al. 2021)
 - » Der Austausch ist zentral, um für SP eine Möglichkeit für Reflexion, Feedback, Rollenklärung aus der kollegialen Intervention zu generieren
- » Vernetzungstreffen bieten einen projektübergreifenden Check-in: wo sollte Projekt stehen.
- » Vernetzungstreffen ermöglichten im Projekt eine Weiterentwicklung der Ideen und gab oft den Anstoß für weitere Entwicklungen
- » Aus den Austauschtreffen konnte auch Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu andren Umsetzerinnen/Umsetzern mitgenommen werden (z. B. Strukturen, Zielgruppe, Herausforderungen Stadt-Land)



Praxistipp

- » Um weiter ein gemeinsames Verständnis der Umsetzung von SP zu finden, ist es unbedingt wünschenswert, dass solche Treffen weiterhin stattfinden



4.5.6 Link Working dokumentieren



Die Dokumentation und Evaluation tragen dazu bei, Erfahrungen zu sammeln, aus diesen zu lernen und die Qualität bei der Umsetzung von SP sicherzustellen. Die generierten Daten können auch für zukünftige Projekte wichtige Hinweise liefern, selbst wenn sie derzeit noch in geringem Umfang vorhanden sind. Im Zuge des Projektes war beides Voraussetzung für eine Teilnahme, wenn auch sicher mit viel zusätzlichem Aufwand verbunden.

Umsetzungsmöglichkeiten

- » Dokumentation und Evaluation erfolgte auf mehreren Ebenen:
 - » **Interne Dokumentation in der Einrichtung:** Wichtig für internen Informationsfluss von Zuweisenden zu LW und wieder retour („stichwortartig, übersichtlich, schnell“). Im Optimalfall digitale, ordinationsübergreifende Lösung, auf welche das gesamte Team Zugriff hat (auch zur rechtlichen Absicherung: welche Interventionen wurden gesetzt?)
 - » **Falldokumentation LW:** analog oder digital ausschließlich für Person mit LWF. Dient detaillierteren Fallnotizen, um Beratungsprozesse zu dokumentieren. Ausmaß je nach Bedarf und zeitlichen Ressourcen und dient ebenso der rechtlichen Absicherung
 - » **Bedarfs- und Vermittlungsdokumentation:** digital, generiert auswertbares statistisches Datenmaterial, vorwiegend quantitativ [Anmerkung: War im Rahmen des Projektcalls verpflichtend]

Umsetzungserfahrungen

- » Eine Einrichtung hatte das für Sozialarbeit verwendete Programm (HR460) um eine weitere Erhebung im Sinne von SP ergänzt, was eine gute Integration von SP in laufende Prozesse zu Dokumentation gewährleistete
- » Die Dokumentation hat unterschiedlichen Mehrwert:
 - » Sie ermöglicht eine nochmalige Fallreflexion durch die Sozialarbeit
 - » Sie macht die Arbeit sichtbar und transparent
 - » Sie macht einzelne Interventionen und Schritte während der Beratung sichtbar, die später herangezogen werden können und somit sowohl die Vergleichbarkeit möglich machen, als auch Lernprozesse befördern



- » Sie schafft den Rahmen Wissen, Recherche, Gespräche in eine Form zu bringen, damit diese jederzeit abrufbereit sind
- » Sie kann zur Psychohygiene und Abgrenzung beitragen, da damit eine Form der geistigen Ablage geschaffen wird
- » Bedarfs- und Vermittlungsdokumentation erhebt Fragen, z. B. ab wann ein Fall als abgeschlossen anzusehen ist
- » externe Evaluation ist hilfreich, um die speziellen Eigenheiten und die Vor- und Nachteile des eigenen Settings zu überdenken

Praxistipp

- » Einrichtungsbezogene Auswertung der Link Working Aktivitäten erscheint sinnvoll
- » Eine interdisziplinäre Dokumentation unterstützt die Bedarfe und Ressourcen von Patientinnen/Patienten aus verschiedenen Perspektiven zu verstehen
- » Im klassischen beraterischen Kontext in der Sozialen Arbeit ist häufig z. B. für jede Stunde Beratung eine weitere Stunde für sonstige nötige Tätigkeiten (Doku/Vernetzung/u.a.) eingerechnet. „Dieses Thema verdient für eine generelle Ausrollung von LW noch einiges Augenmerk, um entsprechende gleichbleibende Qualität zu entwickeln“



4.6 Schritt 4: nachhaltige Umsetzung

Auch nachdem das Social-Prescribing-Angebot etabliert ist, braucht es weiterhin neben der direkten Arbeit mit den vermittelten Personen (=Link Working) noch ergänzende Arbeiten, um eine gute laufende Umsetzung sicher zu stellen.

Abbildung 4.7:
Übersicht Phase 4: nachhaltige Umsetzung



Quelle: GÖG

4.6.1 Team und Kooperationspartner:innen sensibilisieren



Sensibilisierungsarbeit im Zuge von SP meint regelmäßigen Austausch sowohl im Team der Einrichtung als auch mit Kooperationspartnerinnen/Kooperationspartnern, die an das SP-Angebot vermitteln (insb. in Hinblick auf Personalwechsel, aber auch, um das Angebot immer wieder in Erinnerung zu rufen).

Umsetzungsmöglichkeiten

- » Schriftliche Unterlagen
 - » Mappe für Mitarbeiter:innen mit Information und Dokumenten zu SP
 - » Flyer für Kooperationspartner:innen
 - » Erstellung eines Sensibilisierungskonzepts: welche Kernbotschaften sind wichtig für welche Zielgruppe.
- » Verbale Kommunikation
 - » Regelmäßiges Einbringen von Social Prescribing Inhalten in Sprechstunden/Teamsitzungen/Fallbesprechungen
 - » Fixes interdisziplinäres SP-Team, das Abläufe reflektiert, und mit dem Fallbesprechungen möglich sind
 - » Schulung (z. B. ein innerorganisatorischer Workshop um Abläufe, Überweisungen, Arbeitsweisen und gemeinsames Lernen in den Vordergrund zu rücken)
- » Weiterführung von Regionalforen

Umsetzungserfahrungen

- » Nachhaltig ist der erweiterte Fokus auf die Ressourcen von Patient:innen sowie die aufgebaute Beratungskompetenz hinsichtlich lokaler Einrichtungen und Angebote
- » Die räumliche Nähe von Person mit LWF zu anderen Akteuren/Patient:innen in der PVE ist von Vorteil.



Praxistipp

- » Lernen Sie die Bedürfnisse der Zielgruppe kennen –z. B. Rechtssicherheit bei Menschen in sehr prekären Situationen
- » Umsetzung wird erleichtert durch/bewährt hat sich ...
 - » Miteinbeziehung des gesamten PVE-Teams
 - » Wenn zeitlichen Ressourcen v.a. bei der Person mit LWF entsprechend vorausdenkend einkalkuliert werden
 - » Leichter Zugang zu bereits bestehenden Dokumenten/Information



4.6.2 Kooperationsnetzwerk pflegen

Die Netzwerkpfege meint den regelmäßigen Austausch mit den regionalen Netzwerkpartnerinnen / Netzwerkpartnern (Rückmeldeprozedere, Feedbackmechanismen), Netzwerktreffen (z. B. Vernetzungstreffen, Runde Tische zu spezifischen Themen) und die Erweiterung des Netzwerks bei Bedarf, z. B. bei neuen Angeboten.

Vereinzelt wurden in den Umsetzungsprojekten auch Maßnahmen der Primärversorgungseinrichtung neu etabliert oder bei der Initiierung neuer Angebote unterstützt.

Umsetzungsmöglichkeiten

- » Es gibt oft bereits bestehende Netzwerktreffen in der Region, diese können auch für den Austausch zu SP genutzt werden.
- » Schaffung einer „Regionalskonferenz“ die über die psychosozialen Bereiche hinaus auch den bereits stattfindenden Austausch mit Bürgermeister:innen, Schul- und Kindergartenleiter:innen, usw. „formalisieren“ und dauerhafter absichern
- » Regelmäßige (einmal pro Quartal) Anrufe/Emails an Kooperationspartner:innen

Umsetzungserfahrungen

- » Netzwerkmanagement hat Vorteile für Kooperationspartner:innen (Personalvermittlung, Verschränkung von Projekten, Diskussionsveranstaltungen, gemeinsame Überlegungen zu Finanzierungsmöglichkeiten) wodurch ein großes Interesse besteht dieses aufrecht zu erhalten.
- » Netzwerkaufbau und -pflege ist ein fortlaufender Prozess, für den klar geregelte Zuständigkeiten und Ressourcen notwendig sind.
 - » Ohne entsprechende Personalressourcen ist Netzwerkmanagement nicht möglich. Gezeigt hat sich, dass dieser Bedarf mit der üblichen Verfügbarkeit von Zeit und Personal nicht zu stemmen ist.
 - » Auch die Ressourcen/Angebotspartner im Netzwerk brauchen ausreichend Ressourcen damit ein umfassendes Link-Working Netzwerk funktionieren kann.
- » Nützlich ist es eine Liste mit Kooperationspartner:innen zu führen und zu aktualisieren, um bei Personalwechsel die Übergabe/Weiterführung zu erleichtern



Praxistipp

- » Nachhaltigkeit ist wichtig – sowohl die organisatorische Nachhaltigkeit von Angeboten, (is eines dauerhaften oder längerfristigen Angebots) als auch nachhaltige Effekte für die Teilnehmer:innen (z. B. breiteres soziales Netz der Teilnehmer:innen oder nachhaltiger Kooperationsaufbau)
- » Umsetzung wird erleichtert durch/bewährt hat sich ...



- » Gemeinsame Finanzierung der Netzwerktreffen von allen Kooperationspartner:innen, da auch alle davon profitieren.
- » Das Nutzen von bestehenden Datenbanken bzgl. der Angebotsverfügbarkeit in der Region, z. B. dem *SozialinfoWien*

4.6.3 Qualitätssicherungsmaßnahmen laufend umsetzen



Laufende Umsetzung von Supervision, Dokumentation etc., Teilnahme an relevanten Fortbildungen, bei Bedarf: neuerliche Evaluation etc. ist wesentlich für eine qualitätsvolle Umsetzung von Social Prescribing (Schachner et al. 2021).

Umsetzungsmöglichkeiten

- » Reflexion
 - » Supervision im Bedarfsfall
 - » Intervision und Fallbesprechungen im multidisziplinären Team und in überregionalen SP-Umsetzer:innen-Vernetzungstreffen
 - » Feedbackschleifen (innerhalb des PVE-Teams, als auch mit Kooperationspartner:innen und Patient:innen)
- » Dokumentation
 - » Ausarbeitung von Dokumentationsrichtlinien
 - » Interdisziplinäre Dokumentationssysteme für Falldokumentation, aber auch der Vernetzungstreffen und des Netzwerkmanagements,

Umsetzungserfahrungen

- » Integration von SP-Fallbesprechungen in die allgemeine Teamsitzung



4.6.4 an überregionaler Vernetzungstreffen teilnehmen (optional)



auch nach Etablierung des Social Prescribing Angebots ist die Fortsetzung des Austausches mit anderen SP-Angeboten hilfreich, um gemeinsames Lernen, abgestimmte fachliche Weiterentwicklung etc. sicherzustellen.

Umsetzungsmöglichkeiten

- » Realistisch ist ein halbjährlicher Austausch, bei Möglichkeit hybrid (online+präsenz) und als Kombinationsveranstaltung (Fachlicher Input, Austausch & Diskussion, Vernetzung)
- » Besuche anderer PVEs

Umsetzungserfahrungen

- » Der überregionale Austausch hat ein großes Potenzial für die gemeinsame fachliche Weiterentwicklung in Österreich. Dies hat sich in den Vernetzungstreffen und den diesbezüglichen Rückmeldungen erwiesen.
- » Der Austausch mit Kolleg:innen aus der Praxis hilft bei einrichtungsinternen Reflexion weiter



4.6.5 über Social Prescribing informieren



Die breite Informationsstreuung darüber was Social Prescribing ist, wie es funktioniert, welche Zielgruppe und welche Unterstützung es bieten kann, sollte in jedem Fall auch nach Projektende weitergeführt werden. Insbesondere erstellte Kommunikationskonzepte und im Zuge dessen entwickelte Materialien wie Flyer, Infografiken etc. können nachhaltig eingesetzt werden. Das sensibilisiert die Bevölkerung und Gesundheitsberufe nicht nur für das Konzept selbst, sondern auch für die dahinterliegende Problemlage, sozioökonomische Faktoren als Verursacher medizinischer Belastungen zu erkennen.

Umsetzungsmöglichkeiten

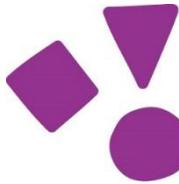
- » Öffentlichkeitsarbeit
 - » Kooperationen mit regionaler Presse und Gemeindezeitungen, regionale Berichterstattung
 - » Social Media, PVE-webseite und Wartezimmer-TV
 - » Monatlicher Newsletter ans PVE-Team, Einwohner:innenbereit und Netzwerkpartner:innen
 - »
- » Entwicklung von Informationsmaterialien
 - » Informationsmaterial: Flyer (mehrsprachig)
 - » Informationsmappe fürs Team
- » Vernetzung
 - » aktives Einbinden der kommunaler/ regionaler/ überregionaler Politik & Entscheidungsträger:innen
 - » Gründung eines lokalen Netzwerks – auch zur Kommunikationsarbeit – zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung durch Gruppenangeboten und soziale Aktivitäten, sowie von gemeinsamen Veranstaltungen der Netzwerkpartner:innen. Regionale Treffen/Veranstaltungen sind ideal um zu informieren.
 - » Vernetzung mit Bezirksvorstehung, anderen PVEs und Hausärzt:innenpraxen

Umsetzungserfahrungen

- » Flyer zur Information der Patient:innen und Kooperationspartner:innen sind unerlässlich
- » Die Öffentlichkeitsarbeit kooperierender Organisationen kann dem Konzept eine nachhaltigere und weitere Sichtbarkeit verschaffen
- » Eine zu starke Bewerbung des Angebots kann dazu führen, dass es zu einer Überlastung der Einrichtung und des SP-Angebots kommt.



4.6.6 Angebot Social Prescribing adaptieren



Das Angebot sollte bei Bedarf in Einklang mit den Umsetzungserfahrungen adaptiert werden. Das gilt sowohl für den Zuweisungs- und Vermittlungsprozess als auch auf die Kooperationsangebote. Wurden Angebotslücken identifiziert, kann gemeinsam mit anderen (Patientinnen/Patienten und/oder Kooperationspartner:innen) an deren Schließung arbeiten.

Umsetzungsmöglichkeiten

- » In einzelnen Einrichtungen wurde mit dem Aufbau neuer Angebote begonnen, basierend auf dem wahrgenommenen Bedarfs

Umsetzungserfahrungen

- » Angebotslücken konnten verortet und Synergien gebildet werden, um diese Lücken abzudecken
- » Gerade in der Zeit der Pandemie wurde mit dem Angebot der Telefonkette [in einer Einrichtung] ein niederschwelliges, nachgehendes Angebot geschaffen, das vor allem sozial vereinsamte Menschen gut erreicht
- » Aufbau der neuen Angebote wurde durch Lockdown im November erschwert – Veranstaltungen konnten nicht realisiert werden



5 Exkurs: Reflexion Chancengerechtigkeit

Die Implementierung von Social Prescribing leistet einen Beitrag zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit (vgl. Kapitel 2.4). Die ersten Auswertungen der Bedarfs- und Vermittlungsdoku zeigen, dass im Rahmen des Projektcalls insbesondere Frauen, Menschen mit geringer Bildung und allein-stehende Menschen erreicht wurden mit dem Angebot (vgl. Kapitel 3.2).

Im Rahmen des vierten Vernetzungstreffens und auch im Rahmen der Endberichte zur Projektförderung wurden die Umsetzungspartner:innen gebeten ihre Umsetzungserfahrungen zu reflektieren sowie inwieweit die Implementierung von Social Prescribing zu Chancengerechtigkeit beitrug.

Umsetzungsmöglichkeiten

- » Durch den Zugang über die Arztpraxis wird ein niederschwelliger Zugang möglich, frei von Stigmatisierung und Scham möglich
- » Eingehen auf spezifische Bedürfnisse und Lebenswelten durch Social Prescribing ermöglicht Menschen anzusprechen, die nirgendwo angebunden sind oder alle anderen Angebote abgelehnt/ abgebrochen hatten
- » Nachhaltige Implementierung von Social Prescribing ist notwendig, um die Bedürfnisse von benachteiligten Bevölkerungsgruppen zu positionieren und gesundheitliche Chancengerechtigkeit zu ermöglichen

Umsetzungserfahrungen

- » Schwer erreichbar waren laut den Einrichtungen:
 - » junge Menschen
 - » Menschen mit Sprachbarrieren, geringem Bildungsniveau, geringer Gesundheitskompetenz
 - » Menschen, die existenzielle Bedrohung erleiden. Bei diesen Menschen müssen zuerst die Grundbedürfnisse gesichert sein bevor SP ansetzen kann.
- » Auch wenn Vermittlung nicht erfolgreich ist, kann Link Working als Beziehungsaufbau wertvoll sein
- » Hinderlich: fehlende Sensibilisierungsaktivitäten bei Behördenstellen/anderen medizinischen Einrichtungen in Bezug auf spezifische Zielgruppen



Praxistipp

- » Wichtig sind hier auch das Wording und Benennung des Angebots von SP
- » Gesundheitliche Chancengerechtigkeit braucht sehr konkrete Rahmenbedingungen, insb. der Anforderung des „niederschweligen Zuganges“ (die durch LW umgesetzt werden könnten)
- » Angebote unter größtmöglicher Wahrung von Respekt und unter Vermeidung von zusätzlicher Stigmatisierung (→ Niederschwelligkeit der Angebote berücksichtigen, siehe Kapitel



6 Social Prescribing: Begleitmaßnahmen zur Umsetzung

Im Rahmen des Projektkalls hat sich die einrichtungsübergreifende Projektbegleitung bewährt (Schachner et al. 2021). Zur Unterstützung der Implementierung von Social Prescribing stehen daher einige Unterstützungsmaterialien zur Verfügung.

6.1 Bereitstellung von Fachwissen und Arbeitshilfen erleichtert das Arbeiten

Zur Unterstützung der Entscheidung über die Umsetzung von Social Prescribing sowie deren Realisierung stehen eine Reihe von Arbeitshilfen zur Verfügung:



Qualitätssicherung

» **Checkliste zur Einführung von Social Prescribing**

dient zur Unterstützung der Entscheidung, ob die Etablierung von Social Prescribing in Ihrer Einrichtung einen Mehrwert für Ihre Patientinnen und Patienten und Mitarbeiter/-innen darstellen könnte. Die Checkliste richtet sich an das Management, die ärztliche Leitung und – sofern vorhanden – die Ansprechperson(en) für Gesundheitsförderung/-kompetenz der Einrichtung.

» **Prozesskonzept**

bietet eine kompakte Darstellung der wesentlichen Eckpunkte zur Schaffung eines SP-Angebots und richtet sich an Umsetzer und Umsetzerinnen in der Einrichtung. Es stellt eine Kurzfassung des vorliegenden Handbuchs (inbs. Kapitel 4) dar.

Checkliste zum Prozesskonzept

kann zur Unterstützung der Umsetzung von SP im Rahmen bzw. in engem Konnex mit einer PVE herangezogen werden. Diese Checkliste richtet sich insbesondere an Personen, die die Hauptverantwortung für die Umsetzung von SP in einer Einrichtung übernehmen, und soll sie bei der Planung und Vorbereitung unterstützen.

Sensibilisierung

» **Factsheet Sensibilisierung**

zeigt den Nutzen von Social Prescribing anhand der potenziellen gesundheitlichen Folgen von Stress und Einsamkeit beispielhaft auf und richtet sich an Personen die einen Einblick über gute Gründe für die Umsetzung von SP gewinnen wollen und/oder diese anderen näher bringen wollen.



Netzwerkmanagement



- » **Kooperationspartner-Dokumentation**
Die Dokumentationsvorlage (Excel-File) dient zur systematischen Erfassung von Kooperationspartnern für SP und essenzieller Information über diese. Besonders hilfreich kann sie sein für die Person:en die die LWF und Netzwerkmanagement übernimmt
- » Checkliste **Qualitätskriterien für Kooperationspartner**
stellt Kriterien vor, die zur Reflexion der Angebote herangezogen werden können und richtet sich an die Person(en), die die Link Working Funktion übernimmt, und an Personen die am Ressourcen-/Netzwerkmanagement arbeiten.

Praxistipp:

- » Die Unterlagen stehen entweder auf www.geog.at/SocialPrescribing zur Verfügung oder können unter social.prescribing@geog.at angefragt werden!



6.2 Schulung von Fachkräften mit Link Working Funktion gibt Handlungssicherheit

Um eine qualitätsvolle Link-Working Tätigkeit sicher zu stellen, gilt es Fachkräfte mit Link Working Funktion in die Tätigkeit einzuführen. Dies kann über eine (Kurz-)Schulung erfolgen.

Im Rahmen des Projekts „Vorbereitung und Umsetzung Modellregionen Social Prescribing“ erhielten die Projektteilnehmer:innen, insbesondere jene mit Link Working Funktion eine Kurzschulung zu Social Prescribing. In vier Halbtagen wurden in dem Online-Kurse folgende Inhalte vermittelt:

- » Einführung in Konzepte Soziale Determinanten der Gesundheit, Soziale Gesundheit, Salutogenese, Gesundheitsförderung
- » Hintergrundidee und Konzept Social Prescribing
- » Grundsätze, Funktion und Prozess des Link Working (patienten- und netzwerkbezogen)
- » Rechtliche Aspekte
- » Wiederholung der Grundlagen von Motivational Interviewing
- » Haltungen, ethische Aspekte, Nutzerperspektive
- » Spektrum relevanter Bedarfe, Zielgruppen und Angebote, Regionale Vernetzung und Kriterien zur Reflexion der Angebote
(Verweisungsmöglichkeiten formeller und informeller Art)
- » praktische Fallarbeit (FH Fälle oder von TeilnehmerInnen)
- » Qualitätssicherung (Supervision, Intervention, Psychohygiene etc.) und Dokumentation

6.3 einrichtungsübergreifende Vernetzung regt wechselseitiges Lernen und Gemeinschaftsbildung an

Social Prescribing ist für Österreich ein neues Konzept – viele Fragen stellen sich bei der Implementierung. Daher wurde im Rahmen des Projektcalls eine einrichtungsübergreifende Vernetzung etabliert. Die Teilnehmer:innen haben diese als sehr wertvoll empfunden, da wechselseitiges Lernen ermöglicht wurde und zur Gemeinschaftsbildung einer Social Prescribing Community beitrug.

In weiterer Folge sind zumindest halbjährliche Vernetzungstreffen geplant, um den Austausch aufrecht zu erhalten.

6.4 Dokumentation zeigt Konzeptumsetzung

Dokumentation ist nicht nur ein zentrales Element, um sich innerhalb der Einrichtung wechselseitig zu informieren und bei Wechsel von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine leichte Übergabe zu ermöglichen, sondern auch, um zu beobachten, ob und wie das Konzept greift.

Nachdem unterschiedliche Arzt-Software im Einsatz ist, wurde im Projekt entschieden, eine eigene Bedarfs- und Vermittlungsdoku zu erstellen. Dabei handelt es sich um eine Fall-Dokumentation (keine Verlaufsdocumentation) der Link-Working Fälle mit 39 Fragen aufgeteilt auf fünf Bereiche:

- » Einstieg und Vermittlung
- » Angaben zur Person
- » Ressourcen und Belastungen
- » Vermittlung
- » Abschluss/Betreuungsende Link Working

Ziel der Dokumentation ist es, zentrale Informationen festzuhalten für einen möglichen Folgetermin mit der Patientin/dem Patienten und Person- und einrichtungsübergreifende Auswertungen zu ermöglichen. Mittelfristig kann sich daraus ein Monitoring der Social Prescribing Aktivitäten in Österreich etablieren.

6.5 Weiterentwicklung des Konzepts und seiner Implementierung in Österreich



Im Rahmen der Umsetzung des Projektcalls zeigte sich, dass erste Schritte zur Implementierung von Social Prescribing in Einrichtungen der medizinischer Primärversorgung in kurzer Zeit möglich sind. Gleichzeitig zeigt sich durch die unterschiedlichen Ausgangsbedingungen und Umsetzungsmöglichkeiten weiterer Bedarf an einer Konkretisierung des Konzepts:

Konkretisierung des Konzepts

Wie lässt sich Social Prescribing angesichts eines holistischen Ansatzes (Zielgruppe, Bedarfslagen, einzuschließender Angebote ins Kooperationsnetzwerk) abgrenzen bzw. fassbarer machen, damit es nicht alles umfasst und Fachkräfte mit Link Working Funktion für alles zuständig sind? Entsprechend gilt es Zielgruppen, Bedarfe und Kooperationsangebote in einem partizipativen Prozess, ggf. unter Einbeziehung internationaler Erfahrungen weiter zu präzisieren.



„Also so die Frage, wie tief steigen wir da überhaupt ein? Welchen Schauplätzen können wir uns in dieser Funktion wirklich auch widmen dann?“ (LW_2, Schachner et al. 2021)

Konkret sind folgende Fragen zu bearbeiten.



Link Working als Methode etablieren

Im Rahmen des Projektcalls übernehmen Gesundheits- und Sozialberufe die Link Working Funktion – zusätzlich zu ihrer bisherigen Tätigkeit. Die Umsetzungspartner:innen als auch die Steuerungsgruppe sind sich weitgehend darüber einig, dass Link Working eher eine Funktion ist als ein Berufsbild oder gar eine eigene, neue Berufsgruppe. Social Prescribing soll keiner spezifischen Berufsgruppe vorbehalten sein, entsprechend soll auch keine neue Berufsgruppe entstehen. Social Prescribing ist ein Prozess und Link Working eine Methode. Auch wenn Sozialarbeiter:innen gute Voraussetzungen für die Funktion /Methode bieten, können auch andere Berufsgruppen diese umsetzen. Obgleich dieser Erkenntnisse, gilt es die Link Working Funktion noch klarer zu definieren und von anderen Methoden (u.a. Case- und Caremanagement) abzugrenzen bzw. Gemeinsamkeiten aufzuzeigen.

Niederschweligen Zugang zu Social Prescribing sicher stellen



Für eine niederschwellige Vermittlung ist es wichtig, dass die Link Working Funktion zeitlich und räumlich nah an den Kontakt mit einem Gesundheitsberuf (Ärztin/Arzt) anschließt. Die Evaluationsergebnisse zeigen, dass bereits der Sitzplatz der Person mit Link Working Funktion in einem anderen Stockwerk eine Hürde darstellen kann. Zur Verbreitung des Konzeptes kann auch die Implementierung im Setting Einzelordination geprüft werden und mögliche regionale Strukturen, an welche die Hausärztin/der Hausarzt vermittelt.

Finanzierung von Social Prescribing offen

Die Umsetzung von Social Prescribing erfordert neben den Kosten für den Strukturaufbau, die Finanzierung der Link-Working Tätigkeit sowie für die Tätigkeit der Sensibilisierungsarbeit, des Netzwerkmanagements und der Qualitätssicherung. Es gilt den finanziellen Bedarf zu präzisieren und Möglichkeiten der Honorierung zu prüfen, die eine nachhaltige Umsetzung sicherstellen.

Verfügbarkeit von regionalen Angeboten (aus 3. Sektor)

Das Vorhandensein von Angeboten im dritten Sektor ist eine Voraussetzung, um Patientinnen und Patienten auf diese aufmerksam zu machen und hinzuvermitteln. Social Prescribing kann zu einer besseren Vernetzung mit diesen Angeboten und einer besseren Nutzung der Angebote führen (Schachner et al. 2021). Die verstärkte Nutzung der Angebote kann aber auch zu einer Überforderung dieser führen. Es gilt daher zu beobachten wie sich Social Prescribing auf die Nutzung von regionalen Angeboten auswirkt.

Zu beachten ist weiter, dass schwer erreichbare Zielgruppen auch nicht die typischen Mitglieder in Vereinen /Gruppenangeboten sind. Daher kann sich ihr Integration schwieriger gestalten. Es gilt Überforderungen der Vereine und Initiativen zu vermeiden (Schachner et al. 2021).

7 Empfehlungen für die Umsetzung von Social Prescribing in der Primärversorgung

Das Handbuch befasst sich mit Möglichkeiten, wie Social Prescribing in Einrichtungen der Primärversorgung (Primärversorgungseinheiten, -netzwerke, Gruppenpraxen) auf- und ausgebaut werden kann und Kooperationen mit regionalen Angeboten eingegangen werden können. Ob und inwieweit Social Prescribing auch in oder in Kooperation mit allgemeinmedizinischen Einzelordinationen möglich ist, gilt es in weiterer Folge zu prüfen. Denkbar ist auch eine Initiative von regionalen Akteuren (vgl. Gesundheitsbüro in Haslach).

Nachfolgende Empfehlungen für die Etablierung von Social Prescribing in Modellregionen basieren auf den Erfahrungen des Projektcalls und den Ergebnissen der externen Evaluation (Schachner et al. 2021).

7.1 Sensibilisierung: Multidisziplinarität leben – Sichtbar- und Greifbarmachen des Link Workings als Teil des Leistungsspektrums der Gesundheitseinrichtung



Das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit war zu Projektbeginn nicht in allen Einrichtungen vorherrschend. Wichtig ist daher eine regelmäßige Sensibilisierung der Mitarbeiter:innen der Primärversorgung und das Erfahrbar und Greifbarmachen von Link Working durch räumliche Nähe.

- » **Umfassende Sensibilisierung zur Entwicklung von Verständnis, Kenntnis und Akzeptanz von Social Prescribing:** Regelmäßige Sensibilisierung der Mitarbeiter:innen ist wichtig, um Verständnis, Kenntnis und Akzeptanz von Social Prescribing zu erzeugen. Schließlich muss Social Prescribing von Mitarbeiter:innen der Gesundheitseinrichtung mitgetragen und mitgemacht werden.
- » **Sichtbar- und Greifbarmachung des Link Workings als Teil des Leistungsspektrums:** Die Sichtbarkeit und räumliche Nähe von Link Working ist symbolisch und strukturell wichtig. Die räumliche Nähe zeigt die Integration des Angebots in das Leistungsspektrum der Einrichtung an und ermöglicht es, sowohl Mitarbeiter:innen als auch Patientinnen und Patienten, dem Angebot zu begegnen und mit ihm in Berührung zu kommen. Damit wird das Angebot und die dahinterstehenden Personen (Fachkräfte mit Link Working Funktion) greifbar: Mitarbeiter:innen haben die Möglichkeit von Tür und Angel-Gesprächen, Patientinnen und Patienten einen ganz niederschweligen Zugang. Dies erleichtert das in Kommunikation treten.
- » **Multidisziplinarität im Team leben und nutzen:** Eine große Ressource – wenn nicht gar Voraussetzung – für Social Prescribing ist ein multiprofessionelles Team. Jedes Teammitglied kann mit ihrem/seinen Hintergrund und Erfahrungen etwas einbringen – sowohl hinsichtlich des Kooperationsnetzwerks (wem ist was bekannt?) als auch zur umfassenden Betrachtung

der Patientinnen und Patienten. Diese Zusammenarbeit stärkt auch das Team und die Zusammenarbeit. Bei Bedarf können ggf. auch Kooperationspartner:innen eingebunden werden (z. B. als Lösungspartner:innen).

7.2 Link Working: Klares Aufgabenprofil und Zuweisungsprozesse in Einrichtung etablieren – in Verbindung mit Patientin und Kooperationsangebot sein



- » **Rollen- und Aufgabenklärung:** Link Working wird als Methode eingeführt, nicht als neue Berufsgruppe. Daher übernehmen Fachkräfte mit ihrer Grundprofession diese Funktion ergänzend zu anderen Tätigkeiten. Um potenzielle Rollenkonflikte zu vermeiden und auch dokumentarisch (welche Leistung erbringe ich?) Klarheit zu haben, empfiehlt sich eine Klärung – spezifisch für die jeweilige Einrichtung – welche Aufgaben im Rahmen des Link Workings anfallen und welche aufgrund der Grundprofession der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters. Zu Beginn kann eine große Differenzierung erste Orientierung geben, die im Laufe der Umsetzung verfeinert wird. Eine erste Unterscheidung kann an den Bedürfnissen ansetzen. Hilfreich kann eine Differenzierung zwischen akuten bzw. existentiellen sozialen Problemlagen und gesundheitsrelevanten Bedürfnis sein, wobei die Übergänge hier auch fließend sind.
- » **Klare Zuweisungen der Patientinnen und Patienten etablieren:** Zu empfehlen ist eine einheitliche Überweisungsstruktur. Ein physischer Überweisungsschein der zuweisenden Person (z. B. Ärztin/Arzt) schafft eine gewisse Verbindlichkeit und ist Ausdruck des Zusammenwirkens von medizinischer und sozialer Dimension von Gesundheit
- » **in Verbindung mit Patient:in und Kooperationsangebot bleiben:** Social Prescribing endet nicht mit der Vermittlung von Patientinnen und Patienten an ein Angebot iS „gehen Sie da hin“. Je nach Situation kann es hilfreich sein, mit der Person gemeinsam in Kontakt mit dem Angebot zu treten (z. B. Anrufen), der Person den Weg zum Angebot genau zu beschreiben und/ oder die Person das erste Mal zu begleiten.
Um den „Erfolg“ von Social Prescribing erfassen zu können, ist es wichtig zu erfahren, inwieweit die Patientin/der Patient das vermittelte Angebot angenommen und daran teilhat. Dies kann durch einen Follow-up Termin mit der Patientin/dem Patienten erfolgen oder durch einen vorher vereinbarten Rückruftermin.
Neben der Frage der Andockung der Person an das regionale Angebot, gilt es auch die Verantwortlichen für das Angebot nicht ganz allein zu lassen. Auch hier sollte nachgefragt werden, wie die Teilnahme der Person wahrgenommen wird und ggf. nachgesteuert werden. Auf mögliche Überforderungen der Angebote durch zu viele Zuweisungen gilt es zu achten und ggf. gemeinsam mit der Ansprechperson des Kooperationspartners Lösungen zu finden.

7.3 Netzwerkmanagement: Kooperation in der Region und Partizipation mit Patientinnen und Patienten entstehen lassen



- » **Netzwerkmanagement als Teamwork etablieren:** Netzwerkmanagement ist eine zentrale Komponente des Social Prescribing. Es empfiehlt sich, dass das Netzwerkmanagement nicht nur von einer Person in der Einrichtung übernommen wird. Das entlastet die zuständigen Personen und ermöglicht auf ein breiteres Spektrum an Ressourcen (Vorerfahrungen, Kontakte der Mitarbeiter:innen) einzubringen.
- » **Kontakte nutzen und pflegen:** Es bietet sich an auf bestehenden Kooperationen und bereits etablierten Vernetzungsstrukturen (z. B. Regionale Foren) aufzubauen und anzuschließen. Gleichzeitig wird ein Kooperationsnetzwerk nicht einmal aufgebaut und besteht dann von selbst. Kooperation ist Beziehungsarbeit und will kontinuierlich gepflegt werden. Nach Möglichkeit sollte ein regelmäßiger Kontakt (Vernetzungstreffen, Telefonate, Besuche) mit den Netzwerkpartnern aufgebaut werden.
- » **Kooperation ist keine Einbahnstraße:** Ein fundiertes Netzwerk ermöglicht auch das Kennenlernen der Netzwerkpartner:innen untereinander. Social Prescribing kann damit zu einem Netzwerkknoten als Drehscheibe in der Region beitragen. Das hat nicht nur Vorteile für die Gesundheitseinrichtung, sondern auch für die Kooperationsangebote, die Region und die Menschen in dieser (Schachner et al. 2021).
- » **Partizipative Prozesse bei der Entwicklung von Kooperationsangeboten fördern:** Vereinzelt wurden von und mit den Gesundheitseinrichtungen unter Einbeziehung von Patientinnen und Patienten neue Angebote geschaffen. Die Evaluation zeigt, dass auch Interesse bzw. die Vision besteht, die Zielgruppe in die Weiterentwicklung des Angebots und den Netzwerkaufbau einzubeziehen. Der Wunsch nach Partizipation reicht von der Bedürfniserhebung von Patientinnen und Patienten bis hin zu einer Partizipation bezüglich einer Mitgestaltung von Angeboten zur Schließung von Lücken im Netzwerk (Schachner et al. 2021).

7.4 Qualitätssicherung: Dokumentation zur internen Kommunikation und übergreifenden Monitoring & Supervision vorsehen



- » **Dokumentation:** Dokumentation wird als wichtig erachtet, sowohl für die interne Kommunikation als auch die Sichtbarkeit der Aktivitäten und Veränderungen. Im Rahmen des Projektes wurde zusätzlich zu den bestehenden Dokumentationen eine weitere Dokumentation beauftragt, damit einrichtungs-übergreifende Auswertungen möglich werden. Dies bedeutete häufig Mehraufwand. Nach Möglichkeit sollte die Dokumentationssystem zusammengeführt werden bzw. zumindest Doppelseitige vermieden werden.
- » **Supervision und Intervision strukturell implementieren:** Für qualitativvolles Arbeiten und für die Stärkung der Zusammenarbeit im Team wurde Supervision und Intervision als wichtige Grundlage hervorgehoben. Intervision und Supervision sollten daher regelmäßig angeboten werden und die erforderlichen Ressourcen bereitzustellen.

8 Impressionen aus der Umsetzungspraxis

„Ich bin so glücklich, ich muss nicht mehr das Gefühl haben, dass ich die Leute wegschicken muss, ohne sie umfassend behandelt zu haben.“ (LW_4, Schachner et al. 2021)

„Bei uns ist es einfach so, dass wir alle total Spaß daran haben, dass wir so innovativ arbeiten können und, dass wir wirklich auch den Eindruck haben, das ist so sinnvoll und auch erfolgsversprechend. Ja, man sieht einfach die gute Wirkung so gut bei dem Projekt. Und beim PVE-Team habe ich auch das Gefühl, dass alle mit einem großen Spaß dabei sind, dass alle auch die Sinnhaftigkeit total gut erkennen, ja, dass jeder eigentlich diesen Bedarf bei den Patientinnen auch feststellt und froh ist, dass er da jetzt auch was anbieten kann, in dem Moment dann wo das rauskommt. Es fördert auch wieder diese interdisziplinäre Arbeit auf Augenhöhe zwischen den verschiedenen Disziplinen. [...]“ (LW_5, Schachner et al. 2021)

„Es ist auch eine Öffnung von weiteren Räumen – wie auch immer man das jetzt genau definiert – aber das ist fast ein bisschen gesellschaftspolitisch würde ich sagen, wo einfach weitere Räume für diese Zielgruppe geöffnet werden können.“ (FG_LW, Schachner et al. 2021)



„Ein bisschen war es die Sorge, dass da jetzt eine Türe geöffnet wird und alle Patienten wahnsinnig viele Sachen wollen und sie dann in Arbeit übergehen, dass man da so Schleusen öffnet. [...] Das hat sich einfach durch die Praxis gezeigt, dass das nicht der Fall ist.“ (LW_4, Schachner et al. 2021)

„Wir haben es auf diese Weise zumindest echt geschafft: Social Prescribing ist im Prinzip gefühlt ein bisschen schon das Projekt der gesamten Einrichtung, also das Projekt aller. Wir haben auch versucht das im Team clever zu formulieren. Sie nicht zu überfordern. Das ist wichtig, ihnen nicht ewig lange zu erzählen, was die Projektziele sind und die Aktivitäten und so weiter, sondern halt so in Häppchen, aber dann das auch in einen guten Rahmen zu stellen.“ (LW_9, Schachner et al. 2021)



„Man braucht nicht immer einen Doktor, man braucht jemanden zum Reden.“ (P, Schachner et al. 2021)

„Das Bereichernde ist auch zu sehen, was es überhaupt alles gibt. [...] Die kennen sich untereinander gar nicht und jeder braut halt irgendwie so ein eigenes Süppchen. Und es war super, dass er das zusammengebracht hat.“ (LW_1, Schachner et al. 2021)



„Dieser Netzwerkknoten, den wir da sozusagen bilden, von dem profitieren eigentlich alle, die im Netzwerk irgendwie beteiligt sind, weil halt die Vernetzung nicht nur [zu uns] sondern ja auch untereinander dann wieder besser wird.“ (LW_5, Schachner et al. 2021)



„Die Dokumentation ist natürlich auch wiederum etwas ganz Wichtiges, weil es sichtbar macht, was wir tun und wie wir es tun.“ (LW_6, Schachner et al. 2021)

9 Literatur

- Antosik, Jennifer (2020): Social Prescribing – eine Möglichkeit für die neue Primärversorgung in Österreich? Eine qualitativ empirische Explorationsstudie. Master of Science in Health Studies. Fachhochschule Burgenland, Pinkafeld
- Bertotti, Marcello; Frostick, Caroline; Hutt, Patrick; Sohanpal, Ratna; Carnes, Dawn (2018): A realist evaluation of social prescribing: an exploration into the context and mechanisms underpinning a pathway linking primary care with the voluntary sector. In: Primary Health Care Research & Development 19/3:232–245
- Bickerdike, L.; Booth, A.; Wilson, P. M.; Farley, K.; Wright, K. (2017): Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. In: BMJ Open 7/4:e013384
- BMASGK (2019): ÖSG 2017 – Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 30. Juni 2017 inklusive der bis 27. September 2019 beschlossenen Anpassungen. Verfasst von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien
- Busch, L. (2021): Overview of the series | Green Prescribing for Sustainable Healthcare: from policy to practice. Video. <https://www.youtube.com/watch?v=1XwgCF0fEao&t=76s>
- Ecker, Sandra (2021): Orientierungshilfe Angebotsspektrum für Vermittlungen im Rahmen von Social Prescribing. Gesundheit Österreich, Wien. Unveröffentlicht
- Elston, Julian; Gradinger, Felix; Asthana, Sheena; Lilley-Woolnough, Caroline; Wroe, Sue; Harman, Helen; Byng, Richard (2019): Does a social prescribing ‘holistic’ link-worker for older people with complex, multimorbidity improve well-being and frailty and reduce health and social care use and costs? A 12-month before-and-after evaluation. In: Primary Health Care Research & Development 20/:e135
- Farenden, Clair; Mitchell, Catherine; Feast, Seb; Verdenicci, Serena (2015): Community Navigation in Brighton & Hove Evaluation of a social prescribing pilot. Clair Farenden, Hove/Brighton
- Griebler, Robert; Straßmayr, Christa; Mikšová, Dominika; Link, Thomas; Nowak, Peter; Arbeitsgruppe Gesundheitskompetenz-Messung der ÖPGK (2021): Gesundheitskompetenz in Österreich: Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitskompetenz-Erhebung HLS19-AT. Gesundheit Österreich, Wien
- Haas, Sabine; Bobek, Julia; Braunegger-Kallinger, Gudrun; Ladurner, Joy; Winkler, Petra (2021): Social Prescribing. Factsheet. Gesundheit Österreich, Wien
- Haas, Sabine; Ladurner, Joy; Rojatz, Daniela; Winkler, Petra (2020): Prozesskonzept zur Etablierung von Social Prescribing in einer Primärversorgungseinheit. Factsheet. Gesundheit Österreich, Wien
- Halliday, Joyce; Asthana, Sheena (2004): The emergent role of the link worker: A study in collaboration. In: Journal of Interprofessional Care 18/:17–28

- Holding, E.; Thompson, J.; Foster, A.; Haywood, A. (2020): Connecting communities: A qualitative investigation of the challenges in delivering a national social prescribing service to reduce loneliness. In: *Health Soc Care Community* 28/5:1535–1543
- Husk, K.; Blockley, K.; Lovell, R.; Bethel, A.; Lang, I.; Byng, R.; Garside, R. (2020): What approaches to social prescribing work, for whom, and in what circumstances? A realist review. In: *Health Soc Care Community* 28/2:309–324
- Islam, M. M. (2020): Social Prescribing–An Effort to Apply a Common Knowledge: Impelling Forces and Challenges. In: *Front Public Health* 8/:515469
- Kimberlee, Richard (2015): What is social prescribing? In: *Advances in Social Sciences Research Journal* 2/1:102–110
- Kimberlee, Richard; Ward, Rachel; Jones, Mathew; Powell, Jane (2014): Measuring the economic impact of Wellspring Healthy Living Centre’s Social Prescribing Wellbeing Programme for low level mental health issues encountered by GP services. Faculty of Health and Life Sciences University of the West of England, Bristol
- Ladurner, Joy; Braunegger–Kallinger, Gudrun; Haas, Sabine (2020): Link Worker Definition ▪ Kernaufgaben, Ausbildung, Berufserfahrung ▪ Fähigkeiten und Kompetenzen. Factsheet. Gesundheit Österreich, Wien
- Maier, Marion Beate (2021): Social Prescribing in Österreich. Erstellung eines Praxisleitfadens anhand einer explorativen multimethodischen Querschnittsstudie über die Modellregion Haslach an der Mühl. Medizinische Universität Wien, Wien
- Moffatt, S.; Steer, M.; Lawson, S.; Penn, L.; O’Brien, N. (2017): Link Worker Social Prescribing to improve health and well–being for people with long–term conditions: qualitative study of service user perceptions. In: *BMJ Open* 7/7:e015203
- NHS (2020): Social prescribing and community–based support. Summary guide. NHS England and NHS Improvement
- Polley, Marie; Bertotti, M.; Kimberlee, R.; Pilkington, K.; Refsum, C. (2017a): A review of the evidence assessing impact of social prescribing on healthcare demand and cost implications. University of Westminster, London
- Polley, Marie; Fleming, James; Anfilogoff, Tim; Carpenter, Andrew (2017b): Making sense of Social Prescribing. University of Westminster, London
- Polley, Marie; Fleming, James; Anfilogoff, Tim; Carpenter, Andrew (2017c): Making sense of Social Prescribing. University of Westminster, London
- Redelsteiner, Christoph (2020): "Social Prescribing" – Überweisung zur Sozialarbeit – Soziales auf Rezept? In: *Soziale Sicherheit* 04:32–36

- Redelsteiner, Christoph; Pflegerl, Johannes; Schmid, Tom (2020): Community Care – ein integratives Konzept zur kooperativen Versorgung im Gemeinwesen. In: Soziale Sicherheit 2020/3:113–122
- Rojatz, Daniela; Holzweber, Leonie; Nowak, Peter (2021): Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in der Primärversorgungseinheit. Info-Mappe. Version 2.0. Dachverband der österreichischen Sozialversicherungen und Fonds Gesundes Österreich, Wien
- Schachner, Anna; Weber, Roman; Fleischanderl, Ulrike; Rappauer, Anita; Rieder, Anita (2021): Evaluationsbericht zur Vorbereitung und Durchführung von Social Prescribing in Österreich. . queraum. kultur- und sozialforschung, Wien
- Swift, Mark (2018): Learnig through doing... 1st International Social Prescribing Research Conference 14th June 2018, University Of Salford
- Thomson, Linda J.; Camic, Paul M.; Charrerjee, Helen J. (2015): Social Prescribing. A Review of Community Referral Schemes. University College London, London
- Tierney, Edel; McEvoy, Rachel; Hannigan, Ailish E.; MacFarlane, Anne (2018): Implementing community participation via interdisciplinary teams in primary care: An Irish case study in practice. In: Health Expectations 2018/22/6:990–1001
- Tierney, Stephanie; Wong, Geoff; Roberts, Nia; Boylan, Anne-Marie; Park, Sophie; Abrams, Ruth; Reeve, Joanne; Williams, Veronika; Mahtani, Kamal R. (2020): Supporting social prescribing in primary care by linking people to local assets: a realist review. In: BMC Medicine 18/1:49
- Vidovic, D.; Reinhardt, G. Y.; Hammerton, C. (2021): Can Social Prescribing Foster Individual and Community Well-Being? A Systematic Review of the Evidence. In: Int J Environ Res Public Health 18/10:5276
- White, Judy; Kinsella, Karin; South, Jane (2010): An Evaluation of Social Prescribing Health Trainers in South and West Bradford, <http://www.yhtphn.co.uk/health-trainers>
- Whitelaw, S.; Thirlwall, C.; Morrison, A.; Osborne, J.; Tattum, L.; Walker, S. (2017): Developing and implementing a social prescribing initiative in primary care: insights into the possibility of normalisation and sustainability from a UK case study. In: Prim Health Care Res Dev 18/2:112–121
- WHO (2018): Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care
- Wildman, J. M.; Moffatt, S.; Steer, M.; Laing, K.; Penn, L.; O'Brien, N. (2019): Service-users' perspectives of link worker social prescribing: a qualitative follow-up study. In: BMC public health 19/1:98
- Woodall, James; Trigwell, Joanne; Bunyan, Ann-Marie; Raine, Gary; Eaton, Victoria; Davis, Joanne; Hancock, Lucy; Cunningham, Mary; Wilkinson, Sue (2018): Understanding the effectiveness and mechanisms of a social prescribing service: a mixed method analysis. In: BMC Health Services Research 2018/18:604

Anhang

Danksagung

Herzlichen Dank an alle Mitwirkenden, insbesondere die Umsetzungspartner:innen und Mitglieder der Steuerungsgruppe:

Umsetzungspartner:innen:

- » Allgemeinmedizin Graz Gries: **Tanja Kreidl**,
- » AmberMed: **Heinz Fronek, Ella-Maria Moritz, Lisa Lehner**
- » Gesundheitsnetzwerk Raabtal: **Edith Ruth Ferschli, Berenice Eicher, Anna Drenig, Barbara Mayer-Schulz**
- » Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin Dr. Ouhadi/Dr.in Pilz: **Martina Knopp, Eva Pilz**
- » Hausarztmedizin Plus Haslach: **Peter Gierlinger, Lisa Viehböck, Julia Commenda (PROGES)**
- » Medius: **Christoph Pammer, Jamina Sommerfeld, Klaus Gasperl, Nadine Puschl**
- » Medizin Mariahilf Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin OG: **Jochen Prusa**
- » Neunerhaus/ DOCK Sozial- und Gesundheitspraxis: **Petra Bachtrog, Laura Wahlhütter, Eva Felnhofer**
- » Teampraxis Breitenacker: **Cornelia Feichtinger, Matheo Vukic**

Mitglieder der Steuerungsgruppe

- » **Christina Amrhein**, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (ab November 2021)
- » **Judith delle Grazie**, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
- » **Sylwia Haslmayr**, Österreichische Gesundheitskasse
- » **Martin Schenk**, Armutskonferenz (ab November 2021)
- » **Harald Schmadlbauer**, Österreichische Gesundheitskasse (bis Juli 2021)
- » **Tobias Schwenner**, Stadt Wien
- » **Stefan Spitzbart**, Dachverband der österreichischen Sozialversicherungen
- » **Ilana Ventura**, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (bis Oktober 2021)
- » **Ilonka Horvath**, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Entstehungskontext des Handbuchs: Projektcall Social Prescribing in der Primärversorgung

Das Handbuch entstand im Rahmen des Projektes „Vorbereitung und Umsetzung Modellregionen Social Prescribing“. Grundlagen für das Handbuch sind eine Literaturrecherche sowie die Umsetzungserfahrungen und entstandenen Daten im Rahmen des Projektcalls Social Prescribing in der Primärversorgung

Der Projektcall Social Prescribing in der Primärversorgung fasste insgesamt ein Volumen von 300.000 Euro. Einrichtungen der medizinische Primärversorgung waren eingeladen Konzepte für den Auf-/Ausbau von Social Prescribing einzureichen für eine Förderung von max. 50.000 Euro für den Zeitraum (15.06.–15.12.2021). Die Projektsteuerungsgruppe bestehend aus Vertretungen von BMSGPK, Dachverband der Sozialversicherungen, Österreichischer Gesundheitskasse und Stadt Wien⁴ entschied, dass von den 17 Einreichungen neun mit rund 285.000 Euro gefördert werden. Folgende Einrichtungen nahmen am Projektcall teil

- » Allgemeinmedizin Graz Gries (Steiermark)
- » AmberMed (Wien)
- » Gesundheitsnetzwerk Raabtal (Burgenland)
- » Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin Dr. Ouhadi/Dr.in Pilz (Wien)
- » Hausarztmedizin Plus Haslach (Oberösterreich)
- » Medizin Mariahilf Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin OG (Wien)
- » Neunerhaus/ DOCK Sozial- und Gesundheitspraxis (Wien)
- » Primärversorgungszentrum MEDIUS – Zentrum für Gesundheit (Steiermark)
- » Teampraxis Breitenacker (Wien)

Zum Capacity Building in den Einrichtungen erhielten diese vorab und im Projektverlauf Unterlagen , insbesondere ein Prozesskonzept zur Implementierung von Social Prescribing. Zusätzlich wurde eine 2-tägige Schulung (aufgeteilt auf vier Halbtage) für Fachkräfte mit Link Worker Funktion konzipiert und für alle Personen mit Link-Working Funktion verpflichtend vorgesehen.

Zwecks Qualitätssicherung und -entwicklung war auch die Dokumentation der Link-Working Beratungen in einer elektronischen Bedarfs- und Vermittlungsdoku sowie die Teilnahme an vier Vernetzungstreffen der mit Social Prescribing betrauten Personen und der externen Evaluation verpflichtend.

Nachfolgend werden die Datengrundlagen für das vorliegende Handbuch näher beschrieben (Abbildung 9.1).

4

Die Steuerungsgruppe wurde im Projektverlauf um eine Vertretung der Armutskonferenz erweitert, um indirekt auch die Perspektive potentieller Nutzer:innen des Social Prescribing Angebots einzubeziehen.

Datenquellen für das vorliegende Handbuch

Abbildung 9.1: Datenquellen für Handbuch



Quelle: GÖG

Eine **Steuerungsgruppe** zur Diskussion strategischer Entscheidungen wurde eingerichtet mit Vertretungen von BMSGPK, Dachverband der Sozialversicherungen, Österreichischer Gesundheitskasse, Stadt Wien sowie Armutskonferenz eingerichtet. Diese entschied über die Förderung der eingelangten Einrichtungen und diskutierte über die Ergebnisse.

Im Rahmen **von vier Vernetzungstreffen** mit den umsetzenden Personen aus den Einrichtungen wurden die Umsetzungserfahrungen diskutiert und die wichtigsten Lernerfahrungen festgehalten. Im ersten Vernetzungstreffen stand das wechselseitige Kennenlernen sowie die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses von Social Prescribing im Zentrum. Die weiteren Vernetzungstreffen befassten sich schwerpunktmäßig mit „Sensibilisierung für Social Prescribing und Aufbau interner Strukturen“, Netzwerkmanagement, Chancengerechtigkeit in der Umsetzung und Reflexion der Lernerfahrungen. Jedes Vernetzungstreffen dauerte ca. drei Stunden (online). Die Diskussionsinhalte wurden in Protokollen festgehalten und flossen ebenfalls in das Handbuch ein.

Mittels **Bedarfs- und Vermittlungsdoku** wurden die Link-Working-Beratungen dokumentiert. Das Dokumentationstool lehnte sich an den Frühen Hilfen an und umfasst 38 Fragen in fünf Bereichen „Einstieg und Vermittlung“ (u.a. zu Zuweisung, Vermittlungsgrund), „Angaben zur Person“ (u.a. soziodemografische Merkmale), „Ressourcen und Belastungen“, „Vermittlung“ und „Betreuungsende“ (u.a. Wirkungen von Social Prescribing). Insgesamt wurden 178 Fälle dokumentiert und deskriptiv ausgewertet. Die geschlossenen Antworten wurden deskriptiv ausgewertet. Die offenen Antworten wurden inhaltsanalytisch ausgewertet.

Eine **Literaturrecherche** wurde zu ausgewählten Themenbereichen, insbesondere zum Konzept Social Prescribing, der Wirkung von Social Prescribing und der Abgrenzung von Link-Working zu anderen Berufsgruppen durchgeführt.

Die **externe Evaluation** des Gesamtprojektes durch queraum hatte zum Ziel

- » Lernen von der Erprobung der Umsetzungsprozesse von Social Prescribing einschließlich förderlicher und hinderlicher Faktoren auf allen Ebenen (u.a. was fehlt noch) und nutzen/möglichen Synergien mit anderen Initiativen zur Generierung von informierten Empfehlungen für Implementierungsmöglichkeiten von Social Prescribing einschließlich relevanter Kontextfaktoren.
- » Generierung von Wissen, wie Primärversorgungsteams für gesundheitsrelevante, aber nicht medizinische Bedürfnisse von Patient*innen sensibilisiert werden können.
- » Generierung von Wissen, inwieweit bestehende regionale Angebote in den Modellregionen den wahrgenommenen Bedarf abdecken und in der Lage sind, ihre im Rahmen von Social Prescribing angedachte Rolle zu erfüllen

Hierzu wurden Fokusgruppen mit den Primärversorgungsteams und Kooperationspartnern in der Modellregion sowie mit der Steuerungsgruppe abgehalten, Interviews mit Patientinnen und Patienten geführt, die Link Working in Anspruch genommen haben sowie eine Online-Befragung von Personen, die eine Link-Working Funktion inne hatten zur Schulung bzw. zum Schulungsbedarf.

Glossar

Nachfolgende Begriffsdefinitionen sind im Rahmen des Projektes entstanden und werden laufend weiterentwickelt.

Angebote im Sinne von Social Prescribing:

Darunter werden nichtmedizinische und vor allem lokale Angebote verstanden. Das Spektrum der im Sinne von Social Prescribing genutzten Angebote ist sehr breit gefächert und reicht von lokal zur Verfügung stehenden vielfältigen Gesundheitsförderungsmaßnahmen, Sport- und Bewegungsprogrammen oder Ernährungsberatung über Sozial-, Schuldner-, Arbeits- oder Wohnberatung bis zu Gemeinschaftsaktivitäten wie Seniorentanzen, Wandergruppen oder Nachbarschaftsnetzwerke, aber auch Kontakte mit Behörden. Dabei ist zu beachten, (1) für welche konkrete Zielgruppe die Angebote sind (z. B. Alter, Thema, Geschlecht), (2) wie diese zu erreichen ist und (3) welche Zugangsvoraussetzungen es gibt (z. B. Warteliste, Teilnahmekosten).

Link Worker:

Der aus England stammende Begriff bezieht sich auf eine spezifische Fachkraft, welche das Link Working – als Schlüsselfunktion von Social Prescribing – innehat. Vor allem in der englischsprachigen Literatur gibt es dafür unterschiedliche Bezeichnungen (die primären Aufgaben unterscheiden sich dabei aber nicht) wie Navigator, Social Prescribing Coordinator, Facilitator oder Wellbeing Coordinator. Da es in Österreich noch keine klare Berufsgruppe für diese spezielle Fachkraft gibt, wird primär auf die Funktion des Link Working fokussiert und weniger auf die Berufsbezeichnung Link Worker.

Link Working (Funktion):

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

Wie die englische Bezeichnung „Link Worker“ ausdrückt, geht es um das Verbinden und Vernetzen dieser beiden Bereiche und der Patienten/Patientinnen, die sich darin bewegen.

Ziel ist die individuelle bedürfnis- und ressourcenorientierte Unterstützung zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden des/der Einzelnen.

Dafür braucht es ein klares Verständnis

- » der psychischen, sozialen und ökonomischen Einflussfaktoren auf die Gesundheit,
- » der Aufgaben und Sichtweisen der Personen/Berufsgruppen innerhalb dieser beiden Bereiche,

- » von Vernetzungsarbeit/Netzwerkmanagement in der Gemeinde, der Region, der lokalen Angebote (im Sinne von Social Prescribing).

Die Person, welche die Funktion des Link Working ausübt (es können auch zwei Personen sein), ebnet den Weg (1) vom Erkennen gesundheitsrelevanter, aber nichtmedizinischer Belastungen/Bedürfnisse (2) zur gesamtheitlichen Betrachtung der Person und ihres Umfelds, weiter (3) zum Erarbeiten möglicher Unterstützungsleistungen und nächster Schritte hin (4) zur Vermittlung passender Unterstützungsleistungen bzw. lokaler Angebote (im Sinne von Social Prescribing).

Lotsenfunktion:

Die Lotsenfunktion ist eine Teilaufgabe des Link Working. Lotsen oder auch begleiten, den Weg zeigen, dirigieren meint im Sinne von Social Prescribing in einem ersten Schritt das Identifizieren von individuellen bedürfnisorientierten gesundheitsfördernden und lokalen Angeboten außerhalb der Primärversorgung. Danach soll eine Verbindung hergestellt werden zwischen der Patientin / dem Patienten und dem nichtmedizinischen Angebot. Wie diese Verbindung hergestellt wird, bleibt der Person zu überlassen, welche die Lotsenfunktion innehat. Das kann z. B. eine telefonische Kontaktaufnahme bzw. ein Austausch der Kontaktdetails sein oder eine Begleitung der Patientin / des Patienten zum jeweiligen Angebot – je nachdem, was die Patientin / der Patient braucht.

Netzwerkmanagement:

Netzwerkmanagement ist ein Teil der Link-Working-Funktion, der aus zwei im Sinne von Social Prescribing wesentlichen Aufgaben besteht. Das ist einerseits die Erstellung und regelmäßige Aktualisierung einer Übersicht über die regionalen Angebote (z. B. aus dem Freiwilligenbereich), an welche die Patientin / der Patient vermittelt werden kann. Andererseits umfasst das Netzwerkmanagement auch den regelmäßigen Kontakt und Austausch mit diesen Angeboten, z. B. bei einer Änderung der Ansprechpersonen, Öffnungszeiten, Erweiterung der Angebotsvielfalt oder zur Besprechung von bzw. zum Einholen von Feedback zu Patientinnen und Patienten. Die Übersicht über die regionalen Angebote soll im Idealfall immer aktuell sein, in elektronischer Form vorliegen und in jedem Fall alle wichtigen Details der einzelnen Angebote beinhalten.