

Social Prescribing – Eine internationale Perspektive und der Status quo in Österreich aus dem Blickwinkel der Sozialen Arbeit

Peter Gierlinger, BA
Edin Izic, BA
Jacqueline Zeilinger, BA

Masterthese

Eingereicht zur Erlangung des Grades
Master of Arts in Social Sciences
an der Fachhochschule St. Pölten

Im April 2022

Erstbegutachter: Dr. Timo Fischer

Zweitbegutachter: Dr. Lukas Richter, BSc MSc

Projektbegleiter:innen:

Dr. Timo Fischer

Dr.in Eva Pilz

FH-Prof. DSA Mag.(FH) Dr.PhDr. Redelsteiner Christoph, MSc

Masterprojekt „Social Prescribing – Sozialarbeit auf Rezept?“ – drei Teile ergeben ein Ganzes

Der neue, multiprofessionelle Ansatz in der österreichischen Primärversorgung bereitet den Weg für ein neues „Rezept“ zu mehr Gesundheit und Wohlbefinden für Patient:innen: das Konzept des Social Prescribings. Die aus England stammende Idee fußt auf der Erkenntnis, dass soziale Bedürfnisse bzw. Ressourcen von Patient:innen einen wichtigen Einfluss auf deren Gesundheit haben – diese Faktoren aber in der Gesundheitsversorgung oft nur unzureichend adressiert werden (vgl. Haas et al. 2019a). Social Prescribing schlägt die wichtige Brücke zwischen der Primärversorgung und Angeboten des dritten Sektors, die für die Erhaltung und Verbesserung der individuellen Gesundheit eine wichtige Rolle spielen können.

Österreich steckt im Bereich Social Prescribing sowohl in der praktischen Umsetzung als auch in der wissenschaftlichen Forschung noch in den Kinderschuhen. In diesem Kontext gilt es auch die wichtige Rolle der Sozialarbeiter:innen in diesem neuen Ansatz zu definieren. Das Masterprojekt „Social Prescribing – Sozialarbeit auf Rezept?“ soll dazu beitragen, diese Lücken zu schließen und spannt den Bogen von der theoretischen Aufarbeitung bis hin zur praktischen Umsetzung eines Pilotprojekts in einer allgemeinmedizinischen Gruppenpraxis im 15. Wiener Gemeindebezirk.

Im Masterprojekt wird von den Mitgliedern des Forschungslabors Social Prescribing, bestehend aus elf Studierenden und drei Projektleiter:innen, in drei Forschungsteams gearbeitet. Konkret besteht das Projekt aus folgenden Teilen:

Social Prescribing – Eine internationale Perspektive und der Status quo in Österreich aus dem Blickwinkel der Sozialen Arbeit (Forschungsteam I): Das erste Teilprojekt beschäftigt sich damit, welche Modelle von Social Prescribing international zur Anwendung kommen und beschreibt deren Evidenz. Es vergleicht zudem das erste bestehende Modellprojekt zu Social Prescribing in Österreich mit internationalen Projekten mit der Zielsetzung, Modelle guter Praxis herauszuarbeiten. Eine wichtige Frage beschäftigt sich mit der Rolle der Sozialarbeit im Prozess des Social Prescribings und der Bedeutung von weiteren Berufsgruppen. Außerdem wird der Frage nachgegangen, wie sich die Arbeitsweise des Link Working im Vergleich zum österreichischen Case Management darstellt. In der Gesamtschau werden im ersten Teilprojekt Empfehlungen für Social Prescribing-Modelle in Österreich abgeleitet.

Social Prescribing – gesund:sozial:verbunden. Abbau der Zugangsbarrieren im Lichte der Sozialen Arbeit: Erklärvideo und Begriffsfindung im österreichischen Primärversorgungskontext (Forschungsteam II): Mit einem innovativen Design in Form eines Erklärvideos und einer damit verbundenen Online-Umfrage wird erforscht, welche Begriffe sich im Kontext der Primärversorgung für Social Prescribing und die damit einhergehende spezialisierte Fachkraft (Link Worker) zur Verwendung eignen. In diesem Forschungsdesign versteckt sich außerdem die Frage, was bei der Konzeption und Produktion des Erklärvideos für den österreichischen Primärversorgungskontext unter Berücksichtigung einer interdisziplinären Expert:innenperspektive zu beachten ist.

Social Prescribing in der Praxis und das Potenzial Sozialer Arbeit. Implementierung von Good Practice-Elementen im 15. Wiener Gemeindebezirk (Forschungsteam III): Das dritte Teilprojekt widmet sich der Praxis. Konkret wird die Implementierung eines Social Prescribing-Projekts in einer allgemeinmedizinischen Gruppenpraxis, in der die Link Working-Funktion derzeit von einer Sozialpädagogin wahrgenommen wird, begleitet. An erster Stelle stehen dazu im Rahmen einer Vorbereitungsphase eine internationale Recherche sowie eine nationale Erhebung zu Social Prescribing aus der Prozessperspektive. In der Konzipierungsphase wird ein Social Prescribing-Prozess für die Gruppenpraxis bzw. in weiterer Folge für die geplante Primärversorgungseinheit im 15. Wiener Gemeindebezirk entworfen. Die Arbeit schließt mit den Erkenntnissen, die aus der praktischen Erfahrung gewonnen werden konnten.

Abstract

Social Prescribing: Eine internationale Perspektive und der Status quo in Österreich aus dem Blickwinkel der Sozialen Arbeit

Peter Gierlinger, Edin Izic, Jacqueline Zeilinger, Masterstudiengang Soziale Arbeit FH St. Pölten

Ausgangslage: Krankenversorgungssysteme stehen, unter anderem aufgrund demografischer sowie soziokultureller Entwicklungen, vor Herausforderungen, auch soziale Anliegen von Patient:innen zu adressieren. Als Reaktion wurde in England „Social Prescribing“ (SP) entwickelt. In Primärversorgungseinrichtungen sollen eigene Fachkräfte – Link Worker:innen – den Fokus auf soziale Gesundheitsdeterminanten richten und Nutzer:innen mit nichtmedizinischen Anliegen zu adäquaten Angeboten im 3. Sektor vermitteln. Dieses Konzept ist im deutschsprachigen Raum bisher wenig erforscht und die Verbindung zur Sozialen Arbeit bzw. dem Case Management (CM) wurde bisher nicht ausreichend geklärt.

Forschungsfragen:

- Wie lässt sich die Evidenz von SP beurteilen?
- Wie stellt sich das österreichische SP-Projekt „PROGES: Gesundheitsbüro“ im internationalen Vergleich dar?
- Welche Good-Practice-Beispiele aus anderen Berufsgruppen gibt es betreffend SP in Österreich? Welche Einzelprojekte gib es hier?
- Welche Überschneidungen zwischen den Arbeitsweisen von Link Worker:innen und Case Manager:innen sind anhand dieser Forschungsarbeit ersichtlich?

Ziele:

- Status Quo von SP anhand ausgewählter Beispiele im europäischen und angloamerikanischen Raum sowie in Österreich erheben
- förderliche sowie hinderliche Faktoren für die Umsetzung von SP im österreichischen Kontext aufzeigen
- Identifizierung der Unterschiede bzw. Gemeinsamkeiten zwischen Link Working und CM

Methoden: Mixed method research, qualitative Inhaltsanalysen, Expert:inneninterviews

Ausgewählte Ergebnisse:

- SP kommt international vor allem im englischsprachigen Raum zur Anwendung. Der Bedarf nach weiteren Nachweisen zur Wirkung von SP wurde sichtbar.
- Der Vergleich des österreichischen Projekts mit etablierten internationalen Projekten zeigte wesentliche Gemeinsamkeiten.
- Sozialarbeiter:innen und Berufsgruppen abseits der Sozialen Arbeit setzen SP (in Teilen) in unterschiedlichen Projekten und Einrichtungen bereits um bzw. zum Vorteil ihrer Klient:innen ein.
- Zwischen Link Worker:innen und Case Manager:innen gibt es vor allem im Bereich der Angebotszuweisung Überschneidungen. SP wird jedoch den Ansprüchen einer CM-Vollimplementierung, beispielsweise aufgrund fehlender Fallverantwortung, nicht gerecht.

Schlüsselwörter: Primärversorgung, Social Prescribing, Link Working, Case Management, Gesundheitsdeterminanten, Sozialarbeit auf Rezept, Soziale Arbeit, SozialarbeiterInnen

Abstract

Social Prescribing: An international perspective and the status quo in Austria from the perspective of Social Work

Peter Gierlinger, Edin Izic, Jacqueline Zeilinger, Masterstudiengang Soziale Arbeit FH St. Pölten

Background: Health care systems face challenges in addressing social concerns of patients, due to demographic and sociocultural developments. In response, the concept of Social Prescribing (SP) was developed. In primary care facilities, link workers should focus on social determinants of health and refer users with non-medical needs to adequate services in the third sector. This master thesis intends to shed light on a field that has been little researched in German-speaking countries and to reflect the concept on social work and case management (CM).

Research Questions:

- How can the evidence of SP be assessed?
- How does the Austrian SP-project "PROGES: Gesundheitsbüro" compare internationally?
- Which good practice examples from other professions do exist regarding SP in Austria? Which individual projects do already exist?
- Which overlaps between the working methods of link workers and case managers are evident from this research?

Goals:

- To survey the status quo of SP in Europe and Anglo-American area as well as in Austria.
- Identify facilitating and impeding factors for the implementation of SP in the Austrian context.
- Identify differences and similarities between Link Working and CM.

Methods: mixed method research, qualitative content analysis, expert interviews

Selected results:

- SP is used internationally, mainly in the English-speaking countries. The need for further evidence on the impact of SP became apparent. A comparison of the Austrian project with established international projects revealed significant commonalities.
- Professional groups outside the field of social work are already using SP (in parts) in different projects and institutions to the benefit of their clients.
- There are overlaps between link workers and case managers, especially in the area of service allocation is noticeable. However, SP does not meet the requirements of full CM implementation due to the lack of case responsibility.

Keywords:

Primary care, social prescribing, link working, case management, health determinants, social work on prescription, social work, social workers

Inhalt

1	Einleitung	10
2	Vom Erkenntnisinteresse zur Forschung	12
2.1	Zielsetzung und Forschungsfragen	12
2.2	Vorgehensweise	13
2.2.1	Systematische Literaturrecherche	16
2.2.2	Offene Literaturrecherche	18
2.2.3	Leitfadengestützte Expert:inneninterviews	18
2.2.4	Inhaltsanalyse nach Kuckartz	19
3	Social Prescribing – ein internationaler Vergleich	21
3.1	Die Evidenzbasis von Social Prescribing	21
3.1.1	Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens	23
3.1.2	Reduktion von Kosten und Belastungen des Gesundheits- und Sozialsystems	23
3.1.3	Positiver Einfluss auf Vernetzung und lokale Angebote	24
3.1.4	Fazit zur Evidenzbasis von Social Prescribing	25
3.2	Social Prescribing international	26
3.2.1	Modelle von Social Prescribing	27
3.2.2	Gemeinsamkeiten: Prozess, Zielsetzung und Angebote	29
3.2.3	Internationale Verbreitung von Social Prescribing	30
3.3	Drei Social Prescribing-Projekte im internationalen Vergleich	33
3.3.1	Auswahl der Projekte und Festlegung von Kategorien für den Vergleich	33
3.3.2	Tower Hamlets Care Group – Social Prescribing in England	34
3.3.3	Rx: Community – Social Prescribing in Kanada	36
3.3.4	PROGES Gesundheitsbüro – Social Prescribing in Österreich	37
3.3.5	Vergleich der drei Projekte	40
3.4	Social Prescribing in der Praxis	44
3.4.1	Auswahl der Interviewpartner:innen	44
3.4.2	Beschreibung des Leitfadens und Durchführung der Interviews	45
3.4.3	Ergebnisdarstellung	46
3.5	Zusammenfassung und Diskussion	60
4	Social Prescribing im Fokus unterschiedlicher Berufsgruppen	66
4.1	Sample und Datenerhebung	66
4.1.1	Ablauf der ersten Interviewrunde	70
4.1.2	Ablauf der zweiten Interviewrunde	70
4.1.3	Datenauswertung	71
4.2	Die Grundidee von Social Prescribing	71
4.3	Social Prescribing – eine Vielfalt an Modellen mit gemeinsamen Komponenten	73
4.4	Die „Social Prescribing Checkliste“	75
4.5	Sozialkoordination NÖ – ein Projekt ohne Zukunft	76
4.5.1	Die Niederösterreichische Landesakademie	76
4.5.2	Ausbildung der Sozialkoordinator:innen	77
4.5.3	Die Soziale Landkarte NÖ	77
4.5.4	Lernerfahrungen aus der Sozialkoordination NÖ	78

4.6	SMZ Liebenau – Stadtteilarbeit in Graz	80
4.6.1	Vernetzung und Zusammenarbeit im SMZ Liebenau – Stadtteilzentrum Jakomini.....	81
4.6.2	„Sozialarbeitsrezepte“	83
4.6.3	Social Prescribing im SMZ Liebenau – Stadtteilzentrum Jakomini	83
4.7	Sozialbegleitung Rotes Kreuz Niederösterreich – Ehrenamt mit Drehscheibenfunktion	84
4.7.1	Sozialbegleiter:innen – ihre Ausbildung und Aufgaben.....	85
4.7.2	Vernetzungslandkarte und Zusammenarbeit	86
4.7.3	Herausforderungen für die Sozialbegleitung	87
4.7.4	Social Prescribing Potenzial in der Sozialbegleitung	88
4.8	Pflege- und Sozialberatung Burgenland – niederschwellige Beratung auch zuhause	90
4.8.1	Arbeitsweise und Ausbildung der Pflege- und Sozialberater:innen	90
4.8.2	Hausbesuche als wichtige Möglichkeit der Zusammenarbeit	91
4.8.3	Vernetzungslandkarte und Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit	92
4.8.4	Social Prescribing und Pflege- und Sozialberatung	94
4.9	Diskussion: Eignung unterschiedlicher Berufsgruppen für Social Prescribing.....	95
4.9.1	Unterschiedliche Sichtweisen auf die Thematik	95
4.9.2	Schwierigkeiten in der Differenzierung zwischen Sozialer Arbeit und Social Prescribing.....	96
4.9.3	Sozialarbeiter:innen als Link Worker:innen	97
4.10	Schlussfolgerungen für die Social Prescribing Praxis in Österreich	98
5	Link Working oder Case Management?	100
5.1	Was braucht Social Prescribing?.....	100
5.1.1	Primärversorgungseinheiten als Anbieter von Social Prescribing.....	103
5.2	Link Working.....	103
5.2.1	Ebenen des Link Working.....	104
5.2.2	Link Working Ausbildung	106
5.3	Case Management	107
5.3.1	Ebenen des Case Management.....	108
5.3.2	Funktionen des Case Management	110
5.3.3	Die Advocacy-Funktion.....	111
5.3.4	Die Broker-Funktion.....	112
5.3.5	Die Gatekeeper-Funktion	113
5.3.6	Die Social Support-Funktion.....	115
5.3.7	Case Management Ausbildung	116
5.4	Datengewinnung.....	119
5.4.1	Auswahl der Expert:innen.....	119
5.4.2	Leitfadenbeschreibung und Interviews	121
5.5	Forschungsergebnisse und Diskussion.....	122
5.6	Zusammenfassung	131
6	Conclusio.....	133
	Literatur	136
	Daten	147

Abkürzungen	148
Glossar.....	149
Abbildungen	152
Tabellen	153
Anhang.....	154
Eidesstattliche Erklärungen	166

1 Einleitung

Peter Gierlinger

Österreich steht, wie viele andere Länder Europas, aufgrund gegebener demografischer sowie soziokultureller Entwicklungen vor Herausforderungen. Bis 2050 wird Berechnungen der Statistik Austria zufolge der Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung Österreichs von 19% auf 28% steigen (Statistik Austria 2020). Expert:innen erwarten dadurch zukünftig, dass eine immer größer werdende Zahl an Menschen medizinische, aber auch psychosoziale Versorgungsleistung in Anspruch nehmen wird. Daraus lässt sich eine große Belastung für das Gesundheits- und Sozialsystem bzw. dort tätige Professionen ableiten. Eine Mehrbelastung für Gesundheitsberufe stellt zudem dar, dass viele Patient:innen aufgrund nicht medizinischer Anliegen Leistungen der Primärversorgung (PV)¹ in Anspruch nehmen. Zwar liegen derzeit keine eindeutigen Zahlen vor, doch wird davon ausgegangen, dass mindestens 20% der Patient:innen von Allgemeinmediziner:innen in erster Linie wegen nicht medizinischer Probleme zur Behandlung kommen (vgl. Husk et al. 2019a:6). Angesichts dieser Tatsache und Faktoren einer alternden Bevölkerung, zunehmender komplexer gesundheitlicher und sozialer Bedürfnisse und einer steigenden Nachfrage nach Primärversorgung und Sozialdienstleistungen gewinnt Social Prescribing (SP) derzeit an Popularität (vgl. ebd.). Das Gesundheitskonzept stellt eine Möglichkeit dar, psychosoziale, nichtmedizinische Bedürfnisse von Patient:innen im Gesundheitssystem wahrzunehmen und entsprechend darauf zu reagieren.

Der Gedanke, Gesundheit nicht als Zustand (im Sinne von Abwesenheit von Krankheit), sondern als Kontinuum zu sehen, welches von vielen verschiedenen Faktoren beeinflusst wird, ist nicht neu. Bereits im 19. Jahrhundert benannte Ilse Arlt in Österreich 13 wesentliche Grundbedürfnisse von Menschen. Diese, darunter z.B. Ernährung, Wohnen, Körperpflege, Erholung, Erziehung oder ärztliche Hilfe, gilt es zu befriedigen, um Gesundheit zu ermöglichen bzw. zu sichern (vgl. Maiss 2010). Die COVID-19-Pandemie verdeutlichte (einmal mehr), dass die Gesundheit der Menschen auch stark von sozialen Faktoren beeinflusst wird. Dadurch wurde auch die Wichtigkeit einer starken sozialen Gemeinschaft sowie sozialer Unterstützung zur Bewältigung von Herausforderungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit sichtbar (vgl. Younan et al. 2020:381).

¹ Hinweis für Leser:innen dieser Masterthese: Abkürzungen und wichtige Begriffserklärungen finden sich am Ende dieser Arbeit im Abkürzungsverzeichnis sowie im Glossar.

SP zeichnet sich dadurch aus, dass dieses ganzheitliche Verständnis von Gesundheit wieder verstärkt in den Blick genommen wird und scheint mit positiver Wirkung auf Nutzer:innen- bzw. Systemebene das Interesse von Entscheidungsträger:innen auf sich zu ziehen. Auch Redelsteiner zeigt auf, dass die eingangs beschriebenen Entwicklungen derzeit zu einer Wiederentdeckung erweiterter Gesundheitsdeterminanten bzw. von Aspekten der Prävention unter der Einbindung formeller sowie informeller Strukturen des Gemeinwesens führen (vgl. 2020:33). Vor diesem Hintergrund befasst sich die vorliegende Masterthese mit Social Prescribing international sowie dem Status quo in Österreich.

2 Vom Erkenntnisinteresse zur Forschung

In diesem Kapitel werden Zielsetzungen der vorliegenden Masterthese und zugrunde liegende Forschungsfragen angeführt. Zudem wird die Vorgehensweise der Autor:innen zur Beantwortung der Forschungsfragen beschrieben.

2.1 Zielsetzung und Forschungsfragen

Peter Gierlinger – Social Prescribing ein internationaler Vergleich

SP verbreitet sich aktuell als Möglichkeit, derzeitigen Herausforderungen im Gesundheits- und Sozialsystem zu begegnen bzw. gegenzusteuern. Das Konzept ist dabei international gesehen unterschiedlich verbreitet bzw. etabliert. In vereinzelt Staaten kommt SP bereits regelmäßig zum Einsatz und es wird von positiver Wirkung berichtet. Obwohl derzeit scheinbar keine lückenlose Evidenzbasis zur Wirkung vorliegt, scheinen sich mehr und mehr Stakeholder:innen in verschiedenen Ländern für das Konzept zu interessieren. Vereinzelt werden in diesen Ländern bereits Pilotprojekte initiiert. Ähnliches konnte in den vergangenen Jahren auch in Österreich beobachtet werden. Im Zuge der Seestädter Gesundheitskonferenz wurde das Gesundheitsbüro in Haslach vorgestellt und als erstes SP-Projekt Österreichs bezeichnet (vgl. Polzer / Commenda 2020).

Österreich steckt hinsichtlich der Umsetzung von SP noch in den Kinderschuhen und es erschien unklar, wie sich das Gesundheitsbüro und die Anwendung des Konzepts im internationalen Vergleich darstellt. Ziel dieses Abschnittes ist es deshalb, einen begründeten Vergleich zwischen dem österreichischen Pilotprojekt und internationalen, etablierten Projekten aufzustellen. Außerdem zielt dieser Teil der Masterthese darauf ab, die Evidenzbasis zur Wirkung von SP zu beurteilen bzw. die internationale Verbreitung des Konzepts zu beleuchten. Die vorliegende Masterthese soll demnach weitere Erkenntnisse zu SP generieren und helfen, ein bisher wenig erforschtes Feld zu untersuchen. Daraus sollen Rückschlüsse zu möglichen Entwicklungen des Konzepts im österreichischen Kontext gezogen werden. Dahingehend wurden folgende Forschungsfragen formuliert:

- F1.** Wie lässt sich die Evidenz von Social Prescribing beurteilen?
- F2.** Welche Modelle von Social Prescribing kommen international zur Anwendung?
- F3.** Wie stellt sich ein österreichisches Social Prescribing Pilotprojekt im Vergleich zu ausgewählten internationalen Projekten dar?

Jacqueline Zeilinger – Social Prescribing im Fokus unterschiedlicher Berufsgruppen

Dem Forschungsvorhaben liegt die Annahme zugrunde, dass sich Social Prescribing als Arbeitsweise bereits in Ansätzen vor allem in Primärversorgungseinheiten findet. Hier übernehmen – so die Annahme – meist Sozialarbeiter:innen diese Aufgabe. Ziel dieses Teils ist es herauszufinden, ob auch andere Berufsgruppen diese Methode nutzen und welche Formen der Verweisung und Weiterleitung sich zeigen. Ziel ist auch darzustellen,

was die Soziale Arbeit oder das Link Working von bereits bestehenden Projekten lernen können und welche Ansätze sich für die Entwicklung und Weiterentwicklung von Social Prescribing in Österreich daraus ergeben. Dazu wurden folgende Forschungsfragen gestellt:

- F4.** Welche Good-Practice-Beispiele aus anderen Berufsgruppen gibt es betreffend Social Prescribing in Österreich? Welche Einzelprojekte gib es hier?
- F5.** Wie sieht die Weiterleitung und Verweisung zu anderen Berufsgruppen aus? Wer sind die Kooperationspartner:innen?
- F6.** Was können die Soziale Arbeit und Social Prescribing von diesen Projekten und Einrichtungen für die Zukunft lernen?

Edin Izic- Link Working oder Case Management?

Anders als das in Österreich relativ junge Konzept von Primärsorgeeinrichtungen mit Social Prescribing, sind die Case und Care Manager:innen bereits seit Ende der 1990er-Jahre im deutschsprachigen Raum tätig (vgl. Goger / Tordy 2020:5). Diese Professionist:innen werden in unterschiedlichen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit eingesetzt und übernehmen dabei auch verschiedene Rollen. Der dritte Abschnitt dieser Masterarbeit soll sich damit beschäftigen, ob diese mittlerweile etablierte Methode der sozialarbeiterischen Profession mit der Rolle von Link Worker:innen in PVE's vergleichbar ist. Hierfür werden die unterschiedlichen Zuständigkeiten, Anforderungen sowie Arbeitsbereiche erforscht, um potenzielle Unterschiede zwischen den Arbeitsweisen herauszuarbeiten. Es wird auf die Ausbildungen der beiden Fachkräfte eingegangen, die jeweiligen Funktionen werden analysiert und ein Vergleich der zwei Systeme wird aufgestellt. Es wurde anhand folgender Leitfragen geforscht:

- F7.** Welche Überschneidungen zwischen den Arbeitsweisen von Link Worker:innen und Case Manager:*innen sind anhand dieser Forschungsarbeit ersichtlich?
- F8.** Inwiefern können Link Worker:innen von einer Case Management Ausbildung profitieren?

2.2 Vorgehensweise

Peter Gierlinger

Um den soeben beschriebenen Zielsetzungen näher zu kommen, wurde im ersten Schritt eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Anhand von festgelegten Suchbegriffen, sollte ein umfassender Blick auf SP-Literatur ermöglicht werden, welche für die Beantwortung der Forschungsfragen relevant ist. Die erfasste Literatur wurde im zweiten Schritt in einer zentralen Datenbank² zusammengefasst. Um die jeweiligen Forschungsfragen beantworten zu können, mussten die Autor:innen eine Auswahl aus der ursprünglich erfassten Literatur treffen. Diese Literatur wurde anschließend mittels inhaltlich-strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz (vgl. 2018) ausgewertet.

² in Zotero – ein computergestütztes Literaturverwaltungsprogramm

Peter Gierlinger – SP ein internationaler Vergleich

Um eine solide Grundlage für den Vergleich der SP-Projekte zu schaffen, war es zu Beginn der Forschungsarbeit notwendig zu erheben, welche SP-Modelle international zur Anwendung kommen, bzw. wie sich die Evidenzbasis zur Wirkung von SP darstellt. Diesbezüglich wurde relevante Literatur aus der Datenbank gefiltert und ausgewertet. Auf Basis dieser Erhebung wurden zwei internationale SP-Projekte ausgewählt, welche für den Vergleich mit dem österreichischen Pilotprojekt passend schienen. Um einen begründeten Vergleich zu ermöglichen, wurde ein Kategoriensystem entwickelt. Die Projekte wurden im nächsten Schritt kategorienbasiert gegenübergestellt, um wesentliche Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede sichtbar zu machen.

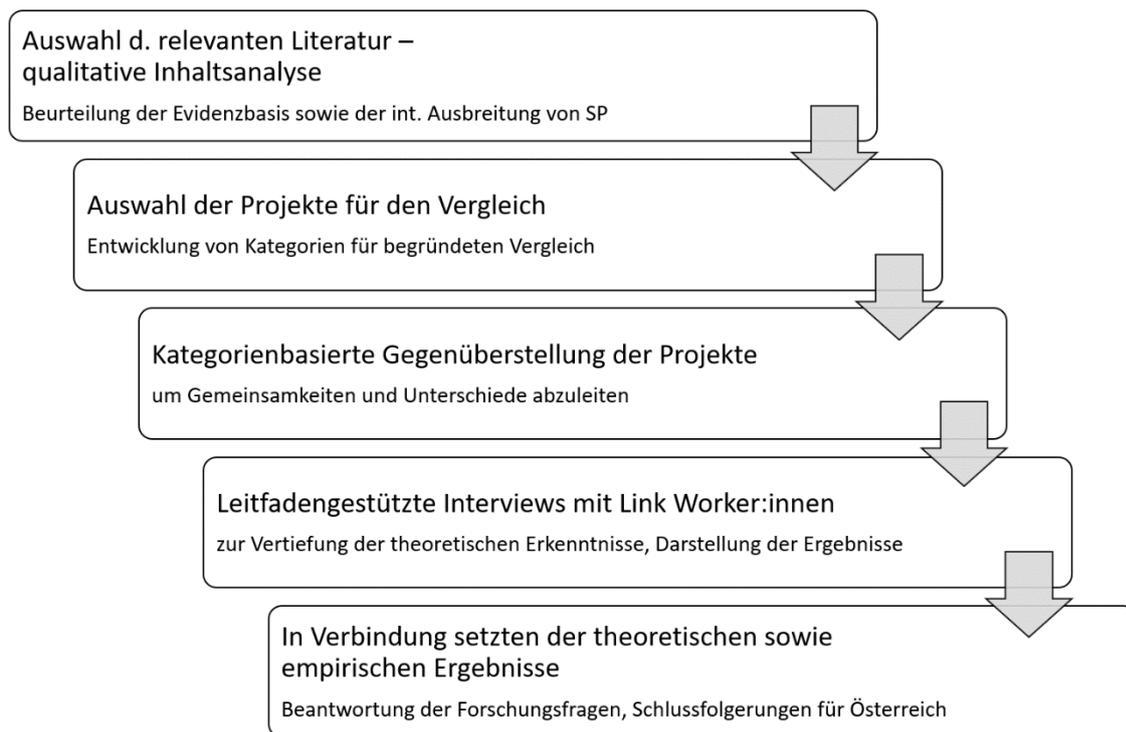


Abbildung 1: Vorgehensweise „SP – ein internationaler Vergleich“ (Gierlinger 2022)

Die daraus gewonnenen theoretischen Erkenntnisse sollten in weiterer Folge durch leitfadengestützte Expert:inneninterviews vertieft werden. Diese eignen sich, um das Wissen von in der Praxis tätigen Link Worker:innen aus den jeweiligen Projekten zu generieren. Abschließend wurden theoretische Erkenntnisse mit empirischen Ergebnissen in Verbindung gesetzt, um Schlussfolgerungen für mögliche weitere Entwicklungen des Gesundheitskonzepts im österreichischen Kontext abzuleiten.

Der Autor dieses Abschnitts nahm im Laufe der Forschungsarbeiten seine Tätigkeit als Sozialarbeiter in der PV in Haslach auf. Im Zuge dieser füllte er auch die Link Working-Funktion innerhalb des PVZ Haslach aus und wurde dadurch selbst Teil des dortigen SP-Pilotprojekts. Der Autor ist sich dieser Doppelrolle (Forschung / Praxis) bewusst und reflektierte gemeinsam mit Kolleg:innen und Dozent:innen des Forschungslabors über Einflüsse bzw. Hindernisse aufgrund der Nähe zum beforschten Feld.

Jacqueline Zeilinger – Social Prescribing im Fokus unterschiedlicher Berufsgruppen

Um die Forschungsfragen bearbeiten zu können, musste zunächst festgestellt werden, welchen Kriterien Social Prescribing Projekte überhaupt entsprechen. Herauszuarbeiten, welche Gemeinsamkeiten bereits bestehende Social Prescribing Projekte haben, war somit der erste Schritt. Das geschah mit Hilfe der strukturierten Literaturanalyse nationaler und internationaler Literatur. In einem zweiten Schritt wurde auf Basis dieser Recherche die Social Prescribing Checkliste (siehe Kapitel 4.4) entwickelt. Diese Checkliste, die auf der Auswertung der Literatur basierte, wurde in einem weiteren Schritt dann durch zwei Interviewrunden mit Expert:innen aus der Praxis überprüft und auf Basis der gewonnen Erkenntnisse modifiziert.

Es wurden leitfadengestützte Interviews im Schnellballsystem in mehreren Runden geführt. Das bedeutet, dass zunächst im bekannten Umkreis der Forscherin nach möglichen Ansatzpunkten gesucht wurde. Welche Personen machen den Eindruck, gut in die informellen und formellen Helfer:innennetze eingebunden zu sein? Welche Personen könnten eventuell Kontakte zu weiteren Berufsgruppen haben und könnten hier einen Kontakt herstellen? Welche Personen könnten die weiteren Gruppenmitglieder empfehlen? Ziel war es, durch eine erste Interviewrunde weitere Kontakte generieren zu können, die dann für den zweiten Interviewabschnitt herangezogen werden konnten. Da sich die dahinterstehende Methodik von Projekten sehr häufig nicht detailliert in öffentlich zugänglichen Dokumenten widerfindet, erscheint die Recherche bzw. die Auswahl der Interviewpartner:innen im dargestellten Schneeballsystem sinnvoll.

Edin Izic Link Working oder Case Management?

Am Anfang des Forschungsprojektes war eine intensive Auseinandersetzung mit den Thematiken des Link Working und des Case Management notwendig. Hierfür wurde einerseits relevante Literatur aus der gemeinsamen Datenbank gefiltert, andererseits mussten aufgrund der Spezifizierung auf Case Management Quellen herangezogen werden, die für den Großteil des restlichen Forschungslabors nicht relevant waren. Es wurde die strukturierte Literaturanalyse angewendet. Nachdem dieser Schritt abgeschlossen war, wurden Kriterien herausgearbeitet, nach denen der Vergleich der zwei Systeme stattfinden sollte. Diese Kriterien waren maßgeblich für die Erstellung, Strukturierung und Schwerpunktsetzung des Interviewleitfadens.

Die Auswahl der Fachkräfte für die leitfadengestützten Expert:inneninterviews erfolgte anhand mehrerer Faktoren wie Berufserfahrung, Quellenberuf, Erfahrung mit dem Konzept des Case Management sowie der Ausbildung für zertifizierte Case Manager:innen. Es wurde versucht, Expert:innen zu finden, die nicht nur einen unterschiedlichen beruflichen Background haben, sondern deren Tätigkeitsfelder und Erfahrungen auch nahe am Feld der Primärversorgung sind oder waren. Um diese Fachkräfte zu identifizieren, wurden sowohl Ressourcen und Fachwissen der von Dozent:innen der Fachhochschule St. Pölten als auch des beruflichen Netzwerk der Studierenden genutzt.

Jacqueline Zeilinger

Nachfolgend wird die Methodik der Forschungsarbeiten näher beschrieben. In den ersten beiden Unterkapiteln wird die eingangs durchgeführte Literaturrecherche beschrieben. Daran anschließend wird die Umsetzung der leitfadengestützten Interviews dargelegt. Zum Abschluss des Kapitels wird auf die Inhaltsanalyse nach Kuckartz eingegangen. An dieser Stelle ist noch anzumerken, dass das Exposé der Arbeit an die niederösterreichische Ethikkommission übermittelt wurde. Mangels gesetzlicher Einreichpflicht wurde per Mail am 14.06.2021 mitgeteilt, dass es keine Einwände gegen diese Forschung gibt.

2.2.1 Systematische Literaturrecherche

Jacqueline Zeilinger

Grundsätzliches Ziel einer systematischen Literaturrecherche ist es, für das Forschungsvorhaben relevante sowie verfügbare Studien zu finden. In einem ersten Schritt ist es nicht notwendig, die festgestellten Studien inhaltlich zu bewerten (vgl. Bayer et al. 2021:4). Die Literaturrecherche für diese Arbeit hat sich in mehrere Teilschritte gegliedert, wie sie auch von Bayer et. al 2019 vorgeschlagen werden:

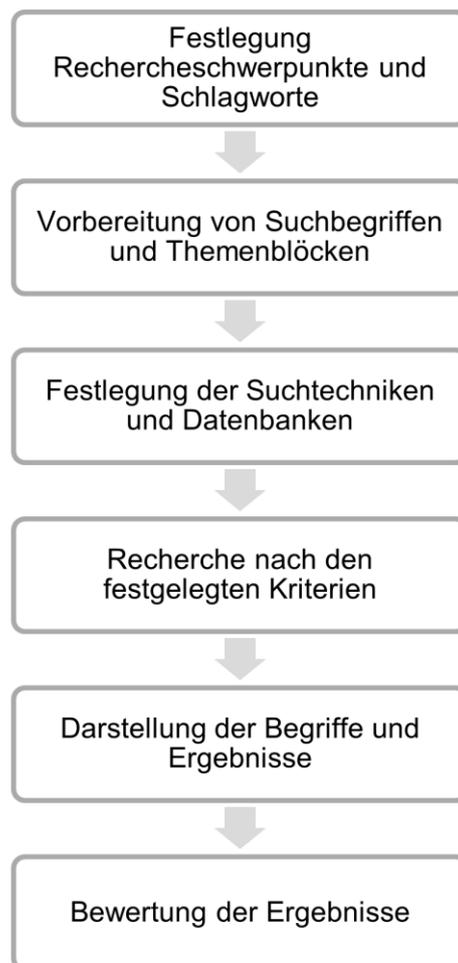


Abbildung 2: Literaturrecherche, in Anlehnung an Bayer et. al 2019 (Zeilinger 2022)

Als ersten Schritt wurden in der Großgruppe Rechenschwerpunkte festgelegt und Schlagworte und Überlegungen³ gesammelt:

- Primärversorgung
- Soziale Verweisung
- Projektentstehung
- In welchem Land findet am meisten Forschung zu diesem Thema statt?
- Welche Abläufe Social Prescribing betreffend gibt es?
- Wer wendet Social Prescribing an?
- Wo wird Social Prescribing in Österreich angewendet und wie?

Um strukturiert nach Primärstudien suchen zu können, war es notwendig, sich Gedanken zu den Suchbegriffen zu machen und diese dann im Anschluss systematisch abzuarbeiten (Vorbereitung Suchbegriffe und Themenblöcke). Weiters musste festgelegt werden, wo (Titel, Abstract, Keywords) sich die Begriffe befinden sollen. Unterschiedliche Schreibweisen sowie Abkürzen der Begriffe mussten ebenso einbezogen werden, wie Synonyme und Verwendungen in anderen als der deutschen Sprache. Für die Recherche wurde festgelegt, dass sich die gesamten Suchwörter sowohl im Titel, im Abstract, in den Keywords, aber auch in den Fließtexten wiederfinden dürfen und unterschiedliche Verwendungen und sprachliche Unterschiede miteinbezogen werden.

Als letzten Schritt vor der eigentlichen Recherche mussten die zu verwendenden Suchtechniken und Datenbanken vereinbart werden: Mit Unterstützung der Hilfwörter für Suchen und Finden von Literatur (OR, AND, NOT) und der Verwendung der Funktion „erweiterte Suche“ in Datenbanken wurden die Recherchen unter anderem in den Datenbanken „cochrane“, „pubmed“, „SageJournal“, „DZI SoLit“ im Zeitraum September 2020 bis Dezember 2020 durchgeführt.

Abschließend wurden die jeweils wichtigsten Erkenntnisse in Tabellenform zusammengefasst und sämtlich gefundenen Quellen in die von der Großgruppe gemeinsam genutzten Datenbank „Zotero“ eingespielt, mit „Tags“ zur besseren Übersicht und Sortierung versehen und zur weiteren Bearbeitung freigegeben.

Die Gruppen haben unterschiedliche Forschungsschwerpunkte. Aus diesem Grund hat jedes Team und jedes Mitglied der Gruppe – passend zur eigenen Forschungsfrage – die gesammelte Literatur von über 600 Suchergebnissen und Dateien, Websites, Foldern, Büchern und Arbeiten persönlich auf den eigenen Nutzen hin gescreent und für die jeweiligen Teile der Arbeiten verwendet.

³ Da die gesamte Großgruppe gemeinsam nach Primärquellen gesucht und diese gesammelt in der Datenbank „Zotero“ aufbereitet hat, kann der Such- und Ergebnisprozess hier nur auszugsweise dargestellt werden. Das gilt für das gesamte Kapitel der Literaturrecherche. Ein Auszug der Rechercheergebnisse ist im Anhang (F) zu finden.

2.2.2 Offene Literaturrecherche

Jacqueline Zeilinger

Durch die Verwendung zweier unterschiedlicher Recherchemethoden soll ein möglichst breites Spektrum an Literatur zur Thematik abgedeckt und bearbeitet werden. Aus diesem Grund wurde neben der systematischen Literaturrecherche auch eine offene Recherche über Google Scholar bzw. im Schneeballsystem (u.a. auch auf Sozialen Netzwerken) durchgeführt. Das bedeutet, dass ohne vorher festgelegte Kriterien beliebige, zum Thema passende Suchbegriffe in Suchmaschinen eingegeben, die gefundenen Quellen nach Relevanz und Passung zur Thematik gefiltert und dann ebenfalls in die Datenbank Zotero nach dem gleichen Vorgehen wie bereits oben beschrieben eingespielt (siehe Kapitel 2.2.1) und der gesamten Gruppe zur Verfügung gestellt wurden.

Auf diesen Datenpool bauen alle weiteren Vorgehensweisen, Theorie- und Literaturteile aller Arbeiten der Gesamtgruppe auf. Dabei ist die Datenbank jedoch nicht als starres System zu betrachten, im Verlauf der Erstellung der Arbeiten stießen die Teammitglieder immer wieder auf neue Quellen, die dann noch hinzugefügt wurden.

2.2.3 Leitfadengestützte Expert:inneninterviews

Peter Gierlinger

Für den wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn dieser Masterthese bzw. um theoretische Erkenntnisse zu erweitern, wurde ein qualitativer Forschungszugang gewählt, da im deutschsprachigen Raum bisher wenig Forschung zu Social Prescribing vorliegt. Expert:inneninterviews eignen sich besonders, um Erfahrungen und Wissen von Praktiker:innen zu erheben und wurden aufgrund der Zielsetzungen bzw. der Forschungsvorhaben als adäquates Erhebungsinstrument identifiziert.

Der Leitfaden stellt bei Expert:inneninterviews ein wesentliches Tool für die:den Interviewer:in dar. Nach Gläser und Laudel bietet dieser die Möglichkeit, durch Vorbereitung die Interviews dahingehend zu gestalten, dass jene Themen erhoben werden, welche für die Beantwortung der Forschungsfragen relevant sind (vgl. Gläser / Laudel 2009:114). Bevor der Leitfaden erstellt wird, sollten unbedingt die Interviewpartner:innen ausgewählt und deren jeweiliger Kontext berücksichtigt werden. Wesentlich war demzufolge die Auswahl geeigneter Interviewpartner:innen. Sofern sich diese in ihrem Themengebieten und dem dazugehörigen Spezialwissen unterscheiden, müssen separate Leitfäden erstellt werden (vgl. ebd.:117). Bei Bedarf kann der Leitfaden auch zwischen den Interviews adaptiert werden (vgl. ebd.:150).

Der Leitfaden als Grundgerüst soll sicherstellen, dass bei allen Interviews gleichartige und alle relevanten Informationen erhoben werden. Diese dienen in weiterer Folge der Beantwortung der Forschungsfragen (vgl. ebd.:142f). Zentral erwies sich, die Fragestellungen möglichst offen zu formulieren, um zu gewährleisten, dass die Interviewpartner:innen möglichst frei und ihrem Wissen entsprechend antworten. Bevor der Leitfaden zum Einsatz kommt, sollte er geprüft werden.

Diesbezüglich wurden in Anlehnung an Gläser und Laudel folgende Fragen herangezogen:

- Warum wird die Frage gestellt?
- Wonach wird gefragt/Was wird erfragt?
- Warum ist die Frage so (und nicht anders) formuliert?
- Warum steht die Frage/der Fragenblock an einer bestimmten Stelle? (vgl. ebd.:149).

2.2.4 Inhaltsanalyse nach Kuckartz

Peter Gierlinger

Sowohl für die durchgeführten Dokumentenanalysen als auch zur Auswertung der leitfadengestützten Expert:inneninterviews wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz herangezogen (vgl. 2018). Diese Form der Auswertung ermöglichte einen computergestützten Auswertungsprozess. Zur Codierung und Auswertung des Datenmaterials wurde MAXQDA⁴ verwendet. Bei der qualitativen Inhaltsanalyse kommt dem Textverstehen bzw. der Textinterpretation wesentliche Bedeutung zu. Im ersten Schritt wurden wichtige Textstellen markiert und erste Memos verfasst. Dies stellt den ersten wesentlichen Schritt im Ablaufschema der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz dar. Abbildung 3 gibt einen Überblick über diesen Prozess:

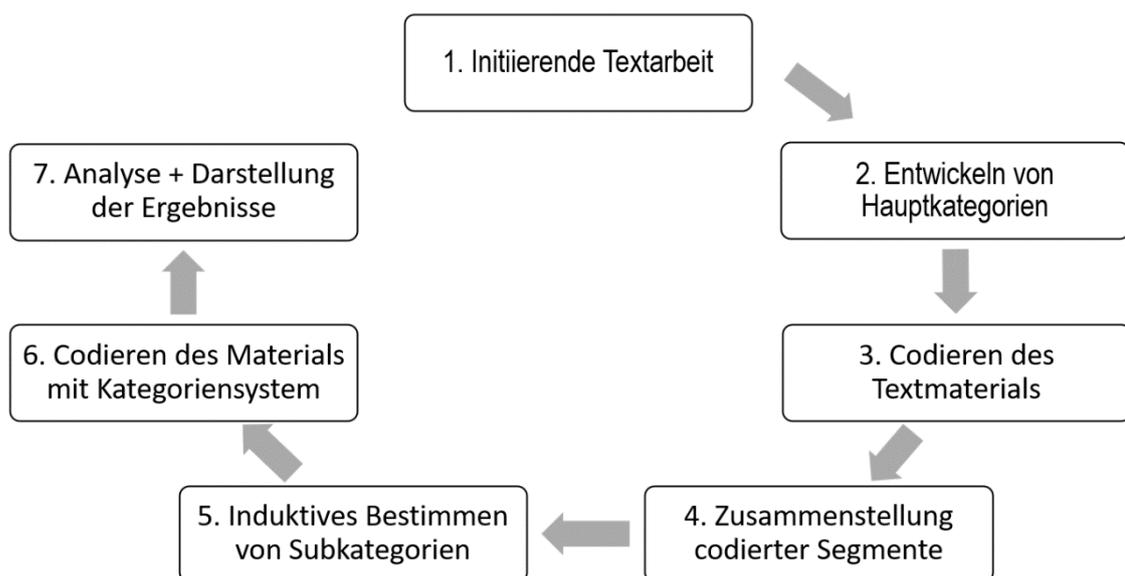


Abbildung 3: Ablaufschema einer qualitativen Inhaltsanalyse in Anlehnung an Kuckartz (Gierlinger 2022)

Im zweiten Schritt galt es, Hauptkategorien zu entwickeln. Kategorien⁵ nehmen im Auswertungsprozess eine ausschlaggebende Funktion ein. Kuckartz schreibt passend dazu, „Die Inhaltsanalyse steht und fällt mit ihrem Kategoriensystem“ (vgl. ebd.:29). Deshalb wurde diesem Arbeitsschritt große Bedeutung zugemessen. Hauptkategorien sind wesentlich vom Forschungsvorhaben bzw. den Forschungsfragen abhängig (vgl. ebd.:63). Für die Auswertung der Interviews gingen diese aus den Leitfäden hervor.

⁴ Computerprogramm zur Analyse von Datenmaterial

⁵ in MAXQDA als Codes bezeichnet

Sie wurden somit deduktiv generiert und an das Datenmaterial herangetragen. Zentral bei der Arbeit mit Kategorien ist eine genaue Beschreibung, aus welcher eindeutig hervorgeht, welche Textstellen mit welchen Kategorien zu versehen sind. Diese Beschreibungen können im Zuge des Analyseprozesses laufend adaptiert und verfeinert werden (vgl. ebd.:37). Im dritten Schritt wurde das Datenmaterial mit den Hauptkategorien codiert. Daran anschließend wurden im vierten Schritt erstmals Textstellen, welche mit den gleichen Kategorien codiert wurden, zusammengestellt. Im Zuge dessen galt es im fünften Schritt, die Hauptkategorien weiterzuentwickeln bzw. ausdifferenzieren. Dadurch entstehen sogenannte Subkategorien.

Die Gesamtheit aller Kategorien, bestehend aus Haupt- und dazugehörigen Subkategorien, bezeichnet Kuckartz als Kategoriensystem. Gemeinsam mit den betreffenden Beschreibungen bilden sie das Kategorienhandbuch (vgl. ebd.:39). Im sechsten Schritt wurde das gesamte Textmaterial mit dem Kategoriensystem codiert (vgl. ebd.:99). An dieser Stelle soll festgehalten werden, dass nach Kuckartz eine Textstelle mehreren Kategorien zugeordnet werden kann (vgl. ebd.:103). Dadurch können sich Überschneidungen ergeben und Aussagen aus dem Datenmaterial können sich in mehreren Kategorien wiederfinden. Daran anschließend erfolgte im 7. und letzten Arbeitsschritt eine kategorienbasierte Gegenüberstellung der codierten Transkripte. Daraus gewonnene Ergebnisse gilt es entsprechend aufzubereiten.

3 Social Prescribing – ein internationaler Vergleich

Peter Gierlinger

Dieser Teil der Masterthese beschäftigt sich mit der Evidenzbasis von SP sowie der internationalen Verbreitung des Konzepts und stellt einen Vergleich zu einem der ersten österreichischen SP-Pilotprojekte her. Im ersten Unterkapitel wird zunächst die Evidenzbasis von SP beleuchtet. Daran anknüpfend werden Modelle von SP sowie die internationale Verbreitung des Konzepts beschrieben. Auf Basis dessen werden zwei internationale Projekte für den Vergleich mit dem österreichischen ausgewählt. In Kapitel 3.3 werden diese Projekte zuerst näher vorgestellt, bevor sie kategorienbasiert gegenübergestellt und miteinander verglichen werden. Ergänzend dazu wurden Expert:inneninterviews durchgeführt. Der dahinterliegende Prozess sowie gewonnene Erkenntnisse werden in Kapitel 3.4 zusammengefasst. Zum Abschluss dieses Teils der Masterthese werden Ergebnisse diskutiert und Schlussfolgerungen für mögliche weitere Entwicklungen im österreichischen Kontext abgeleitet.

3.1 Die Evidenzbasis von Social Prescribing

Im Zuge der Literaturarbeit wurde rasch deutlich, dass Stakeholder:innen bzw. Entscheidungsträger:innen SP eine gewisse Erwartungshaltung entgegenbringen. Schließlich wurde das Konzept als kosteneffiziente und effektive Maßnahme vorgeschlagen, um aktuellen Entwicklungen bzw. Herausforderungen im Gesundheits- und Sozialsystem entgegenzuwirken (vgl. Husk et al. 2019b:309). Durch SP und eine Anbindung an lokale, nicht-klinische Angebote erhofft man sich neben der Verbesserung der Gesundheit, des Wohlbefindens sowie der Gesundheitskompetenz von Nutzer:innen auch eine Entlastung der Primärversorgung sowie Kosteneinsparungen (vgl. Buck / Ewbank 2020; Elston et al. 2019; Husk et al. 2019b; Polley et al. 2017). Tabelle 1 stellt wesentlich erwartete Wirkungen von SP auf Nutzer:innen- bzw. Systemebene gegenüber.

Tabelle 1: erwartete Wirkung von SP auf Nutzer:innen- bzw. Systemebene (Gierlinger 2022)

Nutzer:innenebene	Systemebene
Gesundheit und Wohlbefinden der Nutzer:innen verbessert sich (vgl. Husk et al. 2019b)	Primärversorgung und dort tätige Fachkräfte werden entlastet (vgl. Elston et al. 2019; Husk et al. 2019b; Polley et al. 2017)
Gesundheitskompetenz der Nutzer:innen wird gestärkt (vgl. Buck / Ewbank 2020)	Ersparnisse für das Gesundheits- und Sozialsystem (vgl. Husk et al. 2019b)
Fokus auf erweiterte Gesundheitsdeterminanten als Ursache von Krankheit und Faktor für Gesundheit (vgl. ebd.).	Erleichtertes Verweisen zu lokalen Angeboten (vgl. ebd.).

Verschiedene Studien (vgl. Bertotti et al. 2018; Farenden et al. 2015; Moffatt et al. 2017) deuten darauf hin, dass insbesondere folgende Personengruppen von SP profitieren können:

- ältere, isolierte bzw. einsame Menschen
- chronisch sowie psychisch erkrankte Menschen, deren Erkrankung Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche zeigt (z.B. Arbeit, Wohnen, soziales Netz)
- sozial benachteiligte Menschen mit geringem sozioökonomischen Status (z.B. Armutsbetroffene, prekäre Wohnsituation oder niedriges Bildungsniveau)
- Menschen, welche sich in der breiten Angebotslandschaft schwer zurecht finden oder eine geringe Gesundheitskompetenz aufweisen und deshalb Unterstützung bzw. Motivation brauchen

Das Gesundheitskonzept scheint seine Wirkung insbesondere für vulnerable Zielgruppen zu entfalten, für welche es konzipiert wurde. Trotz beschriebener positiver Wirkung scheint aus derzeitiger Sicht nicht eindeutig belegt, ob bzw. weshalb SP wirkt. Im nachfolgenden Kapitel wird deshalb der Frage nachgegangen, ob das Konzept den Erwartungen gerecht werden kann. Um die Evidenzbasis zur Wirkung von SP beleuchten zu können, musste im ersten Schritt eine Auswahl aus der ursprünglich erfassten Literatur getroffen werden. Dabei wurde ausschließlich jene Literatur aus der Datenbank herangezogen, welche im Titel bzw. Abstract oder aufgrund gesetzter Tags (z.B. „Evidenz“ oder „Wellbeing“) erkennen ließ, dass die Wirkungsweise bzw. Evidenzbasis von SP beschrieben wird. Auf diesem Weg wurden sowohl Literatur-Reviews, Studien zu SP als auch Evaluationsberichte einzelner Projekte erfasst. Insgesamt erfüllten 57 Quellen diese Kriterien, von welchen 51 berücksichtigt werden konnten.

Die Auswertung der Dokumentenanalyse erfolgte durch eine inhaltlich-strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (vgl. 2018) (siehe Kapitel 2.3.4). In den letzten Jahren wurden viele Erkenntnisse zur Wirkung von SP publiziert. Diese stützen sich mehrheitlich auf qualitative, aber auch auf quantitative Daten. Aus der initiierenden Textarbeit ging hervor, dass die Wirkung von SP durch das Erreichen bzw. Nicht-Erreichen vorab festgelegter Ziele operationalisiert wird. Diese stimmen im Wesentlichen mit der erwarteten Wirkung überein und lassen sich zu folgenden Kategorien zusammenfassen:

1. Verbesserung der Gesundheit bzw. des Wohlbefindens der Nutzer:innen
2. Reduktion von Belastungen / Kosten für das Gesundheits- und Sozialsystem
3. Vernetzung und positiver Einfluss auf lokale Angebote

Anschließend wurden entsprechende Textpassagen der Dokumente mit den induktiv generierten Kategorien versehen und ausgewertet. Wesentliche Erkenntnisse daraus werden nachfolgend beschrieben. Die Kategorien (= Ziele) wurden beim Verfassen des Kapitels als Strukturierungsmittel herangezogen.

3.1.1 Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens

Aktuelle Forschungsergebnisse deuten auf einen positiven Einfluss von SP auf Gesundheit und Wohlbefinden der Nutzer:innen hin. Viele Erkenntnisse beruhen auf qualitativen Forschungsmethoden und Befragungen über die Auswirkung von SP. Die Nutzer:innen berichten mehrfach von einem deutlich verbesserten allgemeinen Wohlbefinden und einer verbesserten psychischen sowie physischen Gesundheit (vgl. Aggar et al. 2020; Elston et al. 2019; Hamilton-West et al. 2020; Hanlon et al. 2019; Leavell et al. 2019; Mulligan et al. 2020; Wakefield et al. 2020). Positive Effekte auf Gesundheit und Wohlbefinden werden nicht „nur“ von Nutzer:innen, sondern auch von involvierten Fachkräften wahrgenommen (vgl. Kilgarriff-Foster / O’Cathain 2015:11; Polley et al. 2017:6).

SP führt außerdem dazu, dass sich Selbstvertrauen, Motivation, Stimmung sowie die allgemeine Lebenseinstellung der Nutzer:innen verbessert und Angstgefühle reduziert werden können (vgl. Carnes et al. 2017; Ferguson / Hogarth 2018; Woodall et al. 2018). Zusätzlich wirkt SP der Einsamkeit von Nutzer:innen entgegen (vgl. Elston et al. 2019; Foster, A. et al. 2020; Hamilton-West et al. 2020; Kellezi et al. 2019; Wakefield et al. 2020; Wildman, J.M. et al. 2019). Dies ist insofern von besonderer Bedeutung, als aktuelle Studien belegen, dass Isolation bzw. Einsamkeit und das Fehlen von bedeutungsvollen Beziehungen die Gesundheit der Menschen wesentlich bedrohen (vgl. Foster, A. et al. 2020:2; Kellezi et al. 2019:9). Foster et al. und Mulligan et al. bestätigen, dass durch SP deutliche Verbesserungen hinsichtlich des Gefühls der sozialen Verbundenheit eintreten und sich soziale Netze bilden (vgl. 2020:5; 2020:31). Deshalb eignet sich SP, um gesundheitsgefährdenden Folgen aufgrund Vereinsamung entgegenzuwirken bzw. diese präventiv abzuwenden (vgl. Foster, A. et al. 2020:5; Kellezi et al. 2019:9; Wakefield et al. 2020:8). Zusätzlich tragen SP-Projekte dazu bei, die Fähigkeit von Nutzer:innen zu verbessern, gesundheitliche Anliegen eigenverantwortlich anzugehen bzw. dahingehend mehr Selbstverantwortung zu übernehmen (vgl. Mulligan et al. 2020:30; Wildman, J.M. et al. 2019:1). Diesen positiven Effekten von SP kritisch gegenüber steht der Literatur-Review von Chatterjee et al. Sie erfassen Erkenntnisse aus 86 SP-Projekten in Großbritannien und weisen darin auf bedeutende Lücken der Evidenz zur Wirksamkeit von SP für bestimmte Bevölkerungsgruppen hin (vgl. 2018). Ähnlich dazu zeigen Hanlon et al. auf, dass die wahrgenommenen Auswirkungen der Interventionen unter den Nutzer:innen beträchtlich variieren können und zum Teil keine Wirkung eintritt (vgl. Hanlon et al. 2019:7f).

3.1.2 Reduktion von Kosten und Belastungen des Gesundheits- und Sozialsystems

SP hat Potential, Kosten und Belastungen des Gesundheits- u. Sozialsystems zu reduzieren. Mehrere Studien weisen darauf hin, dass die Anwendung bzw. Ausweitung von SP zu Kostenreduktionen für das Gesundheits- und Sozialsystem führen kann, da Nutzer:innen seltener Leistungen der PV bzw. Sozialdienstleistungen in Anspruch nahmen (vgl. Farenden et al. 2015:37; Kilgarriff-Foster / O’Cathain 2015:11; Maughan et al. 2016:114; Polley et al. 2017:6). Mulligan et al. führen in ihrem Bericht passend

dazu an, dass SP bei sogenannten Dauerpatient:innen⁶ zu einer Reduktion wiederholter Besuche der Primärversorgung führt (vgl. 2020:3). Dies sorgt für freie Kapazitäten in der Primärversorgung und könne helfen, das Gesundheitspersonal zu entlasten. Auch in Evaluationsberichten einzelner Projekte werden Kosteneinsparungen bzw. positive Renditen von SP beschrieben. Dayson und Bennet geben beispielsweise an, die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen durch Nutzer:innen eines SP-Projekts habe derart abgenommen, dass von einem positiven finanziellen „Ertrag“ bei längerer Projektlaufzeit ausgegangen wurde (vgl. 2016:4). Auch Foster et al. sprechen in ihrer Evaluation von einer günstigen Kosten-Nutzen-Relation⁷ des Projekts (vgl. 2020:5).

Wie jedoch in den jüngsten Literatur-Reviews von Bickerdike et al., des „Centre for Reviews and Dissemination“ und von Polley et al. aufgezeigt wird, ist dieser Einfluss noch keineswegs vollständig belegt (vgl. 2017:16; 2017:6; 2015:1). Sie sind sich lediglich darüber einig, dass die Evidenzbasis aufgrund fehlender methodisch fundierter Nachweise nicht solide genug ist, um den Einfluss von SP auf Kosten- bzw. Belastungsreduktionen zweifelsfrei belegen zu können. Ohne weitere Forschung wäre es deshalb voreilig zu behaupten, flächendeckendes SP würde die Belastung sowie Kosten für das Gesundheits- und Sozialsystem reduzieren (vgl. Bickerdike et al. 2017:16; Polley et al. 2017:6).

3.1.3 Positiver Einfluss auf Vernetzung und lokale Angebote

SP unterstützt die Vernetzung zu und zwischen lokalen Akteur:innen sowie innerhalb der Bevölkerung und führt zu einer Verbesserung dieser (vgl. Farenden et al. 2015:34; Ferguson / Hogarth 2018:13). Nutzer:innen wird dadurch erleichtert, auf vorhandene Ressourcen im nahen Umfeld zurückzugreifen und dadurch positive Auswirkungen auf die eigene Gesundheit zu erzielen. Skivington et al. geben außerdem an, dass SP die sektorübergreifende Zusammenarbeit fördert (vgl. 2018:489). Organisationen des 3. Sektors könnten dadurch besser mit der Primärversorgung zusammenarbeiten. Dies erleichtere gleichzeitig, die Präsenz von lokalen Angeboten in Organisationen der Primärversorgung zu erhöhen und diese sichtbar sowie zugänglicher zu machen (vgl. ebd.). SP könne demnach dazu beitragen, die Lücke zwischen medizinischer Versorgung und Angeboten des 3. Sektors zu schließen. Gleichzeitig lässt sich das Bewusstsein für Vorteile einer gegenseitigen Unterstützung erhöhen (vgl. Farenden et al. 2015:34). Erst dadurch wird eine integrierte Versorgung gewährleistet und es kann sichergestellt werden, dass die "richtigen" Personen, zur „richtigen“ Zeit Zugang zu passenden Angeboten⁸ haben (vgl. ebd.). Zusätzlich dazu beschreiben Dayson und Bashir, dass lokale Akteur:innen stark von SP profitieren, da in Dienste und Angebote des 3. Sektors investiert wird. Dies wirke wie ein Katalysator für ganze Regionen bzw. lokale Angebote und ermöglicht, dass diese ihr Bestehen absichern, Angebote erweitern oder neue initiieren können (vgl. 2014:12).

⁶ häufig als Drehtürpatient:innen bezeichnet, die in kurzen Zeitabständen wiederholt Versorgungsleistungen des Gesundheitssystems in Anspruch nehmen.

⁷ „SP provides favourable returns on investment“ (vgl. Foster, A. et al. 2020:5).

⁸ „best point of Service“

Da die sektorübergreifende Zusammenarbeit oft auf persönlichen Beziehungen beruht (an jeweilige:n Link Worker:in gebunden) und häufig nicht auf organisatorischer Ebene besteht, ergeben sich jedoch Herausforderungen in Bezug auf die Reichweite sowie die Nachhaltigkeit dieser Netzwerke (vgl. Skivington et al. 2018:493). Auch bzgl. der Vernetzung und positiver Einflüsse auf lokale Angebote wurde im Zuge der Literaturanalyse deutlich, dass sich diese Annahmen in den meisten Fällen auf qualitative Forschungen stützen, da quantitative Belege hierfür derzeit begrenzt sind.

3.1.4 Fazit zur Evidenzbasis von Social Prescribing

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass SP Potenzial hat, Menschen mit komplexen Gesundheits- sowie Sozialbedürfnissen zu unterstützen, um deren Gesundheit sowie Wohlbefinden zu verbessern. SP scheint ein vielversprechender Ansatz zu sein, um Belastungen und Kosten des Gesundheits- sowie Sozialsystems zu vermindern und die Vernetzung von lokalen Akteur:innen bzw. innerhalb der Bevölkerung voranzutreiben. Tabelle 2 fasst in der Literatur beschriebene positive Wirkung von SP zusammen.

Tabelle 2: Übersicht zur Wirkung von Social Prescribing (Gierlinger 2022)

Kategorie	Wirkung	Quelle
1. Gesundheit und Wohlbefinden verbessern	Verbessertes allgemeines Wohlbefinden, verbesserte psychischen sowie physischen Gesundheit	(Aggar et al. 2020; Elston et al. 2019; Hamilton-West et al. 2020; Hanlon et al. 2019; Leavell et al. 2019; Mulligan et al. 2020; Wakefield et al. 2020)
	Verbesserung wird von Nutzer:innen und Professionist:innen wahrgenommen	(Kilgarriff-Foster / O’Cathain 2015; Polley et al. 2017)
	Verbessertes Selbstvertrauen, verbesserte Motivation, Stimmung sowie allgemeine Lebenseinstellung, Reduktion von Angstgefühle	(Carnes et al. 2017; Ferguson / Hogarth 2018; Woodall et al. 2018)
	Wirkt Einsamkeit entgegen, erhöht Gefühl sozialer Verbundenheit	(Elston et al. 2019; Foster, A. et al. 2020; Hamilton-West et al. 2020; Kellezi et al. 2019; Wakefield et al. 2020; Wildman, J.M. et al. 2019)
	SP bestärkt Nutzer:innen, gesundheitliche Anliegen eigenverantwortlich anzugehen bzw. dahingehend mehr Selbstverantwortung zu übernehmen	(Mulligan et al. 2020; Wildman, J.M. et al. 2019)
2. Belastungen für Gesundheits- und Sozialsystem reduzieren	Nutzer:innen nehmen Leistungen der Primärversorgung weniger oft in Anspruch, auch Inanspruchnahme von Sozialdienstleistungen reduzierte sich	(Farenden et al. 2015; Kilgarriff-Foster / O’Cathain 2015; Maughan et al. 2016; Polley et al. 2017)
	Wiederholte Besuch von Drehtürpatient:innen konnten reduziert werden	(Mulligan et al. 2020)
	Erwartete positive Erträge bei längerer Projektlaufzeit	(Dayson / Bennett 2016; Foster, A. et al. 2020)
3. Vernetzung und lokale Angebote positiv beeinflussen	Verbesserte Vernetzung zwischen lokalen Angeboten und innerhalb der Bevölkerung	(Farenden et al. 2015; Ferguson / Hogarth 2018)
	Verbesserung einer sektorübergreifenden Zusammenarbeit (z.B. zwischen lokalen Angeboten und der PV), Höheres Bewusstsein für Vorteile einer gegenseitigen Unterstützung, Schließung der Lücke zwischen medizinischer Versorgung und lokalen Angeboten	(Skivington et al. 2018)
	SP als Katalysator für ganze Regionen, Investition auch in lokale Angebote, lokale Akteur:innen können bestehen absichern bzw. Angebote ausweiten	(Dayson / Bashir 2014)

Trotz positiver Wirkungen von SP muss festgehalten werden, dass Limitationen vorliegen (vgl. Hamilton-West et al. 2019). Derzeit kann trotz zunehmender Verbreitung des Konzepts keine lückenlose Evidenzbasis vorgewiesen werden. Husk et al. kritisieren, die Evidenzbasis wäre in ihrer Qualität und ihrem Umfang beschränkt, da bisher wenig Konsens über geeignete Bewertungsmaßstäbe besteht (vgl. 2019b:310). Die vorliegende Evidenz bezieht sich häufig auf einen kleinen Untersuchungsumfang mit qualitativen Forschungsmethoden. Viele Studien greifen auf geringe Teilnehmer:innenzahlen zurück und verzichten auf adäquate Kontrollgruppen. Hinzu kommt die Tatsache, dass SP-Projekte stark von lokalen Gegebenheiten abhängig sind und deshalb in ihrer Umsetzung deutliche Unterschiede vorliegen. Dies führt dazu, dass Evaluierungen schwierig durchzuführen, zu vergleichen und hinsichtlich ihrer Qualität zu bewerten sind (vgl. Husk et al. 2019a:6f).

Husk et al. verdeutlichen weiter, dass frühere Studien Evidenzlücken in Bezug auf die Wirksamkeit der Programme, den Prozess der Überweisung und Durchführung, die Eignung von SP für verschiedene Zielgruppen, die Kosteneffektivität der Projekte oder den Einfluss auf die Arbeitsbelastung von Hausärzt:innen aufweisen (vgl. 2019b:310). Die Mehrbelastung von Ärzt:innen oder anderen Gesundheitsberufen durch Verweisungstätigkeiten⁹ scheint im gesamten Diskurs bisher eher vernachlässigt. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Evidenzbasis von SP derzeit der Praxis hinterher hinkt (vgl. Husk et al. 2019a:6, vgl. b:309).

Vorliegende Limitationen bedeuten jedoch nicht, dass SP unwirksam ist – im Gegenteil: Vor allem Ergebnisse aus qualitativen Studien zeigen, dass Nutzer:innen sowie Professionist:innen wesentlich von SP profitieren können und positive Effekte beschreiben (vgl. Drinkwater et al. 2019:1; Kilgarriff-Foster / O’Cathain 2015:11). Mit Sicherheit kann jedoch ein Bedarf an weiteren Erkenntnissen darüber abgeleitet werden, was gutes bzw. wirkungsvolles SP konstituiert – insbesondere angesichts der Vielzahl an bestehenden Umsetzungsvarianten, verordneten Aktivitäten sowie Zielgruppen, für die SP eingesetzt wird. Das NHS nennt in diesem Zusammenhang einheitliche Evaluationsmöglichkeiten von SP-Modellen als wesentliches Kriterium, um künftig die Wirkung von SP sowohl besser verstehen als auch belegen zu können (vgl. NHS England 2019a:10). Auch Polley et al. sehen einen Bedarf, die Evaluation von laufenden Projekten zu verbessern, um einen klareren Vergleich hinsichtlich der Auswirkungen und Effektivität zu ermöglichen (vgl. 2017:7).

3.2 Social Prescribing international

Nachdem die Evidenzbasis von SP beleuchtet wurde, wird in diesem Kapitel der internationale Stand von SP – mit Fokus auf den englischsprachigen sowie europäischen Raum – dargestellt. Diesbezüglich wird zuerst der Frage nachgegangen, welche Modelle von SP zur Anwendung kommen und welche Schlüsselmerkmale sich in der Literatur finden. Daran anschließend wird das Ausmaß der Anwendung von SP beschrieben und

⁹ Unter Verweisung wird in diesem Zusammenhang das PV-interne Verweisen zu Link Worker:innen verstanden.

abschließend begründet, warum welche Projekte für den Vergleich mit dem österreichischen SP-Projekt ausgewählt wurden. Um den internationalen Stand von SP beurteilen zu können, musste eine Auswahl aus der ursprünglich erfassten Literatur getroffen werden. Diesbezüglich wurde jene Literatur herangezogen, welche im Titel bzw. Untertitel, dem Abstract oder aufgrund gesetzter Tags erkennen ließ, dass SP-Projekte / Modelle bzw. die Verbreitung des Konzepts beschrieben werden. Insgesamt erfüllten 62 Quellen diese Kriterien. Davon konnten 53 in der Dokumentenanalyse berücksichtigt werden. Die Analyse wurde mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz (vgl. 2018) ausgewertet (siehe Kapitel 2.3.4). Tabelle 3 gibt einen Überblick über das verwendete, deduktiv / induktiv generierte Kategoriensystem.

Tabelle 3: Kategoriensystem zur Beurteilung der internationalen Ausbreitung von SP (Gierlinger 2022)

Hauptkategorie	Unterkategorien
Projekt	Projektbeschreibung (bestehend, geplant)
Modell	Signposting, Light, Medium, Holistic
Kontext	Einzugsgebiet, Bevölkerungsmerkmale, Zielgruppe(n), Bedarfe, Primärversorgung
Zielsetzung	Gesundheit & Wohlbefinden, Reduktion von Belastungen & Kosteneinsparungen, Ungleichheiten entgegenwirken, Vernetzung
Schlüsselmerkmale	Überweisung, Verschreibung, Teilnahme
Angebote	Kreativ, verbindend, aktiv, Existenzsicherung
Ausbau von SP	Interesse, Erprobung, feste Implementierung

Insgesamt wurden auf diesem Weg 47 SP-Projekte¹⁰ aus verschiedenen Ländern erfasst. Ergänzt wurden die Erkenntnisse um Inhalte der 3. internationalen „Social Prescribing Network“ Konferenz. In dieser lag der Schwerpunkt unter anderem auf internationalen Entwicklungen bzw. der Ausbreitung von SP (vgl. 2021).

3.2.1 Modelle von Social Prescribing

Bereits anhand der Bezeichnungen der erfassten Projekte ließ sich erahnen, wie vielfältig SP international zur Anwendung kommt. Deutlicher wurde diese Vielfalt bei genauerer Analyse der Projektbeschreibungen bzw. Evaluationsberichte. Aus dieser geht hervor, dass sich die verschiedenen Projekte anhand folgender wesentlicher Kriterien unterscheiden: 1. Kontext, 2. Umsetzungsform und 3. Zielsetzung bzw. Zielgruppe. Trotz dieser Unterschiede wagte Kimberlee einen ersten Versuch, SP-Projekte und die verschiedenen Formen der Umsetzung zu vier wesentlichen Modellen zusammenzufassen (vgl. 2013). Ausgangspunkt seiner Definition war, dass unter Fachleuten scheinbar keine klare Übereinstimmung darüber bestand, was genau SP konstituiert (vgl. ebd.:16). Kimberlee beschreibt unterschiedliche Modelle von SP, welche nach wie vor im Fachdiskurs Anwendung finden, um SP-Projekte zu „kategorisieren“ (vgl. 2013).

¹⁰ Eine Auflistung sowie Kurzbeschreibung der erfassten Projekte in tabellarischer Form findet sich im Anhang.

- Das erste Modell von SP bezeichnet Kimberlee als **Signposting**¹¹. Darunter werden Projekte verstanden, welche „nur“ auf einfaches Weiterverweisen von Nutzer:innen zu lokalen Angeboten setzen. Signposting-Modelle sind häufig strukturierte Sammlungen von Angeboten und Aktivitäten, zu denen verwiesen werden kann, um Wohlbefinden sowie Gesundheit zu verbessern. In der Regel besteht jedoch keine Verbindung zur lokalen Primärversorgung, weshalb ein laufender Austausch nicht möglich ist. Infolgedessen kann kaum nachgehend gearbeitet werden. Überweisen involvierte Fachkräfte im Sinne des Signposting, liegt es ausschließlich an potenziellen Nutzer:innen, weiterführende Aktivitäten bzw. Hilfsangebote aufzusuchen (vgl. ebd.:17). Dies impliziert, dass gewisse Zielgruppen durch dieses Modell vermutlich nicht ausreichend unterstützt werden (vgl. Husk et al. 2019b:320). Außerdem werden Signposting-Modelle hinsichtlich ihrer Wirkung oft nur minimal evaluiert (vgl. Kimberlee 2013:17). Ein Beispiel für ein Signposting-Modell ist das Online-Tool „Social Mirror Project“, welches Nutzer:innen helfen soll, Zugang zu passenden lokalen Angeboten und Unterstützungsmöglichkeiten zu erhalten (vgl. ebd.). Kimberlee und später auch das NHS hielten fest, dass Signposting ein wesentliches Element aller vier Modelle von SP ist (vgl. 2016:21).
- Als **SP-light** bezeichnet Kimberlee jene Form von SP, welche derzeit vermutlich am häufigsten zur Anwendung kommt. Ein ähnliches Bild zeichnete sich auch bei der durchgeführten Dokumentenanalyse, denn ein großer Teil der erfassten Projekte konnte als SP-light eingestuft werden. Dabei handelt es sich um Projekte, welche sich mit spezifischen Angeboten an ausgewählte Zielgruppen richten (vgl. Kimberlee 2013:18). Potenzielle Nutzer:innen mit gewissen Risikofaktoren werden verwiesen, um spezifische Bedarfe zu decken. Auch bei diesem Modell besteht üblicherweise keine direkte Verbindung zur PV (vgl. ebd.). Kimberlee führt beispielsweise Projekte an, welche Bewegungskurse für übergewichtige Menschen anbieten („Bewegung auf Rezept“) (vgl. ebd.:19).
- **SP-medium** steht für Projekte, welche bereits an die lokale Primärversorgung angebunden sind und von dort ausgehend einen klaren Auftrag bekommen. Dieser erfordert üblicherweise, dass auf bestimmte, innerhalb der PV wahrgenommene Bedürfnisse von Patient:innen adäquat reagiert wird. Patient:innen werden von Gesundheitsberufen der Primärversorgung zu Link Worker:innen verwiesen. Diese vermitteln zu adäquaten lokalen Angeboten. Zusätzlich sollen spezifische Angebote entwickelt und umgesetzt werden, um bedarfsgerechte Unterstützung im PV-Kontext zur Verfügung zu stellen (z.B. initiieren von Bewegungsangeboten für Patient:innen mit Bluthochdruck oder Gruppenangebote für einsame und isolierte Patient:innen).
- Unter **Holistic-SP** versteht Kimberlee Projekte, welche aus Partnerschaften zwischen der PV und Organisationen des dritten Sektors entstehen. Diese entwickeln sich häufig im Laufe der Zeit flexibel bzw. innovativ weiter. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass gesundheitliche sowie soziale Bedürfnisse der Menschen ganzheitlich bzw. vielfältig angegangen werden. Diese Art von Projekten entsteht häufig, um auf lokale Gegebenheiten (z.B. hoher Migrationsanteil in der Bevölkerung, hohe Deprivation oder Vielzahl an Menschen mit psychischen Problemen) zu reagieren und bietet al-

¹¹ = „Den Weg weisen“

ternative Lösungen, um wahrgenommene Bedürfnisse bzw. Problemlagen von Patient:innen in der Primärversorgung zu adressieren. Gesundheitsberufe können auf direktem Weg mit den Link Worker:innen in Kontakt treten, um Bedürfnisse der Patient:innen zu übermitteln. Das Verweisen erfolgt häufig über gemeinsam genutzte Computerprogramme. Nutzer:innen werden durch Einzelgespräche mit Link Worker:innen unterstützt. Den Link Worker:innen kommt dabei die Aufgabe zu, jene Bereiche zu identifizieren, welche die Auslöser für das fehlende Wohlbefinden sein könnten (vgl. ebd.:20f). Holistic-SP-Projekte initiieren in der Regel auch Aktivitäten und Angebote, zu welchen direkt überwiesen werden kann.

3.2.2 Gemeinsamkeiten: Prozess, Zielsetzung und Angebote

Trotz verschiedener Modelle finden sich in der Literatur auch Gemeinsamkeiten. Die Projekte verfolgen ähnliche übergeordnete Ziele: 1. Verbesserung der Gesundheit sowie des Wohlbefindens der Nutzer:innen, 2. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung entgegenwirken und 3. Belastungen des Gesundheits- und Sozialsystems reduzieren. Im Prozess, welcher SP innerhalb der Projekte zugrunde liegt, zeigen sich folgende Kernelemente:

- SP startet mit einer **Verweisung** – d.h. Professionen der PV können Patient:innen an Link Worker:innen verweisen. Bei vielen Projekten können auch lokale Akteur:innen überweisen. Auch Selbstzuweisungen, beispielsweise aufgrund persönlicher Empfehlung durch Freunde oder Bekannte sind möglich (vgl. Davison et al. 2019:4).
- In weiterer Folge kommt es zu einer (sozialen) **Verschreibung**. Nutzer:innen werden zu Angeboten vermittelt. Dies geschieht durch Link Worker:innen und auf Basis der gemeinsam erhobenen Bedürfnisse, Ressourcen und Stärken der Nutzer:innen (vgl. ebd.). Je nach Modell (signposting, light, medium, holistic) ergibt sich eine unterschiedliche „Betreuungsintensität“, welche bestimmt, wie umfangreich Link Worker:innen unterstützen (vom einfachen Weiterverweisen aufgrund ausgefüllter Checklisten bis hin zu ganzheitlichen Beratungen inklusive Begleitung zum jeweiligen Angebot).
- Im nächsten Schritt kommt es – sofern die Nutzer:innen erfolgreich angebunden wurden – zur **Teilnahme** an verschriebenen Aktivitäten / Angeboten (vgl. ebd.).

Dementsprechend nehmen lokale Angebote und Aktivitäten eine zentrale Rolle ein. Es scheint jedoch keine Formel zu geben, welche vorschreibt, zu welchen Angeboten überwiesen werden sollte. Die Möglichkeiten sind stark von lokalen Gegebenheiten (welche Angebote existieren im Einzugsgebiet?) abhängig. Studien legen jedoch nahe, dass künstlerische Angebote, Freizeit-, Gruppen- bzw. Outdooraktivitäten gleichermaßen zur Verbesserung des Wohlbefindens beitragen können (vgl. Lonsdale / Day 2020; Thomson, L. et al. 2020). Davison et al. untersuchten in ihrer Studie Arten von Aktivitäten und Angeboten, zu welchen im Zuge von SP am häufigsten überwiesen wird (vgl. 2019). Daraus lassen sich folgende Kategorien ableiten:

- **Kreative Aktivitäten** wie Kunst-, Tanz-, Gesangs- oder Gartenarbeitsgruppen
- **Verbindende Aktivitäten** wie Peer-Beratungen, themenspezifische Stammtische, Angeln, Kochen oder Kaffeerunden
- **Aktiv-Gruppen** wie Fitness, Bewegungsangebote, Walking-Gruppen oder Freiwilligenarbeit
- **Existenzsicherung** mit Hilfsangeboten aus den Bereichen Wohnen, Schulden, Arbeits- und Sozialrechtliche Beratungen, usw. (vgl. ebd.:20).

3.2.3 Internationale Verbreitung von Social Prescribing

Nachdem deutlich wurde, welche Modelle von SP international zur Anwendung kommen bzw. Gemeinsamkeiten dieser thematisiert wurden, wird im nachfolgenden Unterkapitel der Blick auf die internationale Verbreitung des Konzepts gerichtet. Bereits während der Literaturrecherche zeichnete sich ab, dass sich SP derzeit ausgehend von England verbreitet. Aufgrund positiv beschriebener Wirkungen konnte das Konzept internationale Aufmerksamkeit auf sich ziehen, und zunehmend mehr Entscheidungsträger:innen aus verschiedenen Ländern zeigen ihr Interesse. England nimmt deshalb in dieser Hinsicht eine Vorreiterrolle ein, welche sich an einer Vielzahl umgesetzter SP-Projekte zeigt – Davison et al. sprachen 2019 bereits von deutlich über 100 (vgl. ebd.:6). Wenig überraschend kann auch der Großteil der im Zuge der Dokumentenanalyse erfassten Projekte (38 von 47) England zugeordnet werden. Gleichzeitig wurde deutlich, dass SP in den einzelnen Ländern unterschiedlich etabliert ist. In vielen Ländern wurde bisher kaum bzw. keine Erfahrung mit dem Konzept gesammelt. Die unterschiedliche Verbreitung kann zu drei wesentlichen Stufen zusammengefasst werden.

Stufe 1 Interesse: SP zieht aufgrund positiv beschriebener Wirkung auf Nutzer:innen sowie Gesundheits- und Sozialsystem weltweites Interesse auf sich. Obwohl (noch) keine eindeutige Evidenzbasis vorliegt (siehe Kapitel 3.1.4), erwägen interessierte Länder, erste Erfahrungen in der Umsetzung von SP zu sammeln sowie gleichzeitig Daten zu generieren. Dem voran geht jedoch eine ausführliche Auseinandersetzung mit SP und bereits bestehenden Projekten. Diesbezüglich wird der Blick häufig über die eigenen Grenzen hinaus (oftmals nach England) geworfen, um von Expert:innen und den dort gesammelten Erfahrungen zu lernen (vgl. Mulligan et al. 2020; PROGES 2020). Zusätzlich braucht es Überzeugungsarbeit bei wesentlichen Entscheidungsträger:innen bzw. Stakeholder:innen. In Ländern wie z.B. den USA liegt das Interesse für SP zwar vor, jedoch scheint eine Umsetzung aufgrund gegebener Rahmenbedingungen des Gesundheits- und Sozialsystems derzeit unmöglich (vgl. Alderwick et al. 2018:717; The Social Prescribing Network 2021). Man ist sich zwar bewusst, dass soziale Verschreibungen dazu beitragen könnten, das Verständnis von Gesundheit wesentlich zu beeinflussen, doch überwiegen „übliche Verschreibungen“ deutlich (vgl. The Social Prescribing Network 2021). Dies offenbart, dass SP stark vom jeweiligen nationalen Kontext und den Rahmenbedingungen der lokalen Gesundheits- und Sozialsysteme abhängig ist. Der Aufstieg zur Stufe 2 und die damit verbundene Pilotierungsphase ist mit Hürden verbunden.

Stufe 2 Erprobung: In Ländern wie z.B. Australien, Kanada, Portugal, Niederlande, Wales oder Österreich erfolgte aufgrund von starkem Interesse an SP eine intensive Auseinandersetzung mit dem Konzept. Dort konnten Stakeholder:innen überzeugt und Möglichkeiten geschaffen werden, um vereinzelt Pilotprojekte zu realisieren (vgl. Aggar et al. 2020; Heijnders / Meijs 2018; Hoffmeister et al. 2021; PROGES 2020; The Social Prescribing Network 2021). Dadurch kann das Konzept im jeweiligen nationalen Kontext erprobt werden. In der Konzeptionierung bzw. Umsetzung orientieren sich Initiator:innen üblicherweise an etablierten Projekten (Projekte in Kanada oder Österreich hatten z.B. Projekte aus London zum Vorbild) (vgl. Mulligan et al. 2020; PROGES 2020). Dies bekräftigt die in Kapitel 3.1.4 unterstrichene Wichtigkeit, bestehende Projekte ausreichend zu evaluieren und Ergebnisse entsprechend aufbereitet zur Verfügung zu stellen. Pilotprojekte bestehen befristet und müssen sich erst als Angebot im Sozial- und Gesundheitssystem etablieren. Um die Wirkung von SP belegen zu können, werden häufig externe Evaluationen durchgeführt. Bei positiven Ergebnissen scheinen Pilotprojekte über wesentliches Potential zu verfügen, Anstöße für weitere Entwicklungen in Richtung fester Implementierung zu geben bzw. das Interesse von Stakeholder:innen zu stärken. Ein angestrebtes Ziel der Initiator:innen ist es deshalb, SP in der jeweiligen Region zu etablieren bzw. eine Aufnahme des Konzepts in die nationale Gesundheitsplanung zu forcieren (vgl. Davison et al. 2019; Hoffmeister et al. 2021; The Social Prescribing Network 2021). Ähnliches ließ sich in Wales beobachten. Die walisische Regierung sieht in SP aufgrund gesammelter Erfahrungen in Pilotprojekten ein erfolgreiches Mittel zur Förderung der Gesundheit und stellt deshalb Mittel zur Weiterfinanzierung von SP-Projekten bereit (vgl. Davison et al. 2019:6).

Stufe 3 Implementierung: Diese Entwicklungen in Wales verdeutlichen, wie Länder von der Pilotierungsphase zu einer festen Implementierung im nationalen Sozial- und Gesundheitssystem gelangen können. Die feste Implementierung stellt die 3. Ausbaustufe von SP dar. In Irland und England ist SP bereits fester Bestandteil des Gesundheitssystems und wird demnach in der Planung berücksichtigt. Das Konzept hat sich in der Gesundheitsversorgung dieser Länder etabliert und wird staatlich gefördert. Demzufolge entstand bzw. entsteht eine Vielzahl an Projekten. Der britische Minister für Gesundheit und Soziales kündigte an, SP werde weiterhin Priorität bleiben und bis 2024 in jede Allgemeinmedizinpraxis Großbritanniens implementiert (vgl. Hancock, M. 2018). Daran zeigt sich, dass diese Länder versuchen, SP flächendeckend umzusetzen. Gleichzeitig sorgen sie für eine ausführliche Evaluation und spielen deshalb in der Ausbreitung bzw. Stärkung der Evidenzbasis von SP eine zentrale Rolle.

Soeben beschriebene Ausbaustufen von SP können, wie nachfolgend in Abbildung 4 dargestellt, als Treppe zur festen Implementierung von SP verstanden werden. An der Basis der Treppe wurde ein „Ausgangspunkt“ ergänzt, da vermutlich der Großteil aller Länder weltweit bisher keine Berührungspunkte zu SP hatte und daher keine Intention besteht, sich näher mit dem Konzept auseinanderzusetzen. Dazu bräuchte es vermutlich erst einen Anstoß oder Auslöser¹², welcher SP ins Zentrum der Aufmerksamkeit rückt.

¹² z.B. demographische Entwicklungen

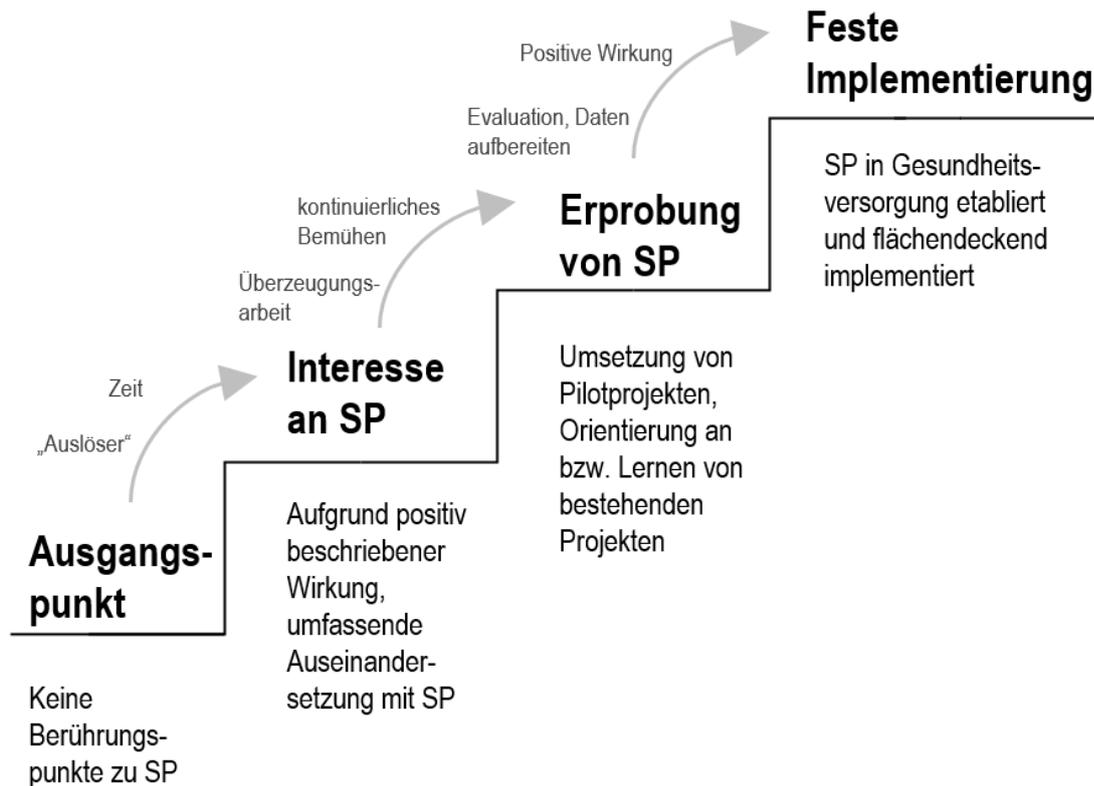


Abbildung 4: Ausbaustufen zur Implementierung von SP (Gierlinger 2022)

Diese Treppe stellt den Prozess einer festen Implementierung von SP mit Sicherheit vereinfacht dar, denn um eine Stufe aufzusteigen, braucht es viele kleine Zwischenschritte und vor allem Zeit (in Abbildung 4 durch graue Schrift bzw. Pfeile angedeutet). Dies wird unter anderem aktuell in Österreich deutlich. Hier befindet man sich auf der zweiten Stufe und sammelt Erfahrung in der Umsetzung von SP im PV-Kontext. Diesbezüglich wurde vom Dachverband der Sozialversicherungsträger, der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) sowie dem Gesundheitsministerium ein Prozesskonzept zur Etablierung von SP im Bereich der Primärversorgung verfasst (vgl. Haas et al. 2020). In diesem wird unter anderem festgehalten, dass es weitere Systematisierung brauche, um SP voranzubringen. Die GÖG rief in weiterer Folge Anfang des Jahres 2021 in einem Projektkall Primärversorger:innen dazu auf, SP über sechs Monate hinweg zu erproben (vgl. 2021). Neben dem bereits seit Anfang 2019 bestehenden SP-Pilotprojekt in Haslach (PROGES 2020) kam das Gesundheitskonzept Mitte des Jahres 2021 in acht zusätzlichen Organisationsformen der Primärversorgung (darunter Primärversorgungseinheiten und allgemeinmedizinische Gruppenpraxen) zur Anwendung. Fachlich geleitet bzw. evaluiert wurde das Projekt durch die GÖG und einer zusätzlichen externen Organisation. Dadurch sollte erhoben werden, wie bzw. für wen SP wirkt. Das übergeordnete Ziel lautete, ein Handbuch zur Ausrollung des Konzepts¹³ für ganz Österreich zu entwickeln (vgl. Springer 2021).

¹³ Das Handbuch konnte aufgrund abgeschlossener Forschungsarbeiten nicht mehr berücksichtigt werden.

Daran wird deutlich, dass sich wesentliche Stakeholder:innen sowie Entscheidungsträger:innen Österreichs bereits intensiv mit dem Konzept beschäftigen und an der Umsetzung interessiert sind. Zur selben Zeit forschten Kolleg:innen des Forschungslabors im Zuge des Masterstudiums Soziale Arbeit an der FH St.Pölten zur Sicherstellung von Inklusion im Bereich SP. Forschungsteam II gestaltete ein Erklärvideo und setzte sich in diesem Zusammenhang mit möglichen Begriffen für das Konzept im österreichischen Kontext auseinander. Forschungsteam III entwickelte ein konkretes Anwendungskonzept für eine allgemeinmedizinische Gruppenpraxis in Wien. Dadurch werden weitere Schritte gesetzt, ein im deutschsprachigen Raum bisher wenig erforschtes Feld zu beleuchten.

3.3 Drei Social Prescribing-Projekte im internationalen Vergleich

In diesem Kapitel werden drei ausgewählte SP-Projekte verglichen. Um einen begründeten Vergleich zu ermöglichen, wurden deduktiv Kategorien entwickelt, welche induktiv ausdifferenziert wurden. Im ersten Unterkapitel wird zunächst begründet, warum welche Projekte für den Vergleich ausgewählt wurden bzw. anhand welcher Kategorien der Vergleich erfolgt. Anschließend werden die Projekte entlang dieser Kategorien vorgestellt. Zur Beschreibung der Projekte wurde einerseits auf Evaluationsberichte und andererseits auf die jeweilige Homepage des Projekts und dort veröffentlichte Publikationen zurückgegriffen. Da für das österreichische SP-Pilotprojekt (PROGES Gesundheitsbüro) nach Abschluss der Forschungsarbeit noch kein Evaluationsbericht veröffentlicht wurde, konnte dieser nicht berücksichtigt werden. Stattdessen wurde ein Beitrag der Umsetzer:innen bei der Seestädter Gesundheitskonferenz (vgl. Polzer / Commenda 2020) sowie ein Erklärvideo zum Gesundheitsbüro (vgl. PROGES 2021) herangezogen. Zum Abschluss des Kapitels erfolgt die Gegenüberstellung der Projekte in tabellarischer Form, welche als Grundlage für den Vergleich dient.

3.3.1 Auswahl der Projekte und Festlegung von Kategorien für den Vergleich

Wie aus Kapitel 3.2. (SP international) hervorgeht, kommt dem Austausch zwischen einzelnen Ländern und Umsetzer:innen große Bedeutung zu. Auch die Initiator:innen des Gesundheitsbüros in Haslach orientierten sich an Projekten aus England. Demzufolge war es naheliegend, ein etabliertes Projekt aus England heranzuziehen, um beurteilen zu können, wie sich das Gesundheitsbüro im internationalen Vergleich darstellt. Ausgewählt wurde ein Projekt in London. Die Wahl fiel auf **Tower Hamlets Together (THT)**, da zu den Umsetzer:innen aus London bereits zu Beginn der Forschungsarbeiten Kontakt hergestellt wurde. THT bietet SP im gleichnamigen Stadtteil an. Um den internationalen Faktor zu stärken, wurde nach einem weiteren etablierten Projekt außerhalb des europäischen Raums gesucht. Dabei fiel die Wahl auf **Alliance for Healthier Communities (AHC)**, welche SP sowohl in ländlichen als auch städtischen Gebieten Ontarios (Kanada) zur Anwendung bringt. Das Projekt stellt in dieser Hinsicht eine Kombination der zwei anderen Projekte dar. Der Fokus wird im weiteren Verlauf der Masterthese deshalb auf folgenden SP-Projekten liegen:

- PROGES: Gesundheitsbüro, Haslach
- Tower Hamlets Together: Tower Hamlets Care Group, London
- Alliance for Healthier Communities: Rx:Communities, Ontario

Wie Husk et al. aufzeigen, sind SP-Projekte stark von lokalen Gegebenheiten und Kontexten abhängig (vgl. 2019a:6f). Um einen begründeten Vergleich der Projekte zu ermöglichen, wurde schon bei der Auswahl der beiden internationalen Projekte darauf geachtet, dass sie im PV-Kontext angesiedelt sind und als Holistic-Modell (siehe Kapitel 3.2.1) eingestuft werden können. Um die Vergleichbarkeit zu erhöhen, braucht es zudem vorab definierte Kategorien, entlang welcher der Vergleich geführt wird. Auf Basis der theoretischen Auseinandersetzung mit SP wurden deduktiv Kategorien entwickelt. Sie dienen in den nachfolgenden Beschreibungen der Projekte als Strukturierungsmittel:

- **Trägerorganisation:** Organisationen, welche hinter den einzelnen Projekten stehen, spielen eine wesentliche Rolle bei der Konzeptionierung und Umsetzung von SP.
- **Zielsetzung / Einzugsgebiet:** Zielsetzungen der Projekte sind vom Einzugsgebiet und der dort lebenden Bevölkerung abhängig.
- **Arbeitsweise / Prozess:** Arbeitsweise der Umsetzer:innen und Prozesse, welche SP zugrunde liegen.
- **Angebote:** Angebote, welche initiiert werden bzw. zu welchen überwiesen wird.
- **Evaluation / Finanzierung:** Evaluation bzw. Finanzierung der Projekte.

3.3.2 Tower Hamlets Care Group – Social Prescribing in England

Trägerorganisation: Tower Hamlets Together (THT) ist ein Zusammenschluss von lokalen Gesundheits- und Sozialorganisationen, welche im gleichnamigen Stadtteil von London tätig sind. Zentral ist das Bestreben, die Gesundheit und das Wohlbefinden der in Tower Hamlets lebenden Menschen zu verbessern. Diesbezüglich setzt man seit 2016 verstärkt auf SP, denn mittlerweile wurde das Konzept auf den gesamten Stadtteil ausgeweitet. Insgesamt gibt es in Tower Hamlets 37 Arztpraxen bzw. Gesundheitszentren, welche zu acht regionalen Netzwerken zusammengeschlossen sind. Dabei ist jeder Arztpraxis ein:e Link Worker:in (Vollzeit-äquivalent) angebunden (vgl. Ferguson / Hogarth 2018:13f). THT versucht durch bedarfsgerechte Planung Gesundheits- und Sozialdienstleistungen für Bewohner:innen von Tower Hamlets zur Verfügung zu stellen. Dabei werden möglichst viele Gesundheitsdeterminanten berücksichtigt, um eine umfassende primäre als auch soziale Versorgung gewährleisten zu können (vgl. Tower Hamlets Together o.A.).

Zielsetzung / Einzugsgebiet: Die Bevölkerung von Tower Hamlets sieht sich vielen gesundheitlichen Herausforderungen gegenüber und demzufolge liegt eine deutlich niedrigere Lebenserwartung als im nationalen Durchschnitt vor (vgl. Ferguson / Hogarth 2018:9). Die einzelnen Netzwerke erstrecken sich über den gesamten Stadtteil, welcher 320.000 Einwohner:innen zählt und eine hohe Bevölkerungsdichte aufweist (vgl. Tower Hamlets Council 2018). Vor diesem Hintergrund ist es das erklärte Ziel von THT, für mehr Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung im Stadtteil einzustehen. Mit

Hilfe des Projekts verspricht man sich sowohl die Gesundheit als auch das Wohlbefinden der Menschen im Einzugsgebiet verbessern zu können (vgl. Ferguson / Hogarth 2018:34). THT macht es sich zur Aufgabe, Nutzer:innen am best-point-of-service anzubinden. Bestehende Ressourcen sollen miteinbezogen und lokale Gegebenheiten berücksichtigt werden (vgl. Tower Hamlets Together o.A.). Durch die Implementierung von SP soll auch das Gesundheitssystem entlastet sowie Vorteile für Fachkräfte in der Primärversorgung (Patient:innen mit nicht medizinischen Bedürfnissen an passende Stelle verweisen zu können) geschaffen werden (vgl. ebd.).

Arbeitsweise / Prozess: Die Bewohner:innen von Tower Hamlets werden unabhängig von ihrer Situation, Herkunft und Bedürfnissen dabei unterstützt, persönliche Ziele zu erreichen. Als Voraussetzung dafür erachtet THT die gleichberechtigte Zusammenarbeit jener, die Gesundheits- und Sozialleistungen anbieten und jener, die diese in Anspruch nehmen. Nutzer:innen werden aktiv in die Gestaltung und Planung der Angebote eingebunden und bestehende Kooperationen sollen gestärkt werden. Es gelte, Hilfsangebote nicht für, sondern mit Betroffenen zu etablieren. Dieser partizipative Ansatz soll Menschen befähigen, an der Erfüllung der eigenen Bedürfnisse mitzuwirken (vgl. ebd.). Konkret bedeutet dies, dass beteiligte Fachkräfte Patient:innen mit nicht-medizinischen Bedürfnissen in der PV bei Bedarf entweder direkt zu lokalen Angeboten oder Link Worker:innen schicken. Die Link Worker:innen versuchen im Gespräch Bedürfnisse, Ressourcen und Interessen zu erheben. Auf Basis dieses Gesprächs werden Ziele festgelegt und in weiterer Folge ein Plan entwickelt, welcher dazu beitragen soll, die Deckung der individuellen Bedürfnisse der Menschen zu gewährleisten (vgl. Ferguson / Hogarth 2018:16).

Angebote: THT bietet persönliche Beratungsgespräche durch Link Worker:innen direkt in den Arztpraxen und Gesundheitszentren der Netzwerke an. Diese unterstützen bei der Erreichung persönlicher Ziele und verweisen zu lokalen Angeboten. Die Angebote orientieren sich an lokalen Bedarfen und sind in den einzelnen Netzwerken verschieden (vgl. ebd.:29). Häufig angebotene bzw. initiierte Aktivitäten lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Gruppenangebote zur Förderung des sozialen Miteinanders: z.B. Begegnungszonen, Kaffee-Runden bzw. Stammtische mit thematischen Schwerpunkten
- Bewegungsangebote wie z.B. Walking-Gruppen, Herzgesundheitstreffen, Fit for Life Training inklusive Ernährungsberatung
- Kreative Angebote wie z.B. Kunstkurse, Gartenarbeiten, Chöre
- Existenzsicherung z.B. Schuldner- oder Wohnberatung (vgl. ebd.).

Finanzierung / Evaluation: Die Evaluation des Projekts erfolgte durch eine Kombination aus qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden. Dadurch sollte erhoben werden, ob das Projekt positiv auf das Wohlbefinden, die Gesundheit oder andere Bereiche des Lebens der Nutzer:innen wirkt. Des Weiteren sollten Empfehlungen für die Weiterentwicklung bzw. Ausweitung von SP abgegeben werden (vgl. ebd.:11).

3.3.3 Rx: Community – Social Prescribing in Kanada

Trägerorganisation: SP in Ontario¹⁴ wird von der Alliance for Healthier Communities (AHC) zur Anwendung gebracht. Die AHC setzt sich aus Vertreter:innen verschiedener Community-Health-Care-Zentren¹⁵ (CHC-Zentren) zusammen, welche in unterschiedlichen Gebieten Ontarios tätig sind. Die Organisation sieht sich als Bewegung, welche für gesündere Menschen sowie Gemeinden, eine integrativere Gesellschaft bzw. ein nachhaltigeres und verändertes Gesundheitssystem einsteht. Wesentlich dafür ist die Überzeugung, dass Gesundheit ein Zustand des bestmöglichen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens ist (Alliance for Healthier Communities o.A.). In diesem Zusammenhang wurde nach dem Vorbild englischer Projekte das erste SP-Pilotprojekt Kanadas initiiert: „Rx: Community“ wurde im Jahr 2018 mit einer Laufzeit von vorerst einem Jahr gestartet. Das Projekt fand eine Fortsetzung und wurde auf insgesamt elf CHC-Zentren ausgeweitet (vgl. Mulligan et al. 2019:7).

Zielsetzung / Einzugsgebiet: Die elf CHC-Zentren verteilen sich quer über die Provinz Ontario und versorgen Menschen aus urbanen sowie ländlichen Gebieten (vgl. ebd.). Demzufolge sind die Umsetzer:innen von SP in Ontario sowohl in Gegenden mit hoher als auch niedriger Bevölkerungsdichte aktiv. Derzeit sind der AHC zufolge etwa 3,5 Millionen Menschen in Ontario dem Risiko einer schlechten Gesundheitsversorgung ausgesetzt (vgl. o.A.). Erklärtes Ziel ist es demnach, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen im Einzugsgebiet zu verbessern, Barrieren in der Gesundheitsversorgung entgegenzuwirken und eine umfassende sowie ganzheitliche PV zu fördern. Nicht-medizinische Angebote sollen identifiziert, gefördert, ausgebaut und für Nutzer:innen bereitgestellt werden. Um diese zu adäquaten Angeboten verweisen zu können, will die AHC einen strukturierten Prozess etablieren. Gleichzeitig sollen Auswirkungen des Projekts durch entsprechende Evaluation aufgezeigt werden (vgl. Mulligan et al. 2019:7).

Arbeitsweise / Prozess: Die AHC setzt auf eine nutzer:innen- und gemeindezentrierte Arbeitsweise. Die CHC-Zentren streben nach bedarfsgerechter Unterstützung, weshalb im ersten Schritt Bedürfnisse der Menschen im Einzugsgebiet erhoben wurden. Im zweiten Schritt wird versucht, auf Basis einer interprofessionellen Zusammenarbeit Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen zu verbessern. Der Fokus liegt verstärkt auf erweiterten Determinanten von Gesundheit, um auch nicht-medizinische Bedürfnisse der Bevölkerung adressieren zu können. Fachkräfte in den CHC-Zentren werden laufend dahingehend sensibilisiert, dass Gesundheit nicht als Zustand, sondern Kontinuum zu verstehen sei, welches durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst wird (Alliance for Healthier Communities o.A.). Involvierte Fachkräfte, welche nicht-medizinische Bedürfnisse erkennen, überweisen bei Bedarf direkt zu lokalen Angeboten oder

¹⁴ Ontario ist die bevölkerungsreichste Provinz (vergleichbar mit einem Bundesland) Kanadas und liegt im Südosten des Landes.

¹⁵ Diese sind vergleichbar mit PVZ in Österreich und bieten eine umfassende / ganzheitliche Primärversorgung durch interprofessionelle Teams (vgl. Mulligan et al. 2019:7).

verweisen zu sogenannten „Community Navigators“¹⁶. Diese führen anschließend Gespräche mit potenziellen Nutzer:innen, um individuelle Bedürfnisse und Ressourcen zu identifizieren. In Zusammenarbeit mit betroffenen Personen wird ein personalisierter Plan entwickelt. Nutzer:innen werden anschließend bei der Anbindung an passende Angebote unterstützt (vgl. Mulligan et al. 2020:17). In der Umsetzung bzw. Aufrechterhaltung der lokalen und gesundheitspräventiven Angebote spielen in Ontario auch engagierte Freiwillige eine zentrale Rolle (vgl. ebd.:22).

Angebote: Alle CHC-Zentren bieten persönliche Beratungsgespräche mit Link Worker:innen, welche zu lokalen Angeboten vermitteln. Außerdem wurden einige Angebote selbst initiiert, welche je nach CHC-Zentrum und lokalen Gegebenheiten unterschiedlich ausfallen können. Häufig wird jedoch zu ähnlichen Angeboten vermittelt. Es wird auf Aktivitäten gesetzt, welche das soziale Miteinander stärken, sozialer Isolation vorbeugen bzw. entgegenwirken oder Bewegung und Kreativität fördern.

- Soziales Miteinander: Gruppenaktivitäten wie z.B. Kaffees mit Themenschwerpunkten, Kochkurse zum gemeinsamen Kochen und Essen, Selbsthilfegruppen, Stop-Smoking-Workshops
- Bewegungsangebote wie z.B. Bibliothek für körperliche Aktivitäten: Möglichkeit Sport-Equipment auszuleihen sowie Walking-, Zumba- oder Yoga-Gruppen
- Kreativ-Angebote wie Malkurse, gemeinsames Gartenarbeiten oder Galeriebesuche
Sicherung der Existenz wie z.B. Beratungsstellen für Arbeits- und Sozialrecht (vgl. ebd.:54ff)

Finanzierung / Evaluation: Evaluiert wurde das Projekt durch eine externe Organisation bzw. mittels qualitativer sowie quantitativer Forschungsmethoden. Ziel war es festzumachen, wie SP bestmöglich im kanadischen Kontext implementiert werden kann, wie Nutzer:innen bzw. Anbieter:innen das Projekt wahrnehmen bzw. welche Auswirkungen das Projekt auf Gesundheit, Wohlbefinden, lokale Angebote sowie Organisationen hat (vgl. ebd.:27). Finanziert wurde SP in Ontario aus öffentlichen Mitteln des Gesundheitsministeriums (Mulligan et al. 2020).

3.3.4 PROGES Gesundheitsbüro – Social Prescribing in Österreich

Trägerorganisation: Das Gesundheitsbüro in Haslach an der Mühl¹⁷ wird von PROGES betrieben, einer nicht Non-Profit-Organisation (NPO), welche unter anderem auf Gesundheitsförderung spezialisiert ist und Gemeinden oder Organisationen bei der Umsetzung von gesundheitsfördernden Programmen unterstützt (vgl. PROGES 2020). Im Jahr 2019 entstand mit dem Gesundheitsbüro ein Pilotprojekt, welches Menschen helfen soll, ihre Gesundheit sowie ihr Wohlbefinden zu verbessern. Gemeinsam mit dem PVZ „Hausarztmedizinplus“ versucht PROGES bei einer Laufzeit von drei Jahren (bis März 2022) die Themen Gesundheitsförderung und Primärversorgung zu verknüpfen (vgl. Eder 2019).

¹⁶ in der englischsprachigen Literatur als Link Worker bezeichnet.

¹⁷ Gemeinde in Oberösterreich

Das Projekt versteht sich als Bindeglied zwischen Bevölkerung bzw. PV und ermöglicht es, Angebote des PVZ über das medizinische sowie therapeutische hinaus zu erweitern (vgl. ÖPGK 2020). Das Gesundheitsbüro wird von den Umsetzer:innen als das erste SP-Projekt in Österreich bezeichnet (vgl. Polzer / Commenda 2020).

Zielsetzung / Einzugsgebiet: Durch das Projekt sollen soziale Bedürfnisse der Bevölkerung innerhalb der PV wahrgenommen und mit strukturierten Unterstützungsangeboten vor Ort adressiert werden (vgl. PROGES 2021). Im Einzugsgebiet, einem ländlichen Gebiet im oberen Mühlviertel (OÖ) mit geringer Bevölkerungsdichte, leben ca. 6000 Bürger:innen, welche sich auf vier Gemeinden aufteilen (vgl. Statistik Austria 2019). Grundsätzlich stechen keine auffallenden sozialen Ungleichheiten ins Auge, jedoch ist man wie auch auf nationaler Ebene mit einer alternden Bevölkerung (vgl. Statistik Austria 2020) und damit einhergehenden Herausforderungen konfrontiert. Das Projekt zielt darauf ab, Menschen dabei zu unterstützen, ihre Gesundheit sowie ihr Wohlbefinden zu verbessern. Durch einen partizipativen Ansatz und das Eingehen von Kooperationen verspricht man sich eine nachhaltige Mobilisierung der Menschen im Einzugsgebiet, sodass diese befähigt werden, selbstwirksam Schwierigkeiten im eigenen Lebensumfeld zu benennen und mögliche Lösungsansätze zu formulieren (vgl. ÖPGK 2020).

Arbeitsweise / Prozess: Das Gesundheitsbüro setzt auf eine enge Kooperation mit dem örtlichen PVZ. Abbildung 5 gibt einen Überblick über den hinter einer sozialen Verschreibung¹⁸ liegenden Prozess.

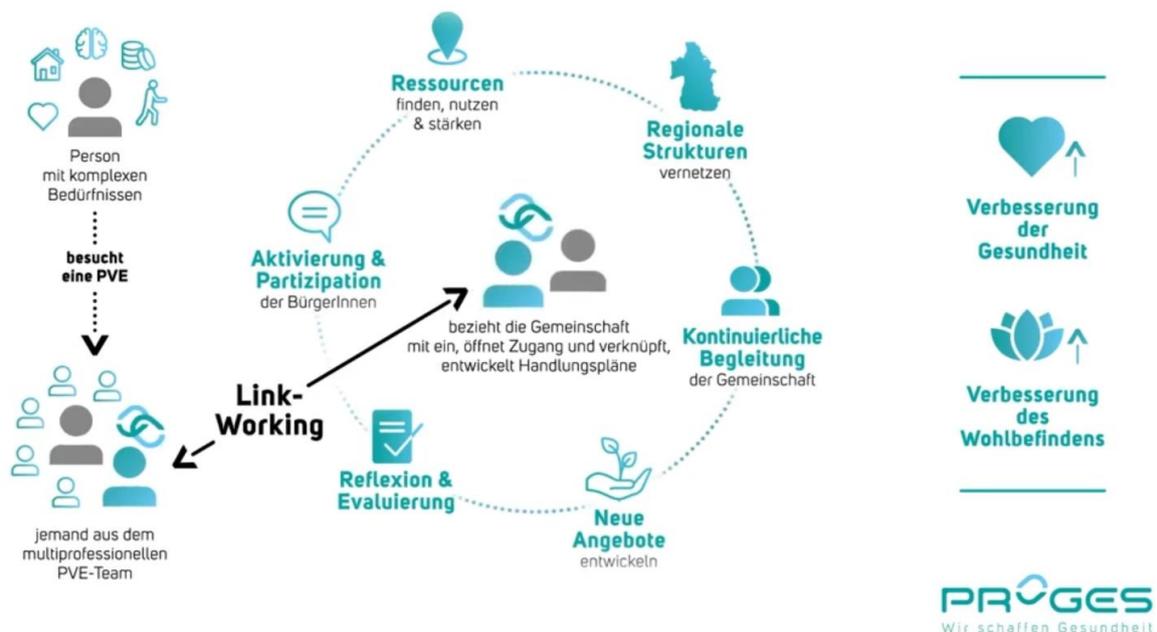


Abbildung 5: Pfad einer sozialen Verschreibung, mit freundlicher Genehmigung von PROGES (2021)

¹⁸ PROGES übersetzt Social Prescribing mit sozialer Verschreibung. Für eine tiefergehende Auseinandersetzung mit den Begrifflichkeiten für SP im deutschsprachigen Raum wird auf die Masterthese der Kolleg:innen im Forschungsprojekt verwiesen.

Beteiligte Fachkräfte des PVZ können bei nicht-medizinischen Bedürfnissen zur Sozialarbeit „im Haus“ verweisen (vgl. PROGES 2020). Die Link Working-Funktion als Kernbestandteil von SP-Projekten ist im Projekt aufgeteilt: Die Sozialarbeit übernimmt das interne Link Working und versucht einerseits das Team im Hinblick auf SP zu sensibilisieren. Andererseits sollen im Dialog mit Patient:innen Bedürfnisse wahrgenommen, Ziele formuliert und in weiterer Folge ein Handlungsplan entwickelt werden (vgl. PROGES 2021). Im nächsten Schritt können Patient:innen direkt zu lokalen Angeboten oder ins Gesundheitsbüro überwiesen werden. Dort kann eine Anbindung an passende Angebote durch die externe Link Workerin erfolgen. Die örtliche Nähe des Gesundheitsbüros zum PVZ gewährleistet einen „fließenden“ Übergang der Patient:innen hin zu Nutzer:innen von SP (vgl. PROGES 2020). Eine enge bzw. strukturierte Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsbüro und PVZ wird als wesentlicher Faktor für gelingendes SP gesehen (vgl. PROGES 2021). Das Projekt lebt von der aktiven Beteiligung der Bürger:innen, weshalb aktives Zugehen auf Bürger:innen sowie Kooperationspartner:innen als wesentlicher Erfolgsfaktor genannt wird (vgl. Polzer / Commenda 2020). Kontinuierliche Netzwerkarbeit zählt deshalb zu wesentlichen Aufgaben der externen Link Workerin. Bestehende soziale und kommunale Netzwerke sollen verknüpft, gestärkt bzw. ausgebaut werden. Neben Bürger:innen werden Institutionen, Vereine und bestehende Initiativen aktiv in das Projekt miteinbezogen (vgl. ÖPGK 2020).

Angebote: Das Gesundheitsbüro hat regelmäßige Öffnungszeiten, zu denen jede:r eingeladen ist, vorbeizukommen. Es dient als Ort für Begegnung, zum Austausch sowie um soziale Kontakte zu ermöglichen und stellt eine niederschwellige Anlaufstelle dar. Die Link Worker:innen in Haslach ermöglichen vertrauensvolle Gespräche, welche Handlungsmöglichkeiten der Nutzer:innen erweitern können. Bei Bedarf überweisen bzw. begleiten sie zu lokalen und gesundheitsfördernden Angebote (vgl. PROGES 2021). Im Zuge des Projekts wurden außerdem regelmäßig stattfindende Angebote und Gruppenaktivitäten initiiert. Initiierte Angebote bzw. jene, zu welchen am häufigsten überwiesen wird, können wie folgt kategorisiert werden:

- soziales Miteinander: verschiedene Themen-Kaffees mit Schwerpunkten wie z.B. Frauengesundheits-, Erinnerungs-, Herz-, Kultur- und Sprachkaffee oder Schach spielen und gemeinsames Kochen sowie Essen beim Mittagstisch
- Kreativität: Gemeinsam „Garteln“¹⁹, Kreativgruppe: „Haslach wird bunt“, Möglichkeit öffentlichen Raum bunt und lebenswert mitzugestalten
- Bewegungsangebote wie z.B. Nordic Walking Gruppe oder „Rüstig statt rostig“²⁰
- Sicherung der Existenz: z.B. Schuldenberatungsstelle, Arbeiterkammer (vgl. PROGES 2020).

¹⁹ gemeinsames Gartenarbeiten

²⁰ Bewegungsprogramm für ältere Menschen – ehrenamtliche Trainer:innen fördern mittels vorgegebener Übungen Beweglichkeit und ermöglichen soziale Kontakte.

Finanzierung / Evaluation: Das Projekt wird vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit und Pflege sowie von der GÖG finanziert. Die Evaluation erfolgt durch eine externe Organisation. Dabei kommen Dokumentenanalysen, vierteljährlichen Reflexionsgespräche, Interviews (Case Studies) sowie Auswertungsworkshops zur Anwendung. Dadurch soll eine kontinuierliche Prozessbegleitung, das Abbilden der Wirkung von SP sowie eine Einschätzung des Projektverlaufs entsprechend der Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung ermöglicht werden (vgl. ÖPGK 2020).

3.3.5 Vergleich der drei Projekte

Um zu ergründen, wie sich das österreichische SP-Pilotprojekt im internationalen Vergleich darstellt, wurden etablierte internationale Projekte ausgewählt und entlang bestimmter Kategorien beschrieben. Diese Kategorien wurden in weiterer Folge ausdifferenziert und um induktive Kategorien erweitert. Im nächsten Schritt wurden die Projekte tabellarisch gegenübergestellt. Tabelle 4 fasst wesentliche Merkmale der Projekte anhand deduktiv bzw. induktiv generierter Kategorien zusammen und dient im weiteren Verlauf des Kapitels als Grundlage für den Vergleich. Die jeweiligen Kategorien wurden einander gegenübergestellt, um wesentliche Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede sichtbar zu machen. Nachfolgend werden zuerst Gemeinsamkeiten dargelegt, bevor im Anschluss der Fokus auf wesentlichen Unterschieden liegt.

Tabelle 4: kategorienbasierte Gegenüberstellung der ausgewählten Projekte (Gierlinger 2022)

Kategorie	Tower Hamlets Care Group	Rx: Community Ontario	PROGES Gesundheitsbüro
Träger	Tower Hamlets Together (THT), Partnerschaft aus lokalen Gesundheits- und Sozialorganisationen	Alliance for Healthier Communities (AHC), Netzwerk von CHC und lokalen Partner: innen	PROGES, NPO, auf Gesundheitsförderung spezialisiert
Struktur	PV-Kontext, 37 Arztpraxen zu insgesamt 8 regionalen Netzwerken zusammengeschlossen, LW in jeder Praxis	PV-Kontext, 11 Community-Health-Care Zentren, LW innerhalb dieser Gesundheitszentren	PV-Kontext, PROGES Gesundheitsbüro als externer Standort, enge Zusammenarbeit mit örtlichem PVZ
Zielsetzung	Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung erhöhen, Gesundheit sowie Wohlbefinden der Menschen verbessern, bedarfsgerechte Planung und Anbindung der Nutzer:innen am best-point-of-service	Gesundheit u. Wohlbefinden der Nutzer:innen verbessern, strukturierten Prozess etablieren, Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung entgegenwirken, lokale Angebote fördern & ausbauen	Durch bedarfsgerechte Unterstützung im Einzugsgebiet Gesundheit & Wohlbefinden der Menschen verbessern, Partizipation
Einzugsgebiet Bevölkerung	Stadtteil in London, ca. 320.000 Einwohner:innen	Städtische und ländliche Gebiete Keine Angaben zur Anzahl der Einwohner:innen im Einzugsgebiet	Ländliches Gebiet, ca. 6.000 Einwohner:innen
Bevölkerungsmerkmale	Hohe Bevölkerungsdichte, deutlich niedrigere Lebenserwartung als im nationalen Durchschnitt, viele gesundheitliche Herausforderungen, hoher Migrant:innenanteil	Sowohl städtische als auch ländliche Gebiete → hohe bzw. niedrige Bevölkerungsdichte, etwa 25% der Menschen in Ontario sind Risiko schlechter Gesundheit ausgesetzt	Einwohner:innen teilen sich auf 4 Gemeinden im ländlichen Raum auf, niedrige Bevölkerungsdichte, alternde Bevölkerung
Finanzierung	Finanziert aus öffentlichen Mitteln des NHS (National Health Service)	Finanziert aus öffentlichen Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit und Pflege	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit und Pflege, Fond Gesundes Österreich, Gesundheit Österreich GmbH
Laufzeit	Unbefristet, langfristige Anwendung von SP sichergestellt	Laufzeit wurde verlängert, erneut befristet	Auf 3 Jahre befristet, dzt. noch unklar, ob bzw. in welcher Form Projekt fortgeführt werden kann
Link Working-Ausbildung	Fachkräfte mit bestimmten Vorausbildungen und zusätzlichem „Link Working-Training“	Bereits bestehende Mitarbeiter:innen (z.B. Ergotherapeut:innen oder Sozialarbeiter:innen) der CHC füllen Rolle des Link Working aus	LW intern: Sozialarbeiter LW extern: Sozialpädagogin u. Gesundheitstrainerin, keine zusätzliche Ausbildung erforderlich
Prozess	Gesundheitsberufe verweisen zum LW, Beratungsgespräch, Hilfeplan, vermitteln zu Angeboten	Gesundheitsberufe in den CHC verweisen zu LW, Beratung, Vermittlung zu lokalen Angeboten	Beteiligte Fachkräfte der PV verweisen zu LW, Einzelgespräch(e), Überweisen zu adäquatem Angebot
Angebote	Bewegung, soziales Miteinander, Kreativität, Existenzsicherung	Bewegung, soziales Miteinander, Kreativität, Existenzsicherung	Bewegung, soziales Miteinander, Kreativität, Gesundheitsförderung, Existenzsicherung
Evaluation	Externe Evaluation mittels qualitativer sowie quantitativer Forschungsmethoden	Externe Evaluation mittels qualitativer sowie quantitativer Forschungsmethoden	Externe Evaluation mittels qualitativer sowie quantitativer Forschungsmethoden, kontinuierliche Begleitung des Projekts

3.3.5.1 Gemeinsamkeiten

Wie bereits bei der Auswahl der Projekte erläutert, können die ausgewählten Projekte als Holistic-SP-Modell eingestuft werden. Sie sind demzufolge an die lokale PV angebunden bzw. es besteht eine direkte Verbindung zu dieser. Daraus ergibt sich die Möglichkeit, im engen Austausch mit den dort tätigen Professionen zusammenzuarbeiten und bestehende Dienstleistungen durch nicht-medizinisch-therapeutische Angebote zu erweitern. Die Projekte entstanden, um auf lokale Gegebenheiten reagieren zu können. Sie versuchen alternative Lösungen anzubieten, um in der Primärversorgung wahrgenommene Bedürfnisse sowie Problemlagen anzugehen. Aufgrund dieser Ansiedlung im PV-Kontext ergeben sich auch vergleichbare Zielsetzungen. Das erklärte bzw. übergeordnete Ziel aller Projekte ist es, die Gesundheit sowie das Wohlbefinden der Menschen im Einzugsgebiet unter Einbezug lokaler Ressourcen, Angebote und Strukturen zu verbessern.

Um diese Zielsetzungen zu erreichen, zeigte sich bei der Gegenüberstellung der Projekte, dass die Umsetzer:innen auf ähnliche Herangehensweisen bzw. Prozesse setzen. Beispielsweise wird gleichermaßen angegeben, dass darauf geachtet wird, Bedürfnisse der Bevölkerung im Einzugsgebiet wahrzunehmen, um bedarfsgerechte Unterstützung anbieten zu können. Die Projekte setzen dabei auf Partizipation und wollen Bürger:innen zur aktiven Mitgestaltung bewegen. Zudem verbindet die Projekte, dass der Fokus innerhalb der PV verstärkt auf erweiterte Determinanten von Gesundheit gelegt wird, um nicht-medizinische Bedürfnisse der Patient:innen wahrzunehmen bzw. diese in weiterer Folge adressieren zu können. Konkret bedeutet dies, dass beteiligte Fachkräfte in der angebundenen PV laufend dahingehend sensibilisiert werden und direkt zu lokalen Angeboten oder bei Bedarf zur Person mit Link Working-Funktion vermitteln. Nutzer:innen werden in allen Projekten durch Einzelgespräche mit Link Worker:innen unterstützt. Den Link Worker:innen kommt dabei die Aufgabe zu, gesundheitliche sowie soziale Bedürfnisse der Menschen im Dialog zu erkennen und diese ganzheitlich sowie befähigend anzugehen. In einem gemeinsamen Prozess werden Ziele formuliert und Möglichkeiten zur Erreichung dieser erarbeitet. Auf Basis der Ziele überweisen Link Worker:innen zu adäquaten Angeboten. Aus dem soeben beschriebenen Prozess, welcher Social Prescribing in den Projekten zugrunde liegt, lässt sich folgern, dass diese wesentliche Schlüsselmerkmale von SP – nämlich 1. Verweisung durch involvierte Fachkräfte, 2. Überweisung zu Angeboten durch Link Worker:innen und 3. Teilnahme an Angeboten – beinhalten. Holistic-SP-Projekte initiieren üblicherweise eine Reihe von Aktivitäten und Angeboten, zu welchen bei Bedarf überwiesen werden kann. Auffällig war, dass die Angebote der einzelnen Projekten einander ähnlich sind und zu folgenden Kategorien zusammengefasst werden können: 1. soziales Miteinander, 2. Kreativität, 3. Bewegung und 4. Existenzsicherung. Diese stimmen im Wesentlichen mit jenen aus Kapitel 3.2.2 überein.

Die Projekte wurden außerdem allesamt aus öffentlichen Mitteln des Gesundheits- bzw. Sozialsystems finanziert. D.h. in den Ländern (England, Kanada, Österreich) besteht öffentliches Interesse an der Erprobung bzw. Anwendung des Konzepts. Hinter den Projekten steht jeweils eine Trägerorganisation aus dem Non-Profit-Sektor, welche sich

auf Gesundheitsanliegen spezialisiert hat. Die NPOs machten sich zur Aufgabe, Gesundheit im jeweiligen nationalen sowie lokalen Kontext zu fördern und setzen diesbezüglich auf SP. Die Pilotprojekte aus Kanada und Österreich nahmen sich dabei jeweils englische Projekte zum Vorbild. Die Umsetzer:innen bzw. Stakeholder:innen der Projekte versuchen außerdem fundierte Nachweise für die Wirkung von SP zu erbringen, indem externe Organisationen mit der Evaluation beauftragt wurden. Diese versuchen jeweils mit einer Kombination aus qualitativen sowie quantitativen Forschungsmethoden Daten zu erheben, welche sich eignen die Evidenzbasis von SP zu stärken.

3.3.5.2 Unterschiede

Der wesentlichste Unterschied zwischen den Projekten ergibt sich aufgrund unterschiedlicher nationaler Strukturen sowie lokaler Gegebenheiten – aufgrund dessen finden die Umsetzer:innen unterschiedliche Einzugsgebiete bzw. Bedürfnisse der dort lebenden Bevölkerung vor. Das Gesundheitsbüro in Österreich ist in einer ländlichen Region mit vergleichsweise geringer Einwohner:innenzahl, niedriger Bevölkerungsdichte und keinen offensichtlichen Ungleichheiten tätig. Eine wesentliche Herausforderung stellt hier die alternde Bevölkerung dar. THT setzt SP in einem Gebiet mit bedeutend mehr Einwohner:innen, höherer Bevölkerungsdichte, wesentlichen Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung sowie hohem Migrationsanteil der Bevölkerung um. Das Projekt in Kanada stellt in dieser Hinsicht eine Mischung aus den beiden anderen Projekten dar und bringt SP sowohl in ländlichen als auch städtischen Gebieten zur Anwendung. Auch die Bevölkerung in Ontario sieht sich wesentlichen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung gegenüber. Da sich SP stark an lokalen Gegebenheiten orientieren muss, ergeben sich demzufolge auch Unterschiede hinsichtlich der konkreten Zielsetzung innerhalb der Projekte. So versucht man sowohl in Tower Hamlets als auch in Ontario, diesen Ungleichheiten und Benachteiligungen gezielt entgegenzuwirken. Zusätzlich wurde in Ontario das Etablieren strukturierter Prozesse der Verweisung als Ziel ausgegeben.

Ein weiterer bedeutsamer Unterschied besteht hinsichtlich des Ausmaßes der Projekte. Wird SP im österreichischen Projekt „nur“ in einem PVZ mit vergleichsweise kleinem Einzugsgebiet umgesetzt, kommt das Konzept bei den Projekten in Kanada bzw. England in mehreren Gesundheitszentren bzw. Netzwerken zur Anwendung. Auch hinsichtlich der Beständigkeit von SP ergeben sich wesentliche Unterschiede: Die Projekte in Österreich und Kanada bestehen vorerst befristet. Dabei ist nach Abschluss der Forschungsarbeiten noch unklar, ob das Gesundheitsbüro fortbestehen kann. Die Laufzeit von Rx:Community wurde bereits verlängert, jedoch erneut befristet. Im Gegensatz dazu wird SP in Tower Hamlets unbefristet angeboten und es erfolgte eine Ausweitung auf den gesamten Stadtteil. Anhand der soeben beschriebenen Unterschiede bezüglich Ausmaß und Beständigkeit von SP lassen sich auch die unterschiedlichen Ausbaustufen von SP in den einzelnen Ländern erkennen (Stufe 2 „Erprobung“ vs. Stufe 3 „Implementierung“) (siehe Kapitel 3.2.3). Damit einhergehen mit Sicherheit auch unterschiedliche Herausforderungen für die Umsetzer:innen.

Ein zusätzlicher Unterschied ergab sich hinsichtlich der Bezeichnung der im Prozess involvierten Schlüsselkräfte. Nutzer:innen werden bei den ausgewählten Projekten ganzheitlich und mit Einzelgesprächen durch Personen mit Link Working-Funktion unterstützt. Bereits anhand der Bezeichnung dieser – Link Worker:innen in England und Österreich vs. Community Navigator:innen in Ontario – werden erste Unterschiede deutlich. Da es für den deutschsprachigen Raum noch keine passende Begrifflichkeiten gab, orientierte man sich in Österreich an der im englischsprachigen Raum geläufigen Bezeichnung Link Worker²¹. Neben den unterschiedlichen Bezeichnungen wurde außerdem deutlich, dass die Rolle des Link Working in den Projekten von unterschiedlichen Professionen ausgefüllt wird. In Ontario wurden verschiedene, bereits zuvor in den CHC-Zentren beschäftigte Professionen als Link Worker:innen tätig. In England qualifizieren sich Personen mit gewissen Grundausbildungen im Sozialbereich und entsprechender zusätzlicher Link Working-Schulung diese Rolle einzunehmen. In Haslach hingegen wurde die Rolle des Link Working auf zwei verschiedene Personen bzw. Professionen aufgeteilt, wobei die Sozialarbeit das Link Working innerhalb der PVE abdeckt und eine Sozialpädagogin / Gesundheitstrainerin das Link Working im Gesundheitsbüro übernimmt. Daraus lässt sich folgern, dass es bisher keine gesetzlich formalisierte Bestimmungen gibt, welche festlegen, welche Vorbildungen bzw. Ausbildungen nötig sind, um als Link Worker:in tätig zu werden.

3.4 Social Prescribing in der Praxis

Um aus dem theoretischen Vergleich der Projekte gewonnene Erkenntnisse zu vertiefen, wurden leitfadengestützte Expert:inneninterviews durchgeführt. Dadurch konnten gezielt Themen, welche aus der theoretischen Auseinandersetzung mit SP hervorgingen, berücksichtigt werden. Nachfolgend wird ergänzend zur methodischen Vorgehensweise (siehe Kapitel 2.3.) die Auswahl der Interviewpartner:innen begründet und die Durchführung der Interviews beschrieben. Abschließend werden aus den Interviews hervorgehende Ergebnisse zusammengefasst dargestellt.

3.4.1 Auswahl der Interviewpartner:innen

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, ein bestehendes österreichisches SP-Projekt mit internationalen Projekten zu vergleichen. Zudem soll die Arbeitsweise der dort tätigen Link Worker:innen untersucht werden. Die Auswahl möglicher Interviewpartner:innen wurde demzufolge bereits auf Basis der Auswahl jener SP-Projekte, welche für den Vergleich herangezogen wurden, eingeschränkt. Dementsprechend kristallisierten sich Link Worker:innen aus eben diesen Projekten als mögliche Interviewpartner:innen heraus. Diese verfügen über Expert:innenwissen in der Umsetzung von SP, der direkten Arbeit mit Nutzer:innen sowie Netzwerkpartner:innen und sind deshalb für das vorliegende Forschungsinteresse besonders relevant. Im August 2021 wurde bei den

²¹ An dieser Stelle soll nochmal auf Forschungsarbeiten der Kolleg:innen aus dem Forschungsteam II hingewiesen werden, welche mit Hilfe eines Erklärvideos adäquate und nutzer:innenfreundliche Begriffe für den deutschsprachigen Raum generieren.

Projekten angefragt, ob Link Worker:innen für ein leitfadengestütztes Interview zur Verfügung stehen. Dabei wurde das Forschungsvorhaben prägnant vorgestellt und Informationen zu den Themenschwerpunkten des Interviewleitfadens wurden bereitgestellt. Dankenswerterweise erklärten sich die Link Workerinnen Julia Commenda (PROGES Haslach), Farrah Idris (THT London) sowie Fadumo Geire (Rx. Community Ontario) für ein Interview bereit²². Ursprünglich war geplant, auch die Sozialarbeiterin (internes Link Working) aus dem PVZ Haslach zu interviewen. Dies war jedoch aufgrund personeller Veränderungen nicht möglich. Nachfolgend werden die einzelnen Interviewpartnerinnen kurz vorgestellt:

- Farrah Idris (Tower Hamlet Care Group): Als Link Workerin in Tower Hamlets tätig. Grundprofession: Hypnotherapeutin. Um als Link Workerin arbeiten zu können, musste sie gesetzlich vorgeschriebene Zusatzausbildungen absolvieren. Dazu zählen beispielsweise Link Working-spezifische Schulungen oder das Erwerben von Kenntnissen im Bereich der motivierenden Gesprächsführung, Konfliktlösung, Gleichberechtigung sowie Diversität (Idris 2021).
- Julia Commenda (PROGES): Projektkoordinatorin und Link Workerin im Gesundheitsbüro Haslach. Grundprofession: Sozialpädagogin sowie psychosoziale Gesundheitstrainerin, sie musste keine zusätzlichen Qualifikationen erwerben, um als Link Workerin tätig zu werden (Commenda 2021).
- Fadumo Geire (Rx:Community): Link Workerin im Rexdale CHC-Zentrum in Ontario. Grundprofession: Sozialarbeiterin, gibt an, dass in den CHC-Zentren auch andere Professionen die Rolle des Link Working ausfüllen (Geire 2021).

3.4.2 Beschreibung des Leitfadens und Durchführung der Interviews

Der Leitfadenerstellung wurde in der Vorbereitung der Interviews große Bedeutung zugemessen und erfolgte auf Grundlage der vorangegangenen Auseinandersetzung mit der Evidenzbasis, der internationalen Ausbreitung von SP sowie des theoretischen Vergleichs der Projekte. Daraus gingen spezifische Themen hervor, welche zu folgenden Kategorien zusammengefasst wurden. Zu den jeweiligen Kategorien wurden mehrere themenspezifische Fragen formuliert:

- K1.**Zugang der Nutzer:innen zum Projekt
- K2.**Zusammenarbeit mit der Primärversorgung
- K3.**Nutzer:innen in den Projekten
- K4.**Arbeitsweise von Link Worker:innen
- K5.**Umsetzung / Ausweitung von Social Prescribing

Die Fragen der ersten Kategorie sollten erheben, wie Nutzer:innen zu den Angeboten der Projekte kommen (Zugangskontext), wie die Bevölkerung auf diese aufmerksam gemacht wird bzw. welche Personengruppen bisher nur schwer erreicht werden konnten. Fragen zu K2 sollten Aufschluss darüber geben, welcher Prozess SP im jeweiligen Projekt zugrunde liegt, wie Link Worker:innen mit Professionen der

²² Die Interviewpartnerinnen gaben ihr Einverständnis, dass ihre Namen in der Masterthese genannt werden dürfen

angebundenen Primärversorgung zusammenarbeiten und inwiefern diese die Möglichkeit nutzen, Patient:innen zu verweisen. Fragen der 3. Kategorie beschäftigten sich mit Zielgruppen, welche am meisten von SP profitieren, mit der Wirkung von SP und mit der Nutzung / Auslastung von SP-Angeboten. K4 zielt darauf ab, die Arbeitsweise von Link Worker:innen näher zu beleuchten: Wie gehen diese vor, um Bedürfnisse der Personen zu erkennen oder diese zu motivieren? Wie gelingt es ihnen, die Bevölkerung zu aktivieren, bzw. wie vernetzen sie sich mit lokalen Angeboten? Die abschließenden Fragen zu K5 sollen wesentliche erfolgskritische bzw. hinderliche Faktoren in der Umsetzung von SP in Erfahrung bringen.

Nachdem der Leitfaden (vorerst) fertig entwickelt war, wurde dieser dem gesamten Forschungsteam präsentiert, um Feedback einzuholen. Im nächsten Schritt wurde dieses eingearbeitet und der Leitfaden vor seiner eigentlichen Verwendung abschließend getestet. Nach Gläser und Laudel eignen sich dazu Probeinterviews mit Personen, welche mit den eigentlichen Interviewpartner:innen vergleichbar sind (vgl. 2009:150). Ein solches Interview wurde mit einer Sozialarbeiterin in der Primärversorgung²³, welche mit dem Konzept von SP vertraut ist, durchgeführt. Dabei wurde darauf geachtet, ob gestellte Fragen in erwarteter Weise verstanden und erschöpfend beantwortet werden. Da die ausgewählten Interviewpartnerinnen über ähnliches Expert:innenwissen verfügen, konnte jeweils der gleiche Leitfaden (in deutscher bzw. englischer Version) verwendet werden. Ein beispielhafter Interviewleitfaden (deutsche Version) findet sich im Anhang (A). Bei der Durchführung ergab sich kein Bedarf, den Leitfaden zwischen den einzelnen Interviews abzuändern, weshalb dieser unverändert blieb.

Das Interview in Haslach wurde vor Ort geführt, die beiden anderen Online. Das Interview vor Ort wurde mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet, die Online-Interviews per Aufnahmefunktion in Zoom. Die Interviews wurden auf etwa 60 Minuten angesetzt, welche aufgrund des vorbereiteten Leitfadens eingehalten werden konnten. Alle Interviewpartnerinnen unterzeichneten eine schriftliche Einverständniserklärung, welche bestätigt, dass die Interviews aufgenommen, transkribiert, analysiert sowie Ergebnisse im Zuge der Masterthese veröffentlicht werden dürfen. Nach Abschluss der Interviews wurden leicht geglättete²⁴ Transkripte angefertigt, welche mittels qualitativem Verfahren nach Kuckartz (siehe Kapitel 2.3.4) ausgewertet wurden.

3.4.3 Ergebnisdarstellung

In diesem Kapitel werden zentrale Erkenntnisse der Expert:inneninterviews entlang des sowohl deduktiv als auch induktiv entwickelten Kategoriensystems dargestellt. Zu jeder Kategorie wurde ein Unterkapitel verfasst, an dessen Anfang sich jeweils eine Ergebnistabelle befindet. Diese fassen wesentliche Erkenntnisse der Haupt- und Unterkategorien übersichtlich zusammen. Eine Gesamttabelle, welche die Ergebnisse aller Kategorien darstellt, findet sich im Anhang (C).

²³ diese möchte anonym bleiben.

²⁴ „Versprecher“ und längere Satzpausen wurden nicht transkribiert.

3.4.3.1 Kategorie 1: Zugang der Nutzer:innen zu den Projekten

Tabelle 5: Zusammenfassung der Ergebnisse zu Kategorie 1 (Gierlinger 2022)

Hauptkategorie	Subkategorie	Beschreibung	Ergebnisse
K1: Zugang der Nutzer:innen zu den Projekten	Bewerbung des Projekts	Bewerbung der Angebote durch Umsetzer:innen	<ul style="list-style-type: none"> • Simultan, auf mehreren Kanälen • Sensibilisierung des PV-Teams • Verteilen von Infomaterial in Bevölkerung bzw. PV • Vernetzungstreffen & aktivierende Veranstaltungen • Mündliche Weitergabe durch Nutzer:innen • Werbung in soziale Medien, Homepages der PV, Berichte in regionalen Zeitungen
	Schwer erreichbare Zielgruppen	Zielgruppen, welche durch die Projekte bisher nur schwer erreicht werden konnten	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder und Jugendliche • Menschen ohne Internetzugang • Menschen mit Mobilitätseinschränkungen bzw. Migrationshintergrund • Psychisch Erkrankte • Pflegende Angehörige • Menschen ohne festen Wohnsitz
	Exklusionsgründe / Barrieren	Gründe, welche potenzielle Nutzer:innen von Teilnahme ausschließen	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme aus zeitlichen Gründen nicht möglich • Angebote zu weit weg oder schwer erreichbar • Situation erfordert andere Unterstützung (z.B. akute Krise) • Starker Alkohol bzw. Drogeneinfluss
	Zugangskontext	Wie Nutzer:innen zu den Projekten kommen	<p>Drei wesentliche Möglichkeiten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Professionen der PV verweisen 2. Lokale Akteur:innen überweisen 3. Selbstzuweisungen

Bewerbung der Projekte: Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass die Projekte ihre Angebote einander ähnlich und auf unterschiedlichen Kanälen gleichzeitig bewerben. Zum einen wird das PV-Team sensibilisiert, sodass dieses aktiv auf SP hinweisen kann. Andererseits wird Informationsmaterial in der Bevölkerung verteilt (z.B. mittels Postwürfen oder Flyer-Ständern). Broschüren bzw. Flyer liegen zudem auch in den Wartebereichen der angebotenen PV auf (JC:Abs. 4; FG:Abs. 5; FI:Abs. 4). Ein weiterer wesentlicher Schritt, um SP bekannt zu machen, ist das Vernetzen mit lokalen Akteur:innen (z.B. bei Vernetzungstreffen). Idris vermutet, dass viele Professionist:innen außerhalb der PV nicht über SP Bescheid wissen, weshalb verstärkt auf Bewerbung fern der PV gesetzt werde. Dabei solle auch hervorgehoben werden, dass Eigenzuweisungen („self referrals“) möglich sind (ebd.:Abs. 14). Die Bewerbung erfolgt außerdem durch aktivierende Angebote. Im Zuge dieser wird auf SP als Angebot in der PV aufmerksam gemacht und sollen Menschen dazu bewegt werden, bei der Umsetzung von SP-Angeboten mitzuwirken (JC:Abs. 15). Zudem scheint Link Worker:innen eine enge Zusammenarbeit mit den Gemeinden und Städten wichtig zu sein, wodurch beispielsweise in Gemeindezeitungen über aktuelle SP Angebote berichtet werden kann (FI:Abs. 42).

Wesentlich sei außerdem das mündliche Weitergeben von Informationen durch Nutzer:innen an Freunde, Bekannte und Familie. Sie fungieren dadurch als Multiplikator:innen. Besonders Commenda hebt den hohen Stellenwert dieser Form der Informationsweitergabe hervor, indem sie sagt, „persönliche Ansprache ist das Allerwichtigste“ (JC:Abs. 3). Zusätzlich bewerben die Projekte SP in regionalen

Zeitungen, sozialen Medien oder auf Websites der angebundenen PV. Als vorteilhaft beschreibt Geire außerdem, dass manche Angebote bereits vor dem SP-Projekt bestanden, weshalb sie in der Bevölkerung schon bekannt waren (FG:Abs. 4).

Schwer erreichbare Zielgruppen: Nachfolgend werden Personengruppen beschrieben, zu denen bisher nur schwer Zugang gefunden werden konnte. Dabei ergaben sich aufgrund unterschiedlicher Einzugsgebiete der Projekte sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede. Die Projekte scheinen bisher gleichermaßen wenige Kinder und Jugendliche erreicht zu haben. Idris gibt an, dies könnte daran liegen, dass diese in Ausbildung sind und es hauptsächlich als die Verantwortung oder Aufgabe der Bildungseinrichtungen angesehen werde, junge Menschen zu unterstützen (FI:Abs. 7). Commenda hingegen stellt fest, es würden derzeit passende Angebote für diese Zielgruppe fehlen bzw. würde es ein aktiveres Zugehen auf junge Menschen brauchen (JC:Abs. 7). Außerdem geben die Interviewpartnerinnen an, Menschen ohne Internetzugang bzw. welche aufgrund von Erkrankungen in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, wären schwer erreichbar. Zusätzlich ergeben sich aufgrund sprachlicher Barrieren oftmals Schwierigkeiten, Zugang zu Menschen mit Migrationshintergrund zu finden.

Idris beschreibt vor allem in der Zusammenarbeit mit psychisch erkrankten Menschen Hindernisse und führt zusätzlich eine weitere schwer erreichbare Gruppe an. In London gebe es viele Menschen ohne festen Wohnsitz („Irish Gypsy Community“), die schwer unterstützt werden können, da sie nur über einen begrenzten Zeitraum im Stadtteil aufhältig sind und nur selten PV in Anspruch nehmen (FI:Abs. 9). Commenda hingegen sieht Schwierigkeiten, die Gruppe der 25- bis 40-Jährigen zu erreichen. Es gebe bei dieser Zielgruppe zwar Bedürfnisse, doch hätten sie weniger Zeit, Angebote in Anspruch zu nehmen. Dies führt sie darauf zurück, dass diese versuchen, Berufstätigkeit und Familienleben zu vereinbaren (JC:Abs. 5). Die Interviewpartnerinnen sind sich einig, dass es noch viel Aufholbedarf gibt, um SP bekannter zu machen bzw. bestimmte Gruppen verstärkt zu adressieren.

Exklusionsgründe / Barrieren: Die Link Workerinnen nannten berufliche, zeitliche sowie Transport-Barrieren. Potenzielle Nutzer:innen könnten häufig nicht teilnehmen, da sie mehrere Jobs gleichzeitig hätten oder zu den Terminen der Angebote arbeiten müssten (FG:Abs. 13). Außerdem wurden pflegende Angehörige genannt, welche sich keine zeitlichen Freiräume schaffen könnten, um teilzunehmen. Als dritte wesentliche Barriere wurden fehlende Transportmöglichkeiten genannt. Oftmals sind Angebote zu weit weg oder lassen sich öffentlich nur schwer erreichen (ebd.:Abs. 16). Zusätzlich wären Menschen in akuten Krisen bzw. Gefährdungslagen von den Angeboten exkludiert, da diese zuerst eine andere Form der Unterstützung bräuchten (FI:Abs. 11). Ähnlich dazu beschreibt auch Geire, dass es stark von der Ausgangslage der Nutzer:innen abhängt, ob eine Person von SP profitieren kann. Manche Menschen würden in einem Zustand kommen, der zuerst Unterstützung im 1zu1 Setting erfordert, weshalb nicht zu Gruppenangebote vermittelt werden könne (FG:Abs. 8). Commenda ergänzt zudem, dass stark alkoholisierte bzw. drogenberauschte Personen nicht teilnehmen könnten, da dies für die Gruppe(n) nicht tragbar wären. Diese bitte sie, ein anderes Mal wieder zu kommen (JC:Abs.11).

Zugangskontext: Unter dem Zugangskontext wird in diesem Zusammenhang verstanden, wie Nutzer:innen zu den Projekten gelangen. Dabei kristallisierten sich drei wesentliche Möglichkeiten heraus (ebd.:Abs. 15; FG:Abs. 18; FI:Abs. 15f). Potenzielle Nutzer:innen werden von involvierten Fachkräften zu Link Worker:innen verwiesen. Dabei können in den Projekten gleichermaßen nicht nur Ärzt:innen, sondern das gesamte PV-Team verweisen. Dies wird von den LW in London und Ontario als häufigste Zugangsform genannt. Die zweite Form stellen Überweisungen²⁵ durch lokale Akteur:innen des 3. Sektors dar. Auch diese können Informationen über SP geben bzw. haben Infomaterial aufliegen. Die dritte wesentliche Möglichkeit sind Selbstzuweisungen. Dies komme vor allem dann vor, wenn Nutzer:innen aus ihrem sozialen Umfeld von SP erfahren. In Haslach sei das Verhältnis zwischen Überweisungen und Selbstzuweisungen bisher ausgeglichen (JC:Abs. 17).

3.4.3.2 Kategorie 2: Zusammenarbeit mit der PV

Tabelle 6: Zusammenfassung der Ergebnisse zu Kategorie 2 (Gierlinger 2022)

Hauptkategorie	Subkategorie	Beschreibung	Ergebnisse
K2: Zusammenarbeit mit der PV	Professionen der angebundenen PV	Welche Fachkräfte der PV im Projekt Involviert sind	Multiprofessionelle Teams: - Ärzt:innen, Ordinationsassistent:innen und Krankenpfleger:innen als Kernteam - je nach Bedarf zusätzliche Gesundheits- und Sozialberufe
	Interprofessionelle Zusammenarbeit	Möglichkeiten und Vorteile der inter- professionellen Zusammenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßige interprofessionelle Fallbesprechungen • Bei Bedarf zusätzlicher mündlicher bzw. schriftlicher Austausch • Möglichkeit Fallbesprechungen bzw. -konferenzen einzuberufen • SP stärkt int. professionelle Zusammenarbeit, diese ist wesentlich für Verbesserung des Wohls der Nutzer:innen • Direkte Verbindung zur PV als wesentlicher Vorteil
	Social Prescribing Prozess	Ablauf von SP in den Projekten	<p>Professionen verweisen bei nicht med./therap. Bedürfnissen auf drei unterschiedliche Arten zu LW,</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Standardisierter Prozess, internes Computerprogramm, Überweisungsgrund + Kontaktdaten werden übermittelt, LW nimmt Kontakt mit Nutzer:innen auf 2. Mitgabe von Infomaterialien und Kontaktdaten, Nutzer:innen melden sich bei LW 3. Persönliche Begleitung zu LW durch Fachkraft <p>Unterschied, ob Büro der LW innerhalb oder außerhalb der PV angesiedelt ist</p>
	Häufigkeit von Verweisungen	Wie häufig involvierte Fachkräfte die Möglichkeit nutzen, Patient:innen zu verweisen	<ul style="list-style-type: none"> • Sowohl steigende als auch sinkende Zuweisungszahlen • Verstärkte Sensibilisierung des PV-Teams bzw. funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit führt zu vermehrten Zuweisungen • Covid-19 reduzierte Zuweisungen merklich • Häufigkeit der Zuweisungen abhängig von lokalen Bedingungen und tatsächlichem Bedarf der Bevölkerung

²⁵ Überweisung meint in diesem Zusammenhang, wenn Nutzer:innen von externen Fachkräften „geschickt“ wurden.

Professionen der PV: In den angebundenen PVZ bzw. Netzwerken arbeiten multiprofessionelle Teams, um eine integrierte Versorgung der Patient:innen sicherzustellen. Die interviewten Link Workerinnen arbeiten jeweils mit sehr ähnlichen Professionen zusammen: Ärzt:innen, Ordinationsassistent:innen sowie Krankenpfleger:innen bilden das Kernteam in den angebundenen PVZ bzw. Netzwerken. Je nach lokalen Bedarfen sind weitere Gesundheits- und Sozialberufe Teil der Teams. Dazu zählen Physio-, Ergo- und Psychotherapeut:innen, Sozialarbeiter:innen, Hebammen, Diätolog:innen sowie Logopäd:innen (ebd.:Abs. 21; FG:Abs. 23; FI:Abs. 19).

Interprofessionelle Zusammenarbeit: Die interprofessionelle Zusammenarbeit wird von den Link Workerinnen ähnlich beschrieben. Sie haben die Möglichkeit, an regelmäßig stattfindenden Teambesprechungen teilzunehmen, um sich über gemeinsam unterstützte Personen auszutauschen. Die direkte Verbindung bzw. Einbettung im PV-Kontext erleichtere die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen erheblich (JC:Abs. 23; FG:Abs. 25; FI:Abs. 21). Bei Bedarf könnten sie sich jederzeit schriftlich oder mündlich mit involvierten Fachkräften austauschen oder eine Fallbesprechung einberufen. Geire gibt außerdem an, SP hätte zu einer wesentlichen Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit geführt, da Professionen mehr Verständnis für den Tätigkeitsbereich ihrer Kolleg:innen entwickelten. Sie wären verstärkt sensibilisiert, dass Personen teilweise mehr Hilfe benötigen, als sie selbst anbieten können (FG:Abs. 28). Auch Commenda bestätigt, dass durch SP die interprofessionelle Zusammenarbeit „mehr gelebt“ werde (JC:Abs. 68). Idris beschreibt jedoch aufgrund der COVID-19 Pandemie eine erschwerte Kommunikation mit Professionen der PV, da sie im Homeoffice war und keine Möglichkeit hatte, an Teambesprechungen teilzunehmen oder Tür-und-Angel Gespräche zu führen (FI:Abs. 21). Die interprofessionelle Zusammenarbeit wurde von den Link Workerinnen als wesentlicher Faktor zur Verbesserung des Wohls der Patient:innen hervorgehoben.

Social Prescribing Prozess: Professionen der PV stehen im direkten Kontakt mit Patient:innen. Dabei kann es vorkommen, dass nicht medizinische / therapeutische Bedürfnisse wahrgenommen werden. Bei Bedarf können sie diese Patient:innen zu Link Worker:innen verweisen. Dies kann auf verschiedene Arten geschehen. Die Interviewpartnerinnen aus London und Ontario sind innerhalb der PV tätig (hausinternes Büro), weshalb sie über das Dokumentationssystem Zugriff auf Karteien der Patient:innen haben. Sowohl Geire als auch Idris geben an, diese standardisierte Form der Zuweisung über das Computerprogramm komme am häufigsten vor. Kontaktdaten und Verweisungsgrund potenzieller Nutzer:innen werden den Link Worker:innen hinterlegt. Diese stellen Kontakt mit den Personen her, um Termine zu vereinbaren. Idris sieht hier einen klaren Vorteil gegenüber jenen Link Worker:innen, welche nicht im PV-Kontext angesiedelt sind. Diese müssten härter für die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit der PV arbeiten und länger auf Zuweisungen sowie weiterführende Informationen warten (ebd.:Abs. 23). Am häufigsten würden derzeit Ärzt:innen sowie Krankenpfleger:innen verweisen (FG:Abs. 34; FI:Abs. 35). Eine weitere Möglichkeit ist das Aushändigen von Infomaterial an Patient:innen, sodass diese selbst Kontakt mit Link Worker:innen aufnehmen können.

Das Büro der Interviewpartnerin aus Haslach ist nicht innerhalb des PVZ angesiedelt, weshalb sie keinen direkten Zugriff auf Karteien der Nutzer:innen hat. Die Link Working-Funktion in Haslach wurde aufgeteilt in Link Working intern und extern (siehe Kapitel 3.3.4). Commenda gibt an, dass zuerst innerhalb der PV über einen standardisierten Prozess eine Zuweisung zum internen Link Working (Sozialarbeit) erfolgt. Danach können Patient:innen zu ihr überwiesen werden. Am häufigsten überweise folglich die Sozialarbeit potenzielle Nutzer:innen. Es wäre jedoch auch möglich, dass andere Professionen direkt zuweisen (JC:Abs. 37). Für die Zuweisung zu ihr gebe es derzeit keinen standardisierten Prozess. Eine Möglichkeit sei, dass Professionen der PV Kontaktdaten von Commenda und Informationen zu SP weitergeben, sodass sich Nutzer:innen selbst melden können (ebd.:Abs. 35). Wenn die zuweisende Profession unsicher ist, ob sich die:der potenzielle Nutzer:in melden wird, kann auch eine persönliche Begleitung zur Link Workerin erfolgen, um gemeinsam ein „Übergabegespräch“ zu führen (ebd.). Zudem bestehe die Möglichkeit, Kontaktdaten der Patient:innen weiterzugeben, sodass sich die externe Link Workerin mit ihnen in Verbindung setzt.

Häufigkeit von Verweisungen: Sowohl Geire als auch Commenda geben an, dass zu Beginn die Zusammenarbeit mit den Professionen der PV bzw. das ganzheitliche Verständnis von Gesundheit noch nicht ausreichend ausgeprägt war, weshalb weniger verwiesen worden wäre. Die Verbindung zu den Link Workerinnen konnte mittlerweile erheblich gestärkt und Professionen konnten sensibilisiert werden, weshalb sich die Inanspruchnahme von SP erhöhte (ebd.:Abs. 33; FG:Abs. 27f). Die verstärkte Sensibilisierung beteiligter Fachkräfte sieht Commenda als wesentlichen Grund für diese Entwicklungen. Erweiterte Gesundheitsdeterminanten fanden im beruflichen Alltag vermehrt Berücksichtigung und die Anzahl jener Menschen, bei welchen nicht medizinisch-therapeutische Bedürfnisse wahrgenommen wurden, stieg. Dieser Prozess und das Verinnerlichen dieser Faktoren für Gesundheit nehme Zeit in Anspruch und müsse langsam wachsen (JC:Abs. 33).

Idris hingegen gibt an, dass es derzeit einen Rückgang an Verweisungen gebe (FI:Abs. 27). Sie führt diese Entwicklung darauf zurück, dass nach dem Lockdown (Anm.: aufgrund COVID-19) erst langsam wieder hochgefahren wurde und eine gewisse Unsicherheit in der Bevölkerung besteht. Außerdem gebe es immer wieder Personalwechsel, welche die Umsetzung von SP beeinflussen. Sie spricht beispielsweise Neuanstellungen von Ärzt:innen an, welche nicht mit dem Konzept vertraut sind. Diese wüssten deshalb nicht, wie sie SP und Link Worker:innen unterstützen können (ebd.). Zusätzlich beschreibt sie Tower Hamlets als einen Stadtteil mit stärker bzw. weniger benachteiligten Gebieten. Dies beeinflusse ebenfalls, wie Professionen die Möglichkeit nutzen, zu Link Worker:innen zu verweisen. Ärzt:innen in einem sozial schwächeren Gebiet würden vermehrt verweisen, da dort auch der Bedarf der Bevölkerung höher wäre (ebd.:Abs. 28).

3.4.3.3 Kategorie 3: Nutzer:innen in den Projekten

Tabelle 7: Zusammenfassung der Ergebnisse zu Kategorie 3 (Gierlinger 2022)

Hauptkategorie	Subkategorie	Beschreibung	Ergebnisse
K3: Nutzer:innen in den Projekten	Inanspruchnahme von SP	Inanspruchnahme der Projekte durch Nutzer:innen	<ul style="list-style-type: none"> • SP & Angebote gut ausgelastet • In Pandemiezeiten: Link Worker:innen unterstützten vulnerable Gruppe • COVID-19 wirkt sich negativ auf Inanspruchnahme von Gruppenangeboten aus und verhindert Festigung von Teilnahmen • Von lokalen Bedürfnissen der Bevölkerung abhängig
	Zielgruppe	Personengruppen, welche besonders von SP profitieren	<p>Jede:r kann von SP profitieren. Insbesondere jedoch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sozial isolierte Menschen • Psychisch belastete Menschen • Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status (z.B. mit finanziellen Problemen oder Wohnraumproblemen) • Neuankommende Personen (z.B. Menschen mit Fluchterfahrung oder Umziehende)
	Wirkung auf Nutzer:innen	Wirkungen von SP- Projekten auf Nutzer:innen	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung physischer & psychischer Gesundheit durch Gefühl, sozial & psychisch gestützt zu werden • SP beugt sozialer Isolation und Einsamkeit vor bzw. wirkt diesen entgegen, soziales Netz wird gestärkt sowie erweitert • Steigerung der Problemlösungskompetenzen • Wiederfinden bzw. Entdecken von Tätigkeiten, die erfüllen sowie glücklich machen • Gesteigerte(s) Anerkennung, Wertschätzung bzw. Selbstwertgefühl

Inanspruchnahme von SP: Grundsätzlich sind sich die Interviewpartnerinnen darüber einig, dass SP-Angebote gut ausgelastet sind. In Kanada zeigt sich, dass bestimmte Teile der Bevölkerung über Angebote von SP Bescheid wissen und diese dementsprechend nutzen. Jedoch gebe es auch viele Menschen, welche nicht ausreichend über SP informiert sind (FG:Abs. 36). Idris hat den Eindruck, dass SP-Angebote in Tower Hamlets deshalb stark genutzt werden, da das Projekt an die PV-Netzwerke angeschlossen ist und dadurch bekannt wurde (FI:Abs. 42). Sie gibt an, dass es in Tower Hamlets weniger bzw. stärker benachteiligte Regionen gäbe. Die Bedürfnisse der Menschen würden variieren, was wiederum die Nutzung der Angebote beeinflusse (ebd.:Abs. 28).

Während der Pandemie wurden Link Worker:innen in England zudem zur Unterstützung besonders vulnerabler Zielgruppen herangezogen, weshalb sie auch in dieser Zeit ausgelastet waren (ebd.:Abs. 41). Commenda nimmt die Pandemie und damit einhergehende Einschränkungen als besondere Herausforderung für die Aufrechterhaltung von SP und dazugehörige Angebote wahr. Fehlende Regelmäßigkeiten führen dazu, dass sich Gruppenangebote nicht festigen können. Mit „nicht gefestigt“ meint sie, dass das Fortbestehen der Gruppe nicht abgesichert ist, weil z.B. Ehrenamtliche beim „Zusammenhalten“ der Gruppe fehlen. Derzeit müsse sie sich ständig durch Einladen und Aktivieren der Bevölkerung um Kontinuität bemühen (JC:Abs. 39).

Zielgruppe: Grundsätzlich waren sich die Interviewpartnerinnen einig, dass jede Person, unabhängig ihrer Bedürfnisse, einen Nutzen aus SP ziehen kann. Insbesondere würden jedoch folgende Personengruppen profitieren:

- Sozial isolierte Menschen
- Psychisch belastete Menschen
- Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status (z.B. mit finanziellen Schwierigkeiten oder Wohnraumproblemen)
- Neuankommende Personen (z.B. Menschen mit Fluchterfahrung)

Wirkung auf Nutzer:innen: Die interviewten Link Workerinnen beschrieben ähnliche Wirkungen auf Nutzer:innen, weshalb diese zusammengefasst dargestellt werden. Zum einen berichten die Link Workerinnen, dass psychischen Belastungen (wie z.B. Angst-, bzw. Essstörungen, Depressionen, Burnout) durch SP entgegengewirkt werden kann. Nutzer:innen hatten das Gefühl, sozial sowie psychisch gestützt zu werden, wodurch sich eine Verbesserung der physischen sowie psychischen Gesundheit einstellte (vgl. FG:Abs. 68). Commenda erwähnt diesbezüglich, dass manche Nutzer:innen förmlich aufblühten (JC:Abs. 39) und Geire gibt an, bei einem Nutzer konnte die Medikation abgesetzt werden, da er nicht mehr ausschließlich auf Tabletten angewiesen war, um gegen seine psychischen Probleme anzukommen (FG:Abs. 49).

Zum anderen eigne sich SP, um sozialer Isolation und Einsamkeit von Menschen entgegenzuwirken bzw. vorzubeugen. Personengruppen, welche Gefahr laufen, ausgeschlossen zu werden (z.B. ältere oder psychisch erkrankte Menschen sowie Menschen mit Fluchterfahrung), könnten Anschluss finden und sich dadurch sozial eingebunden fühlen. Nutzer:innen nahmen sich wieder vermehrt als Teil der Gesellschaft wahr (JC:Abs. 43; FG:Abs. 49). SP erleichtere zudem, dass Kontakte geknüpft und Freunde gefunden werden. Dadurch trage SP auch zum Aufbau eines sozialen Netzwerks um Nutzer:innen bei, welches in weiterer Folge bei wiederkehrenden Problemen bzw. Krisen unterstützen kann. Außerdem stärke das Konzept die Problemlösungskompetenz der Nutzer:innen.

Als weitere wesentliche Wirkung wurde das Wiederfinden bzw. Entdecken von Tätigkeiten und Aktivitäten angeführt, auf die man sich freuen kann und die glücklich machen. Eine Nutzerin konnte durch Teilnahme bzw. Mitgestalten an SP-Angeboten ihre Lebensfreude wiederfinden und Mut fassen, ein Jobangebot anzunehmen (JC:Abs. 50). Andere hatten durch ehrenamtliche Tätigkeiten (z.B. Peer-Programm für geflüchtete Menschen) das Gefühl, nützlich für die Gesellschaft sein zu können. Dadurch erhielten sie Anerkennung sowie Wertschätzung und ihr Selbstwertgefühl steigerte sich (FG:Abs. 49).

3.4.3.4 Kategorie 4: Arbeitsweise von Link Worker:innen

Tabelle 8: Zusammenfassung der Ergebnisse zu Kategorie 4 (Gierlinger 2022)

Hauptkategorie	Subkategorie	Beschreibung	Ergebnisse
K4: Arbeitsweise von Link Worker:innen	Erstgespräch	Ablauf eines Erstgesprächs mit potenziellen Nutzer:innen	<p>Sowohl strukturiert als auch unstrukturiert, Folgende „Bereiche“ finden Berücksichtigung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soziales und psychisches Wohlbefinden • Sorgen und Belastungen • Gesundheit und Lebensstil • Beschäftigung und Arbeit • Wohnen • Vorstellungen, Wünsche und Interessen • Ressourcen <p>Kein chronologisches „Abfragen“, Fokussierung auf bestimmte Themen, je nach Gesprächsverlauf</p>
	Motivieren von Nutzer:innen	Vorgehensweise der Link Worker:innen, um Nutzer:innen zu motivieren	<ul style="list-style-type: none"> • Angenehme Gesprächsatmosphäre schaffen • Genaues & aktives Zuhören • Versteckte Botschaften wahrnehmen, Interessen & Bedürfnisse als Verursacher von Motivation • Forschen nach Motiven, Hintergründen & Ursachen • Erste Anregungen mitgeben, erneutes Gespräch falls gewünscht • Nicht zur Veränderung drängen, dies verstärkt Widerstand
	Häufigkeit der Kontakte	Häufigkeit der Kontakte zwischen Nutzer:innen und Link Worker:innen bzw. der Teilnahme an Angeboten	<ul style="list-style-type: none"> • Vom Bedürfnis der Nutzer:innen abhängig, erfordert individuelles Vorgehen • In der Planung der Termine relativ frei. • Frequenz: wöchentliche Termine aber auch Termine mit größerem zeitlichen Abstand • Durchschnittlich 3 Kontakte mit Nutzer:innen
	Unterstützungsende	Wie stellen Link Worker:innen fest, dass Unterstützung nicht mehr notwendig ist	<p>Unterstützungsende, wenn...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anbindung an Angebote erfolgte, Feedback wird nach Möglichkeit eingeholt • Gemeinsam vereinbarte Ziele erreicht wurden • Auf andere Art deutlich wird, dass Nutzer:innen Unterstützung nicht mehr benötigen
	Netzwerkarbeit	Beschreibung des Netzwerkaufbaus bzw. der Netzwerkpfege	<ul style="list-style-type: none"> • Vernetzungstreffen auf lokaler, nationaler sowie internationaler Ebene • Persönliche Kontakte mit Netzwerkpartner:innen • Vermehrte Teilnahmemöglichkeiten durch Online-Konferenzen • Zusammenfassung von Netzwerkpartner:innen & dazugehörigen Informationen in Datenbanken • Für Netzwerkpfege unerlässlich: Im Kontakt bleiben • Kolleg:innen werden über Änderungen / neue Angebote informiert • Ausführliche / Kontinuierliche Netzwerkpfege für Erfolg von SP wesentlich

Ablauf Erstgespräch: Nachfolgend wird der Ablauf von Erstgesprächen beschrieben sowie zusammengefasst, wie die Link Workerinnen vorgehen, um Bedürfnisse von Nutzer:innen wahrzunehmen. Die Interviewpartnerinnen versuchen Bedürfnisse, Ressourcen bzw. Probleme im Dialog mit Patient:innen in Erfahrung zu bringen. Bevor Idris inhaltlich mit dem Gespräch startet, legt sie Wert darauf, den Zugangskontext bzw. den Auftrag an die Link Workerin abzuklären. Diesbezüglich fragt sie Nutzer:innen nach dem Zuweisungsgrund bzw. ihrem Anliegen, welches im Gespräch thematisiert werden sollte (vgl. FI:Abs. 66). Auch Commenda versucht den Zugangskontext zu klären. Durch Nachfragen, wer die Nutzer:innen zu ihr ver- bzw. überwiesen hat, werde ein erster Anknüpfungspunkt geschaffen (JC:Abs. 35).

In der Auswertung der Interviews zeigte sich, dass Erstgespräche sowohl strukturiert als auch unstrukturiert gestaltet werden können (vgl. ebd.:Abs. 54; FI:Abs. 31). Die Link Workerinnen äußerten, es gebe Anamnesetools, welche durch das Erstgespräch führen und dazu beitragen, dass relevante „Faktoren“ berücksichtigt werden. Diese Tools könnten jedoch abgeändert bzw. flexibel verwendet werden. D.h. Fragen werden nicht zwangsläufig chronologisch sondern je nach Gesprächsverlauf zur „passenden Zeit“ gestellt (vgl. JC:Abs. 54; FI:Abs. 68). Commenda beschreibt das Erstgespräch als Gratwanderung zwischen interessiertem Nachfragen und vorsichtigem Herantasten an Problembereiche. Es gelte „nicht zu schnell zu tief“ vorzudringen. Sie bediene sich außerdem gerne unterschiedlicher Frage- und Beratungstechniken (vgl. JC:Abs. 56). Bei der im Zuge des Erstgesprächs durchgeführten Anamnese werden in der Regel folgende Bereiche besprochen:

- Soziales und psychisches Wohlbefinden
- Sorgen und Belastungen
- Gesundheit und Lebensstil
- Beschäftigung und Arbeit
- Wohnen
- Vorstellungen, Wünsche und Interessen
- Ressourcen (vgl. ebd.:Abs. 54; FG:Abs. 20; FI:Abs. 31)

Idris unterstreicht die Wichtigkeit einer ausführlichen Anamnese. An dieser Stelle gilt es jedoch anzumerken, dass nicht zwangsläufig in jedem Erstgespräch alle Bereiche thematisiert werden, da sich Anliegen bzw. Bedürfnisse von Person zu Person stark unterscheiden (vgl. ebd.:Abs. 68). Durch ausführliche Erstgespräche werde es möglich, einen guten Überblick über die Lebenswelt der Nutzer:innen zu bekommen (vgl. ebd.:Abs. 67). Zusätzlich hebt Commenda die Importanz des Beziehungsaufbaus hervor, weshalb sie Erstgespräche gerne informell gestalte (vgl. JC:Abs. 54). Aufgrund zielgerichteter Fragen ergeben sich bestimmte Bedürfnisse bzw. Ziele der Nutzer:innen mit jeweils unterschiedlichen Prioritäten. Diese Ziele und dahinterliegende Bedürfnisse werden in weiterer Folge gemeinsam in einem Plan festgehalten (vgl. FG:Abs. 50; FI:Abs. 52). Erstgesprächen komme demzufolge eine wesentliche Bedeutung zu, da sie das Fundament für die weitere Zusammenarbeit mit Nutzer:innen, das Erstellen von Plänen sowie das Überweisen zu lokalen Angeboten bilden (vgl. FG:Abs. 59).

Motivieren von Nutzer:innen: Nachfolgend wird zusammengefasst, wie Link Worker:innen versuchen, Nutzer:innen zu motivieren. Geire beschreibt, dass es im Gespräch unerlässlich sei, genau bzw. aktiv zuzuhören. Nutzer:innen würden im Gespräch nebenbei Hinweise auf Interessen und Bedürfnisse geben, welche wesentliche Verursacher für Motivation sein können. Diese müssten deshalb unbedingt wahrgenommen sowie aufgegriffen werden (vgl. ebd.:Abs. 71). Es brauche, Commenda zufolge, eine angenehme Gesprächsatmosphäre, in der sich Nutzer:innen wohl- bzw. willkommen fühlen. Dadurch werde ermöglicht, dass diese sich soweit einbringen bzw. öffnen können, wie sie es wünschen (vgl. JC:Abs. 58). Idris schreibt ebenfalls dem Forschen nach Motiven, Hintergründen bzw. Ursachen große Bedeutung zu, um Motivation hervorzurufen (vgl. FI:Abs. 73). Es gelte herauszufinden, was Nutzer:innen bewegt, um sich in weiterer Folge auf diese Bereichen zu konzentrieren und Veränderungen zu begünstigen (vgl. ebd.:Abs. 75). Commenda erwähnt außerdem aktivierende Veranstaltungen, welche die Bevölkerung motivieren sollen, an Angeboten teilzunehmen, mitzuwirken bzw. neue zu initiieren (vgl. JC:Abs. 15).

Idris sieht Link Worker:innen zudem in einer pädagogischen Rolle. Dies könne bedeuten, dass Personen auf Aktivitäten oder Gesundheitsinitiativen aufmerksam gemacht werden, an welche sie bisher noch nicht gedacht haben. Oder es werde durch Beratungsprozesse bewirkt, dass Nutzer:innen anders über sich selbst und ihre Umgebung denken (vgl. FI:Abs. 56). Nutzer:innen von SP würden zum Nachdenken über ihre Zukunft und Erstrebenswertes angeregt, wodurch Motivation hervorgerufen werde (vgl. ebd.:Abs. 57). Bei Personen mit sehr geringer Motivation bzw. welche im Moment nicht bereit sind, sich zu öffnen, versucht Idris ein bis zwei Anregungen (z.B. in Form von Denkanstößen oder Infomaterial) mitzugeben. Gleichzeitig bietet sie in absehbarer Zeit einen erneuten Gesprächstermin an (vgl. ebd.:Abs. 74). Commenda weist jedoch auch darauf hin, dass es nicht immer gelingen könne, Nutzer:innen zu motivieren bzw. zur Teilnahme an Angeboten zu bewegen (vgl. JC:Abs. 58). Es mache den Interviewpartnerinnen zufolge keinen Sinn, eine Person zur Veränderung zu drängen. Dies würde lediglich ihren inneren Widerstand verstärken (vgl. ebd.; FI:Abs. 75).

Häufigkeit der Kontakte: Die Frequenz sowie Häufigkeit der Kontakte machen Link Worker:innen wesentlich von Bedürfnissen der Nutzer:innen abhängig. Da diese sehr unterschiedlich ausfallen können, brauche es eine individuelle Vorgehensweise sowie Planung der Termine. Dies sei vor allem in Zeiten der Pandemie deutlich geworden. Beispielsweise ergaben sich neue Bedürfnisse bzw. Problemlagen, auf welche flexibel reagiert werden musste (FG:Abs. 38). Commenda ergänzt dahingehend, dass es unterschiedlich lange dauere, bis Bedürfnisse und Interessen der Nutzer:innen sichtbar werden, weshalb unterschiedlich viele Termine notwendig sein können (JC:Abs. 43). In der Planung der Termine sind die Interviewpartnerinnen grundsätzlich frei. Möglich sind sowohl wöchentliche Termine als auch Termine in zeitlich größeren Abständen. Idris erwähnt, dass sie durchschnittlich drei Kontakte mit Nutzer:innen hat (FI:Abs. 49). Außerdem gebe es eine Richtlinie, welche besagt, dass dreimal versucht wird, potenzielle Nutzer:innen zu erreichen. Nach drei erfolglosen Versuchen wird dokumentiert, dass diese nicht erreicht werden konnten (DNA = Did not answer) (ebd.:Abs. 50).

Unterstützungsende: Aus den Interviews geht hervor, dass die Link Workerinnen anhand folgender Kriterien festmachen, ob die Unterstützung beendet werden kann. Die Unterstützung wird als nicht mehr notwendig angesehen, wenn ...

- ... eine Anbindung an adäquate Angebote erfolgte. Feedback, ob Angebot für Nutzer:in passend war, wird nach Möglichkeit eingeholt (vgl. FG:Abs. 81).
- ... gemeinsam vereinbarte Ziele erreicht werden konnten (z.B. Nutzer:in sucht Arbeit und findet Job). Idris führt in diesem Zusammenhang das SMART-Prinzip²⁶ an (FI:Abs. 52). Dadurch könne einfacher überprüft werden, ob Ziele erreicht wurden.
- ... auf andere Art und Weise deutlich wird, dass Nutzer:innen keine Unterstützung mehr benötigen: Geire beschreibt beispielsweise, dass Nutzer:innen rückmelden, es gehe ihnen besser, weshalb keine weitere Unterstützung notwendig sei (FG:Abs. 42). Die Link Workerin in Haslach gibt an, Nutzer:innen würden sich allmählich zurückziehen (z.B. kürzere Aufenthalte im Gesundheitsbüro) und ihr Angebot weniger oft in Anspruch nehmen. Dadurch erkenne sie, dass ihre Unterstützung weniger gebraucht werde und reduziere Kontakte (JC:Abs. 52).

Netzwerkarbeit: Am wesentlichsten für den Aufbau von Netzwerken seien den Link Workerinnen zufolge Teilnahmen an Vernetzungstreffen auf lokaler, regionaler bzw. nationaler Ebene bzw. der persönliche Kontakte mit lokalen Akteur:innen. Dadurch könnten Verbindungen zu Organisationen, Kolleg:innen und anderen lokalen Akteur:innen hergestellt werden. Commenda unterstreicht, wie wichtig persönliche Kontakte sind, da man Netzwerkpartner:innen auf diese Art am besten kennen lernen könne, was sich belebend auf die Netzwerkarbeit auswirke. Gleichzeitig begünstige der persönliche Austausch auch das Entstehen von Kooperationsprojekten (ebd.:Abs. 60). Idris äußert diesbezüglich, dass sie in Zeiten der Covid-Pandemie an mehr Treffen als üblich teilnehmen konnte, da diese online stattfanden und dadurch die Anreise zu den Veranstaltungsorten wegfiel (FI:Abs. 84).

Wesentliche Informationen zu lokalen Akteur:innen werden in Ontario in einer Datenbank gesammelt. Wichtig wäre es, Geire zufolge, kontinuierlich in Kontakt zu bleiben, um Datenbanken aktuell halten zu können (FG:Abs. 65). Dies könne auch durch telefonische Gespräche oder E-Mail-Kontakte erfolgen. Ähnlich dazu beschreibt Idris die Netzwerkarbeit als ständigen, nie abgeschlossenen Prozess, da sich die Angebotslandschaft ständig weiterentwickle (FI:Abs. 84). Wichtig wäre, ihrer Einschätzung nach, auch der Austausch zwischen Kolleg:innen, um sich gegenseitig über Änderungen oder neue Angebote zu informieren (ebd.:Abs. 83). Geire gibt an, dieser Austausch beruhe auf Gegenseitigkeit, d.h. auch lokale Organisationen seien um regelmäßigen Austausch bemüht (FG:Abs. 65). Im Gegensatz dazu beschreibt Commenda, es brauche mehrheitlich ihre Initiative, um den Austausch mit lokalen Akteur:innen aufrecht zu erhalten (JC:Abs. 62). Ihrer Einschätzung nach ist es für eine erfolgreiche Zusammenarbeit besonders wichtig, dass Netzwerkpartner:innen ausführlich über SP und Möglichkeiten einer Zusammenarbeit informiert werden (ebd.:Abs. 60).

²⁶ SMART = **S**pezifisch, **M**essbar, **A**traktiv, **R**ealistisch, **T**erminisiert

3.4.3.5 Kategorie 5: Umsetzung und Ausweitung von SP

Tabelle 9: Zusammenfassung der Ergebnisse zu Kategorie 5 (Gierlinger 2022)

Hauptkategorie	Subkategorie	Beschreibung	Ergebnisse
K5: Umsetzung und Ausweitung von SP	Hinderliche Faktoren	Hinderliche Faktoren in der Umsetzung von SP	<ul style="list-style-type: none"> • Bevormundung von Nutzer:innen • „One approach fits all“ – Denken • Verwirrung der Nutzer:innen durch Angebotsvielfalt • Mangelhafte Kommunikation mit Netzwerkpartner:innen u. Nutzer:innen • Nicht ausreichende Öffentlichkeitsarbeit • Befristete Projekte • Überforderung von Ehrenamtlichen • Einsparungen
	Förderliche Faktoren	Erfolgskritische Faktoren in der Umsetzung von SP	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsweise der Link Worker:innen • Klare Strukturen & Prozesse im SP-Projekt • Interprofessionelles & ganzheitliches Arbeiten • Mitarbeit von beteiligten Fachkräften & Unterstützung durch Stakeholder:innen • Klarheit über Wirkung, Zielgruppen & Bedarfe im Einzugsgebiet • Ausreichende Finanzierung / zeitliche Ressourcen
	Ausweitung von SP	Das braucht es für eine weitere Ausweitung von SP	<ul style="list-style-type: none"> • SP als Teil des Gesundheitssystems • Initiative („Movement“) für SP • Idee von SP kontinuierlich ausbreiten und weiterdenken • Entsprechende Evaluierung • Bewerbung der Vorteile SP auf verschiedenen Ebenen • Pilotprojekt → Modellregionen → flächendeckende Implementierung • Nachhaltiges Umsetzen

Hinderliche Faktoren: In der Umsetzung von SP gilt es, Geire zufolge, zu verhindern, dass Nutzer:innen bevormundet werden. Link Worker:innen dürften demnach nie über die Köpfe von Nutzer:innen bzw. deren Bedürfnisse hinweg entscheiden (vgl. FG:Abs. 70). Ähnlich dazu führt Idris an, es wäre hinderlich für den Erfolg von SP, wenn Bedürfnisse von Nutzer:innen in bestimmten Bereichen über- bzw. unterschätzt werden (vgl. FI:Abs. 94). Besonders ungünstig wäre es davon auszugehen, dass eine Lösung / ein Ansatz passend für alle ist („one approach fits all“) (vgl. ebd.).

Zusätzlich könnten sich Überschneidungen von (Hilfs-)Angeboten bzw. Tätigkeitsbereichen verschiedener Professionen hinderlich auf SP auswirken. Nutzer:innen könnten durch Angebotsvielfalt verwirrt werden. Dies könnte dazu führen, dass keine adäquate Hilfe in Anspruch genommen wird oder die Teilnahme an Angeboten nicht erfolgt (vgl. ebd.:Abs. 44f). Darüber hinaus gelte es zu vermeiden, nicht ausreichend Zeit für kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit und das Bewerben von SP einzuplanen (vgl. ebd.:Abs. 95).

Ein weiteres mögliches Hindernis sieht Idris in nicht ausreichender Kommunikation zwischen SP-Anbieter:innen, lokalen Akteur:innen und Nutzer:innen (vgl. ebd.:Abs. 94). Befristete Laufzeiten von SP bzw. die Umsetzung auf Projektbasis würden zudem Unsicherheiten bei involvierten Fachkräften sowie Nutzer:innen hervorrufen (Kann SP fortgeführt werden bzw. ist Fortbestehen von Angeboten abgesichert?).

Diese Form der Umsetzung verhindere das Aufkommen von Kontinuität und wäre mit Mehrarbeit, z.B. in Form von wiederholten Projektanträgen, verbunden (vgl. JC:Abs. 64 / 66; FI:Abs. 118).

Ein weiterer Fehler wäre es zu glauben, SP-Angebote könnten ausschließlich über ehrenamtliche Strukturen bereitgestellt werden, denn dies würde Mitwirkende überfordern. Commenda unterstreicht, dass Ehrenamtliche unbedingt eine professionelle Struktur im Hintergrund benötigen (vgl. JC:Abs. 66). Idris deutet in diesem Zusammenhang auch darauf hin, dass Einsparungen im personellen Bereich erfolgreiches SP behindern würde, da dies unvermeidlich zu mehr Stress für Link Worker:innen führe. Dies wirke sich in weiterer Folge auf Nutzer:innen aus, da weniger zeitliche Ressourcen je Nutzer:in aufgewendet werden könnten (vgl. FI:Abs. 118).

Förderliche Faktoren: Für den Erfolg von SP sei ausschlaggebend, dass Nutzer:innen empowert werden, sodass sie ihr Potential entfalten können. Link Worker:innen müssten sich deshalb völlig auf Nutzer:innen, deren Lebenswelt, Bedürfnisse sowie Ressourcen einlassen und diese in einen gemeinsamen Prozess miteinbeziehen (vgl. FG:Abs. 68 / 72; vgl. FI:Abs. 94). Dadurch könnten Nutzer:innen selbst entscheiden, was sie glücklich macht und welchen Aktivitäten sie nachgehen möchten. Dies erfordere, dass Link Worker:innen ausreichend Zeit für Nutzer:innen aufwenden können (vgl. FG:Abs. 72). Außerdem brauche es klar definierte und strukturierte Abläufe (Zuweisung, Termine, Verweisung, Feedback) innerhalb des SP-Projekts, welche transparent nach außen kommuniziert werden. Dies erleichtere es beteiligten Fachkräften und potenziellen Nutzer:innen, SP und damit einhergehende Möglichkeiten bzw. Vorteile zu verstehen. Gleichzeitig werde dadurch verhindert, dass falsche Erwartungen bzw. irrtümliche Zuweisungen zustande kommen (vgl. FI:Abs. 90).

Das Weiterverfolgen bzw. Intensivieren interprofessioneller Zusammenarbeit bzw. ganzheitlichen Denkens von Gesundheit sei außerdem wesentlich für den Erfolg von SP (vgl. JC:Abs. 64; FI:Abs. 91). Idris sieht in der Mitarbeit und Überzeugung von Fachkräften in der PV bzw. Stakeholder:innen einen sehr wesentlichen Erfolgsfaktor. Erst wenn diese mit SP vertraut sind und den Wert dahinter erkennen können, würden sie das Konzept unterstützen (vgl. ebd.:86). Dies erfordere Klarheit darüber, was für wen auf welche Art geleistet werden kann. Diesbezüglich betrachtet sie Bedarfsanalysen im Einzugsgebiet als notwendig, um wiederkehrende Themen, Problemlagen und Bedürfnisse der Bevölkerung identifizieren zu können (vgl. ebd.:Abs. 89). Auch für Innovation und Kreativität müssten Umsetzer:innen von SP offen sein (vgl. ebd.:Abs. 91). Commenda streicht zudem die Importanz einer langfristigen Finanzierung hervor, denn damit gehe Sicherheit und Kontinuität für Fachkräfte sowie Nutzer:innen einher. Erst dadurch wären Ehrenamtliche verstärkt bereit, sich zu beteiligen und Energie zu investieren (vgl. JC:Abs. 64).

Ausweitung von SP: Um eine flächendeckende Ausbreitung von SP zu ermöglichen, müsste das Konzept zuerst als Bestandteil des Gesundheitssystems anerkannt werden. Eine wesentliche Rolle spiele in diesem Zusammenhang auch der Präventionsaspekt von SP (vgl. FG:Abs. 74). Idris streicht hervor, dass es diesbezüglich besonders wichtig

sei, mit lokalen Akteur:innen und Netzwerkpartner:innen zu kommunizieren (vgl. FI:Abs. 114 / 121). Es brauche viele Gespräche bzw. Diskussionen mit Kolleg:innen, Fachkräften sowie Entscheidungsträger:innen und ergänzende Öffentlichkeitsarbeit, um eine gemeinsame Vision zu erarbeiten (vgl. ebd.:Abs. 87).

In England kam Schwung in die Diskussion, als ein Netzwerk zur Förderung bzw. Bewerbung von SP entstand. Als Leiter agierte ein Arzt, welcher SP bereits fest in seiner Praxis verankert hatte. Ziel war es, regionale Pilotprojekte einzubeziehen und eine gemeinsame Initiative für SP zu starten. Dadurch nahm die Regierung SP wahr und der Bekanntheitsgrad des Konzepts konnte erhöht werden. SP und mögliche Vorteile einer Implementierung rückten ins nationale Bewusstsein (vgl. ebd.:Abs. 109). Auch Commenda gibt an, SP müsse in Zukunft größer gedacht und von Pilotprojekten in einzelnen Orten zu Modellregionen ausgeweitet werden. Um eine Ausweitung des Konzepts in Österreich zu erwirken, brauche es finanzielle Ressourcen und Netzwerke (vgl. JC:Abs. 68).

Durch entsprechende Evaluierung könne auch eine langfristige Finanzierung gesichert werden. Daten zur Wirkung auf Nutzer:innen müssen demnach festgehalten und entsprechend aufbereitet werden (vgl. FI:Abs. 96). In weiterer Folge gelte es, Fachkräften und Entscheidungsträger:innen den Wert von SP (z.B. Auswirkung auf Patient:innen und Entlastung des Gesundheitssystems) mit Hilfe der generierten Daten vor Augen zu führen (vgl. ebd.:Abs. 87/110/114). Trotzdem brauche es auch Überlegungen zur nachhaltigen Umsetzung, um auch bei möglichen Budgetkürzungen weiterarbeiten zu können. In diesem Zusammenhang betont Idris die Bedeutung der Zusammenarbeit mit freiwilligen- und ehrenamtlichen Organisationen (vgl. ebd.:Abs. 91f). Eine weitere Chance, die Verbreitung des Konzepts zu fördern, sieht Idris darin, in Krankenhäusern aktiv zu werden, um auch dort Patient:innen bzw. Angehörige beraten sowie auf Angebote von SP aufmerksam machen zu können (vgl. ebd.:Abs. 111).

3.5 Zusammenfassung und Diskussion

Im nachfolgenden Kapitel werden zentrale theoretische Ergebnisse mit Erkenntnissen aus den Interviews in Verbindung gebracht, um Antworten auf die in Kapitel 2.1 gestellten Forschungsfragen (F1-3) zu geben bzw. Rückschlüsse zu möglichen Entwicklungen des Konzepts in Österreich zu ziehen. Ziel dieses Teils der Masterthese war es, die Evidenzbasis zur Wirkung von SP zu bewerten (F1.), den internationalen Stand von SP zu beleuchten (F2.) bzw. einen begründeten Vergleich zwischen einem österreichischen Pilotprojekt und etablierteren Projekten im Ausland aufzustellen. Dadurch soll beurteilt werden, wie sich das österreichische Pilotprojekt im internationalen Vergleich darstellt (F3.).

F1. Wie lässt sich die Evidenz von SP beurteilen?

Aufgrund der durchgeführten Dokumentenanalyse lässt sich festhalten, dass das Konzept Potenzial hat, Gesundheit und Wohlbefinden von Nutzer:innen zu verbessern, Kosten und Belastungen für das Gesundheitssystem zu verringern bzw. eine positive

Wirkung auf Vernetzung bzw. lokale Angebote zu entfalten. Ähnliche Rückschlüsse zur Wirkung auf Nutzer:innen-Ebene lassen auch empirische Ergebnisse dieser Masterthese zu: SP trägt durch Fokus auf erweiterte Gesundheitsdeterminanten zu einer Verbesserung der physischen sowie psychischen Gesundheit der Patient:innen im PV-Kontext bei, beugt sozialer Isolation und Einsamkeit vor bzw. wirkt diesen entgegen und stärkt soziale Netze sowie das Selbstwertgefühl der Nutzer:innen. Wie wichtig das Miteinbeziehen erweiterter Gesundheitsdeterminanten zur Gesundheitsförderung ist, wurde in Zeiten der Covid-19 Pandemie besonders deutlich. Trotz vielfach beschriebener positiver Wirkung von SP liegen jedoch Limitationen vor, da bisherige Erkenntnisse auf Untersuchungen mit kleinem Umfang, ohne Kontrollgruppen bzw. ohne standardisierte Erhebungsinstrumente oder lediglich auf qualitativen Daten basieren. Ähnliches gilt für die geführten bzw. geplanten Evaluationen der verglichenen Projekte sowie die Ergebnisse der Interviews. Evaluationen können zudem häufig nur schwer verglichen bzw. hinsichtlich ihrer Qualität beurteilt werden, da SP in seinen Umsetzungsformen stark variiert. Dies ist jedoch, wie auch durch die Interviews belegt, nicht gleichbedeutend mit einer Unwirksamkeit von SP. Vielmehr wird dadurch die Notwendigkeit nach mehr fundierten Nachweisen zur Wirksamkeit von SP unterstrichen.

Dies ist insofern von Bedeutung, als davon nicht nur die Ausbreitung bzw. Finanzierung des Konzepts abhängig scheint, sondern dadurch auch für Nutzer:innen sowie involvierte Fachkräfte Klarheit geschaffen werden könnte – warum bzw. für wen wirkt SP? Die Interviewergebnisse deuten darauf hin, dass sich dies auch positiv auf die Umsetzung von SP sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit auswirken würde. Diese erfordern Klarheit sowie transparente Prozesse und Strukturen, um Irritationen und Missverständnissen vorzubeugen. Es liegt demzufolge in der Verantwortung bereits bestehender sowie geplanter Projekte, vorhandene Lücken in der Evidenzbasis durch systematische Planung und entsprechend einheitliche Evaluationsrahmen (Social Prescribing: von wem, für wen, mit welcher Wirkung & zu welchen Kosten?) zu schließen. Diesbezüglich wurden in Österreich mit der Umsetzung bzw. Evaluation von Pilotprojekten bereits wichtige Schritte gesetzt.

F2. Welche Modelle von Social Prescribing kommen international zur Anwendung?

Im Zuge der durchgeführten Dokumentenanalyse wurde deutlich, dass das Konzept derzeit vor allem im englischsprachigen Raum zur Anwendung kommt. SP scheint sich trotz umstrittener Evidenzbasis ausgehend von England zu verbreiten. Die aus der Theorie ableitbare Vorreiterrolle Englands bzw. Importanz, von etablierten Projekten und gesammelten Erfahrungen zu lernen, konnte durch den Vergleich der ausgewählten Projekte sowie die Interviews bestätigt werden. International betrachtet ist die Umsetzung von SP stark von lokalen Gegebenheiten und Strukturen abhängig. Es scheint unzählige Umsetzungsvarianten zu geben und Projekte unterscheiden sich anhand verschiedener Merkmale. Grundsätzlich lassen sich vier wesentlichen Modelle (siehe Kapitel 3.2.1), mit jeweils spezifischen Merkmalen, unterscheiden.

Zudem konnten aus der Literatur drei wesentliche Ausbaustufen des Konzepts abgeleitet werden, welche Rückschlüsse darüber geben, wie etabliert SP im jeweiligen Land ist (siehe Kapitel 3.2.3). Dabei wurde die Annahme getroffen, dass diese Stufen den

Prozess der Etablierung im jeweiligen nationalen Kontext vereinfacht darstellen. Der Prozess sei ein lang andauernder, welcher kontinuierliches Bemühen sowie Zeit in Anspruch nimmt. Diese Annahme bestätigte sich durch die Ergebnisse der Interviews. Neben der bereits erwähnten Notwendigkeit, entsprechend zu evaluieren, braucht es für flächendeckendes SP Kommunikation auf verschiedensten Ebenen. Ergänzend dazu wäre ein Netzwerk förderlich, welches das Ziel verfolgt, SP und den damit einhergehenden Fokus auf erweiterte Gesundheitsdeterminanten als Bestandteil des Gesundheitssystems zu etablieren.

F3. Wie stellt sich ein österreichisches Social Prescribing Modellprojekt im Vergleich zu bestehenden internationalen Modellen dar?

Die ausgewählten Projekte sind als Holistic-SP-Modelle im PV-Kontext angesiedelt und entstanden als Reaktion auf lokale Gegebenheiten bzw. Bedarfe. Trotz unterschiedlicher Einzugsgebiete, lokaler Bedürfnisse bzw. spezifischer Zielsetzungen konnte mit Hilfe induktiv-deduktiv generierter Kategorien ein begründeter Vergleich vollzogen werden. Dabei wurde deutlich, dass die Projekte trotz unterschiedlicher Voraussetzungen auch Gemeinsamkeiten in Form von wesentlichen Schlüsselmerkmalen haben. Zugrunde liegende Prozesse bzw. übergeordnete Ziele sind im Grunde genommen gleich und die Arbeitsweise der Link Workerinnen ist ebenso vergleichbar. Es wurde sichtbar, dass das österreichische Pilotprojekt im internationalen Vergleich „mithalten“ kann. Bisher besteht dieses jedoch nur befristet – d.h. im jeweiligen nationalen Kontext betrachtet, stehen die Projekte auf unterschiedlichen Ausbaustufen. Damit einher gehen verschiedene Herausforderungen für die Umsetzer:innen der Projekte (z.B. hinsichtlich der Finanzierung & Kontinuität).

Obwohl eine zentrale Botschaft der Link Workerinnen lautet, dass jede:r von SP profitieren kann, scheint das Konzept seine Wirkung vor allem für jene Personengruppen zu entfalten, für welche es konzipiert wurde. Aus den Interviews bzw. der Literatur gingen diesbezüglich dieselben Zielgruppen hervor. Jedoch gibt es unterschiedliche Personengruppen, zu welchen bisher kaum Zugang gefunden werden konnte. Auffallend war, dass Kinder- und Jugendliche bisher in keinem der Projekte ausreichend adressiert werden konnten. Folglich ergibt sich die Notwendigkeit, SP auf mehreren „Kanälen“ gleichzeitig zu bewerben. Dies scheint am effektivsten zu sein, um ein möglichst breites Spektrum an Nutzer:innen zu erreichen. Zudem erscheint es sinnvoll, das Konzept mit einem adäquaten sowie nutzer:innenfreundlichen Begriff im österreichischen Kontext zu bewerben. Die Forschungsarbeit der Kolleg:innen aus Forschungsgruppe II liefert diesbezüglich theoretische Überlegungen sowie erste, empirisch generierte Begriffe.

Die direkte Verbindung zur Primärversorgung scheint den Zugang zu bzw. für Nutzer:innen zu erleichtern, was als Vorteil von Holistic-SP-Modellen gedeutet werden kann. Zusätzlich wurden wichtige Faktoren genannt, welche Nutzer:innen von SP und dazugehörigen Angeboten ausschließen können. Diese könnten sowohl für zukünftige Konzeptionierungen als auch praktische Umsetzungen hilfreich sein bzw. berücksichtigt werden. Die Zugangsmöglichkeiten der Nutzer:innen zu SP sind in den Projekten gleich und decken sich mit jenen aus der Literatur. Am häufigsten scheinen Verweisungen

durch Fachkräfte der PV zu sein, wobei das Verhältnis zwischen Eigen- und Fremdzweisungen im GES.UND-Projekt sogar ausgeglichen ist.

Grundsätzlich besteht der Eindruck, dass SP und dazugehörige Angebote gut ausgelastet sind. Die Nutzer:innenzahlen von SP unterliegen jedoch Schwankungen. Zum einen sind sie wesentlich von Verweisungen durch involvierte Fachkräfte abhängig. Zum anderen tragen Covid-19 und damit einhergehende Unsicherheiten zu den Schwankungen bei. Zuweisungen durch Fachkräfte in der PV erfolgen durch standardisierte Prozesse, wobei ein Unterschied zwischen Link Worker:innen besteht, welche direkt in der PV angestellt sind und jenen, welche ihr Büro außerhalb haben. Wie häufig Professionen der PV verweisen, hängt davon ab, wie gut diese über SP Bescheid wissen, wie lange das Konzept bereits angewandt wird und wie gut die interprofessionelle Zusammenarbeit funktioniert. Dies offenbart, wie wichtig eine enge Zusammenarbeit mit dem PV-Team bzw. die Sensibilisierung der Kolleg:innen ist. Das Intensivieren interprofessioneller Zusammenarbeit kann somit als wesentlicher Erfolgsfaktor für SP gesehen werden.

Wie aus der Literatur hervorgeht und durch die Interviews bestätigt wird, kommt der Link Working-Funktion eine zentrale Bedeutung im SP-Prozess zu. Im empirischen Teil der Arbeit zeigte sich, dass die Arbeitsweisen der Link Worker:innen in den Projekten ähnlich sind. Zentral scheint die Fähigkeit, sich auf die Lebenswelt der Nutzer:innen einlassen zu können und Gespräche durch verschiedene Gesprächstechniken steuern bzw. lenken zu können. Da sich Bedürfnisse der Nutzer:innen stark unterscheiden, müssen Link Worker:innen sehr individuell reagieren können. Dies zeigt sich beispielsweise auch in der Ausgestaltung der Termine.

Um Nutzer:innen zu motivieren, gilt es, diese einzubinden und zu gewährleisten, dass wesentliche Beweggründe bzw. Motive erkannt werden. Diese sind zentral für die Motivation bzw. um nachhaltig Veränderung zu initiieren. Link Worker:innen müssen demnach ausreichend Zeit zur Verfügung haben, um sich umfassend auf die Situation der Nutzer:innen einlassen zu können. Zudem müssen Link Worker:innen darauf achten, Nutzer:innen zu empowern, um deren Potential zu fördern und Bevormundung zu vermeiden. Eine weitere Kernkompetenz von Link Worker:innen ist es, vernetzt zu arbeiten. Dazu braucht es entsprechende Kompetenzen und umfangreiche sowie kontinuierliche Netzwerkarbeit.

Trotz einer gemeinsamen Vorstellung von wesentlichen Fähigkeiten und Arbeitsweisen der Fachkräfte mit Link Working-Funktion, besteht international sowie national (Österreich) derzeit kein Konsens darüber, welche Qualifikation diese Schlüsselkräfte mitbringen müssen. Aus sozialarbeiterischer Sicht ist dies mit Sicherheit kritisch zu hinterfragen, da diesen Kräften große Verantwortung zukommt und sie hohe Anforderungen erfüllen müssen. Aufgrund der nachfolgend zusammengefassten Kompetenzen, welche diese Fachkräfte mitbringen sollten, scheint eine einschlägige Ausbildung im Gesundheits- bzw. Sozialbereich auf Bachelor-Niveau – vorzugsweise Soziale Arbeit – notwendig. Diese Diskussion wird auf berufspolitischer Ebene noch weiterhin zu führen sein.

- Ganzheitliches Erfassen der Lebenswelt von Nutzer:innen
- Stärken und ressourcenorientiertes Unterstützen
- Fähigkeit, Beratungsgespräche zu führen bzw. zu lenken
- Arbeiten mit Widerständen
- Kompetenz, Netzwerke zu analysieren, aufzubauen sowie zu pflegen
- Fähigkeit, im Zuge von „einfachen“ Beratungsgesprächen auch sensible Themen aufzugreifen bzw. direkt anzusprechen. Dies ist insofern von Bedeutung, da Themen nach Möglichkeit genau dann bearbeitet werden müssen, wenn sie von Nutzer:innen „auf den Tisch gelegt werden“.
- Um Nutzer:innen nicht direkt an eine andere Stelle weiterverweisen zu müssen, braucht es eine hohe Querschnittskompetenz (z.B. auch über rechtliche Aspekte, um Fehlberatungen zu vermeiden). Gleichzeitig wird dadurch verhindert, dass Beratungsgespräche trivialisiert werden (im Sinne einer Checklisten-Beratung)
- Fähigkeit, bei Krisen unterstützend einzuwirken (Krisenintervention)

Abschließend lässt sich festhalten, dass die Projekte trotz unterschiedlicher lokaler und nationaler Rahmenbedingungen, Strukturen und Gegebenheiten SP ähnlich umsetzen. Es werden ähnliche Herangehens- bzw. Arbeitsweisen verfolgt und gleichartige Prozesse liegen SP zu Grunde. Das österreichische Pilotprojekt berücksichtigt wesentliche Kernelemente des Konzepts und kann deshalb mit Recht als Social Prescribing-Projekt bezeichnet werden, wenngleich diese Bezeichnung für den österreichischen Kontext noch wenig passend scheint. Vor allem wenn darauf abgezielt wird, Nutzer:innen mit dem Konzept vertraut zu machen. An der Entwicklung von SP in Österreich wird ersichtlich, dass ein kontinuierlicher Prozess in Gang gesetzt wurde. Pilotprojekte wurden jedoch bisher „nur“ befristet umgesetzt und Umsetzer:innen wie die Fachkräfte in Haslach sind mit Unsicherheiten aufgrund fehlender langfristiger Finanzierung konfrontiert. Wie sich SP in Österreich zukünftig ausbreitet bzw. umsetzen lässt²⁷, wird deshalb stark davon abhängig sein, ob entsprechende Finanzierungsmöglichkeiten geschaffen werden.

Wie soeben angedeutet und wie die Interviews bestätigen, ist die Finanzierung einer der wesentlichsten Faktoren für die Umsetzung sowie den langfristigen Erfolg von SP. Dass dies in Österreich eine besondere Herausforderung darstellt, wurde bereits von Antosik aufgezeigt (vgl. 2020:100). Jedoch gilt es zu unterstreichen, dass Kontinuität für Fachkräfte und Nutzer:innen erst durch eine gesicherte Finanzierung entstehen kann. Zudem könnte dadurch, wie in Abbildung 6 dargestellt, sichergestellt werden, dass qualifiziertes Personal und ausreichend zeitliche Ressourcen zur Verfügung stehen, um Nutzer:innen individuell und auf deren Bedürfnisse abgestimmt zu unterstützen. Wie auch durch die vorliegende Masterthese bestätigt, braucht es mit Sicherheit weitere fundierte Nachweise zur Wirkung von SP auf Nutzer:innen- bzw. Systemebene, um vorhandene Lücken in der Evidenzbasis zu schließen.

²⁷ Wie bzw. unter welchen Voraussetzungen SP in einer allgemeinmedizinischen Gruppenpraxis gelingend umgesetzt werden kann, wurde von Kolleginnen aus der Forschungsgruppe III aufgezeigt.

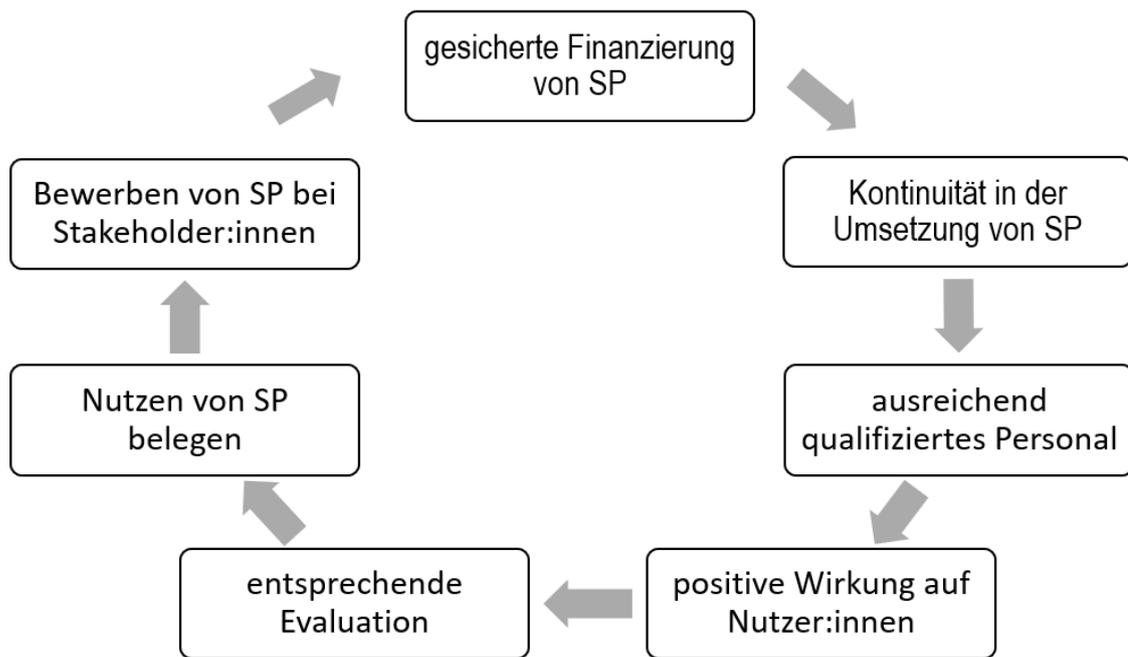


Abbildung 6: Wirkungskreislauf zur Finanzierung von SP (Gierlinger 2022)

Im Zuge der internationalen Recherche wurde deutlich, dass sich Pilotprojekte insbesondere dazu eignen, erste Erfahrungen und Daten in der Umsetzung von SP zu sammeln und dadurch den Weg für eine weitere Ausbreitung des Konzepts zu ebnen. In Österreich ist man diesbezüglich mit der Umsetzungen mehrerer Pilotprojekte im PV-Kontext sowie entsprechender Evaluation auf dem „richtigen“ Weg. Wie jedoch aufgezeigt wurde, bringen projektbasierte Umsetzungsformen auch Herausforderungen für Umsetzer:innen sowie Nutzer:innen mit sich. Eine besondere Herausforderung dürfte deshalb die Hürde hin zur Regelfinanzierung darstellen. Will man SP auf die dritte und letzte Ausbaustufe heben – d.h. das Konzept ins Gesundheits- und Sozialsystem implementieren – bräuchte es weitere Schritte. Es gilt Nachweise zur Wirkung von SP zu generieren, welche wiederum genutzt werden müssen, um Stakeholder:innen und Entscheidungsträger:innen vom Mehrwert des Konzepts zu überzeugen. Auch scheint das Ausdehnen bzw. Zusammenschließen mehrerer Pilotprojekte zu Modellregionen denkbar. Dadurch könnte auch ein Netzwerk für SP entstehen, welches sich kontinuierlich und auf verschiedenen Ebenen durch Debatten, Diskussionen und Öffentlichkeitsarbeit für eine Implementierung von SP einsetzt. Entscheidend für die weitere Verbreitung des Konzepts wird sein, ob die Hürde einer geregelten Finanzierung genommen werden kann.

4 Social Prescribing im Fokus unterschiedlicher Berufsgruppen

Jacqueline Zeilinger

Dieser Teil der Masterthese beschäftigt sich mit der Umsetzung von Social Prescribing in Österreich und stellt die Frage, welche Berufsgruppen *außer* der Sozialen Arbeit dieses Konzept nutzen und welche Empfehlungen sich daraus für die weitere Praxis und Umsetzung von Social Prescribing in Österreich ergeben. Anschließend an den methodischen Teil mit der Beschreibung des Forschungsvorgehen wird die „Social Prescribing Checkliste“ erstellt und anhand dieser im weiteren Verlauf dieses Abschnittes die recherchierten Projekte gegenübergestellt und bewertet. Es wird auch die Frage gestellt, welche Rolle die Soziale Arbeit in diesen Organisationen oder Projekten spielt. Den Abschluss dieses Teils bilden Empfehlungen für die Praxis.

4.1 Sample und Datenerhebung

Bereits weiter oben (siehe Kapitel 2) wurde beschrieben, mit welchen Forschungsfragen sich diese Gruppe auseinandergesetzt hat und welche Teilbereiche von Social Prescribing näher beleuchtet werden. An dieser Stelle soll die Datenerhebung sowie -auswertung für diesen Teilbereich der Arbeit dargestellt werden.

Für die beiden Interviewrunden wurde jeweils ein Leitfaden in Vorbereitung für die Interviews erstellt, der bei den Gesprächen als Orientierung dienen soll. Durch die unterschiedlichen Ziele der beiden Interviewrunden (siehe Kapitel 4.1) erschien es sinnvoll, unterschiedliche Leitfäden zu erstellen. Die Beschreibung und Begründung für die Verwendung von Leitfadeninterviews in der gesamten Arbeit findet sich bereits in Kapitel 2.3.3. An dieser Stelle wird das Sample für diesen Teil der Arbeit beschrieben.

Die Datenerhebung für diesen Teil der Arbeit erfolgte in mehreren Phasen, die nachfolgend näher erläutert werden:

- Systematische Literaturrecherche zum nationalen und internationalen Forschungsstand in der gesamten Forschungsgruppe.
- Erarbeitung der „Social Prescribing Checkliste“ anhand der recherchierten Literatur. Die Projekte können so miteinander verglichen und bewertet werden.
- Interviewrunde 1 mit Kontakten, die der Forscherin oder der Forschungsgruppe persönlich bekannt sind. Ziel der ersten Interviewrunde ist ein Kennenlernen des Feldes der (möglichen) Social Prescribing Angebote in Ostösterreich²⁸ und das Finden von Ansatzpunkten für die zweite Interviewrunde.

²⁸ Durch die Forschung ergaben sich Anwendungen und Projekte in Niederösterreich, der Steiermark und dem Burgenland.

- Neuanpassung der Checkliste und Recherche weiterer Social Prescribing Anwendungen unter Zuhilfenahme der Ergebnisse aus den ersten Interviews.
- Interviewrunde 2: Hier werden Interviews mit Personen geführt, die entweder in der ersten Interviewrunde empfohlen wurden oder aus der weiteren Recherche als Ansprechpersonen hervorgingen.
- Abschlussrecherche²⁹.

Abbildung 7 verdeutlicht das Vorgehen mit seinen einzelnen Schritten.

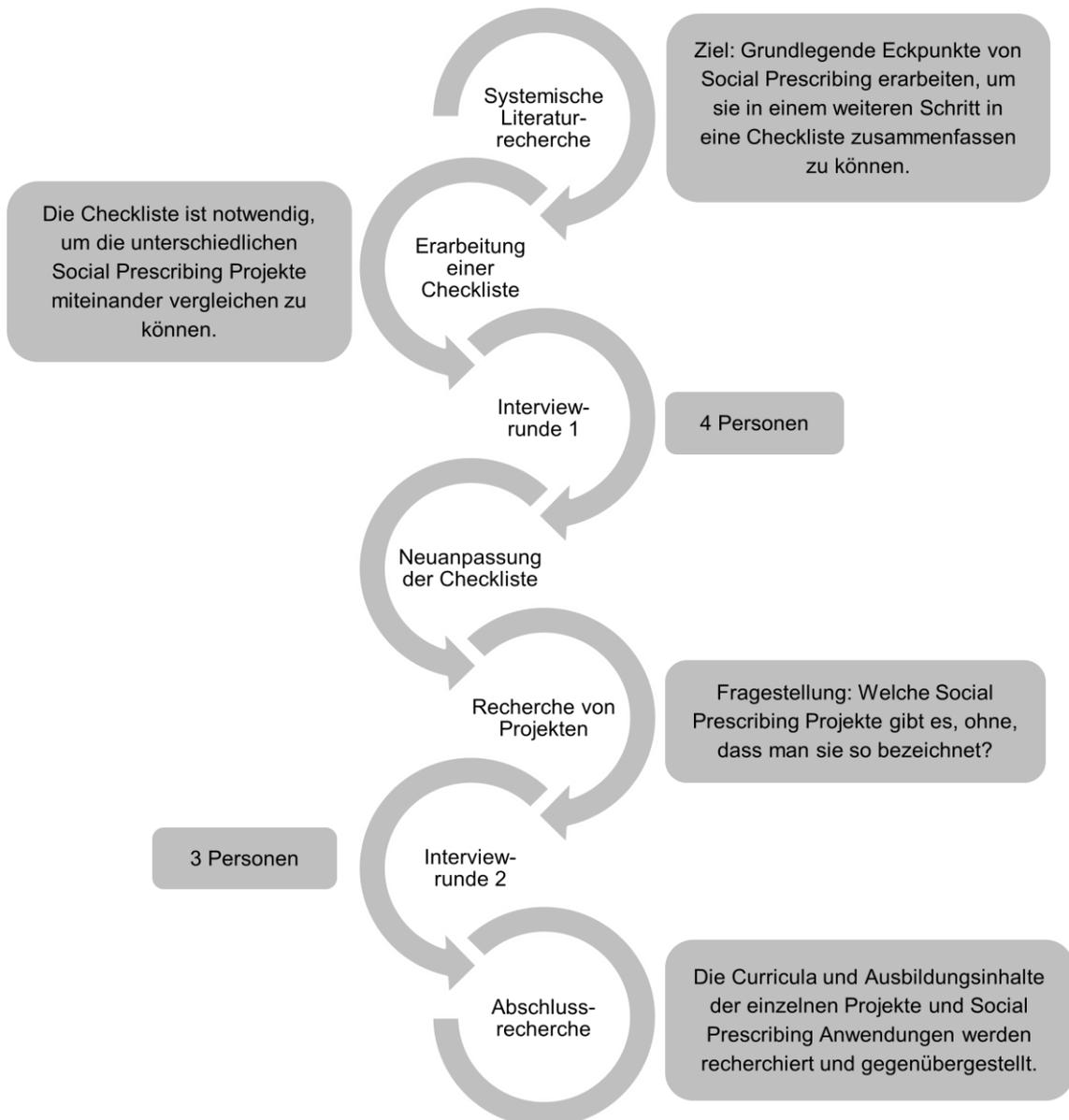


Abbildung 7: Datenerhebungsprozess (Zeilinger 2021)

²⁹ Die Recherchen enden mit dem Stichtag 31.01.2022. Alle darüber hinaus veröffentlichten Arbeiten finden keinen Eingang mehr in diesen Teil Arbeit.

Tabelle 10 fasst das Sample zusammen und stellt die Details der einzelnen Interviews dar. Ebenso sind in der Tabelle die Abkürzungen der einzelnen Interviews zu finden, wie sie dann im Rest der Arbeit als Kennzeichnung verwendet werden.

Tabelle 10: Beschreibung Sample (Zeilinger 2021)

Interview- runde	Name	Einrichtung	Datum des Interviews	Weitere Infos	Kurzbe- zeichnung
1	Person möchte anonym bleiben	GesundheitsNetzwerk Raabtal	27.07.2021	Kontakt durch Teamkollege	I-1
1	Beatrix Hofer	Seelsorgerin Landeskrankenhaus Amstetten	02.08.2021	Kontakt durch Praktikum im Landeskrankenhaus	I-2
1	Diana Holler	Sozialarbeiterin SMZ Liebenau	10.08.2021	Kontakt durch gemeinsame Fortbildung	I-3, I-3a
1	Maria Bichl	Sozialarbeiterin Landeskrankenhaus Amstetten	25.08.2021	Kontakt durch Praktikum im Landeskrankenhaus	I-4
2	Person möchte anonym bleiben	Pflege- und Sozialberaterin Burgenland	13.12.2021	Case- und Caremanagement nach eigener Beschreibung	II-1
2	Sandra Juris	Sozialarbeiterin Sozialbegleitung Rotes Kreuz Niederösterreich	14.12.2021	Kontaktvermittlung durch bekannte Person beim Roten Kreuz	II-2
2	Person möchte anonym bleiben	Pflege- und Sozialberaterin Burgenland	21.12.2021	Case- und Caremanagement nach eigener Beschreibung	II-3

ad I-1: Durch den Teamkollegen Edin Izic wurde der Kontakt zur Interviewperson hergestellt. Sie ist eine Sozialarbeiterin des GesundheitsNetzwerks Raabtal Burgenland. Die Kontaktaufnahme erfolgte per E-Mail. Die Interviewpartnerin erschien durch ihre Einbindung in ein bundeslandweites Netzwerk besonders geeignet für das Interview. Es war anzunehmen, dass sie eventuelle Anknüpfungspunkte für die weitere Forschung weiß und selbst vielleicht sogar nach der Social Prescribing Methode arbeitet. Das GesundheitsNetzwerk Raabtal ist ein offizielles Primärversorgungsnetzwerk. Da hier bereits Sozialarbeiter:innen involviert sind, findet sich keine weitere Beschreibung dieses Netzwerkes in diesem Teil der Arbeit, da laut Forschungsfragen nach anderen Berufsgruppen in Kombination mit Social Prescribing gesucht wird. Die Erkenntnisse aus diesem Interview finden aber Eingang in die Entwicklung der Social Prescribing Checkliste und die Empfehlungen für die Praxis in Österreich.

ad I-2: Die Forscherin konnte Beatrix Hofer im Rahmen eines Praktikums kennenlernen. Dort wurden die Kontaktdaten ausgetauscht, per E-Mail wurde dann der erste Kontakt

wieder aufgenommen. Im Praktikum hat die Forscherin den Eindruck gewonnen, dass Frau Hofer gut vernetzt ist in der (katholischen) Gemeinde. Nach ersten Überlegungen ist klar geworden, dass Frau Hofer eventuell nach der Methode des Social Prescribing arbeitet. Ziel des Interviews war es, das herauszufinden und eventuelle Anknüpfungspunkte für die weitere Forschung zu finden.

ad I-3, I-3a: Über eine gemeinsame Fortbildung konnte der Kontakt zu Frau Holler aus dem SMZ Liebenau (Graz) hergestellt werden. Das SMZ Liebenau ist kein ausgewiesenes Primärversorgungszentrum, arbeitet aber nach dem gleichen Aufbau („Nachbarschaftszentrum“), weshalb es für Anknüpfungspunkte wichtig erschien, hier Kontakt aufzunehmen. Anders als das GesundheitsNetzwerk Raabtal ist das SMZ Liebenau keine offizielle Primärversorgungseinheit. Aus diesem Grund und weil sich aus den Interviews wichtige Ansätze für die Erstellung der Social Prescribing Checkliste ergeben haben, findet das SMZ Liebenau Beschreibung in dieser Arbeit. Frau Holler stand auch nach dem Interview noch für Fragen per Mail zur Verfügung, das Interview ist mit I-3 und der Mailverkehr mit I-3a bezeichnet.

ad I-4: Durch ein Praktikum im Landeskrankenhaus Amstetten wurde der Kontakt zur Sozialarbeiterin dort aufgebaut. In der Praxiszeit konnte die Vernetzung mit den regionalen Helfer:innen kennengelernt werden. Ziel dieses Interviews war es, weitere Anknüpfungspunkte für Social Prescribing Einrichtungen und Projekte zu finden.

ad II-1 und ad II-3: Die Interviews mit diesen beiden Personen kam durch eine direkte Anfrage bei den Pflege- und Sozialberater:innen des Burgenlandes zustande, die Einrichtung selbst wurde durch Recherchen und einen Hinweis aus der Interviewrunde 1 gefunden. Beide Personen sind diplomierte Pflegekräfte und sind jetzt als Case und Caremanagerinnen in der Pflege- und Sozialberatung tätig. Die Personen aus diesen beiden Interviews möchten anonym bleiben.

ad II-2: Durch eine bekannte Person, die selbst in der Sozialbegleitung des Roten Kreuzes Niederösterreich tätig ist, konnte der Kontakt zur Leitung dieses Leistungsbereiches hergestellt werden. Frau Juris ist Sozialarbeiterin im Niederösterreichischen Landesverband des Roten Kreuzes.

Alle interviewten Personen sind weiblich. Das ist eine zufällige Gegebenheit, es wurde nicht explizit nach weiblichen Interviewpersonen gesucht. Jedoch arbeiten in den Einrichtungen, die kontaktiert wurden und die für diese Arbeit herangezogen werden, zu einem hohen Anteil weibliche Personen. Entscheidend für die Auswahl der Gesprächspartnerinnen war ihre Position in der Einrichtung, die Tätigkeitsbezeichnung sowie die Ausbildung.

Die Interviews wurden mithilfe vorher definierter Leitfäden durchgeführt (siehe 2.3.3). Die Settings und Gegebenheiten unterscheiden sich aber deutlich voneinander und sollen daher nachfolgend geschildert werden.

4.1.1 Ablauf der ersten Interviewrunde

Aufgrund der Coronasituation konnten einige der Interviews nur online durchgeführt werden, verwendet wurde dazu die Software „Zoom“. In Zoom kann eine Audio- und Videoaufzeichnung erfolgen. Diese Audioaufzeichnungen wurden – sofern angelegt – wörtlich transkribiert und diese Transkripte werden im weiteren Verlauf für die Analyse, Auswertung und Ergebnisdarstellung verwendet.

I-1 wurde online durchgeführt, ohne dass es aufgezeichnet wurde. Das lag an technischen Schwierigkeiten, die sich nicht beheben ließen. Es wurden die Informationen stichwortartig mitgeschrieben und im Anschluss an das Gespräch wurde ein Gedächtnisprotokoll angefertigt, auf das sich im Rahmen der Auswertung bezogen wird.

I-2 wurde auf Wunsch der Interviewpartnerin bei ihr zuhause durchgeführt. Da auch andere Familienmitglieder anwesend waren, wurde auf eine Audioaufzeichnung verzichtet und nach der gleichen Vorgehensweise wie bei I-1 gearbeitet.

Die beiden letzten Interviews der ersten Runde (I-3 und I-4) wurden jeweils an den Arbeitsplätzen der interviewten Personen durchgeführt, Klient:innen kamen und gingen (Mehrpersonenbüros) und andere Mitarbeiter:innen waren anwesend und haben auch Telefonate mit Klient:innen geführt, weswegen aus Datenschutzgründen auf eine Aufzeichnung verzichtet wurde. Auch hier wurde in Stichworten mitgeschrieben und im Anschluss jeweils ein Gedächtnisprotokoll angefertigt, das für die weitere Verarbeitung des Gesprächs verwendet wurde.

Jedes der Interviews dauerte zwischen 30 und 90 Minuten.

Kritisch betrachtet soll an dieser Stelle werden, dass zwei Personen der Interviews bereits vorab der Forscherin bekannt waren. Das hat den Vorteil gebracht, dass eine Kontaktaufnahme sehr informell und einfach möglich war, ebenso gestaltete sich die Atmosphäre bei den Interviews sehr locker und kollegial. Der Nachteil ist, dass durch die Bekanntschaft eventuell von einer gemeinsamen Wissensbasis ausgegangen wurde, die im Gespräch nicht mehr hinterfragt wurde.

4.1.2 Ablauf der zweiten Interviewrunde

Alle drei Interviews dieses Forschungsabschnitts (II-1, II-2, II-3) wurden online durchgeführt und die Gespräche mittels Audioaufzeichnung gesichert. Die Audiodateien wurden bereinigt transkribiert (ohne Darstellung von Füllwörtern wie „ähm“ etc. sowie ohne Markierung von Gesprächspausen etc.) und anhand dieser Transkripte erfolgte die weitere Auswertung, ohne erneut auf die Audiodateien zurückzugreifen.

Die Interviewpartnerinnen von II-1 und II-3 haben vorab den Leitfaden auf Wunsch übermittelt bekommen und konnten sich entsprechend auf die Fragen vorbereiten, der

anderen Interviewpartnerin wurden die Fragen erst beim Interviewtermin direkt gestellt. Im Laufe der Gespräche wurde der Leitfaden um weitere Fragen und Aspekte ergänzt, um beim Gegenüber einen Gesprächsfluss zu generieren. Grundsätzlich wurden keine Gespräche durch andere Personen unterbrochen, einzig bei II-2 gab es aufgrund von technischen Problemen einen kurzen Abbruch im Gespräch. Die Interviews dieses Abschnittes dauerten zwischen 45 und 90 Minuten. Geführt wurden die Interviews auf Basis eines vorher vorbereiteten Leitfadens (siehe Anhang D). Auf Bitte der Interviewpartnerinnen bekamen diese die fertigen Transkripte zur eigenen Ablage und Archivierung per Mail zugesandt.

An dieser Stelle soll die Zusendung des Leitfadens kritisch betrachtet werden. Die Zusendung kann sowohl Vor- als auch Nachteile haben. Eine Vorbereitung auf das Interview könnte den Vorteil bringen, dass sich die Personen vorab intensiv mit der Thematik auseinandersetzen und dadurch eventuell Reflexionsprozesse entstehen, die sich positiv auf das Interview auswirken können. Nachteil könnte sein, dass Antworten bereits gezielt vorbereitet werden, Spontaneität daher wenig vorhanden ist und unangenehme Aspekte eventuell bereits bewusst in der Vorbereitung ausgeklammert werden.

4.1.3 Datenauswertung

Wie bereits in Kapitel 2.3.4 beschrieben, wurden die vorliegenden Quellen aus der Literaturrecherche und die erhobenen Daten (Interviews und E-Mail-Verkehr) mithilfe der Analyse nach Kuckartz ausgewertet und es wurde ein Codesystem erstellt. Durch Zusammenführung der Kategorien und Subkodes können nachfolgend die Ergebnisse aus diesem Teil der Arbeit dargestellt und diskutiert werden.

4.2 Die Grundidee von Social Prescribing

„Social Prescribing kommt aus dem Englischen und bedeutet soziale Verschreibung. Das heißt, dass Hausärzte [und Hausärzt:innen; Anm. JZ] soziale Aktivitäten und Maßnahmen verschreiben. Stellen Sie sich das vor, Sie gehen zum Arzt [oder zur Ärztin; Anm. JZ] und bekommen eine Überweisung für Nachbarschaftstreffen oder einen Mittagstisch. Klingt interessant, oder?“ (Mulaibisevic 2020:27)

So leitet Mulaibisevic einen Erklärungstext zu Social Prescribing ein und fasst hier sehr kurz die Aufgabe von Social Prescribing zusammen. Im weiteren Verlauf dieses Kapitels wird der Begriff des Social Prescribing mehrfach aufgegriffen, modifiziert, in Kategorien aufgeteilt, in Umsetzungsstufen unterschieden. All diesen Bearbeitungen des Begriffes und der dahinterstehenden Methodik liegt ein gemeinsames Verständnis zugrunde, das hier kurz erläutert werden soll. Abbildung 8 stellt den idealtypischen Ablauf von Social Prescribing dar, wie er von der Gesundheit Österreich (vgl. Gesundheit Österreich GmbH 2019) skizziert wird.

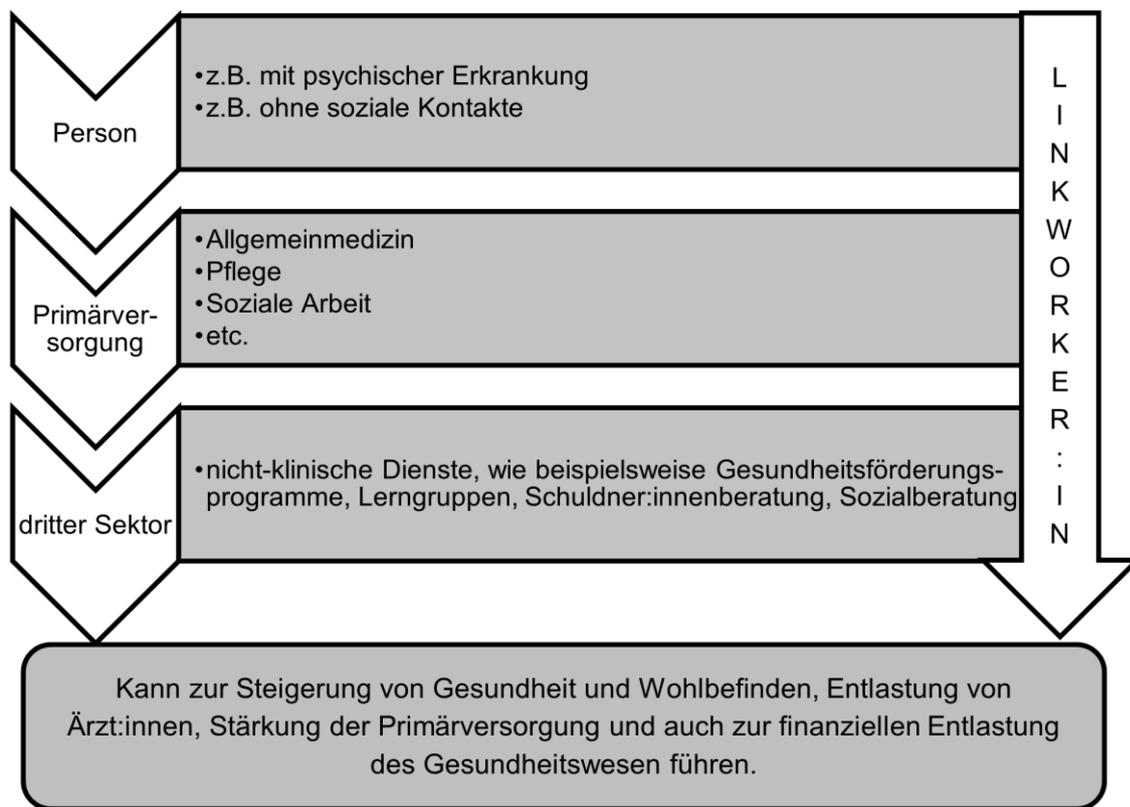


Abbildung 8: Ablauf Social Prescribing in Anlehnung an Gesundheit Österreich GmbH 2019 (Zeilinger 2021)

Social Prescribing als „soziale Verschreibung“ meint, wie oben dargestellt, also genau das: Neben der Verschreibung von Medikamenten und dem Einsatz der Schulmedizin wird auch nach psychosozialen Ursachen für Erkrankungen gesucht und bei Bedarf ein:e Link Worker:in eingesetzt, die Personen in Zusammenhang mit ihren nicht-medizinischen Problemen an eine zuständige Fachkraft verweist und eine Verbindung zu den Angeboten des dritten Sektors herstellt. Ziel ist es, die Gesamtsituation zu verbessern und den Fokus nicht nur auf bio-medizinische Ursachen von Problemen und Krankheiten zu legen, sondern Wohlbefinden als ganzheitliches Konzept zu verstehen, das sich aus biomedizinischen, psychischen und sozialen Komponenten zusammensetzt (vgl. PlegeNetzWerk LAZARUS o.A.). Diese Grundidee des Social Prescribing findet sich in unterschiedlichen Umsetzungsstufen (siehe Kapitel 3.2.1) wieder und unterschiedliche Modelle basieren auf unterschiedlichen theoretischen Überlegungen. Um einen Vergleich unterschiedlicher Projekte und Einrichtungen möglich zu machen, muss die Vielfalt der Modelle und Umsetzungsvarianten zunächst auf die wesentlichen gemeinsamen Kernelemente reduziert werden.

4.3 Social Prescribing – eine Vielfalt an Modellen mit gemeinsamen Komponenten

Social Prescribing als Methode, die in Großbritannien bereits etabliert ist, fußt auf mehreren Säulen. Für diese Arbeit ist es notwendig, diese vielfältigen Vorgehensweisen, Hintergründe und die umsetzenden Berufsgruppen zusammenzufassen und zu analysieren, um Projekte in Österreich finden und vergleichen zu können. Weiters kann so auch festgestellt werden, ob es sich bei den Projekten und Einrichtungen, die in der Arbeit erwähnt werden, auch tatsächlich um Social Prescribing-Projekte handelt. Es stellt sich die Frage, ob sich Kategorien bzw. Faktoren finden lassen, auf Basis derer zuverlässig bestimmt werden kann, ob es sich um ein solches Projekt handelt oder eben nicht.

Nachfolgend werden die wesentlichen Punkte aus der Analyse der Literatur dargestellt. Pryke beschreibt drei wesentliche Komponenten in Social Prescribing Modellen (vgl. Pryke 2020:564):

- Überweisung durch medizinisches Fachpersonal (in der Regel Ärzt:innen),
- Beratungsgespräch(e) mit Link Worker:innen sowie
- Einbeziehung von lokalen Angeboten wie z.B. Sozialdienste, Vereine oder Freizeitzentren.

Neben diesen drei Komponenten führt Pryke noch weitere Bestandteile an, die es für ein Social Prescribing Schema braucht: Zunächst gilt es, den Blick von krankheitsfokussierten Ansätzen hin zu einem ganzheitlichen Erfassen der Gesundheit bzw. der Bedürfnisse einer Person zu richten. Dadurch soll das Bewusstsein für sowie die Inanspruchnahme von verschiedenen kommunalen Leistungen gefördert werden (vgl. ebd.:565). Pryke nennt den Zeitfaktor als wichtigen Vorteil: Durch die Überweisung zu Link Worker:innen haben Hausärzt:innen mehr Zeit, sich auf medizinische Aspekte einer Erkrankung zu konzentrieren und gleichzeitig können soziale Aspekte, die sich auf die Gesundheit auswirken, adressiert und adäquat bearbeitet werden. Psychosoziale Anliegen können damit durch ein multiprofessionelles Team bearbeitet werden. Die Überweisung kann ganz einfach über die Dokumentationssysteme der jeweiligen Einrichtungen erfolgen (vgl. ebd.).

Die nicht-medizinischen Angebote, die der Bevölkerung zur Verfügung stehen, unterscheiden sich je nach Region und sind auf die Bedürfnisse der Bewohner:innen einzelner Stadt- oder Ortsteile bzw. Regionen angepasst – das hofft zumindest Pryke und stellt dies als idealen Zustand der Gesundheitsversorgung dar. Aufgabe der Link Worker:innen sei es daher, die Klient:innen beim Zurechtfinden in den unterschiedlichen Optionen zu unterstützen (z.B. durch Hilfe beim Ausfüllen von Formularen oder persönliche Begleitung zu den Terminen), sie zu motivieren, an den unterschiedlichen Angeboten teilzunehmen. Das soll durch gemeinsames Explorieren der Ziele der Klient:innen gelingen (vgl. ebd.).

Das National Health Service³⁰ (kurz: NHS) wiederum nennt folgende wesentliche Merkmale von Social Prescribing (vgl. NHS England 2019b:10):

- Social Prescribing ist Teil einer integrierten Primärversorgung.
- Link Worker:innen sind dort beschäftigt, um den Menschen „Zeit zu geben“.
- Social Prescribing hat die Aufgabe, einen individuellen und personalisierten Plan für jede Person zu erstellen, um die individuellen Bedürfnisse befriedigen und die gesetzten Ziele erreichen zu können.
- Die Überweisung zu lokalen Einrichtungen soll sich für die Personen möglichst einfach und niederschwellig gestalten.
- Für die Beschäftigten in diesen Einrichtungen braucht es Personalentwicklungspläne, die neben Aus- und Weiterbildung auch Maßnahmen wie Supervision enthalten.
- Damit die Wirksamkeit und die Auswirkungen von Social Prescribing festgestellt werden können, braucht es eine einheitliche und regelmäßige Evaluation.

Auch in Österreich sollen durch unterschiedliche Maßnahmen Zugänge zu Unterstützung erleichtert werden. Der Österreichischen Strukturplan Gesundheit in der Fassung von 2019 enthält Vorgaben, die für die Planung der Gesundheitsversorgung herangezogen werden müssen. Neben ambulanter und stationärer Versorgung, beispielsweise in Krankenhäusern, werden hier auch der Rehabilitationsbereich sowie die Vorgaben für den Rettungs- und Krankentransport geregelt (vgl. BMSGPK 2019:15). Ebenso wird hier der Sozialbereich behandelt, „soweit dieser im Rahmen des Nahtstellenmanagements [...] für die Gesundheitsversorgung von Bedeutung ist (z.B. psychosozialer Bereich [...])“ (ebd.). Auch sämtliche „sektorenübergreifende Aufgaben und Anforderungen, die eine möglichst rasche und lückenlose Betreuungs- und Behandlungskette gewährleisten“ (ebd.:15–16) werden in diesem Dokument beschrieben. Neben Patient:innenorientierung wird auch der „Best Point of Service“ genannt – also das Finden und Bekanntmachen der richtigen Anlauf- und Weiterbehandlungsstelle (vgl. ebd.:16). Grundsätzlich bezieht sich das „Prinzip des „Best Point of Service“ im Österreichischen Strukturplan Gesundheit zwar in erster Linie auf medizinische und pflegerische Einrichtungen (vgl. ebd.:26), der Logik des Strukturplans und den zu Beginn genannten Vorgaben folgend erscheint es an dieser Stelle jedoch logisch, auch den Sozialbereich mit einzubeziehen. Daraus ergibt sich folgender weiterer Punkt für die Definition eines Social Prescribing Projekts:

- Die Einrichtungen, an die verwiesen wird, kommen den Bedürfnissen der betroffenen Personen entgegen. Es werden nicht passende Einrichtungen herausgefiltert und den Betroffenen nicht vorgeschlagen.

Damit die Angebote allen jenen zur Verfügung stehen, die sie brauchen, enthält der Strukturplan auch Kriterien zur Angebotsplanung. Dazu gehört unter anderem, dass die Angebote regional gut erreichbar sein müssen (vgl. ebd.:34). Weiters wurde festgelegt, dass ausreichende Betreuung im Sozialbereich sowie die Förderung von Laienhilfe und Selbsthilfegruppen erfolgen muss (vgl. ebd.:35).

³⁰ Das NHS ist das staatliche Gesundheitssystem in Großbritannien.

Für diese Masterarbeit ist es notwendig, die dargestellten Grundzüge des Social Prescribings herauszuarbeiten, die unterschiedlichen Angaben aus der Fachliteratur dazu zusammenzufassen und eine „Checkliste“ zu entwickeln, anhand derer Social Prescribing Projekte miteinander verglichen werden können. Es braucht für den Vergleich bereits bestehender Social Prescribing Projekte einen anderen Maßstab, als für Projekte, die diesen Titel nicht offiziell tragen, da diese in den regulären Alltag unterschiedlicher Professionen eingebettet sind und hier nicht davon ausgegangen werden kann, dass alle sozialarbeiterisch relevanten Punkte auf andere Berufsgruppen umgelegt werden können. Daher findet sich in Kapitel 4.4 die Social Prescribing Checkliste, die auf diesen Überlegungen beruht.

4.4 Die „Social Prescribing Checkliste“

Zu Beginn der Arbeit mussten aus der Literatur die Eckpunkte von Social Prescribing herausgearbeitet werden, um nach Projekten recherchieren zu können und sie in einem ersten Schritt miteinander vergleichbar zu machen. Diese Liste wurde mehrfach überarbeitet, wie es bereits beschrieben wurde. Abbildung 9 zeigt die „Startliste“, wie sie sich aus der Analyse der Literatur ergeben hat. Die theoretische Auseinandersetzung mit diesen Punkten findet sich bereits in Kapitel 4.2.

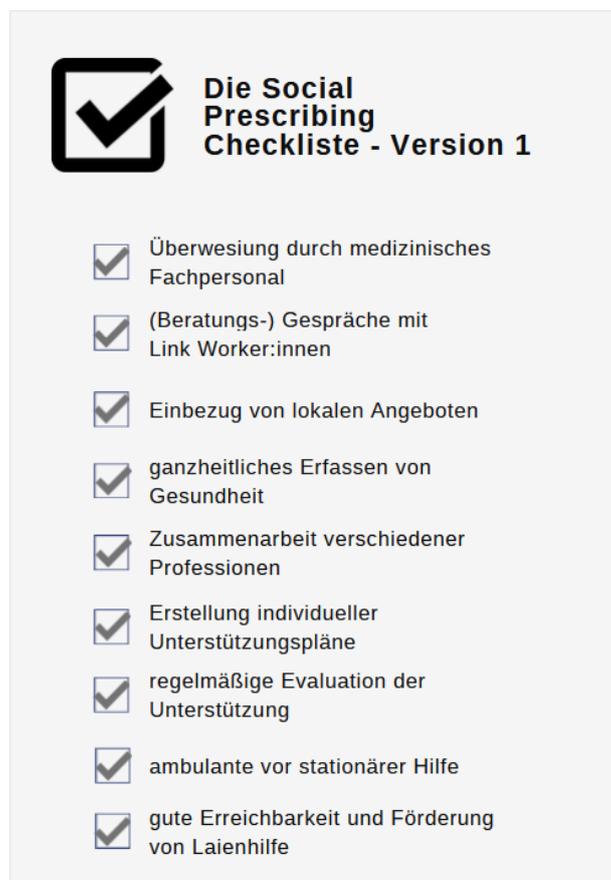


Abbildung 9: Die Social Prescribing Checkliste - Version 1
(Zeilinger 2022)

Im nächsten Schritt wurden Projekte recherchiert, die den Anschein machten, nach dem Konzept von Social Prescribing zu arbeiten. Anhand der ersten Version der Checkliste werden die Projekte und Einrichtungen, die in den 4.5 bis 4.8 vorgestellt werden, miteinander verglichen. Ziel ist es, Social Prescribing und dessen Umsetzungsformen miteinander vergleichbar zu machen, auch wenn den unterschiedlichen Einrichtungen und Projekten nicht die gleichen Konzepte zugrunde liegen. Anhand des Vergleiches und der weiteren Auseinandersetzung mit der Liste, hat sich diese im Verlauf der Arbeit mehrfach geändert und erweitert, um schließlich in ihrer endgültigen Form im Fazit des Kapitels (siehe Kapitel 4.10) eine Empfehlung für die (nicht sozialarbeiterische) Praxis darzustellen.

Für diesen Abschnitt der Arbeit wird davon ausgegangen, dass Social Prescribing Teil einer integrierten Primärversorgung ist. Aus diesem Grund wurden in der Recherche nur Projekte miteinbezogen, bei der die Social Prescribing Anwendung auch tatsächlich einem stationären Bereich (= längerer Aufenthalt in einem Krankenhaus) vor- oder nachgelagert ist bzw. die Mitarbeitenden nicht im klassischen klinischen Bereich tätig sind. Es werden auch die durchführenden Berufsgruppen sowie deren Ausbildung vorgestellt, um hier einen Vergleich ziehen zu können. Im Folgenden werden nun die recherchierten Projekte detailliert dargestellt und miteinander verglichen. Der Fokus liegt hierbei auf den Bundesländern Niederösterreich und Burgenland sowie auf einer Einrichtung aus der Steiermark (*F4. Welche Good-Practice-Beispiele aus anderen Berufsgruppen gibt es betreffend Social Prescribing in Österreich? Welche Einzelprojekte gib es hier?*)

4.5 Sozialkoordination NÖ – ein Projekt ohne Zukunft

Frau Hofer (I-2) hat von einer Ausbildung berichtet, die sich „Sozialkoordinator:in Niederösterreich“ nennt. Nach umfangreicher Recherche musste festgestellt werden, dass diese Ausbildung eingestellt wurde und nicht mehr verfügbar ist. Auch konnten durch Recherchen kaum noch Informationen zu Ablauf und Leistungen der Sozialkoordinator:innen herausgefunden werden. Auch die meisten alten Websites sind nicht mehr aufrufbar oder nur noch eingeschränkt über Web-Archiv-Seiten einsehbar. Die wenigen Details, die noch aufgefunden werden konnten, sind folgend dargestellt.

4.5.1 Die Niederösterreichische Landesakademie

Bereitgestellt wurde die Ausbildung zum:zur Sozialkoordinator:in von der ebenfalls aufgelösten Niederösterreichischen Landesakademie, welche mit Beginn 2017 in eine Privatstiftung umgewandelt wurde (vgl. ORF Niederösterreich 2016). Die Landesakademie hatte sich zum Ziel gesetzt, wichtige gesellschaftspolitische Themen anzusprechen, sie aufzubereiten und in Form von Aus- und Fortbildungen und Projekten den Menschen in Niederösterreich zugänglich zu machen. Eine Zusammenarbeit mit den niederösterreichischen Hochschulen wurde ebenso angestrebt, wie die Entwicklung von Angeboten, bei denen die Bevölkerung partizipativ mitwirken konnte. Besonders im Vordergrund stand der Bildungsbereich sowie die Landesentwicklung (vgl. Niederösterreichische Landesakademie 2012). Die Ausbildung von sogenannten

Sozialkoordinator:innen war ebenfalls bis zur Auflösung der Akademie in deren Leistungsumfang.

4.5.2 Ausbildung der Sozialkoordinator:innen

Sozialkoordinator:innen waren und sind Personen, die eng in ihrer Gemeinde mit den sozialen Dienstleistungen verbunden sind und genau über sie Bescheid wissen (sollen). Sie dienen als Informations- und Vernetzungsdrehscheiben und sollen einerseits neue Impulse für die Weiterentwicklung der sozialen Landschaft in den Gemeinden liefern und andererseits gemeinsam mit der Bevölkerung Projekte für die (soziale) Vernetzung umsetzen. Sozialkoordinator:innen sind freiwillig tätig und konnten die Fortbildung und die einzelnen Module je nach Interesse absolvieren (vgl. Landesakademie Niederösterreich 2012). Die insgesamt zehn Module umfassende Ausbildung thematisierte unter anderem Konfliktmanagement, Rechtsgrundlagen, Umgang mit Tabuthemen und Bürger:innenmotivation, ohne dass die genauen Inhalte auf der Website näher definiert wurden (vgl. ebd.). Einzig die Vernetzung wurde am Rande als wichtiges Thema beschrieben. Vernetzung wurde als wichtiges Tool in der Zusammenarbeit und Unterstützung von Bürger:innen betrachtet, weswegen es einerseits in den Modulen ausreichend Zeit für die Vernetzung gegeben hat (in Form von Austausch unter den Sozialkoordinator:innen) und andererseits ein Tool mit dem Namen „Soziale Landkarte NÖ“ ins Leben gerufen wurde (vgl. ebd.).

Um als Sozialkoordinator:in zu gelten, war eine Eintragung auf der Website der Landesakademie ausreichend, die Personen wurden daraufhin in einen Webverteiler aufgenommen und dort über die Kontaktmöglichkeiten der anderen Koordinator:innen sowie über Weiterbildungskurse informiert. Eine (soziale) Grundausbildung oder ähnliches wurde – soweit die Auskunft der Website und der Interviewpartnerin – keine benötigt (vgl. Landesakademie Niederösterreich 2011; I-2:30).

4.5.3 Die Soziale Landkarte NÖ

Diese Landkarte (digital sowohl eine Landkarte mit Überblick oder in Form einer Datenbank darstellbar) diente dazu, Projekte und Initiativen, die „sozial“ sind, „Freiwillige einbinden“ und „alle Generationen betreffen und einbinden“ können und sollen (vgl. Landesakademie Niederösterreich 2011) aufzulisten und unter anderem den Sozialkoordinator:innen zugänglich zu machen. Bei der Suche in der Datenbank konnte nach Ort, Entfernung und Zielgruppe gefiltert und die Ergebnisse in Tabellenform oder mit „Pinnnadeln“ auf der digitalen Landkarte angezeigt werden. Die Karte selbst konnte nicht mehr aufgerufen werden, ebenso wenig wie die eingetragenen Projekte. Eine exemplarische Darstellung der Suchmaske jedoch ist in der nachfolgenden Abbildung 10) zu finden.

SOZIALE LANDKARTE

Auswahl

Typ:	Alle
Zielgruppe:	Menschen mit besonderen Bedürfnissen: ALLE

Anzeigen

Legende:

- 1 bis 20 entsprechende soziale Initiativen
- 21 bis 24 entsprechende soziale Initiativen
- 25 entsprechende soziale Initiativen
- ab 26 entsprechende soziale Initiativen

... das Laden der Kartendaten kann einige Sekunden dauern ...

Abbildung 10: Suchmaske Soziale Landkarte NÖ; Screenshot der Website (Landesakademie Niederösterreich 2011)

Eine Eintragung von Projekten erfolgte freiwillig, ob und in welcher Form die eingetragenen Projekte und Initiativen überprüft und gewartet wurden, lässt sich nicht mehr feststellen.

4.5.4 Lernerfahrungen aus der Sozialkoordination NÖ

Als Abschluss dieses Unterkapitels soll dargestellt werden, welche Punkte der Social Prescribing Checkliste von der Sozialkoordination NÖ erfüllt werden konnten und welche nicht und welche Erkenntnisse für die Praxis von Social Prescribing daraus gezogen werden können. Abbildung 11 zeigt die modifizierte Checkliste.



**Die Social Prescribing Checkliste -
Sozialkoordination NÖ**

- Überweisung durch medizinisches Fachpersonal
- (Beratungs-) Gespräche mit Link Worker:innen
- Einbezug von lokalen Angeboten
- ganzheitliches Erfassen von Gesundheit
- Zusammenarbeit verschiedener Professionen
- Erstellung individueller Unterstützungspläne
- regelmäßige Evaluation der Unterstützung
- ambulante vor stationärer Hilfe
- gute Erreichbarkeit und Förderung von Laienhilfe

Abbildung 11: Die Social Prescribing Checkliste
- Sozialkoordination NÖ (Zeilinger 2022)

Dass die Sozialkoordination lokale Angebote und jene der Laienhilfe mit professionellen Anbieter:innen verbindet, zeigt sich durch den Einsatz der Soziallandkarte. Es ist davon auszugehen, dass diese Karte nicht nur Angebote für die psychische, sondern auch die biologische Gesundheit umfasst (hat) und dadurch ein Zusammenarbeiten mehrerer Professionen möglich war oder gewesen wäre. In keiner der Quellen konnte festgestellt werden, dass eine Verweisung durch medizinisches Fachpersonal erfolgt, im Gegenteil: Die Menschen konnten sich an die Sozialkoordinator:innen wenden oder direkt in der Soziallandkarte nachschauen, um so die nötigen Informationen zu erhalten. Ob es hier dann auch zu klassischen Beratungsgesprächen gekommen ist, ist unklar. Auch wird davon ausgegangen, dass eine individuelle Hilfeplanung, wie sie in der Literatur vorgeschlagen wird, nicht stattfindet und die in Anspruch genommene Unterstützung daher auch nicht (re)evaluiert wurde. Ob ambulanten Maßnahmen der Vorzug vor stationärer Unterstützung gegeben wurde, konnte aus der Recherche ebenfalls nicht hervorgehen, es ist jedoch anzunehmen, dass vor allem durch die Laienhilfe und die „kleinen“ Projekte, die in die Landkarte eingetragen werden konnten, zumindest dieser Bereich gefördert und umgesetzt wurde.

Aus Sicht von Social Prescribing gibt es mehrere Kritikpunkte an diesem Projekt. Zum einen ist das die fehlende Ausbildung der Drehscheiben-Personen. Die Ausbildung zum:zur Sozialkoordinator:in verstand sich als freiwilliges Zusatzangebot und musste daher nicht verpflichtend absolviert werden. Es war völlig ausreichend, sich in der Gemeinde zu engagieren und Interesse an diesem Projekt zu haben, um als Sozialkoordinator:in zu gelten. Es fehlen eine (einheitliche) fachliche Grundlage,

Reflexions- und Supervisionsprozesse sowie die Einrichtung einer fachlichen Leitung oder Ansprechperson. Einzig der Vernetzungsgedanke, wie er sowohl für das Link Working, wie es aus Großbritannien bekannt oder in Österreich bei Case Management (siehe Kapitel 5) umgesetzt und notwendig ist, scheint es bei diesem Projekt in Ansätzen zu geben.

Kritisch ist auch die einfache Eintragung in die Sozillandkarte zu betrachten. Es stellt sich die Frage, wer die Angebote auf fachliche Kriterien wie etwa Ausbildungen der Mitarbeitenden, Leistungsangebot, Kosten für die Bürger:innen oder auch methodische Herangehensweisen überprüft. Es erscheint auch naheliegend, dass eine solche Datenbank einen großen Wartungsaufwand birgt, da sich im Sozial- und Gesundheitsbereich wie auch in anderen Branchen Standorte, Erreichbarkeiten oder auch Finanzierungen ändern können. Es besteht der Verdacht, dass Hilfesuchende sich erst durch ein Angebot an nicht mehr vorhandenen Angeboten klicken müssen, um dann erst auf existente und erreichbare Unterstützungsmöglichkeiten zu treffen. Das ist nicht der niederschwellige Ansatz, den Social Prescribing verfolgt, obwohl die Karte den Anspruch erhebt, in Verbindung mit den Sozialkoordinator:in als Drehscheibe und Informationsplattform zu dienen.

Wird die Karte von den Sozialkoordinator:innen genutzt, besteht hier lediglich eine Verweisungs-, aber keine Beratungsfunktion, wie es aus dem Link Working bekannt ist. Da so viele Punkte der Checkliste nicht oder nur unzureichend auf die Methode des Social Prescribing angewendet werden können, muss festgestellt werden, dass hier nicht von einem solchen Projekt gesprochen werden kann, obwohl der Titel der „Sozialkoordination“ eigentlich ein solches vermuten lässt.

4.6 SMZ Liebenau – Stadtteilarbeit in Graz

Das Sozialmedizinische Zentrum Liebenau (kurz: SMZ) wurde 1984 gegründet. Als ärztliche Praxisgemeinschaft mit Physiotherapie verstand es sich als medizinisches und psychosoziales Versorgungsprojekt im Grazer Stadtteil Liebenau (vgl. SMZ Liebenau 2022a). Mit der Zeit wurde es erweitert, sowohl in der Anzahl der Standorte als auch in der Diversität der dort arbeitenden Berufsgruppen. Heute teilt sich das SMZ in einen Hauptstandort in Liebenau, eine Außenstelle und ein Nachbarschaftszentrum am Grünanger sowie ein Stadtteilzentrum in Jakomini. Neben medizinischem Fachpersonal sind dort unter anderem auch Sozialarbeiter:innen, psychologische Fachkräfte, Hebammen und Rechtsberater:innen tätig (vgl. ebd.).

Anders als das beschriebene Primärversorgungszentrum (siehe Kapitel 3.3.4) handelt es sich beim SMZ Liebenau um kein eingetragenes Primärversorgungszentrum, obwohl die meisten Kriterien – so ist es aus den Recherchen und dem Interview hervorgegangen – zutreffen.

Nach § 4 PrimVG muss eine Primärversorgungseinheit unterschiedliche Kriterien erfüllen. Unten aufgelistet ist ein Auszug dieser Kriterien sowie eine Darstellung jener, die das SMZ Liebenau erfüllt:

- wohnortnahe Versorgung: Aufgrund der mehreren Standorte und der Verteilung in den Stadtteilen in Graz kann davon ausgegangen werden, dass das Kriterium der Wohnortnähe durch das SMZ Liebenau erfüllt wird.
- ärztliche Anwesenheit von Montag bis Freitag einschließlich Tagesrandzeiten, Gewährleistung von Hausbesuchen: Die Ordination ist werktags am Vormittag und an zwei Tagen auch bis 16 bzw. 18 Uhr erreichbar. Laut Homepage sind zu anderen Zeiten – nach Vereinbarung – auch Hausbesuche möglich (vgl. SMZ Liebenau 2022b), was ebenfalls auch den oberen Punkt zur wohnortnahen Versorgung gerecht wird.
- breite Kernkompetenzen sowie Betreuung breiter Bevölkerungsgruppen (u.a. chronisch Kranke und multimorbide Patient:innen, Kinder und Jugendliche etc.), Gesundheitsförderung und Prävention: Durch die Einbindung unterschiedlicher Berufsgruppen und die Nutzung von mehreren Standorten kann eine umfassende Betreuung für unterschiedliche Zielgruppen gewährleistet werden. Neben der medizinischen Versorgung ist in den Außenzentren auch psychosoziale Versorgung und die Förderung der (psychischen) Gesundheit beispielsweise durch den Einsatz von Musik in Form eines BandCafes (vgl. SMZ Liebenau 2022c) oder ein wöchentlicher Brunch im Nachbarschaftszentrum am Grünanger (vgl. SMZ Liebenau 2022d).

Ausschlaggebend dafür, dass das SMZ (derzeit) kein Primärversorgungszentrum ist, liegt daran, dass eine Ärzt:innenstelle fehlt. Nach Erklärungen von Frau Holler müsste zunächst eine Stelle der Allgemeinmedizin im Bezirk freierwerden und gleichzeitig müsste sich ein:e Mediziner:in dafür entscheiden, als dritte:r Mediziner:in im SMZ den Dienst aufzunehmen. Die Vorgaben für die Anzahl der medizinischen Stellen sind verbindlich, Ausnahmen gibt es keine. Aus diesem Grund teilt sich das SMZ Liebenau formal in die Gruppenpraxis Liebenau und den Verein für praktische Sozialmedizin und ist kein PVE nach offizieller Ansicht (vgl. I-3a:3).

Das Ziel des SMZ ist es, „den Gesundheitszustand in der Bevölkerung im Süden von Graz zu verbessern und zu stärken“ (SMZ Liebenau 2022e) und dabei die Mit- und Selbstbestimmung der Menschen zu fördern (vgl. ebd.). Bürger:innenbeteiligung im Rahmen der Gemeinwesenarbeit und bei Projekten sowie der Aufbau von gesundheitsförderlichen Netzwerken ist ebenso ein Ziel, wie den Menschen Zugang zu Gesundheitsinformationen zu verschaffen und gesundheitsbezogenes Wissen zu vermitteln (vgl. ebd.).

4.6.1 Vernetzung und Zusammenarbeit im SMZ Liebenau – Stadtteilzentrum Jakomini

Das Stadtteilzentrum und das Sozialmedizinische Zentrum Jakomini wurden mit den finanziellen Mitteln aus dem Fonds Gesundes Österreich mit dem Projekt „StaGes – Stadtteil Gesundheit für Alle“ gegründet und im Jahr 2013 wurde das SMZ in Jakomini seitens der Stadt Graz mit der Stadtteilarbeit beauftragt. Neben wöchentlichen Aktivitäten gibt es mobile Beratungsangebote. Das Stadtteilzentrum wurde im Jahr 2016 vollständig barrierefrei eröffnet (vgl. SMZ Liebenau 2022f).

Um gut im Stadtteil arbeiten zu können, ist eine Vernetzung zu diversen Kooperationspartner:innen ebenso wichtig wie die Einrichtungen und Personen, die an die Soziale Arbeit im SMZ Jakomini verweisen. Die untenstehende Grafik gibt einen Einblick in die „Verweisungslandkarte“ des SMZ Jakomini mit den häufigsten Verweiser:innen (vgl. I-3).

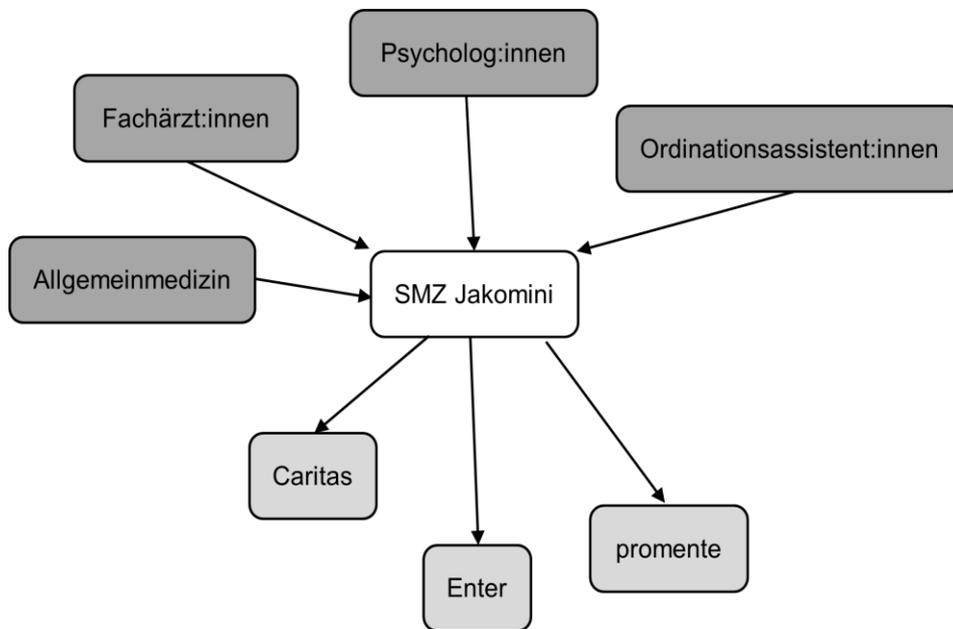


Abbildung 12: Auszug Vernetzungslandkarte SMZ Jakomini (Zeilinger 2022)

Auch an eigene Projekte des SMZ Liebenau wird verwiesen, um eine kontinuierliche Betreuung der Menschen zu ermöglichen. Ein Vorteil dieser „internen Verweisung“ durch das SMZ ist es, dass die Menschen die Sozialarbeiter:innen und anderen Mitarbeiter:innen bereits kennen und eine gewisse Vertrauensbasis besteht, auf der weiter aufgebaut werden kann (vgl. I-3:9).

Gerade in Zeiten der Corona-Pandemie war das gewohnte Arbeiten und Verweisen schwierig und stellte die Mitarbeitenden vor Herausforderungen. Um den (neuen) Problemen der Menschen dennoch begegnen zu können, wurde im März 2020 das SMZ-Hilfs-Netzwerk gegründet mit dem Ziel, die Vernetzung weiterhin aufrecht zu erhalten, Gespräche zu ermöglichen und notwendige Unterstützung zu leisten, wenn es die Menschen selbst nicht konnten (vgl. Strozer 2020:51). Diese Arbeit beinhaltete unter anderem telefonische Beratung, Aufklärung über Covid-19, Entlastungsgespräche sowie die Organisation und Koordination von Hilfsangeboten (vgl. ebd.). Es wurde eine „Hilfsliste“ erstellt, in der relevante Unterstützungsangebote gesammelt wurden und an die die Mitarbeitenden des SMZ verweisen konnten, wenn ihre Expertise nicht mehr ausreichend war. Auch die Partner:innen im Verweisungsnetzwerk wurden auf diese Liste hingewiesen und eingeladen, diese zu nutzen (vgl. ebd.:52). Diese verstärkte Vernetzung, dieses „Vernetzen-Müssen“ hat nach Aussage von Frau Holler auch dazu geführt, dass die heutige Zusammenarbeit noch besser funktioniert als vor der Corona-Pandemie (vgl. I-3:7).

4.6.2 „Sozialarbeitsrezepte“

Im Interview wurden auch „Sozialarbeitsrezepte“ angesprochen. Grundidee ist ein Rezept im klassischen Papierformat, wie es in Österreich derzeit in Gebrauch ist. Dieses sollen die Personen von den Ärzt:innen erhalten und wie eine Überweisung im medizinischen Bereich (z.B. an ein:e Fachärzt:in) verwenden, um die Soziale Arbeit aufzusuchen. Diese Rezepte liegen derzeit als Entwürfe vor, zum Einsatz kommen sie nicht. Die Vermittlung zu sozialen Angeboten, an die eigenen Angebote des SMZ und zur Sozialen Arbeit erfolgt mündlich durch die Mediziner:innen. Auch werden die Sozialarbeiter:innen ins ärztliche Gespräch mit eingebunden und sind vor Ort, wenn es notwendig erscheint (vgl. I-3a:4).

Ein Ziel für die nahe Zukunft ist eine stärkere Vernetzung mit den Mediziner:innen außerhalb des SMZ in den Bezirken Liebenau und Jakomini, damit auch diese über die sozialarbeiterischen Angebote im SMZ informiert sind und ihre Patient:innen an das SMZ „verweisen“ können (vgl. ebd.).

4.6.3 Social Prescribing im SMZ Liebenau – Stadtteilzentrum Jakomini

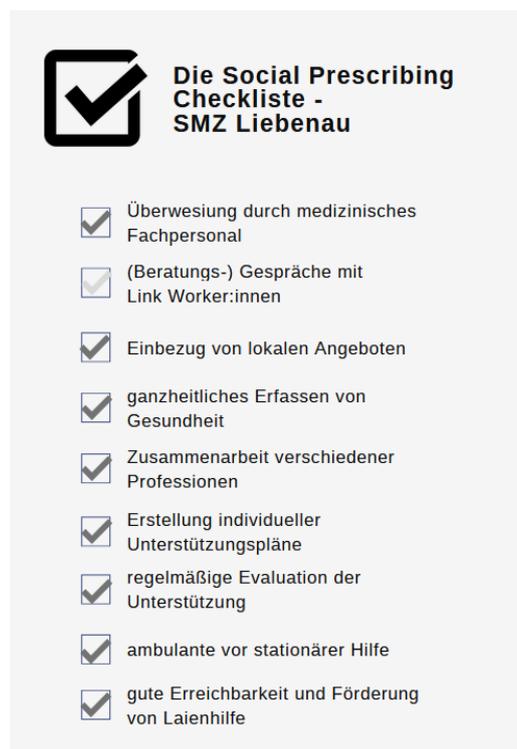


Abbildung 13: Die Social Prescribing Checkliste
- SMZ Liebenau (Zeilinger 2022)

Wie oben bereits aufgezeigt wurde, handelt es sich beim SMZ Liebenau mit seinen Stadtteilzentren aufgrund der fehlenden medizinischen Stelle nicht um ein klassisches Primärversorgungszentrum. Dennoch finden sich viele Prozesse wieder, die der Methode des Social Prescribing entsprechen, nach der vorgestellten Checkliste sind alle

Punkte, die ein Social Prescribing Projekt ausmachen, fast gänzlich erfüllt. So erfolgt die Überweisung an die Sozialarbeit, an die regionalen Angebote und an die Angebote des SMZ durch eine:n Mediziner:in, in den meisten Fällen durch die Mediziner:innen der Gruppenpraxis, die eng mit den Stadtteilzentren zusammenarbeiten. Durch die Schaffung eigener Angebote und die Vernetzung mit den Angeboten im Stadtteil kann ein breites Netz und eine breite Angebotsbasis für die Nutzer:innen geschaffen werden. Da im SMZ unterschiedliche Berufsgruppen zusammenarbeiten, wird gewährleistet, dass Gesundheit von Menschen nicht nur aus der medizinischen, sondern auch aus der psychosozialen Perspektive betrachtet und bearbeitet wird, der Grundsatz „ambulant vor stationär“ scheint aus Sicht der Autorin durch die enge Vernetzung mit Kooperationspartner:innen im nicht-stationären Bereich einen besonders hohen Stellenwert zu haben. Durch die gesetzten Angebote direkt im Stadtteil sind diese einfacher für die Menschen, die damit angesprochen werden sollen, zu erreichen. Die Beratung und auch die (Weiter-) Verweisung erfolgt durch Sozialarbeiter:innen. Diese haben keine zusätzliche Ausbildung in Link Working, arbeiten jedoch nach den Standards der Sozialen Arbeit, erstellen individuelle Unterstützungspläne für die Klient:innen und evaluieren diese auch in regelmäßigen Abständen.

Somit hat das SMZ beinahe alle Punkte erfüllt, um von einem Social Prescribing Projekt sprechen zu können. Die Idee der Sozialarbeitsrezepte scheint aus Sicht der Autorin eine gute Möglichkeit zu sein, die Schwelle zur Sozialen Arbeit bzw. psychosozialen Unterstützungsleistungen zu senken. Wenn Klient:innen, wie andere Patient:innen auch, eine „Überweisung“ erhalten, dann scheinen diese Angebote legitimer und möglicherweise auch weniger schambesetzt zu sein und könnten das Aufsuchen dieser Unterstützungsleistungen erhöhen und damit auch zur Gesundheit der Menschen beitragen. Es ist davon auszugehen, dass durch die Anbindung im Stadtteilzentrum das Vertrauen der Menschen in dieses gestärkt werden kann, wenn weiterführende Angebote direkt vom SMZ empfohlen werden und eventuell auch bekannte Personen bei den „neuen“ Angeboten zu finden sind.

Aus der Sicht von Social Prescribing erscheint das SMZ aufgrund seines Status als „Beinahe-PVE“ ein geeigneter Ort für die Umsetzung von Social Prescribing in Österreich zu sein. Hier könnte diese Tätigkeit sowohl von Sozialarbeiter:innen als auch von einer anderen Berufsgruppe übernommen werden oder sogar als interdisziplinäres Team durchgeführt werden.

4.7 Sozialbegleitung Rotes Kreuz Niederösterreich – Ehrenamt mit Drehscheibenfunktion

Für diese Arbeit konnte Frau Juris für ein Interview gewonnen werden. Frau Juris ist Diplom-Sozialarbeiterin und leitet und koordiniert die Sozialbegleitung mit ihren freiwilligen Mitarbeiter:innen. Dabei ist sie im Landesverband, der übergeordneten Stelle der 52 Bezirks- und dazugehörigen Ortsstellen Niederösterreichs, im Fachbereich „Unterstützung in sozialen Notlagen“ – Gesundheits- und Soziale Dienste tätig. Ihr Fokus im Fachbereich liegt auf der Sozialbegleitung und der sogenannten Spontanhilfe des

Roten Kreuzes (vgl. II-2:10; 18). Unter Spontanhilfe ist eine finanzielle Unterstützung für Menschen in Notlagen zu verstehen (vgl. ebd.). Diese finanzielle Unterstützung kann unter anderem von den Sozialbegleiter:innen vorgestellt und mit deren Hilfe auch beantragt werden.

4.7.1 Sozialbegleiter:innen – ihre Ausbildung und Aufgaben

Die Sozialbegleitung entstand aufgrund folgender, wiederkehrender Gegebenheit: Immer wieder suchten und suchen Menschen die Dienststellen des Roten Kreuzes auf und bitten um Unterstützung, meist aufgrund von finanziellen Problemen (Nahrungsmittel oder Strom können nicht mehr bezahlt werden etc.) (vgl. II:2:12). Aufgabe der Sozialbegleiter:innen ist es, die Anliegen dieser Menschen zu erfassen, zu eruieren, ob noch anderweitige Unterstützung benötigt wird und eine passende Unterstützung zur Verfügung zu stellen (vgl. ebd.). Das kann durch die Bereitstellung Rot-Kreuz-interner Hilfen oder durch Verweisung an passende externe Kooperationspartner:innen, wie etwa Wohnungssicherung oder Schuldner:innenberatung erfolgen (vgl. ebd.). Ziel der Betreuung ist keine langfristige, dauerhafte Begleitung, sondern eine punktuelle und niederschwellige Unterstützung von Personen in schwierigen Situationen (vgl. ebd.:18). Nicht an allen Bezirks- und Ortsstellen des Roten Kreuzes in Niederösterreich sind mit Stand Dezember 2021 Sozialbegleiter:innen stationiert (vgl. ebd.:18).

Die Beratung und Betreuung durch die Sozialbegleitung ist für die Betroffenen freiwillig – einen klassischen Zwangskontext gibt es nicht, die Beratungen sind für die Betroffenen kostenlos (vgl. ebd.:22, 26). Eine Betreuung zieht sich über maximal sechs Monate, die Anzahl der Kontakte zwischen Sozialbegleiter:in und Klient:in werden individuell vereinbart, ebenso wie die Ziele und der Weg zur Zielerreichung (vgl. ebd.:26): Die Ziele und die Schritte zur Zielerreichung werden schriftlich festgehalten (vgl. ebd.:40). Nachgehendes Arbeiten, etwa in Form von Hausbesuchen, finden nicht statt. Das einerseits zum Schutz der Sozialbegleiter:innen. Es soll vermieden werden, dass sie sich in Situationen wiederfinden, für die sie nicht ausgebildet wurden (vgl. ebd.:32). Andererseits setzt man bei der Sozialbegleitung auf die Motivation der Klient:innen – und erhofft sich, dass diese den Weg zur Bezirksstelle antreten, wenn sie bereit für die Unterstützung der Sozialbegleitung sind (vgl. ebd.). Weiters agiert die Sozialbegleitung auch nur auf Wunsch der Betroffenen selbst, ein „Hinweis“ einer:eines Nachbar:in, dass jemand Unterstützung brauchen könnte, ist nicht ausreichend. In solchen Fällen erhalten die „Hinweisgeber:innen“ Informationen zu unterstützenden Einrichtungen, die sie dann selber an die betroffenen Personen weitergeben können (vgl. ebd.:34).

Um die Betreuung bzw. den Einstieg in die Betreuung für die Sozialbegleiter:innen zu vereinfachen, gibt es für die Sozialanamnese eine Art Checkliste. Abgefragt werden etwa die Anzahl der Personen im gleichen Haushalt und deren Alter und die Lebenssituation des:der Klient:in selbst (vgl. ebd.:40).

Die Mitarbeiter:innen der Sozialbegleitung kommen aus unterschiedlichen Grundberufen (vgl. ebd.:12). Eine psychosoziale Ausbildung ist vor Kursstart nicht erforderlich (vgl. ebd.:14). Im Rahmen eines Auswahltages werden potenzielle Sozialbegleiter:innen hinsichtlich ihrer sozialer (Gruppen-) Kompetenzen, persönlichen Soft-Skills, Haltung und Abgrenzung beobachtet und für die Ausbildung zugelassen oder nicht (vgl. ebd.). Frau Juris selbst nennt die Ausbildung zum:zur Sozialkoordinator:in einen „Crash-Kurs“:

Als Sozialarbeiter:in hat man [...] die Ausbildung [...]. Da bekommt man [...] viel mehr Handwerkszeug mit. Crash-Kurs in diesem Sinne, weil wir das nur überblicksmäßig machen. Was ist ein Sozialhilfegesetz [...]? [...] Wenn jetzt ein:e Klient:in kommt und verschiedenste Themenstellungen hat, wie ist der Ablauf, was schaue ich mir an und wo kann ich ihn:sie hin vermitteln? Was ist mein Auftrag? Das ist in zwei Wochenenden sehr dicht gepackt. [...] Deswegen betone ich auch immer, dass unsere ehrenamtlichen Mitarbeiter:innen eben keine Sozialarbeiter:innen sind, sondern Sozialbegleiter:innen, die wirklich in erster Linie eine Drehscheibenfunktion haben.“ (II-2:16).

Während der Ausbildung werden die angehenden Sozialbegleiter:innen dazu angehalten, die Angebote in ihrer Region kennenzulernen, um ihre späteren Klient:innen gut an die regionalen Angebote verweisen zu können. Das sei, so Juris, wichtig, da es nicht in jeder niederösterreichischen Region die gleichen Angebote für die Bevölkerung gibt (vgl. ebd.:38).

Nach Abschluss der Ausbildung sind die Sozialbegleiter:innen dazu verpflichtet, jährliche Fortbildungen zu besuchen (vgl. ebd.:20). Durch die Zusammenarbeit mit externen Fachpersonen (z.B. Fachinput durch die Arbeiter:innenkammer) oder durch die Mitgliedschaft im Niederösterreichischen Armutnetzwerk soll die Fachlichkeit der Sozialbegleiter:innen beständig hoch und die Kooperation nach außen stabil bleiben (vgl. ebd.:20).

4.7.2 Vernetzungslandkarte und Zusammenarbeit

Die Leitung der Sozialbegleitung ist einerseits Ansprechperson, wenn eine Betreuung frustriert verläuft (für beide Seiten), aber auch, wenn ein:e Sozialbegleiter:in fachliche Unterstützung benötigt (vgl. ebd.:18). Auch gibt es einen regen Austausch zwischen den Sozialbegleiter:innen bei Besprechungsterminen und Fortbildungen – es scheint hier also eine enge interne Vernetzung zu geben.

Über andere Angebote des Roten Kreuzes, wie etwa die Team Österreich Tafel oder durch Erfahrungsberichte anderer Betroffener, kommen Menschen zum ersten Mal mit der Sozialbegleitung in Kontakt (vgl. ebd.:18). Aber auch die direkte Zusammenarbeit und Vernetzung mit professionellen Helfer:innen ist eine wichtige Möglichkeit für die Sozialbegleitung, einerseits mit ihrem Angebot in der Region bekannt und vertraut zu werden und andererseits als Verweisungspartnerin für andere Einrichtung zur Verfügung zu stehen (vgl. ebd.:20). Dazu gibt es in den Regionen Vernetzungstreffen, wo der gegenseitige Austausch und das Kennenlernen im Vordergrund stehen. Die Anzahl und Frequenz dieser Vernetzungstreffen fallen je nach möglichen Ressourcen unterschiedlich aus (vgl. ebd.:63-64).

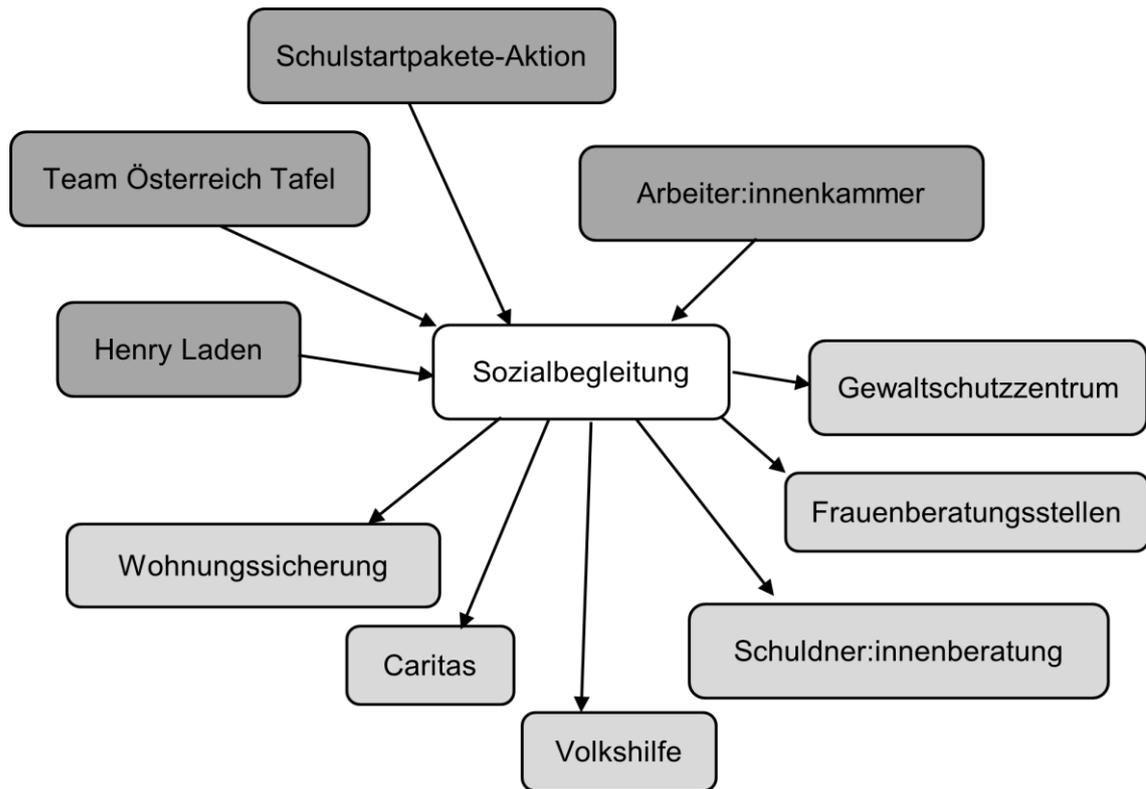


Abbildung 14: Auszug Vernetzungslandkarte Sozialbegleitung (Zeilinger 2022)

Die Bekanntheit der Angebote der Sozialbegleitung hängt, so Juris, stark vom Engagement der Sozialbegleiter:innen selbst ab. In manchen Regionen ist durch die enge Vernetzung mit Kooperationspartner:innen und der mündlichen Informationsweitergabe von Person zu Person das Angebot stärker bekannt, als in Einzugsbereichen von Dienststellen, bei der nur eine:r oder zwei Sozialbegleiter:innen tätig sind (vgl. ebd.:20). Inwieweit im Umkreis von Dienststellen, an denen es keine Sozialbegleiter:innen gibt, dieses Angebot bekannt ist und ein weiterer Anreiseweg zu diesem Angebot in Anspruch genommen wird, lässt sich nicht feststellen.

4.7.3 Herausforderungen für die Sozialbegleitung

Juris beschreibt, dass vor allem die Abgrenzung zu den Klient:innen ein Thema ist, dass bei den Reflexionsrunden und Fortbildungen immer wieder angesprochen wird. Das bezieht sich einerseits auf die Preisgabe persönlicher Daten und Erreichbarkeiten auch am Wochenende, aber auch auf die Festlegung, wo die eigene Unterstützungsleistung enden muss und eine Übergabe an professionelle Helfer:innen erforderlich ist. Ein dritter Punkt ist die psychische Belastung, der Sozialbegleiter:innen ausgesetzt sein können, wenn etwa Misshandlungen aufgedeckt werden oder kaum Unterstützungen für Klient:innen vorhanden sind, weil es für ihre spezielle Lebenslage und durch das Zusammentreffen unterschiedlichster Faktoren keine passgenauen Hilfen gibt (vgl. ebd.). Herausfordernd kommt hinzu, dass die Sozialbegleiter:innen über das gesamte Bundesland dezentral tätig sind – eine Erreichbarkeit und eine gute Vernetzung unter

den Sozialbegleiter:innen selbst stellt sich oft als schwierig dar (vgl. ebd.). Supervisionen im Team und bei Bedarf auch Einzelsupervision gehört zur Unterstützung der Sozialbegleiter:innen dazu (vgl. ebd.).

Als eine weitere Herausforderung wird die bundeslandübergreifende Unterstützung genannt. Da in den unterschiedlichen Bundesländern die Arbeit der Sozialbegleiter:innen unterschiedlich gestaltet wird, ist eine Zusammenarbeit mitunter kompliziert. Vor allem, wenn finanzielle Unterstützung benötigt wird, sind jene Sozialbegleiter:innen zuständig, in deren Bundesland die Klient:innen den Hauptwohnsitz haben (vgl. ebd.:49-50). Das kann für die Sozialbegleiter:innen dann ebenfalls herausfordernd sein, wenn sie durch die Festlegung der Zugehörigkeit der Personen zu einem bestimmten Einzugsgebiet nicht so weit unterstützen können, wie es die Klient:innen gerade brauchen würden (vgl. ebd.).

4.7.4 Social Prescribing Potenzial in der Sozialbegleitung



**Die Social Prescribing
Checkliste -
Sozialbegleitung**

- Überweisung durch medizinisches Fachpersonal
- (Beratungs-) Gespräche mit Link Worker:innen
- Einbezug von lokalen Angeboten
- ganzheitliches Erfassen von Gesundheit
- Zusammenarbeit verschiedener Professionen
- Erstellung individueller Unterstützungspläne
- regelmäßige Evaluation der Unterstützung
- ambulante vor stationärer Hilfe
- gute Erreichbarkeit und Förderung von Laienhilfe

Abbildung 15: Die Social Prescribing Checkliste – Sozialbegleitung (Zeilinger 2022)

Die Sozialbegleitung NÖ zeigt in wesentlichen Bereichen großes Social Prescribing Potenzial. Es erfolgt zwar keine Überweisung durch medizinisches Fachpersonal, dennoch erscheint die Erreichbarkeit durch die Verbindung zwischen Laien- und professioneller Hilfe besonders niederschwellig zu sein. Dadurch kann den Klient:innen zu Beginn rasch und unbürokratisch geholfen werden und im weiteren Verlauf professionelle Helfer:innen hinzugezogen werden. Dadurch erscheint auch ein professionsübergreifendes Unterstützungsnetz möglich zu sein, wenn die Sozialbegleiter:innen über ein entsprechend ausgebautes Netzwerk in ihrer Region

verfügen und darauf zurückgreifen können. Da die Tätigkeit der Sozialbegleiter:innen auf ehrenamtlicher Basis passiert, wird die Eigeninitiative und der Aufbau und die Pflege der Netzwerke von den einzelnen Sozialbegleiter:innen abhängen und damit auch der Erfolg der interprofessionellen Zusammenarbeit und Unterstützung. Klassische Beratungsgespräche mit Link Worker:innen bzw. ein ähnlicher Kontext können auf Basis dieser Arbeit nicht entdeckt werden.

Durch die Verortung auf regionalen Rot-Kreuz-Dienststellen ist die physische Erreichbarkeit ebenso gegeben, wie die Einbettung in die regionalen und lokalen Unterstützungsangebote. Aus dem Interview hat sich ergeben, dass die Unterstützungspläne individuell auf die Personen angepasst werden – das gewährleistet nachhaltige Unterstützung. Jedoch liegt in der Verortung auf den einzelnen Dienststellen, also der dezentralen Stationierung der Nachteil, dass (derzeit) noch nicht überall dieses Angebot vorhanden ist, ein flächendeckender Ausbau durch die Ehrenamtlichen auch schwierig und vor allem langfristig unsicher erscheint. Hier gilt es, ein Konzept für den Ausbau und die nachhaltige Sicherung dieses Unterstützungssystem zu erarbeiten.

Kritisch zu betrachten ist die kurze Ausbildung, die Sozialbegleiter:innen absolvieren müssen. Es könnte die Gefahr bestehen, dass die Sozialbegleiter:innen in ihrer Rolle überfordert werden oder eine Weitergabe an professionelle Helfer:innen zu spät erfolgt. Da auch ein Austausch innerhalb der Sozialbegleiter:innen aufgrund unterschiedlicher Gegebenheiten erschwert sein kann, ist auch hier der Rückhalt der Kolleg:innen – sofern es mehr als ein:e Sozialbegleiter:in auf der Dienststelle gibt – besonders wichtig, um eine Austausch- und Nachfragemöglichkeit zu schaffen. Ein Team von zumindest zwei oder mehr Sozialbegleiter:innen auf den Dienststellen erscheint aus diesem Grund sinnvoll. Dass hier die leitende Funktion eine sozialarbeiterische Ausbildung hat, ist sehr zu begrüßen, damit die Sozialbegleiter:innen auf einen fachlich fundierten Hintergrund zurückgreifen können. Aus sozialarbeiterischer bzw. berufspolitischer Sicht ist jedoch die Überlegung anzustellen, inwieweit Soziale Arbeit hier als Entwicklerin tätig sein soll, ohne die weitere Ausführung zu übernehmen. Es wird die Frage zu beantworten sein, welchen Raum sich die Soziale Arbeit in diesem Projekt nehmen möchte und welche Vor-, aber auch Nachteile das für die Arbeit mit dieser Zielgruppe haben kann. Der Balanceakt zwischen „freiwilligen, ausführenden Laien“ und „professionellem, leitendem Hintergrund“, auch im Hinblick auf den Gedanken der Ehrenamtlichkeit, könnte eine Herausforderung für die Sozialbegleitung betreffend Social Prescribing in der Zukunft sein.

Nicht beurteilt werden kann, inwieweit Gesundheit als komplexes und umfassendes Thema seitens der Sozialbegleitung betrachtet wird.

Abschließend lässt sich feststellen, dass der große Bereich des Vernetzens und der Drehscheibenfunktion starke Ähnlichkeiten mit jener aus der Social Prescribing Arbeit hat. Ein Ausbau der Sozialbegleitung hat aus Sicht dieser Arbeit durchaus Potenzial, sich in Richtung eines vollwertigen Social Prescribing Projekts zu entwickeln.

4.8 Pflege- und Sozialberatung Burgenland – niederschwellige Beratung auch zuhause

Im Jahr 2019 wurden in allen Bezirkshauptmannschaften im Burgenland sogenannte Pflege- und Sozialberater:innen eingeführt. Pro Bezirk gibt es eine:n oder zwei Pflege- und Sozialberater:innen (vgl. II-3:20-22). Ihre Aufgabe ist es, pflegebedürftige Menschen und deren Angehörigen zu unterstützen, die passenden Pflege- und Betreuungsleistungen zu finden. Dazu haben die Pflege- und Sozialberater:innen die Möglichkeit, Hausbesuche bei den Menschen durchzuführen, können die Beratungen aber auch direkt in den Bezirkshauptmannschaften durchführen (vgl. Pflegeservice Burgenland GmbH 2020a; II-1:9). Das Finden passgenauer Unterstützung in enger Zusammenarbeit mit den bestehenden Angeboten von Betreuung und Pflege im Burgenland ist das Ziel in der Arbeit (vgl. ebd.). Finanziert wird diese Betreuung und Beratung vom Land Burgenland, ist also für die Betroffenen vollkommen kostenlos (vgl. ebd.;II-3:34). Das Pflegeservice Burgenland als übergeordnete Stelle ist neben der Pflege- und Sozialberatung auch für die Anstellung von pflegenden Angehörigen³¹ zuständig (vgl. Pflegeservice Burgenland GmbH 2020b; II-3:32).

4.8.1 Arbeitsweise und Ausbildung der Pflege- und Sozialberater:innen

Die Pflege- und Sozialberater:innen haben alle eine Ausbildung zur diplomierten Pflegekraft, kommen jedoch aus unterschiedlichen Vorarbeitssettings. Neben Pflegepersonen aus dem klinischen Bereich sind auch solche aus der mobilen Hauskrankenpflege oder dem rehabilitativen Bereich im Team vertreten (vgl. II-1: 11, II-3:16). Laut der interviewten Person wurde zur Zeit ihrer Einstellung zwar ein Zertifikat für Casemanagement als wünschenswert erachtet, Voraussetzung für die Jobvergabe war es allerdings nicht (vgl. II-3:18). Als Tätigkeitsbeschreibung ist jedoch „Case- und Caremanagement“ angeführt, das offizielle Zertifikat wurde jedoch von den meisten nicht abgelegt. Stattdessen wurde für die Mitarbeiter:innen eine „sehr niederschwellige“ Ausbildung in der FH Burgenland angeboten, bei der „die Basics“, die für die Arbeit als Pflege- und Sozialberater:in benötigt werden, vermittelt wurden (vgl. II-3:18-20).

Aus den Interviews mit den beiden Pflege- und Sozialberater:innen geht hervor, dass die Unterstützung, die für die Menschen geleistet wird, ein breites Spektrum umfasst. Die erste und einzige geleistete Unterstützung kann beispielsweise bei einem Antrag auf Zuerkennung von Pflegegeld sein oder die Weitergabe von relevanten Telefonnummern und Kontaktadressen (vgl. II-1, 19; II-3:14; II-3:36). Eine Betreuung kann sich aber auch über ein Jahr ausdehnen (vgl. II-1:19; II-3:36). Die durchschnittliche Anzahl an Kontakten liegt zwischen drei und vier – in diesem Zeitrahmen können wichtige organisatorische Angelegenheiten geregelt werden. (vgl. II-3: 36). Wie lange eine Betreuung seitens der Pflege- und Sozialberatung aufrechterhalten wird, wird individuell entschieden. Dass die Betreuungsstunden nicht begrenzt sind, wird als erleichternd und bereichernd für die

³¹ Im Burgenland können sich Menschen, die Pflegebedürftige ab der Pflegegeldstufe 3 zuhause betreuen, als Dienstnehmer:in anstellen lassen. Sie sind voll sozialversichert und sammeln Beitragszeiten für die Alterspension.

Arbeit betrachtet (vgl. II-3:33-34). Betont wird, dass die Selbstständigkeit der Betroffenen erhalten werden soll. Die interviewte Person aus II-3 beschreibt das so:

„Manchmal schaffen die Leute auch das nicht, dass sie dann selbst dort anrufen. Dann gehe ich einen Schritt weiter, wenn ich merke, dass das deren Möglichkeiten übersteigt. Dann versuche ich einfach Schritt für Schritt abzuchecken, was sie noch selbst schaffen und wo mein Part beginnt, dass ich den nächsten Anstoß gebe, damit etwas in Bewegung kommt.“ (II-3:14).

Gleichzeitig wird auch auf die Selbstbestimmung großen Wert gelegt. Es gibt in der Pflege- und Sozialberatung keinen Zwangskontext. Möchten die Personen keine Beratung oder diese nach wenigen Terminen abbrechen, dann ist das ohne negative Folgen für sie möglich (vgl. II-3:39-40). Sollten die Pflege- und Sozialberater:innen den Eindruck haben, dass Menschen die Beratung abbrechen und jedoch selber nicht ohne Nachteile für sich entscheiden können, wird eine enge Zusammenarbeit mit der behördlichen Sozialen Arbeit gepflegt, an die bei Bedarf eine Übergabe erfolgt (vgl. II-3:50).

Die Beratungen werden in den meisten Fällen von Angehörigen von pflegebedürftigen Menschen und nicht von diesen selbst in Anspruch genommen (vgl. II-3:32). Eine Überweisung von der Medizin an die Pflege- und Sozialberatung ist nicht notwendig, in der Praxis sind die Zuweisenden meistens keine medizinischen Kräfte, sondern beispielsweise Pflegekräfte oder andere Beratungsstellen (siehe Vernetzungslandkarte Kapitel 4.8.3) (vgl. II-1:16-17; II-3:32-34).

Präventives Arbeiten im Sinne von vorbeugenden Projekten oder Maßnahmen ist nicht Aufgabe der Pflege- und Sozialberater:innen, jedoch kann im Vorfeld eine Art „Notfallplan“ mit den Familien erarbeitet werden:

Also, dass man wirklich einen Notfallplan schmiedet. Das machen wir oft und ist auch sehr hilfreich [...]. Dass die Leute dann einfach gefasst bleiben und wissen, dass sie dann diesen und jenen kontaktieren können und dieses und jenes auf der Liste haben. Dann haben sie nicht das Gefühl, dass sie total in der Luft hängen.“ (II-3:52).

Weiters können Ratschläge bezüglich falscher Medikamenteneinnahme oder Sturzprophylaxe gegeben werden. Diese sind sehr auf den Einzelfall bezogen (vgl. II-3:52). Aus Sicht der Interviewpartnerin möchten sich jedoch viele Menschen nicht oder nur ungern mit dem Thema der (eigenen) Pflegebedürftigkeit auseinandersetzen (vgl. II-3:52), Beratungen in diesem Bereich sind aus diesem Grund nicht so häufig, wie jene, wenn bereits eine Pflegebedürftigkeit eingetreten ist.

4.8.2 Hausbesuche als wichtige Möglichkeit der Zusammenarbeit

Anders als bei den bisher beschriebenen Projekten und Einrichtungen haben die Pflege- und Sozialberater:innen die Möglichkeit, Hausbesuche bei den Patient:innen und deren Angehörigen durchzuführen. Unter Hausbesuche wird in diesem Kontext das Aufsuchen der Familien an ihrem Wohnort verstanden, unabhängig davon, wie weit die Beratung bereits fortgeschritten ist. Diese Möglichkeit gibt es neben der Beratung in den

Büroräumlichkeiten auf der Bezirkshauptmannschaft und kann auf freiwilliger Basis in Anspruch genommen werden. Die Interviewpartnerinnen betonen die Vorteile, die sie in dieser Art des Arbeitens sehen, mehrfach und deutlich. Unter anderem nennen sie folgende Vorteile (vgl. II-1:15; II-3:46):

- Die Beobachtung der familiären Situation ist besser möglich.
- Bessere Wahrnehmung der Wünsche und Emotionen aller Betroffenen. Das kann einerseits bedeuten, dass sich die Menschen in ihrer gewohnten Umgebung eher zutrauen, ihre Wünsche für die Zukunft – beispielsweise eine Betreuung zuhause – zu äußern und andererseits auch negative Gefühle wie Scham- und Schuldgefühle eher zum Ausdruck kommen. Dadurch haben die Pflege- und Sozialberater:innen die Möglichkeit, darauf zu reagieren und die Unterstützung entsprechend anzupassen.
- Kennenlernen der Wohnstruktur, der baulichen Gegebenheiten: Durch das Vorortsein der Pflege- und Sozialberater:innen wird auch eine „lebensnahe“ Beratung möglich. Es können Tipps für Barrierefreiheit (z.B. zu schmale Türen oder kleine Treppen) oder Einrichtung (z.B. Positionierung eines Pflegebettes) gegeben werden, die den Betroffenen die Pflege der Angehörigen erleichtert. Das ist, so die Aussage der Interviewpartnerinnen im Beratungssetting im Büro schwieriger und weniger lebensnah zu bewerkstelligen.

4.8.3 Vernetzungslandkarte und Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit

Wie bereits für die anderen Organisationen und Projekte soll auch für die Pflege- und Sozialberatung Burgenland die Vernetzungslandkarte auszugsweise dargestellt werden:

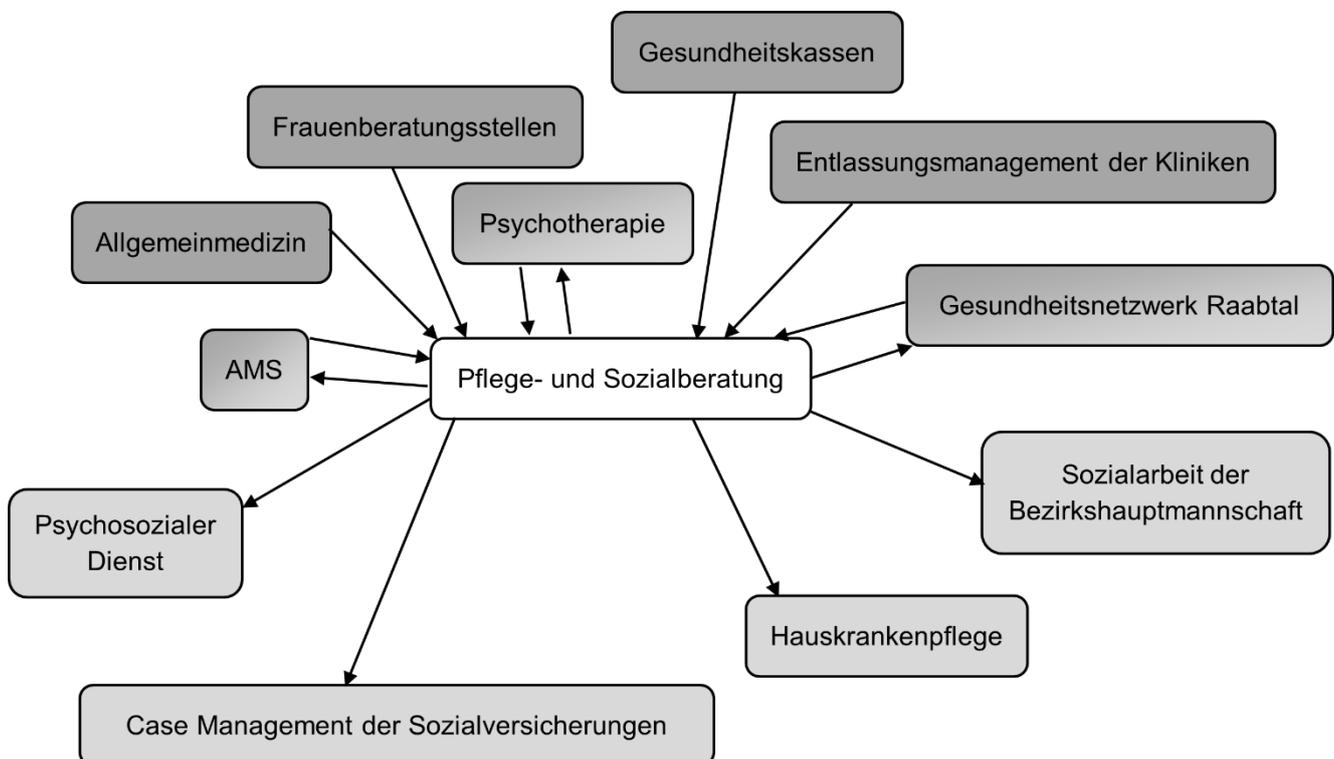


Abbildung 16: Auszug Vernetzungslandkarte Pflege- und Sozialberatung Burgenland (Zeilinger 2022)

Um die Vernetzung und Zusammenarbeit zu fördern, finden jährlich Vernetzungstreffen statt, bei der die wichtigsten Vernetzungspartner:innen teilnehmen. Inhalt sind ein Austausch über Schwierigkeiten und Verbesserungswünsche, aber auch über gelingende Beratungen oder die Vorstellung neuer Teammitglieder in den einzelnen Einrichtungen (vgl. II-1:15, 39; II-3: 28). Aufgrund der Pandemie sind die Treffen zwei Mal ausgefallen bzw. gestaltete sich die Vernetzung in dieser Zeit schwieriger als sonst (vgl. II-1: 13, 15; II-3:28). Sind die interdisziplinären Teambesprechungen zu umfangreich, wird die Terminfindung zu einem Problem, vor allem, wenn den unterschiedlichen Berufsgruppen unterschiedliche (zeitliche) Ressourcen zur Verfügung stehen (vgl. II-1:54).

Die Zusammenarbeit mit den unterschiedlichen Berufsgruppen gestaltet sich sehr divers, auch innerhalb der Berufsgruppen selbst. So zeigen die Interviews, dass sich die Qualität der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzt:innen der Region stark voneinander unterscheidet. Die Interviewpartnerinnen haben die Erfahrung gemacht, dass manche Hausärzt:innen eher zurückhalten sind, was den Austausch mit und die Verweisung an die Pflege- und Sozialberater:innen betrifft. Andere Mediziner:innen wiederum wissen die sehr zu schätzen wissen, weil sie selbst nicht die zeitlichen Ressourcen für eine tiefergehende (soziale) Beratung ihrer Patient:innen haben und deswegen öfters an die Pflege- und Sozialberatung verweisen (vgl. II-3:24). Ebenso gestaltet sich die Zusammenarbeit mit den Sozialarbeiter:innen auf den Bezirkshauptmannschaften teils schwierig. Die interviewten Personen erklären das mit dem Schwerpunkt, den die Soziale Arbeit auf der Bezirkshauptmannschaft hat: Die meisten zeitlichen Ressourcen werden für den Bereich der Kinder- und Jugendhilfe gebunden und für den Bereich der Erwachsenensozialarbeit bleibt eher weniger Zeit (vgl. II-3:26).

Wie dargestellt nimmt die Tätigkeit des Vernetzens einen wichtigen Stellenwert in der Arbeit der Pflege- und Sozialberater:innen ein. Aber wie auch der Name bereits sagt, dürfen sie nur beratend tätig sein. Finanzierungen organisieren oder eine 24-Stunden-Betreuungsagentur zu beauftragen geht über ihren Auftrag hinaus. Das wird von den Pflege- und Sozialberaterinnen als einschränkend erlebt und es würde (mehr) Soziale Arbeit brauchen, die die weitere Betreuung übernehmen kann (vgl. II-3:26). An diesem Punkt sei die Abgrenzung besonders schwierig: Wo endet der Auftrag für die Pflege- und Sozialberater:innen und wann muss die Soziale Arbeit hinzugezogen werden (vgl. II-3: 62).

4.8.4 Social Prescribing und Pflege- und Sozialberatung



**Die Social Prescribing
Checkliste -
Pflege- und
Sozialberatung**

- Überweisung durch medizinisches Fachpersonal
- (Beratungs-) Gespräche mit Link Worker:innen
- Einbezug von lokalen Angeboten
- ganzheitliches Erfassen von Gesundheit
- Zusammenarbeit verschiedener Professionen
- Erstellung individueller Unterstützungspläne
- regelmäßige Evaluation der Unterstützung
- ambulante vor stationärer Hilfe
- gute Erreichbarkeit und Förderung von Laienhilfe

Abbildung 17: Die Social Prescribing Checkliste - Pflege- und Sozialberatung Burgenland (Zeilinger 2022)

Damit die Pflege- und Sozialberater:innen tätig werden können, ist keine Verweisung durch die Medizin erforderlich. In manchen Fällen liegt diese Überweisung aber durchaus vor. Da dies jedoch nicht zwingend vorgegeben ist, wird aus Sicht dieser Arbeit dieser Punkt als nicht zutreffend erachtet. Die Pflege- und Sozialberater:innen tragen die Tätigkeitsbezeichnung Case- und Care Manager:innen, auch wenn nicht alle das österreichische Zertifikat dafür besitzen. Dennoch können sie als Link Worker:innen im weiteren Sinne betrachtet werden.

Vor allem durch die zentrale Lage an den Bezirkshauptmannschaften scheint die Erreichbarkeit für die Betroffenen gut gegeben zu sein, hinzu kommt die Möglichkeit von Hausbesuchen, was einerseits den niederschweligen Zugang zur Unterstützung ermöglicht und andererseits die Laienhilfe bzw. die Unterstützung durch die Familie und die lokalen Angebote fördert und ermöglicht. Selbstverständlich können Hausbesuche auch kritisch betrachtet werden. So sind stellen diese auch immer ein Eindringen in den höchstpersönlichen Lebensraum von Klient:innen und Patient:innen dar, was beim Einsatz dieser Methode mitbedacht werden muss.

Gemeinsam mit den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen werden individuelle Hilfen und Pläne erstellt und bei Bedarf neben der Pflege auch die Soziale Arbeit oder andere Berufsgruppen in das Helfer:innennetz integriert.

Zusammenfassend lässt sich daher feststellen, dass die Pflege hier eine Leitungsfunktion in der Beratung von Menschen einnimmt. Die Soziale Arbeit dient als wichtige Vernetzungspartnerin und wird im Bedarfsfall hinzugezogen, ist aber in die ersten Beratungen im Normalfall nicht eingebunden. Es scheint auch der Schwerpunkt auf der Pflegeberatung und weniger auf dem zweiten Teil der Bezeichnung – der Sozialberatung – zu liegen. Ob das durch die Konzeption dieser Einrichtung entstanden ist oder durch die dort beschäftigten diplomierten Pflegepersonen, kann nicht festgestellt werden. Es scheint jedoch naheliegend, dass durch die Grundausbildung der Schwerpunkt in der Beratung nicht zufällig auf pflegerischen Themen liegt. Hier hätte die Pflege- und Sozialberatung durchaus Potenzial, ihre Beratungen auszuweiten und zu vertiefen, da ansonsten die Tätigkeitsbezeichnung irreführend sein kann.

4.9 Diskussion: Eignung unterschiedlicher Berufsgruppen für Social Prescribing

In den letzten Kapiteln (4.5 bis 4.8) wurde dargestellt, dass sich Social Prescribing in unterschiedlichen Ansätzen und Durchführungsvarianten wiederfindet. Unterschiedliche Berufsgruppen mit unterschiedlichen Ausbildungen nehmen sich in diversen Projekten und Einrichtungen – manchmal unwissend bzw. ohne es so zu nennen – um das Social Prescribing an. Offen blieb bisher jedoch, welche der genannten Berufsgruppen denn nun die geeignetste für diese Position ist oder ob es eine differenzierte Ausbildung für Social Prescribing oder Link Working braucht. Das ist Gegenstand dieses Abschnitts.

4.9.1 Unterschiedliche Sichtweisen auf die Thematik

Die Meinungen der Interviewpartnerinnen gleichen sich in einigen Punkten, in anderen gehen die Meinungen stark auseinander. Es zeigt sich keine eindeutige Meinung zu dem Thema, welche Berufsgruppe die geeignetste für die Ausübung von Social Prescribing bzw. Link Working wäre.

So ist Juris der Ansicht, dass die Drehscheibenfunktion der Sozialbegleiter:innen oft von jenen als schwierig erachtet werde, die keine Ausbildung in einem verwandten Beruf haben. Eine fundierte fachliche Anleitung, wie sie bei der Sozialbegleitung vorhanden ist, scheint aus ihrer Sicht sinnvoll, um eine qualitativ hochwertige Arbeit leisten zu können (vgl. II-2:54). Eine einfache Checkliste oder Anleitung, wo jemand bei welchem Problem hinverwiesen werden muss, ist aus ihrer Sicht unzureichend (vgl. ebd.), eine Ausbildung für die konkrete Tätigkeit erachtet sie als sinnvoll (vgl. ebd.). Checklisten, die linear abgearbeitet werden müssen, bergen aus Sicht der Autorin auch die Gefahr, alle Anfragen nach dem gleichen Schema und ohne individuelle Bearbeitung der Thematik

„abzuarbeiten“. Das würde dem Grundsatz der individuellen Hilfeplanung im Social Prescribing widersprechen.

Auch die Interviewpartnerin aus II-3 betont, dass die Soziale Arbeit besonders geeignet wäre für die Arbeit im Link Working, weil bereits in der Ausbildung der umfassende Blick auf die Menschen und ihre Lebensweise und Netzwerke gelehrt wird (vgl. II-3:54). Dass auch die Pflege einen Menschen ganzheitlich betrachtet bzw. betrachten muss, macht aus ihrer Sicht auch Pflegepersonal für diese Arbeit geeignet (vgl. II-3: 54). Andere Berufsgruppen sind nicht grundsätzlich von dieser Eignung ausgeschlossen, es wird jedoch betont, dass Netzwerkarbeit und ganzheitliche Sichtweisen geschult und aufgebaut werden müssen und dass das für jene, die nach anderen Methoden arbeiten, schwieriger sein könnte (vgl. II-3:54). Am idealsten aus Sicht von zwei interviewten Personen wäre eine Kombination der Ausbildungen bzw. Grundberufe von Pflege, Sozialer Arbeit und Link Working (vgl. ebd.) bzw. eine „Bereitstellung“ mehrere Personen, die in die Fallsituation eingebunden sind und im Bedarfsfall rasch und unkompliziert die Fallführung übernehmen können, ein „wechselndes Link Working“ sozusagen (vgl. II-1:47).

Als nicht besonders geeignet werden Ärzt:innen betrachtet (vgl. II-3:55). Obwohl im niedergelassenen Bereich viele Probleme als erstes erkannt werden können, passiert das aufgrund unterschiedlicher Gründe nicht. Das können zeitliche Faktoren ebenso sein, wie Berufsverständnis oder „Sozialisation“ in einem Beruf. Positiv hervorzuheben haben sich nach Ansicht der Interviewpartnerinnen jene Ärzt:innen, die in Primärversorgungszentren oder -netzwerken tätig sind (vgl. II-3:60). Diese Aussagen machen deutlich, dass es, um Social Prescribing in seiner vollen Form umsetzen zu können, ein Aufeinanderzugehen und Verständnis der einzelnen Berufsgruppen geben muss, einen Abgleich für das Verstehen von Gesundheit und Krankheit und den Beitrag, den die jeweilige Berufsgruppe für die Besserung der Lebenssituation der Klient:innen beitragen kann.

Es zeigt sich auch, dass vor allem die interviewten Sozialarbeiterinnen eine Verortung des Social Prescribing in der Sozialen Arbeit oder zumindest bei Sozialarbeiter:innen sehen. Begründet wird das mit der differenzierten und umfassenden Sicht der Sozialen Arbeit auf Menschen (vgl. etwa II-2:56). Aus Sicht der Autorin wird zu diesem Thema eine berufspolitische Diskussion nicht zu umgehen sein, wenn die Soziale Arbeit den Anspruch erheben möchte, das Social Prescribing in Österreich zu übernehmen. Dazu braucht es jedoch eine klare Positionierung der Sozialen Arbeit zu dieser Thematik und eine Klarstellung bzw. fachliche Abgrenzung zu bereits bestehenden Projekten und Einrichtungen, aber auch zu Methoden wie dem Case- und Caremanagement.

4.9.2 Schwierigkeiten in der Differenzierung zwischen Sozialer Arbeit und Social Prescribing

Ebenfalls Thema bei den Interviews war die Unterscheidung zwischen Sozialer Arbeit und Social Prescribing. Worin liegen die Unterschiede und Gemeinsamkeiten? Worin unterscheidet sich der Arbeitsalltag von Sozialarbeiter:innen, die an andere Stellen

verweisen von der Tätigkeit der Link Worker:innen im Gemeinwesen? Eine Unterscheidung fiel den befragten Personen in den allermeisten Fällen schwer, eine klare Abgrenzung zwischen den Tätigkeiten der Link Worker:innen und jenen der Sozialarbeiter:innen konnte nicht definiert werden (vgl. beispielsweise II-2:59). Hypothesen dafür können sein:

- Das Angebot und die Arbeitsweise des Social Prescribings sind in Österreich nicht oder kaum bekannt. Das zeigt aus das Forschungsteam II in ihrer Arbeit auf, bei der nach einer neuen und eigenständigen Begrifflichkeit für Social Prescribing im österreichischen Kontext gesucht wird.
- Die Arbeitsweise des Social Prescribing ist zwar bekannt, wird aber als Kernaufgabe der Sozialen Arbeit betrachtet.
- Die Umsetzung von Social Prescribing erfolgt in Österreich hauptsächlich über die Soziale Arbeit und nicht über andere Berufsgruppen.
- Es gibt bereits die Soziale Arbeit und das Case Management, die sich in einigen Punkten gleichen, aber dennoch unterschiedlich sind (siehe Kapitel 5), ein Hinzufügen von Link Working macht es noch schwieriger, den Überblick zu behalten. Auch die Interviewperson aus II-1 betont, dass eine Differenzierung vor allem für die Bevölkerung schwierig ist: „Wir haben es deshalb Pflege- und Sozialberatung genannt, weil das Case- und Caremanagement für die Bevölkerung nicht greifbar war.“ (II-1:11).

Dass Link Working etwa in Großbritannien eine eigene Ausbildung braucht und damit als eigenständiger Beruf zu betrachten ist, könnte die Unterscheidung und Umlegung auf den österreichischen Kontext noch zusätzlich erschweren.

Eine Interviewpartnerin gibt an, dass vor allem die Spezialisierungen in der Versorgungslandschaft für manche Personen problematisch sein können. So muss man immer mehr Beratungsstellen hinzuziehen, um alle Bedürfnisse abdecken zu können bzw. wird von einer Einrichtung an die nächste verwiesen (vgl. II-1:58). Es gibt in Österreich demnach teils eine sehr große Schwelle, um Unterstützung zu erhalten auf niederschwellige Art und Weise (vgl. ebd.).

4.9.3 Sozialarbeiter:innen als Link Worker:innen

Es ergibt sich aus den oben beschriebenen Wahrnehmungen und Erfahrungen, dass die Soziale Arbeit als besonders geeignet für Link Working bzw. Social Prescribing erscheint. In unterschiedlicher Literatur wird davon gesprochen, dass die Soziale Arbeit einen umfassenden Blick auf die Menschen und deren Lebenswelt hat. Das wird an dieser Stelle als „Startvorteil“ für die Soziale Arbeit in Bezug auf Link Working und Social Prescribing betrachtet. Besonders im Bereich des Gesundheitswesens sind „die sozialen Einflüsse auf die Gesundheit und die ungleiche Verteilung von Gesundheitschancen für die Soziale Arbeit“ (Jost 2013:23) von besonderer Bedeutung, da hier die Soziale Arbeit bei der Förderung der Selbstbestimmung einen wichtigen Beitrag leisten kann (ebd.). Weiters schreibt Jost, dass die Vernetzung gerade im Gesundheitsbereich eine wichtige Aufgabe für die Soziale Arbeit darstellt (ebd.:192–193) und eine Einbezug der Netzwerke der Patient:innen als selbstverständlich zu betrachten ist (ebd.:193). Gleichzeitig wird

eine enge Zusammenarbeit und ein respektvoller Austausch zwischen der Sozialen Arbeit und anderen beteiligten Berufsgruppen gefordert (ebd.:194). Das alles sind Punkte, die aus Sicht der Autorin dieser Arbeit in der sozialarbeiterischen Fachcommunity bereits bekannt sind und vertreten werden sollen. Deswegen eignet sich der Tätigkeitsbereich der Sozialen Arbeit für die Verbindung mit dem Link Working bzw. Social Prescribing. Es wird jedoch zu klären sein, wie sich die Soziale Arbeit vom Social Prescribing und vom Casemanagement in Österreich abgrenzen soll – wenn überhaupt – und welche Folgen das für die bereits bestehende Versorgungslandschaft hat. Finanzierungsfragen bleiben ebenfalls ungeklärt.

4.10 Schlussfolgerungen für die Social Prescribing Praxis in Österreich

Durch die Zusammenfassung und Analyse der erhobenen Daten kann an dieser Stelle die Social Prescribing Checkliste, wie sie in den vorherigen Kapiteln eingehend vorgestellt wurde, wie folgt als Empfehlung für den österreichischen Kontext abgewandelt werden:

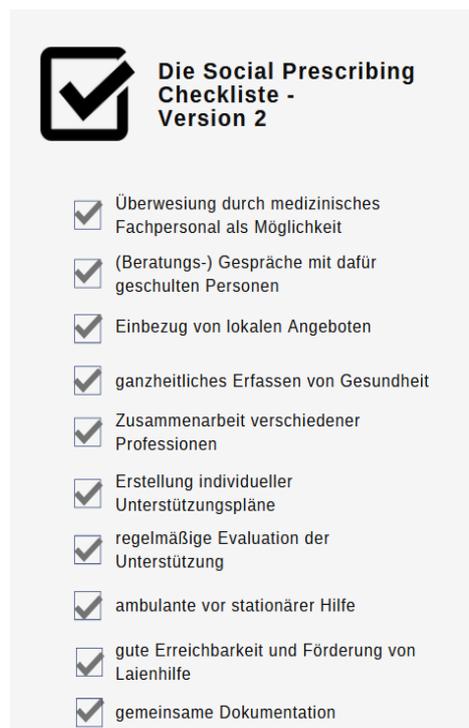


Abbildung 18: Die Social Prescribing Checkliste - Version 2 (Zeilinger 2022)

Die in Abbildung 18 dargestellten Checkpunkte sind als direkte Forderung an die Umsetzung in die Praxis zu betrachten.

F6. Was können die Soziale Arbeit und Social Prescribing von diesen Projekten und Einrichtungen für die Zukunft lernen?

Aus den vorliegenden Daten geht hervor, dass eine Zuweisung zu Social Prescribing nicht immer durch Mediziner:innen erfolgen muss, auch wenn es eine von vielen Möglichkeiten ist. Die Literatur beschreibt den Zugang über die Medizin sehr deutlich, die Interviews ergeben, dass es, um den Social Prescribing Prozess auszulösen, nicht unbedingt die Medizin dafür braucht, sondern auch andere Stellen für die Verweisung an Social Prescribing geeignet sind. Vorteil einer Verweisung durch die Medizin ist die bereits abgeklärte bio-medizinische Situation und das Vertrauen in die Medizin, die passende Behandlung für die Patient:innen zu finden. Auch gibt es im niedergelassenen Bereich oft zu wenig Zeit, sich mit psychosozialen Fragen auseinanderzusetzen, weshalb eine enge Zusammenarbeit mit dem Link Working, wie es beispielsweise in Primärversorgungszentren schon passiert, erforderlich ist.

Nicht restlos geklärt werden kann die Frage, welche Berufsgruppe sich am besten für die Link Working Position eignet. Die Interviews zeigen, dass auch die Pflege einen sehr umfassenden Blick auf die Menschen hat und in den Versorgungssystemen des Gesundheitswesens gut eingebettet ist. Das gleiche gilt für die Soziale Arbeit und die soziale Landschaft in Österreich. Aus Sicht dieser Arbeit scheinen beide Berufsgruppen für Link Working bzw. Social Prescribing geeignet.

Die vorgestellten Kurzausbildungen zum:zur Sozialkoordinator:in bzw. Sozialbegleiter:innen vermitteln in relativ kurzer Zeit die notwendigen Kenntnisse, um in der Region eine eingegrenzte Zielgruppe zu betreuen. Das stellt sich als gute Verbindung zwischen Laienhilfe und professioneller Unterstützung dar, ersetzt aus Sicht dieser Arbeit aber weder das eine noch das andere. Vor allem Themen der Haltung gegenüber den Menschen und Reflexionsprozesse könnten in diesen Kurzausbildungen zu kurz kommen. Die niederschwellige Beratungsmöglichkeit und die Einbettung in die regionale Versorgungslandschaft können Vorteile für die Beratung bringen. Wichtig ist aus Sicht dieser Arbeit eine klare Eingrenzung der Zuständigkeiten und eine fachliche Begleitung beispielsweise durch die Soziale Arbeit, wie es bei der Sozialbegleitung NÖ gegeben ist.

F5. Wie sieht die Weiterleitung und Verweisung zu anderen Berufsgruppen aus? Wer sind die Kooperationspartner:innen?

Die Vernetzung in den einzelnen Projekten und Einrichtungen gestaltet sich ähnlich: Es gibt Einrichtungen, die verweisen und Einrichtungen, an die verwiesen wird. Auffallend ist, dass vor allem professionelle Helfer:innen Vernetzungspartner:innen sind. Die Dichte der Netzwerke unterscheidet sich ebenso, wie die Qualität der Zusammenarbeit mit den einzelnen Beteiligten. Für die Social Prescribing Praxis braucht es zeitliche Ressourcen für die Vernetzung und die Pflege der Netzwerke, sowohl von den Link Worker:innen als auch von den Vernetzungspartner:innen, damit ein dichtes und rasch verfügbares Unterstützungsnetz für die Klient:innen geschaffen werden kann, das schlussendlich auch zu ihrem Vorteil genutzt werden kann.

5 Link Working oder Case Management?

Edin Izic

Dieser Abschnitt der Masterthese beschäftigt sich mit dem Handlungskonzept des Case Management, welches in der österreichischen Sozialarbeit sowie dem Gesundheitswesen angewandt wird und vergleicht dieses dann mit dem Konzept des Link Working in Primärversorgungseinrichtungen. Auf den ersten Blick haben Link Worker:innen viele überschneidende Aufgabenbereiche mit den in Österreich etablierten Positionen von Case Manager:innen, welche in der Praxis neben Sozialarbeiter:innen auch andere Berufsgruppen inkludieren. Da das Case Management einen zentralen Bestandteil im Studium der Sozialen Arbeit darstellt, führt diese scheinbaren Parallelen zwischen Link Working und Case Management zu der Forschungsfrage „*Von welchen Arbeitsmethoden des Case Management können Link-Worker:innen profitieren?*“

Hierfür werden zuerst beide Systeme unabhängig voneinander vorgestellt. Zu Beginn werden Faktoren zusammengefasst, die für Social Prescribing wichtig bzw. förderlich sind, um aufzeigen zu können, ob diese auch für das Konzept des Case Management Relevanz haben. Anschließend daran werden die beiden Systeme dann anhand vorhandener Literatur analysiert, um einen adäquaten Vergleich ziehen zu können, der aufzeigen soll, ob es Überschneidungen gibt und wenn ja, wie gravierend diese ausfallen. Die vorhandene Literatur über die Berufsgruppen der Case Manager:innen und Link Worker:innen wird dann mit den Ergebnissen von Expert:inneninterviews ergänzt, um die gestellte Forschungsfrage beantworten zu können.

5.1 Was braucht Social Prescribing?

In Österreich bieten die neu geschaffenen Primärversorgungseinheiten eine Möglichkeit, Social Prescribing umzusetzen und damit die in Kapitel 3.1 beschriebenen Wirkungen zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden von Patient:innen voranzutreiben. Die von diesen Projekten konkret genannte Umsetzung sieht vor, dass Social Prescribing folgende Punkte beinhaltet:

- **Sensibilisierungsarbeit:** Diese setzt sich zum Ziel, mittels Kommunikations- und Informationsaktivitäten eine Bewusstseinsstärkung für die Relevanz von nichtmedizinischen Gesundheitsbedürfnissen herzustellen sowie das Angebot von Social Prescribing bekannt zu machen.
- **Strukturierter Link Working Prozess:** Es sollen Prozesse und Strukturen in den Einrichtungen geschaffen werden, um Patient:innen mit nichtmedizinischen Bedürfnissen an ausgebildete Fachkräfte mit Link Working Funktion zu vermitteln. Weiterführend sollen die Betroffenen mithilfe von Handlungsplänen, in Entwicklung sie miteinander verbunden sind, unterstützt und bei Bedarf an geeignete Angebote weitergeleitet werden. Dieser Punkt wird im nächsten Kapitel der Arbeit genauer durchleuchtet.

- Netzwerkmanagement: Es soll der Auf- bzw. Ausbau von regionalen Kooperationen durch Recherche lokaler Angebote und den Austausch mit eben diesen durchgeführt werden. Diese regional spezifischen Angebote sollen in einer Angebotslandkarte zusammengefasst werden.
- Maßnahmen zu Qualitätssicherung: Super- und Intervisionen sollen ebenso durchgeführt werden wie eine laufende Falldokumentation.
- Teilnahme an projektübergreifenden Aktivitäten: Diese erstrecken sich von Schulungen für Link Worker:innen und Dokumentation von Link Working über programmbezogene Evaluation bis hin zu Vernetzungstreffen und die Entwicklung eines Handbuchs für Social Prescribing. (GÖG 2021)

Antosik hat 2020 in ihrer Arbeit „Social Prescribing – eine Möglichkeit für die neue Primärversorgung in Österreich?“ die förderlichen und hinderlichen Faktoren für die Umsetzung von Social Prescribing, die Pescheny et al. (2018) in einer Studie herausgearbeitet haben zusammengefasst. Als förderliche Faktoren werden dabei genannt:

- Der Implementierungsansatz: Ein Projektablauf, welcher zeitlich gestaffelt aufgebaut wird und in dem die einzelnen Schritte terminlich fixiert bzw. Änderungen rechtzeitig adaptiert werden, stellt sich als förderlich dar. Durch diesen Ansatz sollen die Partnerschaften zwischen Praxen von Hausärzt:innen, PVEs und dem 3. Sektor geschaffen werden. (vgl. Antosik 2020:58)
- Organisation und Management: Vor der Implementierung des Social Prescribing Konzepts ist das Durchführen von Workshops zur Diskussion und Konzeption ein weiterer förderlicher Faktor. Dazu gehören auch standardisierte Trainings sowie Briefings und Networking-Veranstaltungen. Hierbei ist ein weiterer förderlicher Faktor das Organisieren von Schulungen für die Vermittler:innen, damit diese das SP-Konzept den Nutzer:innen bestmöglich vorstellen können. Dabei werden die Professionist:innen einerseits darauf geschult, welche Wörter gewählt werden sollten, um die Inanspruchnahme von SP anzuregen, andererseits wird anhand von Beispielen gezeigt, wie eine Vermittlung ablaufen könnte. (vgl. ebd.:59)
- Gemeinsames Verständnis: Wenn die Zusammenarbeit zwischen klinischem und nicht-klinischem Personal auf gemeinsamem Verständnis beruht, trägt dies ebenfalls zu einer positiven Implementierung bei. Dabei ist es wichtig, die Erwartungen der Professionist:innen, den Projektumfang, die Zielgruppe der Überweisungen und die Kapazitäten der jeweiligen Link Worker:innen zu klären. Das Verständnis für das Konzept sollte jedoch auch bei den Stakeholder:innen sowie den Nutzer:innen vorhanden sein bzw. durch unterschiedliche Mittel gefördert werden. (vgl. ebd.:60)
- Beziehung und Kommunikation: Verbesserungen der Kontakte zwischen Link Worker:innen und den Ärzten bzw. dem Praxispersonal führen zu mehr Verweisungen und erhöhtem Verständnis zwischen den Professionen. Hierbei ist es empfehlenswert, regelmäßige, strukturierte Kontakte zu pflegen, Feedbackgespräche zu führen sowie Zwischenberichte über die Entwicklungen der Nutzer:innen gemeinsam zu besprechen. (vgl. ebd.:61)

- **Organisatorische Bereitschaft:** Wenn Ordinationen bereits auf die Zusammenarbeit mit SP-Teams vorbereitet werden und sich die jeweiligen Mitarbeiter:innen vorher kennenlernen, führt das zu einer effektiveren Zusammenarbeit. Die Bereitschaft, regelmäßig an Link Worker:innen zu vermitteln sowie das Zur-Verfügung-stellen der notwendigen Ressourcen (Raum, Teilnahme an Meeting etc.) zählen auch zu förderlichen Faktoren. Eine ganzheitliche Betrachtung des Menschen und der Zusammenhang zwischen biologischen und sozialen Problemsituationen seitens der Hausärzt:innen stellt ebenfalls einen wesentlichen Punkt dar. (vgl. ebd.:62)
- **Infrastruktur:** Ein weiterer förderlicher Punkt ist das Vorhandensein eines breiten Katalogs von Dienstleistungen bzw. Angeboten, die im 3. Sektor angesiedelt sind und auf die verwiesen werden kann. (vgl. ebd.:63)

Faktoren, die sich auf die Entwicklung bzw. Effektivität von SP-Projekten negativ auswirken können, sind demnach:

- **Implementierungsansatz:** Die Mitarbeiter:innen einer Praxis mit einem fixen Datum vor vollendete Tatsachen zu stellen, ohne ihnen die Möglichkeit zu geben, das Projekt bzw. die Arbeitsweisen der Link Worker:innen kennenzulernen. Wenn das Vertrauen zwischen den Professionist:innen vor Beginn der laufenden Arbeit nicht aufgebaut werden kann, führt dies zu negativen Auswirkungen auf das Projekt selbst. (vgl. ebd.:64)
- **Führung und Organisation:** Faktoren, die zu weniger effektiven Ergebnissen führen können, sind einerseits die Einbeziehung einer Vielzahl von Interessensgruppen, andererseits einer einheitlichen Projektkoordination. Eine potenziell große Quelle für Herausforderungen in der Umsetzung sind freiwillige Link Worker:innen, der Umstand der freiwilligen Tätigkeit kann jedoch dazu führen, dass Prozesse stark verlangsamt werden. Die Arbeit mit ehrenamtlichen Personal verlangt jeder Organisation eine gewisse Flexibilität ab und birgt das Risiko von erhöhter Fluktuation als bei bezahlten Arbeitskräften. (vgl. ebd.:63)
- **Gemeinsames Verständnis:** Sollte ein Mangel an Verständnis bzw. Vertrauen für das Social Prescribing Projekt bestehen, erschwert das nicht nur die Zusammenarbeit der einzelnen Akteur:innen, sondern auch den Vermittlungsweg enorm. Das hat direkte Folgen auf die Annahme von Leistungen, da die Nutzer:innen oftmals die Unsicherheit spüren, was eine Ablehnung wahrscheinlicher macht. Mangelndes Verständnis kann ebenfalls dazu führen, dass aufgrund von fehlendem Wissen nicht alle Informationen weitergegeben werden und dadurch falsche Erwartungen entstehen, die dann nicht erfüllt werden. (vgl. ebd.:65)
- **Infrastruktur:** Das Vorhandensein eines Mangels an Dienstleistungen bzw. Angeboten im 3. Sektor stellt Link Worker:innen vor eine Vielzahl an Herausforderungen. Zum einen können manche Probleme der Nutzer:innen nicht adäquat betreut werden, zum anderen entstehen Wartelisten bei den verfügbaren Einrichtungen. (vgl. ebd.:67)
- **Wirtschaftliche Situation und Finanzierung:** Befristete Verträge führen dazu, dass sie die Expert:innen nach einer stabileren Anstellung umschaufen. Die Anstellung von hochqualifizierten Link Worker:innen wird mit begrenzten finanziellen Ressourcen ebenfalls erschwert. (vgl. ebd.:65)

- Beteiligung der Patient:innen: Wenig oder kein Engagement der Patient:innen führt dazu, dass das Social Prescribing Konzept nicht oder nur verkürzt, ausgeführt werden kann. Hierbei ist ein traditioneller Blick auf die Gesundheit mit Fokus auf rein medizinische Lösungen oft hinderlich, um etwas neuem eine Chance zu geben. (vgl. ebd.:67)

5.1.1 Primärversorgungseinheiten als Anbieter von Social Prescribing

Die in diesem Kapitel aufgezeigten Faktoren zeigen, dass sich Primärversorgungszentren aufgrund ihres Aufbaus und den interdisziplinären Teams für das Social Prescribing Konzept eignen. Obwohl es potenzielle Herausforderungen bei der Umsetzung bzw. Organisationsplanung gibt, zeigt die Literatur, dass diese durchaus überwunden werden können. Die identifizierten förderlichen Faktoren führen dabei nicht nur zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit, dass die Nutzer:innen das Konzept besser annehmen, sondern reduziert auch die vorhandenen Risiken. Als zwei der wesentlichsten Punkte haben sich zum einen die Kommunikation zwischen den Link Worker:innen und Praxisangestellten sowie die zeitlichen Ressourcen für Vernetzung bzw. Aus- und Weiterbildungen herauskristallisiert. Ein gemeinsames Bild davon, was Social Prescribing ist und wie Link Worker:innen arbeiten, vereinfacht dabei nicht nur die Weitervermittlung der Nutzer:innen durch die Ärzt:innen, es fördert auch die Kommunikation im Team, schafft Sicherheit zwischen den Professionist:innen und steigert die Annahme. Viele der möglichen Probleme ergeben sich bereits vor dem Start des Projektes. Sowohl die finanzielle Frage nach der Qualifikation der Link Worker:innen, als auch der Einsatz von Freiwilligen, die kostengünstiger sind, sind Faktoren, die einer optimalen Umsetzung im Weg stehen können. Äußere Faktoren wie fehlende Angebote bzw. Dienstleistungen im 3. Sektor limitieren nicht nur die Effektivität der Link Worker:innen, sondern sind auch Problemstellungen, die durch die PVEs selbst nicht gelöst werden können.

5.2 Link Working

In SP Projekten beziehen die Fachkräfte mit Link Working Funktion (in dieser Arbeit auch Link Worker:innen bezeichnet) eine Schlüsselposition. Sie empfangen der Regel jene Nutzer:innen, die ihnen von anderen Fachkräften weitervermittelt werden und ergänzen die vorhandenen medizinischen Leistungen. Zu ihren Kernaufgaben zählen die Ermittlung der Bedürfnisse von hilfeschuchenden Personen, sowie die partizipative Entwicklung von Kurzinterventionen (vgl. Ladurner et al. 2020:1; Morris et al. 2020:12; Rojatz et al. 2021:58). Diese Fachkräfte üben dabei eine Lotsenfunktion aus, indem sie in Absprache mit den Nutzer:innen bedarfsorientierte Maßnahmen, Hilfsleistungen, Aktivitäten oder Angebote, welche die Verbesserung des Wohlbefindens zum Ziel haben (vgl. Antosik 2020:50; Haas et al. 2019b:1).

Bei den verwiesenen Maßnahmen handelt es sich oftmals um nicht-medizinische Angebote, sowie Angebote aus dem freiwilligen Sektor mit dem Ziel, die Bedürfnisse der Menschen über die rein körperliche Gesundheit hinaus zu verbessern (vgl. Morris et al. 2020:1).

Link Worker:innen beschränken ihre Arbeit hierbei jedoch nicht nur auf das alleinige Informieren über ein bestehendes Angebot, sondern führen auch persönliche Beratungen zu den entsprechenden Leistungen durch. In diesen Gesprächen werden die Nutzer:innen zur Inanspruchnahme der Leistung motiviert, da sich gezeigt hat, dass bei einer bloßen Informationsweitergabe die Wahrscheinlichkeit geringer ist, dass das Angebot angenommen wird (vgl. Ladurner et al. 2020:1).

Die Nutzer:innen erhalten also auch Hilfestellungen für die Kontaktaufnahme mit den jeweiligen Angeboten. Weitere Kernaufgaben der Link Working Funktion sind die emotionale Unterstützung der betreuenden Personen, die Stellungnahme und Informationsweitergabe innerhalb des interdisziplinären Teams sowie die Vernetzung mit regionalen Interessensgruppen (vgl. Rojatz et al. 2021:58). Das Ausmaß der Beratungsfrequenz ist hierbei von Fall zu Fall unterschiedlich und wird direkt an die Bedürfnisse der Nutzer:innen angepasst (vgl. NHS England 2019b:19). Laut Angaben der englischen Gesundheitsbehörde (NHS) führen Link Worker:innen im Durchschnitt pro Adressat:in zwischen sechs und zwölf Beratungsgespräche durch und unterstützen pro Jahr 200-250 Personen (vgl. NHS England 2019b:19).

Hervorzuheben ist, dass das Angebotsspektrum, an das von Link Worker:innen vermittelt wird zwar meistens sehr breit aufgestellt ist, dieses jedoch auch von der vorhandenen Angebotslandschaft abhängig bleibt. Es erstreckt sich in der Regel von Gesundheitsförderungsmaßnahmen, Sportprogrammen über Wohn-, Schuldner-, und Suchtberatungen bis hin zu Netzwerken in Nachbarschaften, Senioren- oder Wandergruppen (vgl. Haas et al. 2019b:1). Polley et al. schreiben, dass die Angebote auf die Link Worker:innen verweisen, zwar oftmals nicht evidenzbasiert sind, der Erfolg bzw. Misserfolg eines Link Work Modells jedoch vom Gelingen der einzelnen Interventionen abhängig ist. Daher sei es unangebracht darauf zu schließen, dass ein Link Working Modell nicht bzw. wenig erfolgreich ist, nur weil einzelne Interventionen misslingen oder nicht zum gewünschten Ziel führen (vgl. 2017:6).

5.2.1 Ebenen des Link Working

Die Kernaufgaben von Link Worker:innen lassen sich in drei Ebenen untergliedern:

1. In der Interaktion mit den Nutzer:innen und deren Angehörigen

Hier ist es von Seiten der Professionist:innen wichtig, sich Zeit für die Betroffenen zu nehmen und mithilfe von Beratungsgesprächen und aktivem Zuhören ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Zu Beginn des Betreuungsverhältnisses ist nicht nur die richtige Prioritätensetzung relevant, die Link Worker:innen müssen auch in der Lage sein, mit den unterschiedlichen Erwartungshaltungen umzugehen. Die Arbeit in diesem Setting darf auch, wenn es entsprechend des Konzeptes der PVE ist, aufsuchend passieren und über Hausbesuche realisiert werden. Es werden die Bedürfnisse der Nutzer:innen sowie

deren Unterstützungsbedarf erhoben, um dann gemeinsam einen personalisierten Hilfeplan entwickeln zu können, der dabei so unkompliziert wie möglich gehalten wird (vgl. Haas et al. 2019b:1; Ladurner et al. 2020:1; NHS England 2019a:22).

Dieser Plan soll mit Hilfe von bedarfsgerechten regionalen Angeboten umgesetzt werden, wobei der/die Link Worker:in im Bedarfsfall mit Notfallhilfen oder finanziellen Unterstützungsanträgen für die Inanspruchnahme der Angebote bereitstehen soll. Die Professionist:innen sollen während der Beratungen lösungsorientiert anhand der Stärken bzw. Ressourcen der Nutzer:innen arbeiten und diese coachen bzw. motivieren. Nachdem an eine Leistung weitervermittelt wird, sollen die Link Worker:innen durch follow-up-Termine sicherstellen, dass die beratenden Personen gut angekommen sind und sie im Bedarfsfall bei der Kontakthanbahnung unterstützen. Bei all diesen Unterstützungsformen soll jedoch das Empowerment der Nutzer:innen im Mittelpunkt stehen, um damit zu verhindern, dass eine Abhängigkeit von dem/der Link Worker:in entsteht (vgl. Ladurner et al. 2020:2; Morris et al. 2020:8; NHS England 2019a:20).

2. Auf der Organisationsebene

Auf dieser Ebene sollen die Link Worker:innen ihre Position innerhalb der PVE stärken, indem sie ihre Kolleg:innen auf die eigenen Leistungen aufmerksam machen bzw. sie dafür sensibilisieren. Hierzu zählt auch das Informieren von potenziellen Vermittlungsgründen, um die Zusammenarbeit innerhalb der Organisation zu verbessern. Es sollen klare Abläufe definiert und regelmäßige Berichte über die eigene Arbeit verfasst, sowie der berufsübergreifende Austausch gefördert werden (vgl. Ladurner et al. 2020:2; NHS England 2019a:21).

3. Im Einzugsbereich der PVE

Die Link Worker:innen müssen die Kernelemente von Social Prescribing benennen können und deren Wirkung ausreichend verstehen, sodass sie diese an Nutzer:innen und potenzielle Netzwerkpartner:innen kommunizieren können. Unter anderem umfassen die Kernaufgaben die Recherche der existierenden Angebote/Netzwerke/Kontakte der jeweiligen Umgebung, sowie deren Prüfung auf Relevanz für potenzielle Weitervermittlung. Hierzu zählen auch Möglichkeiten finanzielle Hilfsleistungen für Betroffene durch staatliche Hilfen, Sponsoring oder Charity-Organisationen abwickeln zu können. Nach erstmaliger Erstellung solcher Netzwerke ist es von hoher Bedeutsamkeit, dass diese laufend gepflegt werden und die Netzwerkpartner:innen dadurch bestmöglich gestärkt werden. Diese enge Zusammenarbeit soll es ermöglichen, dass gemeinsam mit den anderen im Netzwerk befindlichen Organisationen Versorgungslücken identifiziert und schnellstmöglich mit neuen Angeboten befüllt werden. Die Link Worker:innen sollen außerdem als Verbindungsstück zu anderen (medizinischen) Organisationen im Einzugsgebiet fungieren, um die Kommunikation dahingehen zu verbessern/erleichtern. (vgl. Haas et al. 2019b:3; Ladurner et al. 2020:2; NHS England 2019a:22).

5.2.2 Link Working Ausbildung

In Österreich gibt es zurzeit noch keine Berufsausbildung bzw. Schulung, welche als Qualifikation für eine Anstellung als Link Worker:in notwendig ist. Im Glossar der Gesundheit Österreich GmbH zum Begriff „Link Working“ wird jedoch ein klares Verständnis der psychischen, ökonomischen sowie sozialen Einflussfaktoren vorausgesetzt. Ebenso wird Erfahrung mit Netzwerkmanagement und Vernetzungsarbeit innerhalb einer Gemeinde/Region/ lokalen Angebotslandschaft als förderlich genannt. Link Worker:innen sollen demnach gesundheitsrelevante, aber nicht medizinische Belastungen erkennen und in Anbetracht einer gesamtheitlichen Betrachtung der Person und ihres Umfeldes mögliche Unterstützungsleistungen erarbeiten und vermitteln. Dieser Prozess soll dabei in Kooperation mit den jeweiligen Nutzer:innen passieren und die vermittelten Angebote sollen so lokal wie möglich gehalten werden, wobei auch ehrenamtliche Leistungen Beachtung erhalten sollen (GÖG 2021).

Im „Handbuch für Social Prescribing“ der Gesundheit Österreich GmbH wird die Thematik einer Link Working Ausbildung nur angeschnitten. Fachkräfte mit Link Working Funktion sollen demnach zur Sicherstellung einer qualitätsvollen Tätigkeit in relevante Themenfelder eingeführt werden. Projektteilnehmer:innen, insbesondere jene in Link Working Positionen, erhielten im Rahmen des Projekts „Vorbereitung und Umsetzung Modellregionen Social Prescribing“ eine Kurzschulung zu Social Prescribing. Diese umfasste eine Dauer von vier Halbtagen und wurde per Onlineformat durchgeführt. Behandelte Thematiken waren(vgl. Rojatz et al. 2021:79):

- Grundlegende Informationen zu Konzepten der Sozialen Gesundheit, Salutogenese, Gesundheitsförderung sowie sozialer Determinanten der Gesundheit
- Das Grundkonzept von Social Prescribing
- Grundsätze, Funktionen und Prozesse des Link Working (sowohl patient:innen- als auch netzwerkbezogen)
- Rechtliche Aspekte der Arbeit in einer PVE
- Grundlagen des motivational interviewing
- Ethische Aspekte, Nutzer:innenperspektive
- Angebote und Zielgruppen, Spektrum relevanter Bedarfe, Regionale Vernetzung sowie Reflexionskriterien von Angeboten
- Verweisungsmöglichkeiten in formeller und informeller Art
- Praktische Fallarbeit
- Qualitätssichernde Maßnahmen wie Intervision, Supervision, Psychohygiene sowie Dokumentation (vgl. ebd.)

Darüber hinausgehend wurde eine Empfehlung ausgesprochen, Fachkräften mit Link Working Funktion in den Bereichen Gesprächsführung, Netzwerkpflege und -aufbau sowie der Thematik der Gesundheitsdeterminanten vermehrt zu schulen. Die stattgefundenene Kurzschulung zu den oben genannten Punkten ist jedoch kein Ersatz für eine fach einschlägige Grundausbildung (vgl. ebd.:43).

5.3 Case Management

Beim Case Management handelt es sich einerseits um eine Methode der Sozialen Arbeit, andererseits um ein Handlungskonzept für ein Organisationsmodell. Es erstreckt sich damit bereichsübergreifend über mehrere Disziplinen, Fachlichkeiten sowie über gesellschaftliche Institutionen. Daher lässt es sich einerseits nur schwer greifen, bietet jedoch dafür die Möglichkeit, über viele Aspekte von Hilfe nachzudenken und diese zusammenzuführen. Trotz dieser Weitläufigkeit bleibt der Fokus auf dem einzelnen Fall stehen (vgl. Monzer 2018:1). Beim Case Management geht es nicht um die Anwendung einer Methode durch einzelne Personen, vielmehr wirken hierbei mehrere Akteur:innen und Organisationen zusammen. Diese besitzen ein eigenes professionelles Verständnis, benutzen vereinbarte Instrumente und teilen eine gemeinsame Haltung. Das Handlungskonzept soll die Selbstsorge von Klient:innen fördern und richtet sich dabei an eine definierte Zielgruppe. Der Ablauf verläuft in klar definierten Phasen, ist lösungsorientiert, zielgerichtet und unterliegt vereinbarten Regeln (vgl. Kollak / Schmidt 2019:5).

Case Management ist ein Handlungskonzept, welches dann indiziert ist, wenn bei Personen sowohl eine zeitlich andauernde und komplexe Problemlage als auch Schwierigkeiten bei der Nutzung von Sozial- und Gesundheitsangeboten vorhanden sind. Es soll zur Sicherstellung von abgestimmten einrichtungs- sowie professionsübergreifenden und passgenauen Unterstützungen dienen, welche sich in der Lebenswelt der Klient:innen an deren Defizite anpassen. (vgl. Goger / Tordy 2020:11). Nachdem das amerikanische Pendant lange Jahre auch hierzulande galt, wurde im Jahr 2013 von der Deutschen Gesellschaft für Case und Care Management eine eigene Definition vorgelegt:

„Case Management ist eine Verfahrensweise in Humandiensten und ihrer Organisation zu dem Zweck, bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen. Der Handlungsansatz ist zugleich ein Programm, nach dem Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient gesteuert werden können.“ (DGCC 2012)

Abgesehen von der Möglichkeit, Case Management in den unterschiedlichsten Handlungsfeldern einzusetzen, bringt diese Definition zum Ausdruck, dass es sich hierbei um ein stufenweises, mehrschichtiges Vorgehen handelt, bei dem das Individuum in den Mittelpunkt gestellt wird. Die Tatsache, dass diese Definition eine gewisse Zweidimensionalität besitzt, zielt auf die simultane Fall- und Systemsteuerung (vgl. Monzer 2018:1).

Die oben genannte Definition wird durch einige zusätzliche Aspekte und Konkretisierungen weiter ergänzt: Das Ziel des Case Management ist die Aufrechterhaltung bzw. Organisation eines Unterstützungssystems, welches sich einerseits an den individuellen Bedürfnissen einzelner Personen orientiert. Andererseits soll die Zusammenarbeit unterschiedlicher Unterstützungsbereiche mit ihren jeweiligen Zuständigkeits- und Zugangsregeln durch das Initiieren und Organisieren fallübergreifender Versorgungsnetzwerke aus der Kenntnis der Einzelfälle erleichtert werden (vgl. ebd.:1–2). Die einzelnen Aktionen und Interventionen sollen dabei zur bestmöglichen Erfüllung der Klient:innenziele koordiniert werden und als passgenaue Hilfen entwickelt und angeboten werden.

Ein fallbezogenes Unterstützungsteam, welches in Kooperation mit den betroffenen Klient:innen agiert, soll dabei nach den Prinzipien des Case Managements vorgehen. Wichtig ist festzuhalten, dass die Dauer der Fallbearbeitung durch den/die Case Manager:in nicht von programmatischen Vorgaben abzuleiten ist, sondern vom individuellen Fall und dessen Fortschritt (oder dem Fehlen davon) (vgl. Goger / Tordy 2020:12).

Neben der systematischen Organisation der Einzelfallarbeit gilt auch immer die adäquate Nutzung von informellen Ressourcen des Gemeinwesens als Arbeitsansatz des Case Managements. Hierbei soll eine Vermischung zwischen diesen Ressourcen und den institutionellen Ressourcen des Arbeitsfeldes als Hilfemix koordiniert werden. Im Case Management gilt eine ökosoziale und systemische Orientierung als Perspektive. Dabei sollen vor allem in komplexen und komplizierten Problemlagen die Unterstützungsangebote so koordiniert werden, dass bereits vorhandene Kooperationen einen Vorzug gegenüber neuen Angeboten erhalten. Eine qualitativ sinnvolle Verknüpfung der informellen und formellen Ressourcen soll dazu beitragen, dass Lösungen an der jeweiligen Lebenslage der Klient:innen orientiert werden (vgl. Monzer 2018:2).

Menschen zu unterstützen, welche unter den gegebenen institutionellen und persönlichen Voraussetzungen Schwierigkeiten mit der Inanspruchnahme der passenden Hilfe haben, ist die Kernaufgabe des Case Managements. Das Organisieren von Unterstützungsleistungen, welche der Betroffene nicht selbst realisieren kann, bildet damit die vorrangige Funktion des/der Case Manager:in. Dabei steht die Bereitstellung von Hilfeleistungen im Vordergrund, welche in die Lebenswelt der Klient:innen passen und dann ohne weitere Unterstützung auch durch diese genutzt werden können. Als Case Manager:in agiert man also nicht in der direkten Leistungserbringung, sondern organisierend dazu (vgl. ebd.:1–2).

Das Managen im Sinne des Case Management bedeutet also auch, dass auf (sozial)strukturelle Gegebenheiten von individuellen Problemsituationen hinzuweisen, sich gegen Benachteiligungsmechanismen einzusetzen und sich bei relevanten Positionen zielgerichtet für soziale Gerechtigkeit stark zu machen (vgl. Goger / Tordy 2020:13). Der Gegenstand der Leistung im Case Management ist primär der Fall, dabei lässt der Name darauf schließen, dass es hier nicht darum geht, die Klient:innen selbst zu managen, sondern die Fälle an sich. Nichtsdestotrotz ist es von eklatanter Relevanz, dass die Beziehungen zu den am Fall beteiligten Akteur:innen aufgebaut und gepflegt werden müssen, daher ersetzt das Management nicht die Beziehung, sondern nutzt diese als Fundament. (vgl. Monzer 2018:2)

5.3.1 Ebenen des Case Management

Um ein erweitertes Verständnis der zugegeben komplexen Methode Case Management zu erlangen, ist es förderlich, sich die unterschiedlichen Dimensionen bzw. Ebenen genauer zu betrachten, in denen es zur Anwendung kommen kann. Hierbei wird auf die Makro-, Meso- und Mikroebene Bezug genommen.



Abbildung 19: Dimensionen des CM, Anlehnung an Goger & Tordy (2020)

Der Begriff „Makroebene“ beschreibt in diesem Kontext die Organisation sowie Administration von Versorgung mit Schwerpunktsetzung auf der politischen Ebene. Regierungen bzw. deren Ministerien und politische Entscheidungsgremien bestimmen die gesetzlichen Vorgaben sowie Aufgabenstellungen, die im Sozialsystem behandelt und demnach gefördert werden. Diese Vorgaben sollten auf Grundlage von empirischem Erfahrungswissen der Fachkräfte sowie Forschungsarbeiten zu Analyse sozialer Problemlagen basieren.

Bei einem „Top-Down-Blick“ auf Case Management wird es von der Politik als Auftrag formuliert und als Steuerungskonzept in gewählten Arbeitsfeldern gefordert und mithilfe von entsprechender Allokation umgesetzt. Daher benötigt es von den Geldgeber:innen entsprechend gestaltete Rahmenbedingungen, um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass Case Manager:innen den gestellten Anforderungen gerecht werden können. (vgl. Goger / Tordy 2020:84; Monzer 2018:58).

Auf der „Mesoebene“ findet Care Management als systembezogener, regionaler oder organisationsinterner Steuerungsansatz statt. Unter Care Management wird die Steuerung von fallübergreifender Versorgung sowie des Versorgungssystems verstanden. Unter diesem Begriff fallen alle Tätigkeiten, die über den direkten Einzelfall hinausgehen und die sich auf die Qualität der Unterstützungsangebote fokussieren. Diese Dimension dreht sich um das transparente sowie geregelte, jedoch vor allem vernetzte und flexible Zusammenspiel unterschiedlicher Einheiten, welches im Idealfall einem Konzept oder Leitbild folgen sollte. Eine richtige Differenzierung zwischen fall- und feldbezogener Vernetzung beziehungsweise zwischen produktions- und fallbezogenen Netzwerken ist diesbezüglich äußerst relevant (vgl. Goger / Tordy 2020:14; Monzer 2018:58).

Fallbezogene Netzwerke auf der „Mikroebene“ dienen der Kooperation einzelner Anbieter:innen im Rahmen einer gemeinsamen, zeitlich befristeten Aufgabe. Diese Ebene der methodischen Fallarbeit beschreibt die Koordinations- und Kooperationsleistung der Leistungserbringung im Einzelfall. Hierbei geht es um die individuelle abgestimmte Steuerung, Überwachung, Koordination und Evaluation aller vereinbarten Dienstleitungen und Unterstützungsangebote. Hierdurch realisiert sich Case Management auf der Mikroebene als eine Methode der Fallführung. Fälschlicherweise wird es vielfach auf nur dieser Ebene, als intensive und umfassende Betreuung eines Einzelfalls verortet, wodurch die Verbindung zu anderen Dimensionen ausgeblendet wird. Um dieser verkürzten Ansicht des Konzeptes entgegenzuwirken und damit die weitreichende Bedeutung von Case Management besser zu unterstreichen, wird zunehmend häufiger die Bezeichnung „Care und Case Management“ gewählt (vgl. ebd.:59).

5.3.2 Funktionen des Case Management

Da Case Management in unterschiedlichen Arbeitszusammenhängen genutzt werden kann bzw. wird, führt dies dazu, dass dieser Handlungsansatz unterschiedliche Funktionen erfüllen kann und muss. Je nach Position, Auftrag und Situation kann die Taktik des/der Case Manager:in variieren. Für die Fachkraft selbst, aber natürlich auch für Auftraggeber:innen und Klient:innen ist es entscheidend welche Position die Fallsteuerung einnehmen soll. Zusätzlich muss mit den vielfältigen, teilweise im Widerspruch stehenden Erwartungen umgegangen werden, welche eine möglichst eindeutige Orientierung und Haltung des/der Case Manager:innen im Umgang mit den jeweiligen Akteur:innen verlangen. Die von Ewers (1996) entworfene und im Anschluss durch Wissert (2001) ergänzte Kategorisierung unterscheidet dabei vier Case Management Funktionen: (vgl. ebd.:14)

- Die Advocacy-Funktion
- Die Broker-Funktion
- Die Gatekeeper-Funktion
- Die Social Support Funktion

Aus Sicht des Social Work Case Managements handeln diese vier unterschiedlichen Funktionen nicht auf Augenhöhe, da die anwaltschaftliche (Advocacy) die Ausgestaltung der anderen beeinflusst. Die Funktion des Gatekeepers wiederum steht im Widerspruch zu den sozialarbeiterischen Prinzipien des Case Managements, auch wenn Sozialarbeiter:innen in Gatekeeper-Modellen eingesetzt werden (vgl. Goger / Tordy 2020:25). Sie wird in dieser Arbeit jedoch trotzdem vorgestellt, da auch andere Berufsgruppen die Tätigkeit eines/einer Case Manager:in ausführen können. In der Praxis ist es für Case Manager:innen nur schwer möglich, nur eine einzelne Funktion dauerhaft aufrecht zu halten. Es wird je nach Situation zwischen den unterschiedlichen Rollen hin und her gewechselt. Dadurch verliert die Funktionsdifferenzierung an Klarheit, da diese zum Teil im Gegensatz zueinander stehen (vgl. Monzer 2018:14).

5.3.3 Die Advocacy-Funktion

Die Advocacy Funktion stellt eine wesentliche Rolle im Case-Management Prozess dar. Hierbei übernimmt der/die Case Manager:in eine anwaltschaftliche Verantwortung gegenüber den Klient:innen in Form einer parteiergreifenden Fürsprache und Durchsetzung ihrer Interessen und Bedürfnisse. Die Zielgruppe dieser Funktion bilden primär Menschen, die angesichts prekärer Lebenssituationen wie Armut oder mangelnder Bildung oder aufgrund von unvorhergesehener Lebenskrisen nicht in der Lage sind, ihre persönlichen Interessen geltend zu machen (vgl. Träupmann 2013:29). Dadurch bildet sie nicht nur einen zentralen Wert der Sozialen Arbeit sowie ein methodisches Vorgehen, sondern unterscheidet sich als unverzichtbare und notwendige Voraussetzung des Social Work Case Managements von den anderen Funktionen (vgl. Goger / Tordy 2020:25).

In Case Management Prozessen der Advocacy Funktion werden Klient:innen von den jeweiligen Case Manager:innen beraten und begleitet, sodass sie die notwendigen Unterstützungsangebote erhalten und in Zukunft auch selbst für die Durchsetzung der eigenen Interessen eintreten können. Sollte im Laufe des Prozesses klar werden, dass im verfügbaren Hilfeleistungskatalog ein Defizit vorhanden ist, übernimmt das Case Management in dieser Funktion die Aufgabe, die strukturverantwortlichen Stellen auf die Optimierungsnotwendigkeit hinzuweisen. In solchen Fällen setzt sich das Case Management für eine das fehlende Angebot kompensierende, spezifische Lösungsvariante ein. (vgl. Monzer 2018:15)

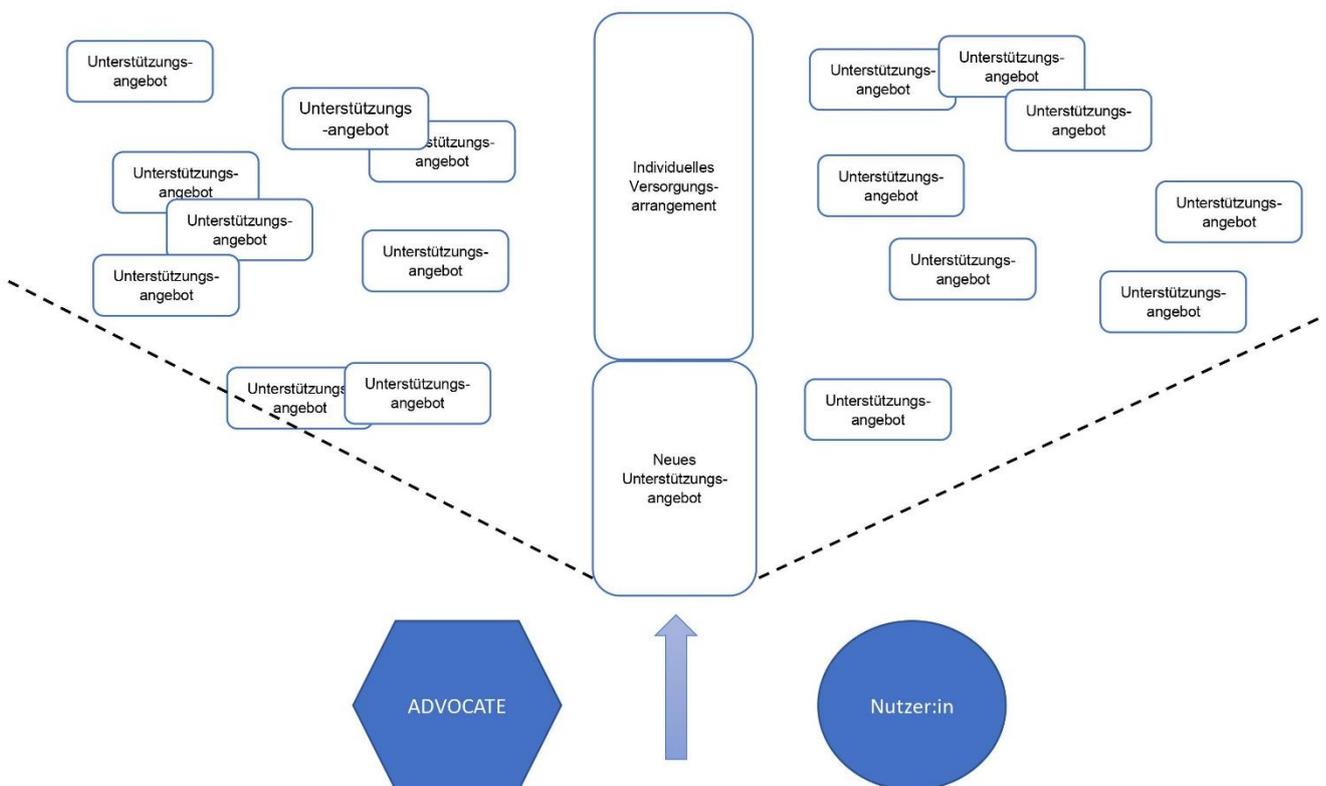


Abbildung 20: Darstellung der Advocacy-Funktion im Case Management in Anlehnung an Ewers 1996

Dieser anwaltschaftliche Managementzugang setzt sowohl ein hohes Maß an professioneller Reflexion als auch an Professionalität voraus, denn es gilt die Selbstbestimmung der Klient:innen zu fördern und zu unterstützen. Laut Goger und Tordy (2020) soll das anwaltschaftliche Handeln nur in Fällen eingesetzt werden, in denen die hilfebedürftigen Personen für die selbständige Interessenvertretung und -artikulation noch nicht bereit sind. Eine der besonderen Indikationen für Notwendigkeit von Advocacy kann das Bestehen einer ungleichen Machtverteilung zwischen Klientel und Institutionen bzw. Einrichtungen sein, die in struktureller Benachteiligung oder gar Gewalt mündet. Professionist:innen, welchen das spezifische Wissen über die Logik von Organisationen bzw. Institutionen fehlt, haben oftmals Probleme, die geeigneten Worte zu finden, um sich in asymmetrischen Machtverhältnissen behaupten zu können. Für Case Manager:innen der Sozialen Arbeit gehört es auch zu den Aufgaben, sich für die Idee sozialer Gerechtigkeit einzusetzen und falls nötig, ihr Wissen und ihre Kompetenzen möglichst ohne die Bevormundung von Klient:innen gegenüber den Entscheidungsträger:innen zu ihrem Wohl einzubringen. Die Advocacy-Funktion des Case Managements wird auf der Mikro-, Meso- und Makroebene ausgeübt (vgl. Goger / Tordy 2020:26).

5.3.4 Die Broker-Funktion

Die Broker- bzw. Maklerfunktion des Case Management operiert auf Basis einer intensiven Beschäftigung mit fallspezifischen Besonderheiten und fortgeschrittenen Kenntnissen der Angebotslandschaft. Hierbei engagieren sich der/die Case Manager:in vor allem in einer neutralen und beraterischen Weitervermittlung von Diensten und Leistungen mit dem Ziel eines aufs Individuum angepassten Unterstützungsarrangements. Diese Funktion ist auf die ansteigende Komplexität und Fragmentierung der Angebote in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen zurückzuführen und hat daher in vielen Fällen arbeitsplatzspezifischen Charakter (vgl. Monzer 2018:16). Der/die Case Manager:in agiert hierbei als Expert:in eines komplexen Hilfesystemnetzwerks, welches dank der Kenntnisse des aktuellen Marktangebotes an Dienstleistungsunternehmen für die spezifischen Versorgungsbedürfnisse der Klient:innen die jeweils optimale Versorgungslösung identifiziert. Diese Koordination zwischen den Versorgungslösungen und -bedürfnissen erfolgt im Rahmen eines Verlinkens im Case Management Prozess, wobei die Neutralität der Weitervermittlung dadurch gegeben werden soll, dass der/die Case Manager:in nicht selbst Teil des Leistungsanbietersystems ist (vgl. Träupmann 2013:29).

Klient:innen werden hierbei einerseits über Angebote des Sozial- und Gesundheitswesens informiert, andererseits werden Themen wie sozialstaatliche Rechtsansprüche inklusive deren Zugangsvoraussetzungen, Verfügbarkeit, Inhalte und Dauer angesprochen. Während diesem Beratungsprozesses muss gleichzeitig auf die Bedürfnisse, Präferenzen und alltäglichen Anforderungen der Klient:innen geachtet werden und diese müssen immer eine Wahlmöglichkeit besitzen. Damit sie bei dieser Wahl bestmöglich unterstützt werden, arbeiten Case Manager:innen mit Beratungsgesprächen, Aufklärung und Informationsvermittlung. Ziel hierbei ist es, die Leistungen zu finden, die den größten positiven Effekt auf das Leben der Nutzer:innen haben und deren Wohlbefinden sowie Lebensqualität steigern.

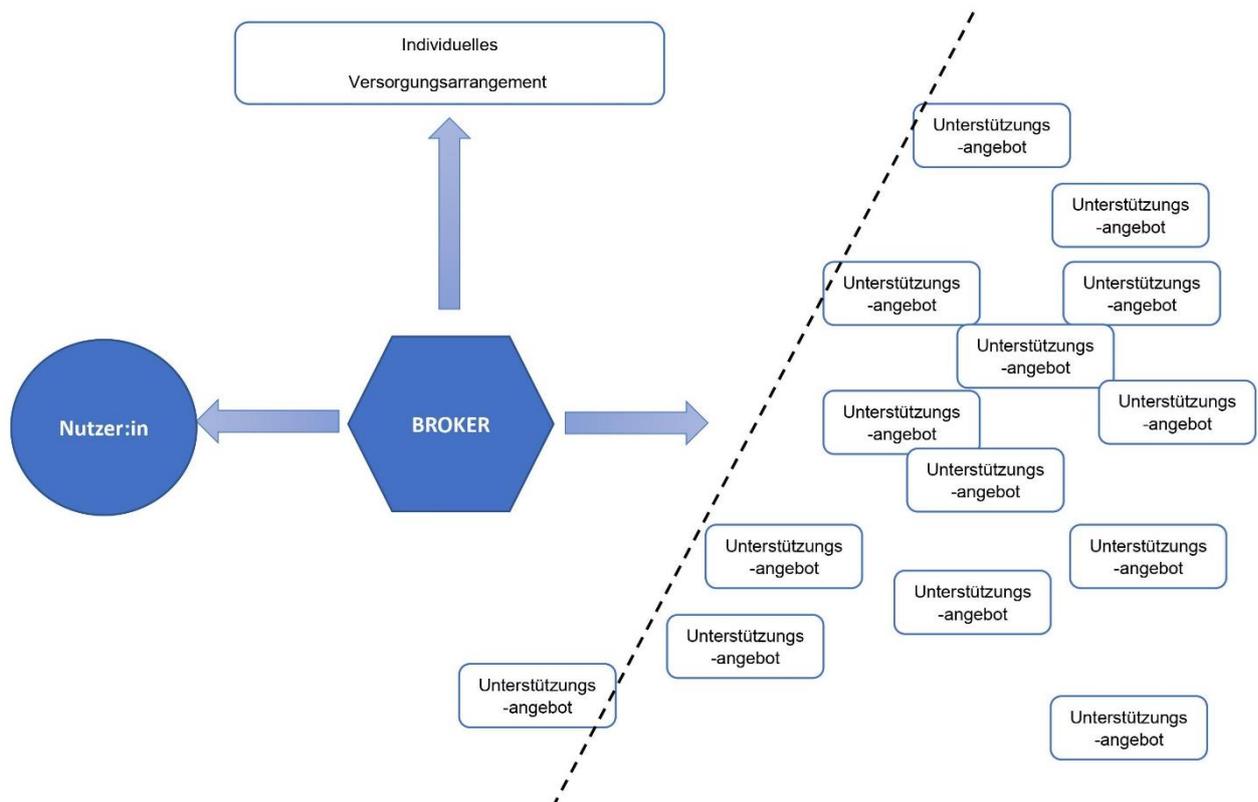


Abbildung 21: Darstellung der Broker-Funktion im Case Management in Anlehnung an Ewers 1996

Wenn das Case Management innerhalb einer Organisation nur auf die Broker-Funktion reduziert wird, führt dies zu einer Verkürzung des Handlungskonzeptes auf eine rein fachliche Beratung und Vermittlung an spezialisierte Dienste. Solche sogenannten reinen Brokermodelle, welche in der Praxis oft zur Anwendung kommen, können aus rein fachlicher Sicht nicht als Case-Management Programme bezeichnet werden, da hier einige essenzielle Bestandteile des Handlungskonzeptes nicht oder nur mangelhaft zur Anwendung kommen (vgl. Goger / Tordy 2020:26). Ein weiterer Kritikpunkt an der Broker Funktion begründet sich damit, dass trotz der Koordination unterschiedlichster Dienstleistungsanbieter:innen keine wirklichen Veränderungen in der Qualität bewirkt wird bzw. die Entwicklung neuer Leistungsangebote zu kurz kommt (vgl. Träupmann 2013:29).

5.3.5 Die Gatekeeper-Funktion

Bei dieser Funktion des Case Managements sollen unter Berücksichtigung eines begrenzten Budgets und einer ausreichenden Bedarfsfeststellung die für den Fall angemessenen Dienstleistungen und Angebote, welche für die Bedarfsdeckung notwendig sind, eruiert werden. Als Gate-Keeper übernehmen die Case Manager:innen die Aufgabe, einem Fall die notwendigen (und vorrätigen) Ressourcen zuzuteilen, während gleichzeitig die gerechte Verteilung der begrenzt verfügbaren Mittel sichergestellt werden soll. Diese beschränkende Funktion wird vor allem damit gerechtfertigt, dass sie einen umsichtigen Einsatz der vorhandenen öffentlichen sowie personellen Ressourcen ermöglicht, womit sie sowohl im Dienst der Nutzer:innen als auch der Finanziere steht.

Anders als die vorher beschriebenen Funktionen wird diese selektierende Funktion nicht von den Klient:innen beauftragt, sondern durch die vorhandenen Ressourcen der verantwortlichen Kostenstelle vorgegeben. Diese müssen im Balanceakt zwischen Bereitstellen von Dienstleistungen und Rechtfertigung ihrer Ausgaben operieren. Der Umstand solch einer doppelten Zielstellung wirkt sich selbstverständlich auch spürbar auf die Case Management-Funktion aus, da diese zwischen Einzelfallorientierung und Finanzverantwortung jede Position einnehmen kann, womit die Motive der Nutzer:innen nicht immer eindeutig durchschaubar sind (vgl. Monzer 2018:17).

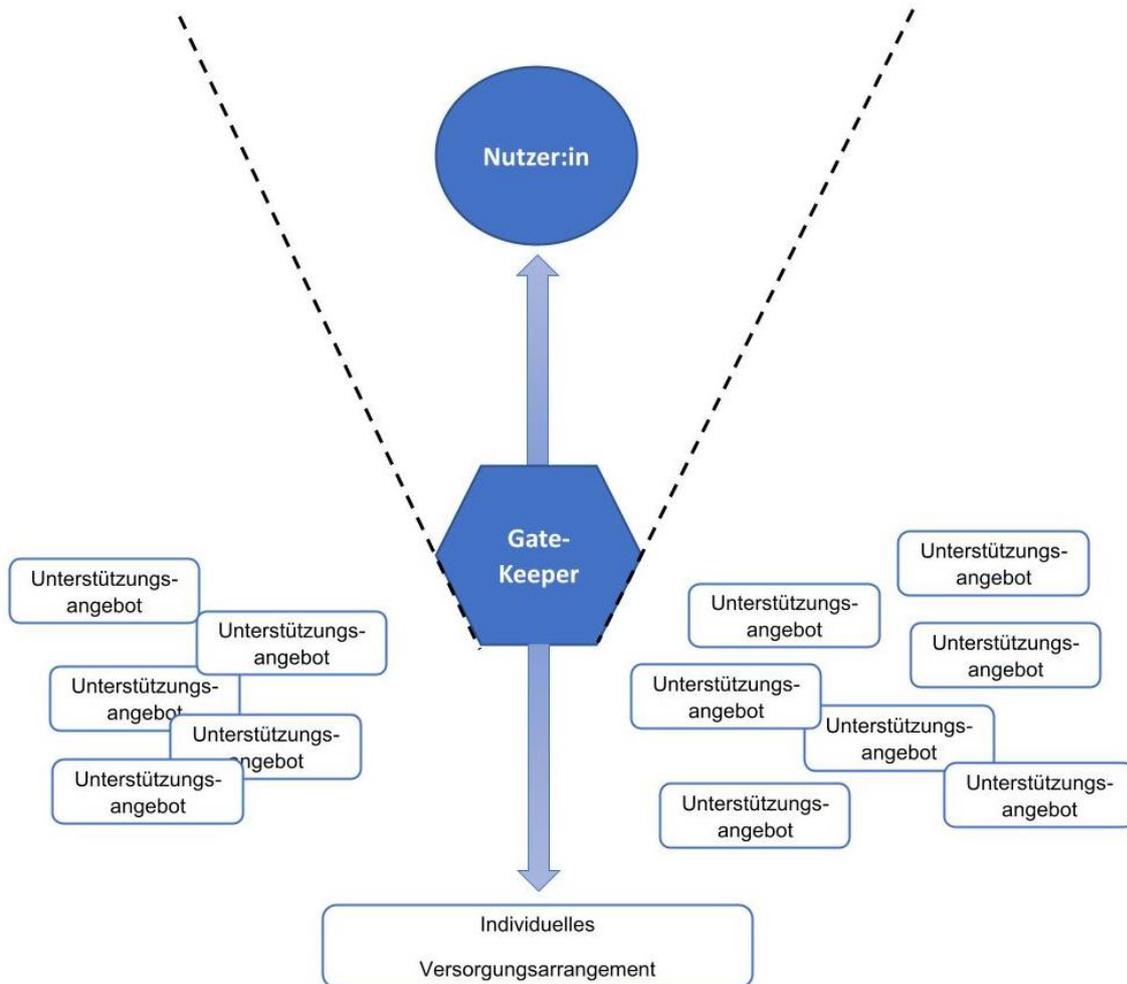


Abbildung 22: Darstellung der Gatekeeper-Funktion im Case Management in Anlehnung an Ewers 1996

Diese dritte Kernfunktion des Case Management erfüllt damit die Forderung, die im Grunde unbeschränkt erreichbaren öffentlich finanzierten Versorgungsleistungen in einem modernisierten Sozial- und Gesundheitssystem zu kontrollieren bzw. reduzieren. Der/die Gatekeeper:in handelt also nicht nur im Sinne der Bedarfslage von Klient:innen, sondern verfolgt, auf der Grundlage seiner ausgleichenden Funktion, das gesamtgesellschaftliche Interesse an sozialer Gerechtigkeit. In dieser selektierenden Funktion nimmt der/die Case Manager:in also eine zentrale Schnittstellenposition zwischen den Klient:innen auf der einen Seite und dem Versorgungssystem sowie dessen Ressourcen auf der anderen ein (vgl. Träupmann 2013:29).

Diese Rolle übernimmt damit die Steuerung der Ressourcen, das Managen von Zugangsberechtigungen zu Versorgungsleistungen sowie deren Überprüfung in Hinblick auf Effektivität und Nützlichkeit. Um dies zu bewerkstelligen, versucht der/die Case Manager:in in einer Gatekeeper-Funktion durch gezielte Selektion und andauerndes Monitoring einem unangemessenem und unrechtmäßiges Verwenden des Versorgungssystems entgegenzuwirken (vgl. Träupmann 2013:29).

5.3.6 Die Social Support-Funktion

Case Manager:innen dieser Funktion bieten eine direkte Unterstützung, die die Klient:innen dazu befähigen soll, sich mit den erforderlichen Hilfsangeboten auseinanderzusetzen und Entscheidungen zu treffen. Bei Personen, die sich gerade in Krisen oder schwer zu bewältigenden Situationen befinden, kann die Vermittlung von Hilfsangeboten oftmals nur durch begleitende soziale Unterstützung gelingen. In der Rolle des Social Supporters übernehmen Case Manager:innen eine erste entlastende Regelung der Sorgen und Probleme, welche für eine direkte Inanspruchnahme von etwaigen Hilfen erschwerend wirken. In dieser Funktion machen es sich Social Supporters zur Aufgabe, die Klient:innen auf dem Weg zur Selbstbestimmung zu begleiten, damit diese sich wieder an den Schritten der Versorgungsplanung beteiligen können. Um dies zu erreichen, sollen Ressourcen primär vom natürlichen Umfeld der betroffenen Personen genutzt werden und möglichst auf die Einleitung unumkehrbarer Schritte verzichtet werden (vgl. Monzer 2018:16).

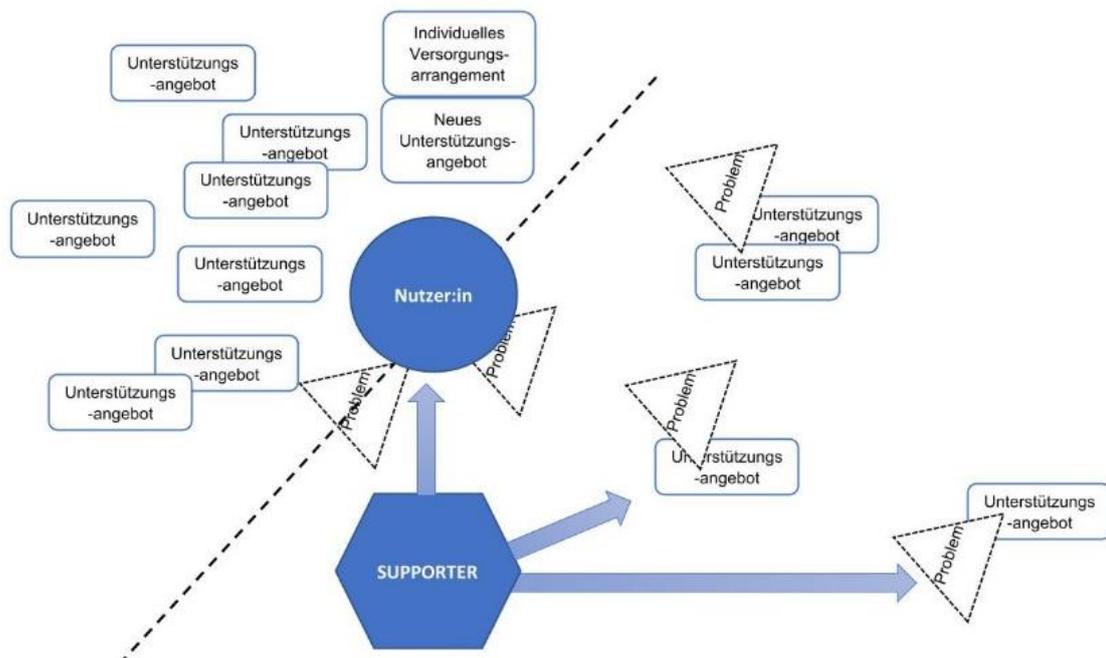


Abbildung 23: Darstellung der Social Support-Funktion im Case Management in Anlehnung an Monzer 2018

Die Case Manager:innen stehen dabei ihren Klient:innen und deren informellem Umfeld beratend zur Seite und stehen zeitlich unbegrenzt so lange zur Verfügung, wie die Klient:innen der Managementleistung bedürfen. Fachliche Kriterien bilden die Basis, auf derer die Beendigung des Case Managements entschieden werden kann, wobei die Beziehungskontinuität gesichert sein soll, im Optimalfall sowohl von der Organisation als auch von der Mitarbeiter:in. Letztere identifiziert die Defizite der Klient:innen wie auch ihre informellen Unterstützungsangebote und sorgen für die Abdeckung der Bedürfnisse, leisten emotionale Unterstützung und fachliche Beratung. Die Intensität der Beratungsbeziehung ist an die Rollenverteilung des Unterstützungssystems gekoppelt: Sollten sich darin lediglich kurzfristige problembezogene Unterstützungsleistungen befinden, obwohl ein Bedarf an kontinuierlicher Auseinandersetzung mit der eigenen Persönlichkeitsentwicklung festgestellt wird, so kann der/die Case Manager:in (eventuell zeitlich befristet) als psychosoziale Betreuer:in agieren. Ist dies jedoch nicht der Fall und die Vertrauenspersonen der Klient:innen sind lokalisierbar, wird sich die Fallsteuerung auf eine vertrauensvolle und sachorientierte Arbeitsbeziehung fokussieren, ohne sich in die psychosoziale Komponente zu vertiefen. Für diese Funktion gilt also: Falls die Informations- und Wissensweitergabe reicht, so wird diese Leistung erbracht. Treten bei den An- bzw. Zugehörigen ebenfalls komplexe Hilfebedarfe auf, so werden entsprechende Optionen von dem/der Case Manager:in organisiert. Über die Möglichkeit, dass An- oder Zugehörige selbst zu Klient:innen des/der Case Manager:in werden können, ist fall- bzw. situationsabhängig zu entscheiden. (vgl. Goger / Tordy 2020:26)

5.3.7 Case Management Ausbildung

In Österreich unterliegt die Ausbildung zu zertifizierten Case Manager:innen ganz klaren Richtlinien welche von der Österreichischen Gesellschaft für Care und Case Management (ÖGCC) erstellt und kontrolliert werden. Die ÖGCC hat es sich unter anderem zur Aufgabe gemacht, die Kompetenzentwicklung sowie die Qualität von Case Manager:innen zu fördern. Die entwickelten Richtlinien zielen darauf ab, die Qualifikationsmöglichkeiten von Fachkräften zu verbessern, Transparenz für das Klientel, die Kostenträger sowie Auftraggebende zu schaffen, Einstufungskriterien festzulegen und die Förderung und Sicherung in der Umsetzung von Case Management zu gewährleisten. In den Richtlinien werden aktuell Fach- und Praxiskenntnisse berücksichtigt sowie Erfahrungswerte und Wissen von Fachexpert:innen und Anwender:innen eingearbeitet. Sie orientieren sich an den Weiterbildungsrichtlinien der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management. Es handelt sich bei den Richtlinien nicht um in Stein gemeißelte Standards, sondern ein entwicklungsoffenes Dokument, dass sich ändernden Anforderungen kontinuierlich anpassen soll während es sich an den Leitlinien der Fachlichkeit, Transparenz und Interdisziplinarität orientiert (vgl. ÖGCC 2022:2).

Um die Case Management Ausbildung absolvieren zu können, müssen Interessent:innen eine mindestens einjährige Berufs- oder Praxiserfahrung von mindestens 20 Stunden pro Woche in einem einschlägigen Arbeitsfeld nachweisen können. Neben dieser Grundvoraussetzung ist ein abgeschlossenes einschlägiges Universitäts- oder Fachhochschulstudium wie beispielsweise Pädagogik, Soziale Arbeit, Psychologie, Medizin, Pflegewissenschaften, Gesundheits- und Pflegemanagement erforderlich. Alternativ wird auch eine abgeschlossene Akademie des gehobenen medizinischen Dienstes, ein Abschluss einer pädagogischen Akademie oder einer Akademie für Soziale Arbeit als Qualifikation akzeptiert. Abgeschlossene Ausbildungen im Gesundheits- und Sozialbereich wie Gesundheits- und Krankenpflege, Diplom-Sozialbetreuung, Fachsozialbetreuung sowie Pflegefachassistenz ermöglichen ebenfalls die Ausbildung. Sollte das abgeschlossene Universitäts- oder Fachhochschulstudium nicht einschlägig sein, wird eine mindestens zweijährige Berufs- oder Praxiserfahrung in einem einschlägigen Arbeitsfeld vorgeschrieben. Letztlich erlauben auch einschlägige betriebliche Qualifizierungen und besondere betriebliche Aufgaben und Funktionen im Gesundheits- und Sozialbereich oder arbeitsmarktpolitischen Versorgungen sowie Beratungen gekoppelt mit zwei Jahren Berufs oder Praxiserfahrung den Zugang zur Ausbildung (vgl. ebd.:9). Letztere erhalten jedoch nur ein branchenspezifisches Zertifikat, wodurch die möglichen Tätigkeitsfelder eingeschränkt werden. Hierbei wird das Setting bzw. die Zielgruppe im Zertifikat vermerkt. Ein Nachweis für die erwähnte Berufs- oder Praxiserfahrung muss vor Ende des Lehrganges erbracht werden (vgl. ebd.:10).

Um den Lehrgang absolvieren zu können, müssen Teilnehmer:innen an den jeweiligen Modulen teilnehmen, eine Abschlussarbeit verfassen und eine Prüfung ablegen. Es herrscht eine Anwesenheitspflicht von 85% pro Modul und alle Vortragenden müssen zertifizierte Ausbilder:innen für Case Management sein. Die Weiterbildung zielt darauf ab, vertiefende aktuelle Kenntnisse in der Theorie und Praxis des Case Management zu vermitteln. Hierbei sollen die Teilnehmer:innen zur ressourcen- und netzwerkorientierten Arbeit befähigt werden und gleichzeitig Verfahrenssicherheit in der Fallsteuerung erlernen. Grundkenntnisse auf dem Gebiet der Systemsteuerung sowie Anwendungsbezüge sollen ebenso erlernt werden wie die Reflexion der Rolle und Funktion als Case Manager:in. Die Schaffung eines beruflichen Selbstverständnisses, der vorhandenen Spannungsfelder und die Auseinandersetzung mit der berufsethischen Prinzipien werden ebenfalls als Ziele genannt (vgl. ebd.:4).

Ein Ausschnitt der Weiterbildungsinhalte gemäß den Richtlinien der ÖGCC:

- Geschichtliche Aspekte sowie Entwicklungen im Case Management
- Definitionen und Abgrenzungen zu anderen Konzepten
- Gesellschafts- und Sozialpolitische Rahmenbedingungen und Hintergründe
- Rollen und Funktionen im Case Management
- Potenzielle Spannungsfelder und ethische Dimensionen
- Prinzipien des Case Management (insbesondere Ressourcenorientierung, Partizipation, Empowerment, Ziel- und Lösungsorientierung)
- Case Management Modelle
- Phasen des Case Management auf der Ebene des Falles

- Qualitätssicherung und -entwicklung
- Grundlagen der Angebotssteuerung und Bedarfsermittlung
- Vertieftes Verständnis für Case Management als Entwicklungsprozess in Organisationen
- Grundlagen der Gestaltung von Veränderungsprozessen innerhalb von Organisationen
- Netzwerkentwicklung und Kooperation mit Schwerpunkt auf dem Aufbau und die Steuerung von Netzwerken auf Fallebene sowie Grundlagen auf der Systemebene
- Handlungsbezogenes Fach- und Organisationswissen (vgl. ebd.:5)

Nach Abschluss der Weiterbildung sollen Case Manager:innen über kritisches und vertieftes Verständnis der Theorie und der Grundsätze des Case Management besitzen. Sie sollen in der Lage sein gesellschaftliche Grundlagen, aktuelle Rahmenbedingungen sowie Bedeutung von Problemstellungen des Case Management kritisch zu reflektieren. Case Manager:innen sollen die Prozessschritte des Phasenmodells situationspezifisch angepasst umsetzen können und verfügen über vertiefte Kenntnisse von relevanten Instrumenten, die sie fallspezifische einsetzen können. Sie kennen Implementationsmodelle und sind in der Lage wesentliche Systemsteuerungsaspekte fallübergreifend in ihre Arbeit einzubeziehen. Sie sollen mit kommunalen Planungs- und Steuerungsstrategien vertraut sein und ihre Innovationsfähigkeit zur Steuerung von Netzwerken auf Fall- und Systemebene einsetzen. Zusätzlich sollen sie relevante Literatur sowie aktuelle Forschungsergebnisse zu Case Management kennen und nutzen (vgl. ebd.).

Insgesamt umfasst die Weiterbildung mindestens 219 Unterrichtseinheiten (UE, hierbei entspricht eine UE 45 Minuten) und setzt sich aus einem Basismodul, einem Vertiefungsmodul sowie einem Reflexionsmodul zusammen. Das Basismodul umfasst insgesamt 114 Unterrichtseinheiten von denen 96 in Facheinheiten absolviert werden und 18 im Kollegialen Fachaustausch stattfinden. Hier werden zuerst theoretische und praktische Grundlagen im Case Management vermittelt welche anschließend im kollegialen Fachaustausch diskutiert werden sollen. Das Vertiefungsmodul umfasst mindestens 90 Unterrichtseinheiten und beinhaltet vertiefendes handlungsfeld- und zielgruppenbezogenes Fachwissen und enthält auch 15 Unterrichtseinheiten in Supervision. Das finale Reflexionsmodul umfasst mindestens 15 UE's und soll die Möglichkeit der Reflexion der Rolle als Case Manager:in, dem beruflichen Selbstverständnis, potenziellen Spannungsfeldern sowie berufsethischen Prinzipien dienen (vgl. ebd.:6).

Nach Abschluss der Module muss noch eine schriftliche Abschlussarbeit zu einem Thema im Case Management verfasst werden die sich auf einschlägige Literatur und Theorie stützt. Als finale Abschlussvoraussetzung dient eine Prüfung, in der die Abschlussarbeit präsentiert werden muss und im Anschluss daran ein Kompetenzgespräch geführt wird (vgl. ebd.:7).

5.4 Datengewinnung

Nachdem die beiden Systeme auf theoretischer Eben verglichen wurden, sind leitfadengestützte Expert:inneninterviews durchgeführt worden, mit deren Hilfe die gewonnen Erkenntnisse durch Erfahrungen aus der gelebten Praxis vertieft werden sollen. Hierfür wurde der Fokus auf jene Bereiche gelegt, die nach der theoretischen Auseinandersetzung mit den zwei System als relevant für den Vergleich schienen. Das erhobene Datenmaterial aus Literatur und Interviews wurde dann, wie in Kapitel 2 beschrieben, mit der Inhaltsanalyse nach Kuckartz ausgewertet. In diesem Abschnitt wird ergänzend zur allgemeinen Erklärung der methodischen Vorgehensweise aus Kapitel 2 die Auswahl der Interviewpartner:innen erklärt und auf den verwendeten Leitfaden eingegangen.

5.4.1 Auswahl der Expert:innen

Dieser Abschnitt der vorliegenden Arbeit hat es sich zum Ziel gemacht, die oben beschriebenen Link Worker:innen mit in Österreich tätigen Case Manager:innen zu vergleichen. Hierzu sollte ein theoretischer Rahmen gegeben werden, der für den Vergleich herangezogen werden kann. Zusätzlich dazu ist es wichtig, die in Österreich gelebt Praxis zu durchleuchten, da gerade im Case Management viele der theoretischen Konzepte nicht oder nur teilweise implementiert werden. Die Auswahl der möglichen Interviewpartner:innen hat sich daher auf Professionist:innen beschränkt, die nicht nur ein Verständnis der Case Management Theorie besitzen, sondern diese bereits umgesetzt haben. Ein zweiter Faktor, der bei der Auswahl beachtet wurde, war die Tatsache, dass in Österreich (ähnlich wie bei Link Worker:innen) neben Sozialarbeiter:innen auch andere Professionen Case Management Tätigkeiten durchführen. Daher wurde sichergestellt, dass die interviewten Personen unterschiedliche Quellenberufe haben, was sich nicht nur auf ihren Blickwinkel bei der Fallbetrachtung auswirkt, sondern auch die Schwerpunktsetzung bei der Betreuung beeinflussen kann.

Die Auswahl der Interviewpartner:innen wurde daher anhand folgender Parameter bestimmt:

- Abgeschlossene Case Management Ausbildung
- Praxiserfahrung von mindestens 3 Jahren
- Unterschiedliche Quellenberufe zwischen den Interviewten

Ein zusätzlicher Fokus wurde darauf gelegt, dass zumindest eine der Expert:innen vertiefendes wissen über die Case Management Ausbildung besitzt. Anhand dieser Kriterien wurde eine Liste an möglichen Interviewpartner:innen erstellt, die für das Forschungsprojekt in Frage kamen. Mit diesen Personen wurde telefonisch bzw. per E-Mail Kontakt aufgenommen und anhand der Rückmeldungen und Verfügbarkeiten ergab sich dann die endgültige Liste.

Den Interviewpartnerinnen wurde das Forschungsprojekt kurz vorgestellt und sie erhielten Informationen zum Thema Social Prescribing an sich und Link Worker:innen im Speziellen. Dankenswerterweise haben sich die Case Management Ausbilderin Karin Goger, die stellvertretende Obfrau der Österreichischen Gesellschaft für Case und Care Management Monika Wild, sowie die Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerin Frau A.³² für ein Interview bereit erklärt. Ursprünglich war geplant, auch Link Worker:innen zu interviewen, da deren Arbeitsweisen jedoch bereits von Gierlinger wie in Kapitel 3.4 beschrieben betrachtet wurden, werden die daraus gewonnenen Ergebnisse für diesen Teil der Arbeit herangezogen.

Um einen Überblick über deren Expertise zu schaffen, werden die Interviewpartnerinnen kurz vorgestellt:

- Karin Goger: Als Dozentin an der FH-St. Pölten (meistens) im Schwerpunkt Case Management tätig. Nach Abschluss der Sozialakademie absolvierte sie neben einem Soziologiestudium die Case Management Ausbildung und arbeitete in der Wiener Suchthilfe als Case Managerin. Sie ist zurzeit neben Ihrer Tätigkeit als Dozentin noch als Supervisorin, Psychotherapeutin sowie Ausbilderin für Case Manager:innen tätig. Somit besitzt sie nicht nur das theoretische Wissen über die Methode, sondern hat diese auch selbst in der Praxis angewandt (vgl. I-5: 8).
- Monika Wild: Absolvierte eine Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin sowie diverse Studiengänge. Sie hatte beinahe 30 Jahre beim Österreichischen Roten Kreuz die Leitung der Abteilung Gesundheit und Soziale Dienste und ist seit vielen Jahren die stellvertretende Obfrau der Österreichischen Gesellschaft für Case und Care Management. Neben ihrer Expertise im Bereich der Ausbildung für Case Manager:innen war sie ebenfalls in der Arbeitsgruppe der GÖG und entwickelte die Leistungsbeschreibung für Primärversorgung mit. Dies macht Frau Wild sowohl zu einer Expertin für Link Worker:innen als auch für Case Manager:innen (vgl. I-6: 4).
- Frau A: Nach Abschluss der Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerin war Frau A mehrere Jahre im stationären Bereich mehrerer Wiener Spitäler tätig. Nach einem Positionswechsel wurde sie für das Entlassungsmanagement einer Krankenanstalt außerhalb von Wien eingestellt und absolvierte in dieser Zeit auch die Case Management Ausbildung. Sie ist seit 2019 als Case- und Care Managerin in einer Servicestelle für Pflegende Angehörige tätig. Frau A. bringt neben ihrer jahrelangen Erfahrung im Fallmanagement auch noch aktuellen Praxisbezug mit, da sie die Tätigkeit noch ausführt (vgl. I-7: 4).

³² Diese möchte anonym bleiben.

5.4.2 Leitfadenbeschreibung und Interviews

Der Aufbau des Leitfadens wurde vor Beginn der Interviewpartner:innensuche anhand intensiver Beschäftigung mit der vorhandenen Literatur, sowie in Abstimmung mit der Forschungsgruppe entwickelt. Der Schwerpunkt bei der Themenwahl ist bewusst auf das Case Management gesetzt worden, um Überschneidungen mit den anderen Mitglieder:innen der Forschungsgruppe zu vermeiden. Nach Beachtung der Literatur und um die vorhandene Forschungsfrage beantworten zu können, setzte der Leitfaden drei Schwerpunkte:

- Den aktuellen Wissensstand der Interviewten zu Social Prescribing im Allgemeinen und Link Worker:innen im Speziellen zu erheben.
- Die eigene fachliche Expertise zur Thematik des Case Management darzustellen.
- Den Vergleich der beiden Berufsgruppen anhand der Tätigkeitsfelder und Zuständigkeiten.

Die Fragen mit Bezug zum ersten Schwerpunkt sollten erheben, inwiefern die Interviewpartner:innen mit der Thematik von Primärversorgung im Allgemeinen vertraut sind. Aufbauend darauf wurden dann die Thematiken von Social Prescribing als Konzept, Link Worker:innen als Berufsgruppe sowie deren Zuständigkeiten, Arbeitsfelder und deren Ausbildung bzw. Qualifikation besprochen.

Der zweite Schwerpunkt, welcher sich mit dem ein Bezug zum Case Management beschäftigt, nahm einen Großteil des Gesprächs. Hierbei wurde nicht nur auf die Ausbildung von Case Manager:innen im Allgemeinen, sondern besonders auf die Vor- und Nachteile des Konzeptes sowie die Umsetzung in der österreichischen Soziallandschaft und dessen Grenzen eingegangen. Ziel war es hierbei, einen Einblick in die tatsächliche Praxis von Professionist:innen zu erlangen, der zwar einen Bezug zu einem theoretischen Fundament hat, sich jedoch nicht ausschließlich darauf bezieht. Die ausschlaggebende Entscheidung zu diesem Ansatz viel aufgrund der analysierten Theorie zu Case Management und dem dadurch erlangten Wissen, dass das Konzept in der Praxis oftmals verkürzt angewendet wird und nicht alle Bestandteile in den Arbeitsalltag einfließen. Deshalb wurde versucht, die Fragen sehr nahe an der gelebten Praxis der Expert:innen zu halten und den Bezug zur unmittelbaren Angebotslandschaft herzustellen und zu halten. Die Fragen zu Schwerpunkt drei zielten hingegen darauf ab, die bereits erhobenen Daten zu reflektieren und miteinander in Bezug zu setzen. Dadurch soll neben den erhobenen theoretischen Daten zu den Unterschieden beider Systeme auch noch ein professionsbezogener Blick ermöglicht werden.

Zum Erstentwurf des Leitfadens wurde in einer Besprechung mit der Forschungsgruppe Feedback eingeholt und dieses anschließend in die finale Version eingearbeitet. Anschließend wurde bei mehreren Organisationen, die Case Management ausüben, angefragt, ob Professionist:innen zu einem Interview über die Thematik Primärversorgung/Social Prescribing bereit sind. Die erste Runde an Anfragen passierte über E-Mail an die angegebenen Kontaktadressen diverser Unternehmen. Diese blieben Großteils unbeantwortet oder verneinten eine Möglichkeit zur Terminfindung.

Nach einer Lektoren-Sprechstunde mit Karin Goger, welche Teile des Schwerpunktes Case Management an der FH- St. Pölten unterrichtet, wurden einige neue potenzielle Interviewpartner:innen mithilfe ihres Expertenwissens identifiziert. Zusätzlich dazu hat Frau Goger selbst sich bereiterklärt, bei der Befragung mitzumachen. Im Anschluss daran bestätigte die Österreichische Gesellschaft für Case und Care Management (kurz ÖGCC) die Verfügbarkeit der stellvertretenden Obfrau Monika Wild für ein Interview. Die Dritte Interviewpartnerin wurde telefonisch kontaktiert, da es sich bei ihr um eine Professionistin aus dem beruflichen Netzwerk eines der Forschungsgruppenmitglieder handelt.

Alle Interviews wurden Online mithilfe der Software Zoom durchgeführt und aufgezeichnet, zur Sicherstellung einer gelungenen Aufnahme war im Hintergrund noch ein Backup-Programm vorhanden, welches ebenfalls aufzeichnete. Die Interviewdauer wurde mit ungefähr einer Stunde angesetzt und den Teilnehmerinnen auch so vermittelt, diese Vorgabe orientierte sich an den vorhandenen Fragen des Leitfadens. Im Anschluss an die Durchführung der Interviews wurden diese leicht geglättet transkribiert und mittels qualitativen Verfahren nach Kuckartz sowie der Analysesoftware MAXQDA ausgewertet.

5.5 Forschungsergebnisse und Diskussion

In diesem Kapitel werden die zentralen Ergebnisse aus der Literaturrecherche sowie der Expert:inneninterviews zusammengefasst und in aufbereiteter Form dargestellt. Das erhobene Datenmaterial wurde, wie in Kapitel 2 beschrieben, anhand der Inhaltsanalyse nach Kuckartz ausgewertet und hier übersichtlich aufbereitet dargestellt. Um den Vergleich der zwei Systeme so transparent wie möglich zu gestalten, wurden die erhobenen Daten anhand von drei Hauptkategorien gegliedert.

Die erste Kategorie beschäftigt sich mit den relevanten Faktoren für das Case Management in Bezug auf die Ausbildung, Tätigkeitsfelder, Zuständigkeiten, Zielgruppe, Position im multiprofessionellen Team, Vor- und Nachteile, Schwächen sowie mögliche Grenzen des Ansatzes. Um eine klare Übersicht zu schaffen, werden die Ergebnisse der einzelnen Kategorien zuerst in tabellarischer Form dargestellt und im Anschluss daran interpretiert.

Tabelle 11 Ergebnisse zu relevanten Faktoren des CM (Izic 2022)

Code	Subcode	Beschreibung	Ergebnisse
Relevante Faktoren des Case Management	Voraussetzung	Was muss gegeben sein, um von „CM sprechen zu können?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organisationsübergreifende Kooperationsbereitschaft ▪ Interdisziplinäre Zusammenarbeit auf Augenhöhe ▪ Hohe Netzwerkkompetenz der Case Manager:innen ▪ Ganzheitlicher Blick auf die Situation der Nutzer:innen ▪ Die Möglichkeit zur Fallführung
	Ausbildung	Relevante Punkte der CM Ausbildung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundqualifikation im Sozial- oder Gesundheitsbereich ▪ Sozialarbeiter:innen durch generalistische Grundausbildung prädestiniert ▪ Ausbildungsdauer noch optimierbar ▪ Nicht jede Theorie in Praxis umsetzbar
	Tätigkeitsfelder	Tätigkeiten von Case Manager:innen in der Praxis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Koordination von Hilfsleistungen ▪ Erstellung und Umsetzung von Hilfeplänen ▪ Anwendung der Phasen des CM (Regelkreis) ▪ Netzwerkpflege ▪ Aufdeckung von Versorgungslücken in der Region
	Zuständigkeit/Zielgruppen	Was sind die relevanten Zuständigkeiten/Zielgruppen?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personen mit Multiproblemlagen ▪ Pflegebedürftige Personen und deren Angehörige ▪ „Hard to reach Klient:innen“
	Position im Team	Wie positioniert sich der:die Case Manager:in im Team	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fallführend in Multiproblemlagen ▪ Institutionsübergreifenden Blick ▪ Akzeptanz innerhalb anderer Organisationen notwendig
	Vorteile des Case Management	Welche Aspekte funktionieren gut im CM?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sicherstellung multiprofessioneller Assessments ▪ Angepasste Unterstützungsleistungen können organisiert werden ▪ Institutionsübergreifendes Netzwerk zur Fallbearbeitung ▪ Passgenaue Versorgung möglich (keine Unter- oder Überversorgung) ▪ Abstimmung der Hilfsleistungen ▪ Konsequente klient:innenorientierte Ausrichtung ▪ Allzuständigkeit ▪ Ganzheitliche Blick auf die Person
	Nachteile/Schwächen des Case Management	Welche Aspekte funktionieren nicht im CM?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oftmals verkürzte Umsetzung (Reiner Broker-Modelle zB) ▪ „Top-Down-Implementierungen“ ▪ Case Management selbst muss fachlich inhaltlich befüllt werden ▪ Fehlender Schritt für den Beitrag CM überflüssig zu machen bzw. nicht mehr zu brauchen ▪ Variierende Qualitätsstandards ▪ Kein geschütztes Konzept
	Grenzen des Konzepts	Wo stößt CM in der Praxis an seine Grenzen?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abhängigkeit der regionalen Angebotslandschaft ▪ Fehlende Fallzuständigkeit ▪ Akzeptanz innerhalb der Organisation nicht vorhanden ▪ Umsetzung von Theorie in Praxis nicht immer möglich ▪ Differenz zwischen Angeboten und Wünschen der Personen ▪ Abgrenzung zur anderen Methoden der Sozialen Arbeit

Voraussetzung: Eine wirkliche Definition einer Voraussetzung, wann genau von Case Management gesprochen wird, lässt sich in der Literatur nicht finden. Monzer schreibt hierzu, dass es zwar notwendige Bestandteile für Case Management gibt, nämlich die Fallklärung, ein Assessment, eine Serviceplanung sowie die Steuerung von Leistungen und Angeboten, diese Strukturierung ist jedoch nicht bindend. Worin sich sowohl führende Fachkräfte als auch Praktiker:innen einig sind, ist die Tatsache, dass Case Manager:innen eine hohe Netzwerkkompetenz besitzen müssen, die nicht nur innerhalb der eigenen Organisation funktioniert, sondern sich auch in die Angebotslandschaft der jeweiligen Region eingliedern lässt (vgl. I-5:40, I-6:44).

Neben dem Expert:innenwissen über die regionale Angebotslandschaft, machen die Punkte der Zusammenarbeit in interdisziplinären Teams auf Augenhöhe sowie die Möglichkeit der Fallführung sowohl in der Organisation als auch nach außen das Case Management aus. Bei den Professionist:innen muss der Anspruch vorhanden sein, tatsächlich individualisierte Unterstützungssteams zu bilden, die auch fallübergreifend als Ressource herangezogen werden können. Dabei muss die zu betreuende Person immer ganzheitlich gesehen und in den Prozess der Hilfeplangestaltung miteinbezogen werden (vgl. I-5:52, I-6:46).

Ausbildung: Die Ausbildung für zertifizierte Care- und Case Manager:innen folgt einem genauen Lehrplan, welcher von der österreichischen Gesellschaft für Care und Case Management bedarfsweise adaptiert und laufend kontrolliert wird. Eine Grundqualifikation, wie sie in Kapitel 5.3.7 beschrieben wurde, gekoppelt mit facheinschlägiger Berufserfahrung ist notwendig, um die Ausbildung abschließen zu können. Dieser Aspekt wird auch aus sozialarbeiterischer Sicht begrüßt, da solch eine Grundausbildung notwendig sei, um ein gewisses Maß an Qualität im Beratungsprozess sicherstellen zu können (vgl. I-5:64, I-6:20).

Anzumerken ist, dass aus sozialarbeiterischer Sicht ein Studium der Sozialen Arbeit bzw. der Abschluss einer Sozialakademie eine optimale Wissensbasis für eine potenzielle Case Management Ausbildung schafft. Durch den generalistischen Charakter der Sozialarbeitsausbildung und der Tatsache, dass Case Management hier bereits auf dem Bachelorlevel ein Bestandteil des Curriculum darstellt. Auch wenn diese Meinung alle Interviewpartnerinnen teilten, legten jene mit anderen Quellenberuf mehr Relevanz auf die Berufserfahrung als auf die Vorbildung (vgl. I-5:72, I-6:52). Die in der Ausbildung vorgesehenen 219 Unterrichtseinheiten wurden ebenfalls kritisch gesehen. Nach Goger wäre eine Case Management Ausbildung, die sich ernsthaft mit dem Konzept auseinandersetzt und spezialisierte Fachkräfte ausbilden möchte auf dem Niveau eines Masterstudiums (vgl. I-5:68).

Tätigkeitsfelder: Die Tätigkeitsfelder von Case Manager:innen in der Praxis sind eine herausfordernde Aufgabe, da diese je nach Organisation, Fachkraft und Handlungsfeld stark variieren. Worüber jedoch ein Konsens besteht ist die Tatsache, dass die Koordination der unterschiedlichen organisationsübergreifenden Hilfsleistungen bei dem:der Case Manager:in angesiedelt ist. Als Expert:in für die regionale Angebotslandschaft liegen die Aufgaben der Netzwerkpflege sowie der Aufdeckung von Versorgungslücken ebenfalls im Tätigkeitsbereich der Fachkräfte (vgl. I-5:36, I-6:24, I-7:12).

Um für die Nutzer:innen passgerechte Unterstützungsleistungen gewährleisten zu können, werden von Ihnen Hilfepläne in Partizipation mit den betreuten Personen und in Abstimmung mit einem multiprofessionellen Team entwickelt. Die im Case Management bekannten Phasen sind hierbei zwar von Relevanz, dienen jedoch nur als Richtwert und nicht als eine Schritt-für-Schritt-Anleitung (vgl. I-5:36, I-6:40, I-7:48).

Zuständigkeit/Zielgruppen: Beim Punkt der Zuständigkeiten bzw. der Zielgruppen für Case Management wurden eindeutig die Personen identifiziert, die sich in Multiproblemlagen befinden. Oftmals sind das Menschen, die zwar bei vielen professionellen Hilfesystemen angebunden sind, jedoch arbeiten diese unabhängig voneinander und manchmal auch an den gleichen Problemstellungen oder es handelt sich um ältere Menschen mit Pflegebedarf. Hier sehen die Interviewpartnerinnen eindeutig eine Zuständigkeit für das Case Management zu agieren, ohne jedoch den Zugang der Hilfe zu Selbsthilfe zu verlieren. Fälle für Kurzzeitberatungen werden diesbezüglich nicht als Zielgruppe für Case Manager:innen angesehen, da es hier zwar oftmals Sozialarbeit braucht, diese jedoch innerhalb kurzer Zeit abgeschlossen werden kann (vgl. I-5:40, I-6:36, I-7:20).

Das besondere Merkmal des Case Management ist hierbei, dass Case Manager:innen so lange am Fall dranbleiben, wie sie es für notwendig halten und sich dann zurückziehen, wenn es dem Empowerment des Klientel dienlich ist (vgl. I-5:28).

Position im Team: Bei der Positionierung von Case Management Fachkräften in interdisziplinären Teams waren sich die Expertinnen einig, dass der interdisziplinären Zusammenarbeit ein hoher Stellenwert zugemessen werden sollte, diese jedoch auf Augenhöhe passieren muss. Der professionsübergreifende Austausch wird dann immer als sehr bereichernd und positiv für den Fallverlauf angesehen. Die Interdisziplinarität muss jedoch auf gegenseitigem Respekt und dem Verständnis für die jeweiligen Professionen aufgebaut sein (vgl. I-5:72, I-6:68, I-7:60).

Vorteile des Case Management: Als die größten Vorteile des Konzeptes wurde zum einen die Tatsache genannt, dass die Fachkräfte aufgrund ihrer Position sicherstellen können, dass Nutzer:innen ein multiprofessionelles Assessment erhalten. Diese professionsübergreifende Zusammenarbeit ermöglicht demnach die Reduzierung von blinden Flecken sowie das Verhindern von Ressourcenverschwendung durch über- oder Unterversorgung (vgl. I-5:28). Hierdurch können auch Unterstützungsleistungen und Netzwerke gebildet werden, die nicht nur für einen Fall Relevanz haben, sondern auch fallübergreifend agieren können (vgl. I-6:28).

Diese Netzwerkkoordination ermöglicht eine Abstimmung der jeweiligen Hilfsleistungen, während die Fachkraft gleichzeitig dafür sorgen kann, dass die Ausrichtung der unterschiedlichen Organisationen eine klient:innenzentrierte bleibt. Diese Möglichkeiten ergeben sich durch die Allzuständigkeit von Case Manager:innen über die eigenen Institutionsgrenzen hinaus. Es ist dabei von enormer Relevanz, dass die Fachkraft einen ganzheitlichen Blick auf die Nutzer:in mit all ihren Problemen, aber auch Bedürfnissen und Ressourcen hat (vgl. I-5:52, I-6:28, I-7:68).

Nachteile/Schwächen des Case Management: Die offensichtlichsten Schwächen, die von den Interviewten identifiziert wurden, waren oftmals nicht am Case Management Konzept selbst, sondern daran, wie es umgesetzt bzw. etabliert wurde. In der Praxis kommt oftmals ein verkürztes Verständnis bzw. eine verkürzte Umsetzung vor, die zur Folge hat, dass die Fachkräfte unter den Rahmenbedingungen nicht das volle Ausmaß des Case Management anwenden können. Als Beispiel wurde hier genannt, dass es auf ein reines Broker Modell reduziert wird, dass nur auf die Aufgabe der Weitervermittlung hat. Kurz gesagt: das Case Management braucht auch etwas zum „managen“ (vgl. I-5:36). Die Gefahr einer solchen verkürzten Umsetzung ist besonders dann gegeben, wenn das Konzept „top-down“ etabliert wird, ohne dass die Vorgesetzten es zur Gänze verstehen und die zuständigen Fachkräfte informiert bzw. geschult sind. Hierbei kommt dann erschwerend hinzu, dass die organisationalen Rahmenbedingungen oftmals nicht gegeben sind (vgl. I-5:56).

Ein weiterer genannter Punkt ist die Notwendigkeit, das Case Management mit anderen Konzepten zu befüllen, da es allein zwar ein paar handlungsleitende Prinzipien hat, diese jedoch relativ vage formuliert sind. Es muss also fachlich inhaltlich befüllt werden. Die Fachkräfte müssen sich beispielsweise überlegen, was Empowerment eigentlich ist oder was genau Beteiligung bedeutet. Wenn dieses Befüllen übersehen wird, kann das Case Management sein vorhandenes Potenzial nicht voll ausschöpfen (vgl. I-5:56). Zusätzlich dazu hat das Konzept keine genaue Antwort darauf, wie es sich selbst überflüssig machen kann. Es soll bei Multiproblemlagen angewendet werden, aber wie können eben diese vermieden werden, damit nicht mehr die Notwendigkeit einer Case Manager:in im Leben der Nutzer:innen besteht (vgl. I-5:60)?

Aufgrund der unterschiedlichen Quellenberufe, welche die Case Management Ausbildung absolvieren können, ist es aus Nutzer:innensicht auch sehr schwierig, einen qualitativen Vergleich zu ziehen. Die Tatsache, dass es sich um ein nicht geschütztes Konzept handelt, verstärkt dieses Problem auch noch (vgl. I-5:60).

Grenzen des Konzepts: Die Grenzen des Konzeptes wurden bewusst vom Punkt der Schwächen getrennt, da es sich hierbei um Aspekte handelt, die nicht von externen Faktoren abhängig sind. Zum einen wurde in allen Interviews die Abhängigkeit der regionalen Angebotslandschaft genannt. Diese ist zwar in städtischen Gebieten eher unterrepräsentiert, es herrscht hierbei jedoch ein eindeutiges Stadt-Land-Gefälle (vgl. I-6:56, I-7:12).

Die Problematik, die hierbei noch mitschwingt, ist, dass die Wünsche bzw. Vorstellungen der Nutzer:innen dadurch oftmals nicht mit den Möglichkeiten der Fachkraft übereinstimmen, was eine partizipative Betreuung erschwert (vgl. I-7:12).

Weitere aus der Praxis bekannte Punkte waren das Fehlen einer Fallzuständigkeit, welche ein institutionsübergreifendes Arbeiten erheblich erschwert hat, sowie ein Mangel an Akzeptanz innerhalb der eigenen Organisation. Dieser führt dazu, dass Case Manager:innen Fälle oftmals gar nicht erhalten, da andere Professionist:innen nur verkürzte Versionen des Modells kennen daher die Sinnhaftigkeit hinterfragen (vgl. I-6:48, I-7:48).

Tabelle 12 Ergebnisse zu relevanten Fakten des Link Working (Izic 2022)

Code	Subcode	Beschreibung	Ergebnisse
Relevante Faktoren des Link Working	Ausbildung	Relevante Punkte der Link Working Schulung	<ul style="list-style-type: none"> Wunsch nach Sozialarbeiter:innen Ausbildung zu kurz gehalten Differenzierung zwischen Sozialer Arbeit und Sozialarbeit Berufserfahrung > Quellenberuf
	Tätigkeitsfelder	Tätigkeiten von Link Worker:innen in der Praxis	<ul style="list-style-type: none"> Verweisung nicht medizinischer Angebote Beratungsgespräche zu Leistungen Informationsweitergabe der Angebotslandschaft Vernetzung von Interessensgruppen in der Region
	Zuständigkeit/ Zielgruppen	Was sind die relevanten Zuständigkeiten/Zielgruppen?	<ul style="list-style-type: none"> Möglichkeit der Nutzer:innenakquise ohne Überweisung Handlungsmöglichkeiten sowie Grenzen aufzeigen Beziehungsaufbau
	Vorteile des Link Working	Welche Aspekte funktionieren gut im Link Working?	<ul style="list-style-type: none"> Erstkontakt über Mediziner:innen möglich Unkomplizierte kurzfristige Unterstützung
	Nachteile/ Schwächen des Link Working	Welche Aspekte funktionieren nicht im Link Working ?	<ul style="list-style-type: none"> Gefahr des Gatekeeping Potenzieller Schritt in Richtung Medikalisierung Keine einheitliche Grundausbildung erschwert die Qualitätssicherung
	Grenzen des Konzepts	Wo stößt Link Working in der Praxis an seine Grenzen?	<ul style="list-style-type: none"> Professionsübergreifendes Wissen notwendig Fehlende Fallführung

Ausbildung: Die Ausbildung der Link Worker:innen war sowohl unter den interviewten Fachkräften als auch in der Literatur ein prävalentes Thema. Es bestand Einigkeit über die Tatsache, dass Soziale Arbeit im Rahmen von Primärversorgungseinrichtungen angeboten werden soll. Jedoch wurde hierbei schon zwischen Sozialer Arbeit und Sozialarbeit unterschieden: Die Expert:innen mit sozialarbeiterischen Background sehen hier ganz klar Aufgabenbereiche für die Fachkräfte mit einem Studium oder einer Ausbildung zum:zur Sozialarbeiter:in. Die Expertin, welche eine andere Grundausbildung hat, erkennt eine solche Relevanz nicht. Hierbei sei jedoch zu erwähnen, dass auch sie es für sinnvoll hält, Sozialarbeiter:innen in PVEs zu beschäftigen, in der Link Working Funktion sieht sie diese jedoch nicht zwingend, auch wenn sie als „dafür prädestiniert“ bezeichnet wurden (vgl. I-5:80, I-6:16, I-7:68).

Unter den sozialarbeitsfremden Personen war die Meinung vertreten, dass nicht die Berufsausbilder der Link Worker:innen relevant seien, sondern die gesammelte einschlägige Berufserfahrung im Gesundheits- und Sozialbereich. Die angebotene Schulung für Fachkräfte mit Link Working Funktion wurde als alleinige Ausbildung für ein so breites Tätigkeitsfeld mit herausfordernden Fällen als ausbaufähig bewertet (vgl. I-5:76, I-6:18).

Tätigkeitsfelder: Die Tätigkeitsfelder der Link Working Fachkräfte drehen sich primär um die Identifizierung der Nutzer:innenbedürfnisse, das Aufzeigen von, Verweisen an und Kontaktaufnahmen mit Unterstützungsleistungen in der Region. Zusätzlich hierzu sollen Nutzer:innen informiert und beraten werden sowie emotionale Unterstützung erfahren. Die Community-Perspektive der Vermittlung wurde von den Expertinnen als positiv hervorgehoben. Das vernetzte Arbeiten sticht daher für Link Worker:innen als essenziell hervor (vgl. I-5:20).

Die primären Vernetzungsangebote, auf die durch Link Working hingewiesen wird, sind nicht medizinische Leistungen, da die Adressierung solcher Bedürfnisse im Vordergrund steht. Zusätzlich soll mit den Personen regelmäßiger Kontakt gehalten und das medizinische Personal der Primärversorgungseinrichtung über den Fallverlauf informiert werden.

Zuständigkeit/Zielgruppen: Bei der Thematik der Zuständigkeit bzw. Zielgruppe für Link Working waren sich die befragten Personen professionsübergreifend einig, dass Ärzt:innen nicht als Gatekeeper für Soziale Arbeit fungieren sollen. Es soll den Fachkräften möglich sein, sich in laufende Fälle anderer Professionist:innen einzugliedern, wenn sie hier einen Bedarf der eigenen Angebote sehen. Innerhalb einer Primärversorgungseinrichtung sind Link Working Fachkräfte auch für den Beziehungsaufbau mit den Nutzer:innen sowie die Klarstellung der eigenen Funktionsgrenzen zuständig (vgl. I-5:20).

Vorteile des Link Working: Da Link Worker:innen ihre Nutzer:innen oftmals mittels Überweisung anderer Professionist:innen erhalten, kann dies zu einer Erleichterung der Annahme durchführen. Es wird versucht die Leistung so Niederschwellig wie möglich zu gestalten, um eine Annahme durch das Klientel wahrscheinlicher zu machen. Durch das Vorhandensein eines Unterstützungsnetzwerkes können viele Hilfsleistungen bzw. -angebote schnell und unkompliziert an die Nutzer:innen vermittelt werden. Erste, wenn auch nur kleine, Erfolge erhöhen dann die Wahrscheinlichkeit, dass die Leistung in Zukunft weiter angenommen wird oder auch andere, möglicherweise schwerwiegendere Themen besprochen werden. Ein weiterer Vorteil ist das oftmals bereits vorhandene Vertrauen zu Mediziner:innen welches eine Überweisung und daraufhin folgende Annahme des Link Working wahrscheinlicher macht.

Nachteile/Schwächen des Link Working: Die für die Expert:innen offensichtlichste Schwäche des Konzeptes ist die Möglichkeit, dass Ärzt:innen eine Gatekeeping-Funktion für die Soziale Arbeit einnehmen könnten. Diese wurde dahingehend begründet, dass viele Mediziner:innen oft nur ein verzerrtes oder verkürztes Verständnis von Sozialarbeit haben. Hierbei wurde die Frage aufgeworfen, wie Fachkräfte zu etwas verweisen, das sie nicht kennen bzw. völlig verstehen. Dies stellt für die Befragten die Gefahr in den Raum, dass es hierdurch einen weiteren Schritt in Richtung Medikalisation geht und damit quasi ein:e Ärzt:in verschreibt, wer welche Leistung des dritten Sektors notwendig habe (vgl. I-5:24, I-6:104).

Grenzen des Konzeptes: Als Grenzen des Link Working wurden klar die fehlende Fallführung identifiziert, die auf der fehlenden Zuständigkeit außerhalb der eigenen Organisation begründet ist. Zusätzlich erfordert eine adäquate interdisziplinäre Zusammenarbeit das Verständnis und Wissen der anderen Professionist:innen über die eigenen Angebote und Fähigkeiten. Dies wird jedoch durch eine fehlende einheitliche Grundausbildung bzw. nur eine verkürzte Schulung noch verstärkt. Diese Umstände machen auch eine Vergleichbarkeit mehrerer Link Worker:innen sowie eine einheitliche Qualitätssicherung bzw. Qualitätsstandards schwerer möglich (vgl. I-5:24).

Tabelle 13 Ergebnisse zu Überschneidung zwischen Case Management und Link Working (Izic 2022)

Code	Subcode	Beschreibung	Ergebnisse
Überschneidung zwischen Case Management und Link Working	Überschneidungen der Modelle	Punkte, die beide Modelle beinhalten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expertise in der Angebotslandschaft ▪ Notwendigkeit einer hohen Vernetzungskompetenz ▪ Verweisung an andere Hilfsleistungen ▪ Informationsweitergabe an Nutzer:innen ▪ Gewisse Anhängigkeit der regionalen Leistungen
	Differenzen	Punkte, in denen sich die zwei Modelle unterscheiden	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quellenberufe der Fachkräfte ▪ Unterschiedliche intensive Ausbildung ▪ Fallführung und Verantwortung ▪ Zuständigkeiten ▪ Organisationsübergreifendes Arbeiten ▪ Phasenmodell im Case Management

Überschneidungen der Modelle: Der wohl offensichtlichste Punkt, der in beiden Modellen vorkommt, ist die Notwendigkeit, sich in der regionalen Angebotslandschaft bestmöglich auszukennen. Sowohl Link Working Fachkräfte als auch Case Manager:innen müssen zum Finden der bestmöglichen Unterstützungsangebote einen vorbereiteten Katalog haben, der laufend adaptiert und aktualisiert wird (vgl. I-5:76, I-6:92). Diese Notwendigkeit der Aktualität ist der Tatsache geschuldet, dass beide Modelle an andere Hilfsleistungen verweisen und diese zum Teil auch koordinieren. Hierbei ist jedoch anzumerken, dass sich sowohl der fachliche Blick auf die Leistungen als auch die Arten der Leistungen zwischen Link Working und Case Management unterscheiden.

Diese hohe Anzahl an Vernetzungspartner:innen erfordert demnach von den Fachkräften beider Systeme, dass sie eine hohe Netzwerkkompetenz mitbringen oder im Laufe der Arbeit entwickeln. Es gilt dabei nicht nur Netzwerke für die aktuellen Fälle zu etablieren, sondern auch vorbereitend Verknüpfungen für die Zukunft zu schließen. Beide Fachkräfte dienen auch als Informationszentrale und Anlaufstelle für Nutzer:innen, welche die jeweilige Angebotslandschaft nicht mehr durblicken können.

Hierdurch entsteht jedoch potenziell eines der Probleme mit dem sowohl Case Management als auch das Link Working konfrontiert sind: Wenn es Versorgungslücken zu bestimmten Themen oder in ruralen Gebieten gibt, erschwert das die Verweisung auf passende Leistungen und kann zu einer Diskrepanz zwischen Wunsch der Nutzer:in und Möglichkeit der Fachkraft kommen.

Differenzen der Modelle: Der erste grundlegende Unterschied der beiden Fachkräfte ist die Ausbildung. Hierbei ist nicht nur die Differenz der Quellenberufe gemeint, sondern auch die Intensität der Schulung zum Link Working, die mit 4 Halbtagen angesetzt wurde im Gegensatz zertifizierten Case Management Ausbildung, welche 219 Unterrichtseinheiten á 45 Minuten dauert. Bei der Gegenüberstellung der beiden wird klar, in welchem Ausmaß sich die Ausbildung der jeweiligen Professionist:innen unterscheidet. Dies auch in Anbetracht der Kritik an der Case Management Ausbildung durch Expertinnen, welche meinten, sie sei zu kurzgehalten, um dem Konzept gerecht zu werden (vgl. I-5:80, I-6:84).

Weitere Abweichungen sind bei der Fallführung sowie der Beratungsfrequenz ersichtlich. Während sich Link Working auf eine schnelle Vermittlung auf passende Angebote und damit eher kurzfristige Beratungen konzentriert, wird Case Management erst wirklich gebraucht, wenn es um Multiproblemlagen geht, die aufgrund ihrer Aufgabenstellungen an die Fachkraft längere Betreuungen erfordern (vgl. I-5:76, I-6:80). Link Working wäre damit vergleichbar mit reinen Broker-Modellen des Case Management, die laut Expert:innenmeinung nicht das volle Potenzial des Handlungskonzeptes ausschöpfen und aufgrund unterschiedlicher fehlender Elemente nicht als „echtes“ Case Management bezeichnet werden können (vgl. I-5:28).

Zusätzlich tragen Case Manager:innen die Fallführung, meistens auch organisationsübergreifend, was ihnen die Möglichkeit gibt, nicht nur zu vermitteln, sondern die Leistungen auch zu koordinieren und eine exakt angepasste Unterstützung zu ermöglichen. Damit haben die Case Management Fachkräfte eine breitere Leistungsbeschreibung sowie ein breiteres Portfolio an Aufgaben, aber auch mehr Vermittlungsmöglichkeiten als Link Worker:innen (vgl. I-5:80, I-6:80).

5.6 Zusammenfassung

Als abschließenden Punkt des Vergleiches zwischen Link Working und Case Management werden die gesammelten Erkenntnisse dafür genutzt, die zu Beginn der Arbeit gestellten Forschungsfragen zu beantworten. Hierfür werden neben den erhobenen Daten aus den Expert:inneninterviews auch die vorher dargestellten theoretischen Bezüge der Arbeit genutzt.

F7: Welche Überschneidungen zwischen den Arbeitsweisen von Link Worker:innen und Case Manager:innen sind anhand dieser Forschungsarbeit ersichtlich?

Auf den ersten Blick handelt es sich bei Link Worker:innen um Fachkräfte, deren Arbeitsweisen auf der Oberfläche sehr stark mit denen von Case Manager:innen übereinstimmen. Viele der relevanten Punkte werden durch beide Modelle abgedeckt. Gerade die Netzwerkarbeit stellt einen zentralen Aspekt beider Arbeitsweisen dar, was nur noch mehr dazu führt, die beiden Systeme miteinander vergleichen zu wollen. Bei der hohen Anforderung an Netzwerkkompetenz ist es dementsprechend wichtig, dass sich die Expert:innen in den jeweiligen Angebotslandschaften auskennen und wissen, welche Leistung zu welcher Problemstellung passt.

Dieses Wissen muss dabei jedoch über ein rudimentäres Basiswissen der Anzahl und ungefähren Art hinausgehen. Ein weiterer Punkt, der sich nicht nur in der Literatur, sondern auch in den Befragung von Expert:innen gezeigt hat, war die Rolle einer Informationsdrehscheibe und damit einer zentralen Anlaufstelle für Nutzer:innen, welche mit der oftmals unüberschaubaren Angebotslandschaft schnell überfordert werden können.

Beide Systeme nutzen also ihre Kenntnis der jeweiligen lokalen Dienstleistungen und Angebote, um passende Hilfsleistungen für die Problemstellung der Nutzer:innen zu finden. In beiden Fällen steht der:die Nutzer:in im Mittelpunkt und es sollen Lösungen gefunden werden, die auf die fallspezifischen Problem abzielen. Themen wie die ethischen Aspekte oder rechtliche Arbeit, Gesundheitsförderung oder Gesprächsführung sind in beiden Fällen Fähigkeiten, die von den Fachkräften beherrscht und angewandt werden müssen.

Der zentrale Unterschied liegt hierbei also bei der Zuständigkeit: Case Manager:innen bleiben dran. Sie leiten nicht nur weiter, sondern koordinieren meistens mehrere Hilfsleistungen gleichzeitig, um eine optimale Versorgung zu ermöglichen. Auch wenn die vorhandenen Überschneidungen auf den ersten Blick zahlreich wirken, lässt ein genaueres Hinschauen die Nennenswerten Unterschiede der beiden Methoden klar werden.

F8: Inwiefern können Link Worker:innen von einer Case Management Ausbildung profitieren?

Diese Forschungsfrage ließ sich etwas schwerer anhand der analysierten Literatur erforschen, hier waren dann die Expert:inneninterviews eine wichtige Datenquelle. Der Aufbau der Case Management Ausbildung, welche ja nicht nur für Sozialarbeiter:innen, sondern auch Fachkräfte aus anderen Professionen als Zielgruppe hat, bietet sich optimal für die Tätigkeitsbereiche des Link Working an. Viele der behandelten Themenschwerpunkte wie die ethischen Aspekte der Arbeit, die Ressourcenorientierung, das Empowerment, Grundlagen der Angebotssteuerung und Bedarfsvermittlung setzen dort an, wo die Link Working Schulung endet. Gerade der Punkt Netzwerkentwicklung ist für die Vermittlungsarbeit von besonders hoher Relevanz. Das Case Management widmet sich jedoch Multiproblemlagen, die im Link Working auch nicht immer vorkommen, demnach braucht es nicht für jeden Fall in einer PVE auch eine:n Case Manager:in.

Demensprechend waren sich Expert:innen und Theorie einig: Link Working Fachkräfte würden auf jeden Fall von einer zertifizierten Case Management Ausbildung profitieren. Worüber jedoch auch Einigkeit herrschte war die Meinung, dass die Ausbildung allein, ein potenzielles Defizit aufgrund einer nicht oder nur wenig passenden Grundausbildung nicht ausgleichen kann. Die Fragestellung in den Interviews änderte sich also dahingehend, dass eine Case Management Ausbildung unumstrittene Vorteile für die Link Working Funktion mit sich bringt, diese jedoch auch nicht ausreicht, um fachfremde Personen adäquat auf die Herausforderungen der Tätigkeit vorzubereiten. Auch hier herrschte unter den Befragten wieder ein Konsens darüber, dass Sozialarbeiter:innen mit ihrer generalistischen Ausbildung für die Funktion des:der Link Worker:in prädestiniert sind.

Als abschließender Punkt dieses Vergleiches lässt sich festhalten, dass Professionist:innen aus der Sozialarbeit sowohl aus Sicht der Literatur als auch aus Sicht der befragten Expert:innen für die Funktion des Link Working am besten geeignet sind. Bei der Frage der Eignung für das Case Management, kommt die Antwort stark auf den eigenen Quellenberuf an, da hier sozialarbeitsfremde Personen zwar sehen, dass die Grundausbildung eine gute Basis liefert, diese jedoch mit Berufserfahrung wieder aufgeholt werden kann. Soziale Arbeit kann also Link Working, sie kann Case Management, Streetwork, Einzelfallhilfe, Gruppenarbeit oder Gemeinwesenarbeit. Die wirkliche Expertise zeigt sich zum einen darin, in all diesen Feldern tätig sein zu können und andererseits darin zu wissen, wann was gebraucht wird.

6 Conclusio

Peter Gierlinger, Edin Izic, Jacqueline Zeilinger

Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass Social Prescribing Potenzial hat, das Wohlbefinden und die Gesundheit von Menschen durch Anbindung an passende lokale Angebote zu verbessern. Gleichzeitig scheint dadurch eine Entlastung des Gesundheitssystem denkbar. Trotzdem wurde deutlich, dass ein Bedarf nach weiteren fundierten Nachweisen zur Wirkung von SP besteht – auch deshalb, weil davon die weitere Ausweitung bzw. die erfolgreiche Umsetzung des Konzepts abhängig scheint. In Österreich ist man mit der Etablierung einzelner Projekte im PV-Kontext bereits dabei, Erfahrungen in der Umsetzung zu sammeln und die Wirkung von SP durch Evaluationen zu belegen. Mit SP geht ein verstärkter Fokus auf erweiterte Gesundheitsdeterminanten einher. Multiprofessionelle Teams der PV werden dahingehend sensibilisiert und niederschwellige Anlaufstellen für Patient:innen mit bio-psycho-sozialen Anliegen werden geschaffen.

Die in Primärversorgungseinheiten tätigen Link Worker:innen nehmen eine Schlüsselrolle im SP-Prozess ein. Ihre Tätigkeit erinnert dabei stark an die der österreichischen Case Manager:innen. Auch wenn beide Modelle auf den ersten Blick große Ähnlichkeiten aufweisen, wird bei näherer Betrachtung deutlich, dass vor allem die Zuständigkeit und Fallverantwortung jene Punkte sind, die das Case Management vom Link Working trennen. Die intensive Auseinandersetzung mit beiden Konzepten zeigte, dass Professionist:innen mit Link Working-Funktion, mit Sicherheit von einer Case Management-Ausbildung profitieren können. Neben der Verbesserung der Vernetzungskompetenz würden hierdurch Themen wie Hilfeplanung, Assessment und Systemsteuerung bearbeitet werden, welche für die Tätigkeit von Link Worker:innen ebenfalls hilfreich sein können. Eine Case Management-Ausbildung würde jedoch keine Grundausbildung im Sozialbereich ersetzen. Neben entsprechender Ausbildung, welche zweifelsohne einen hohen Stellenwert einnimmt, können auch einschlägige Berufserfahrungen eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen.

Zudem konnte aufgezeigt werden, dass das Konzept in Teilen auch bereits bei anderen Berufsgruppen zur Anwendung kommt. Sowohl als Arbeitsweise bei Pflegekräften, als auch als Handlungsgrundlage von ehrenamtlichen Helfer:innen unter sozialarbeiterischer Leitung. Nicht zwingend bietet SP dabei den fachlichen Hintergrund, vielmehr scheinen sich unabhängig davon eigene, dem SP ähnliche, Arbeits- und Vorgehensweisen entwickelt zu haben.

National betrachtet scheinen derzeit vor allem zwei Fragen ungeklärt:

1. Wie kann eine nachhaltige Finanzierung sichergestellt werden?

Von der Finanzierung wird abhängig sein, wie erfolgreich das Konzept zukünftig umgesetzt werden kann bzw. ob sich SP weiter ausbreitet. Für die weitere Umsetzung von SP förderlich wäre mit Sicherheit ein gemeinsames Verständnis des Konzepts sowie der Tätigkeit von Fachkräften mit Link Working-Funktion. Es braucht klare Strukturen (z.B. SP für wen, mit welchem Nutzen und zu welchen Kosten?) sowie Rahmenbedingungen (z.B. welche Profession füllt Link Working-Funktion aus?). Zusätzlich braucht es weitere fundierte Nachweise zur Wirkung von SP, um Vorteile des Konzepts belegen bzw. sich für eine Finanzierungsmöglichkeit stark machen zu können. Ein Zusammenschluss zu einem Netzwerk, welches sich auf verschiedenen Ebenen für die Implementierung von SP im Gesundheits- und Sozialwesen einsetzt, könnte diesbezüglich einen wesentlichen Beitrag leisten und zu mehr öffentlicher Sichtbarkeit verhelfen. Für die Ausweitung des Konzepts empfiehlt sich eine Orientierung an bereits bestehenden Projekten (sowohl national als auch international), um von bereits gesammelten Erfahrungen – z.B. hinsichtlich Struktur, Prozess, Netzwerke, interprofessioneller Zusammenarbeit sowie Sensibilisierung – zu lernen. Kritisch hinterfragt werden muss jedoch, welche Berufsgruppe die Link Working-Funktion ausfüllt.

2. Welche Berufsgruppen eignen sich, die LW-Funktion auszufüllen?

Wie in der Masterthese aufgezeigt wurde, kommt den Fachkräften mit Link Working-Funktion eine Schlüsselrolle im Prozess zu. Als Schnittstelle zwischen Primärversorgung und 3. Sektor bzw. als Anlaufstelle für Nutzer:innen müssen sie unter anderem...

- Lebenswelten der Nutzer:innen ganzheitlich erfassen,
- Beratungsgespräche führen sowie lenken,
- mit Widerständen umgehen,
- bei Krisen unterstützend einwirken,
- oder Netzwerke aufbauen bzw. pflegen können.

Daran wird deutlich, dass Link Worker:innen große Verantwortung zukommt und hohe Anforderungen an sie gestellt werden. Von „Kurzausbildungen“ oder gar Workshops für Personen ohne entsprechender Ausbildung ist aus sozialarbeiterischer Sicht dringend abzuraten. Aufgrund der soeben umrissenen Kompetenzen, welche diese Fachkräfte mitbringen müssen, empfiehlt sich eine Ausbildung im Gesundheits- bzw. Sozialbereich auf Bachelor-Niveau – vorzugsweise Soziale Arbeit – und gegebenenfalls zusätzliche, Link Working-spezifische Schulungen. An dieser Stelle soll unterstrichen werden, dass Sozialarbeiter:innen aufgrund der im Studium erworbenen Kompetenzen (z.B. Gesprächsführung, Krisenintervention, Umgang mit Widerständen, vernetztes Arbeiten, ...) mit Sicherheit besonders geeignet sind, diese Funktion auszufüllen. Diese Diskussion wird zukünftig auf berufspolitischer Ebene weiterzuführen sein.

Literatur

Aggar, Christina / Thomas, Tamsin / Gordon, Christopher / Bloomfield, Jacqueline / Baker, James (2020): Social Prescribing for Individuals Living with Mental Illness in an Australian Community Setting: A Pilot Study. In: Community Mental Health Journal. Nr. 1, Jg. 57, 1–7.

Alderwick, Hugh A.J. / Gottlieb, Laura M. / Fichtenberg, Caroline M. / Adler, Nancy E. (2018): Social Prescribing in the U.S. and England: Emerging Interventions to Address Patients' Social Needs. In: American Journal of Preventive Medicine. Nr. 5, Jg. 54, 715–718.

Alliance for Healthier Communities (o.A.): Alliance for Healthier Communities - who we are. <https://www.allianceon.org/who-we-are> [26.03.2021].

Antonovsky, Aaron (1980): Health, stress, and coping. 1. Auflage, San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Antosik, Jennifer (2020): Social Prescribing – eine Möglichkeit für die neue Primärversorgung in Österreich? Eine qualitativ empirische Explorationsstudie. Masterarbeit, FH Burgenland.

Arlt, Ilse (1958): Wege zu einer Fürsorgewissenschaft. Wien: Verl. Notring der Wiss. Verbände Österreichs.

Badura, Bernhard / Hehlmann, Thomas (2003): Betriebliche Gesundheitspolitik: der Weg zur gesunden Organisation. Berlin Heidelberg: Springer.

Bayer, Oliver / Cascant Ortolando, Lorena / Hoffmann, Dorle / Schweizer, Stefanus (2021): Praxisleitfaden Systematische Literaturrecherche der Universitätsmedizin Mainz.
https://www.researchgate.net/publication/352741601_Praxisleitfaden_Systematische_Literaturrecherche_der_Universitaetsmedizin_Mainz_Version_20_April_2021
[12.11.2021].

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. Nr. 3, Jg. 19, 232–245.

Bickerdike, Liz / Booth, Alison / Wilson, Paul M. / Farley, Kate / Wright, Kath (2017): Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. In: BMJ Open. Nr. 4, Jg. 7, 1–17.

BMSGPK (2022): Was ist Primärversorgung? <https://www.pve.gv.at/was-ist-primarversorgung/> [26.08.2021].

BMSGPK (2019): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan. In: https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:cc75332a-e259-4077-956f-9eab1d9e433d/oesg_2017_-_textband_stand_27.09.2019.pdf [23.09.2020].

Buck, David / Ewbank, Leo (2020): What is social prescribing? <https://www.kingsfund.org.uk/publications/social-prescribing> [12.12.2020].

Carnes, Dawn / Sohanpal, Ratna / Frostick, Caroline / Hull, Sally / Mathur, Rohini / Netuveli, Gopalakrishnan / Tong, Jin / Hutt, Patrick / Bertotti, Marcello (2017): The impact of a social prescribing service on patients in primary care: a mixed methods evaluation. In: BMC Health Services Research. Nr. 1, Jg. 17, 1–9.

Carstairs, Sharon Ann / Rogowsky, Rayna H / Cunningham, Kathryn B / Sullivan, Frank / Ozakinci, Gozde (2020): Connecting primary care patients to community-based physical activity: a qualitative study of health professional and patient views. In: BJGP Open. Nr. 3, Jg. 4, 1-13.

Chatterjee, Helen / Camic, Paul M. / Lockyer, Bridget / Thomson, Linda J. M. (2018): Non-clinical community interventions: a systematised review of social prescribing schemes. In: Arts & Health. Nr. 2, Jg. 10, 97–123.

Commenda, Julia (2021): Email-Anfrage Interview: Social Prescribing [2.8.2021].

Davison, Ewan / Hall, Anne-Mari / Anderson, Zoë / Parnaby, Julia (2019): Connecting communities and healthcare. Making social prescribing work for everyone. Insights and examples from the community and voluntary sector. https://www.tnlcommunityfund.org.uk/media/social_prescribing_connecting_communities_healthcare.pdf [08.12.2020].

Dayson, Chris / Bennett, Ellen (2016): Key Findings from the Evaluation of the Rotherham Mental Health Social Prescribing Pilot. <https://www.shu.ac.uk/research/cresr/sites/shu.ac.uk/files/eval-rotherham-mental-health-social-prescribing-key-findings.pdf> [28.4.2021].

Dayson, Chris / Bashir, Nadia (2014): The social and economic impact of the Rotherham Social Prescribing Pilot. <https://www4.shu.ac.uk/research/cresr/sites/shu.ac.uk/files/social-economic-impact-rotherham-summary.pdf> [28.4.2021].

DGCC (2013): Was ist Case Management (CM)? <https://www.dgcc.de/case-management/> [15.12.2021].

Drinkwater, Chris / Wildman, Josephine / Moffatt, Suzanne (2019): Social prescribing. In: BMJ. Jg. 364, 1–5.

Eder, Helmut (2019): Pilotprojekt Gesundheit: Proges-Gesundheitsbüro in Haslach eröffnet. MeinBezirk. https://www.meinbezirk.at/rohrbach/c-lokales/proges-gesundheitsbuero-in-haslach-eroeffnet_a3303759 [21.4.2021].

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. Jg. 20, 1–10.

Farenden, Clair / Mitchell, Catherine / Feast, Seb / Verdenicci, Serena (2015): Community Navigation in Brighton & Hove. Evaluation of a social prescribing pilot. <https://ihub.scot/media/1656/cn-full-evaluation-nov-2015.pdf> [13.11.2020].

Ferguson, Katie / Hogarth, Sue (2018): Social Prescribing in Tower Hamlets: Evaluation of Borough-wide Roll-out. <https://www.towerhamletstogether.com/our-work/social-prescribing-service> [26.3.2021].

Fonds Gesundes Österreich (o.A.): Grafik der Gesundheitsdeterminanten. https://fgoe.org/gesundheitsdeterminanten_farbe.jpg [09.10.2021].

Foster, Alexis / Thompson, Jill / Holding, Eleanor / Ariss, Steve / Mukuria, Clara / Jacques, Richard / Akparido, Robert / Haywood, Annette (2020): Impact of social prescribing to address loneliness: A mixed methods evaluation of a national social prescribing programme. In: Health & Social Care in the Community. Nr. 5, Jg. 29, 1–11.

Foster, David (2018): Social prescribing and the Lindsay Leg Club model of care. In: British Journal of Community Nursing. Nr. 12, Jg. 23, 42.

Geire, Fadumo (2021): Email-Anfrage Interview: Social Prescribing [26.8.2021].

Gesundheit Österreich GmbH (2019): Fact Sheet Social Prescribing. https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/Fact%20Sheet_Social%20Prescribing_2019.pdf [21.04.2021].

Gläser, Jochen / Laudel, Grit (2009): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse: als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 3, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

GÖG (2021): Projektkall „Social Prescribing in der Primärversorgung“. https://www.goeg.at/Projektkall_Social_Prescribing [02.10.2021].

Goger, Karin / Tordy, Christian (2020): Social Work Case Management Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft „Case Management“ der Österreichischen Gesellschaft für Soziale Arbeit (ogsa). https://www.ogsa.at/wp-content/uploads/2020/07/OGSA-Positionspapier-Case-Management_RZ.pdf [15.01.2022].

GOV.UK (2018): Social prescribing schemes to be funded by the Health and Wellbeing Fund. <https://www.gov.uk/government/publications/social-prescribing-schemes-to-be-funded-by-the-health-and-wellbeing-fund-2018> [21.04.2021].

Haas, Sabine / Ladurner, Joy / Rojatz, Daniela / Winkler, Petra (2020): Prozesskonzept zur Etablierung von Social Prescribing in einer Primärversorgungseinheit. https://www.goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/SP_Prozesskonzept_bf.pdf [04.09.2021].

Haas, Sabine / Bobek, Julia / Braunegger-Kallinger, Gudrun / Ladurner, Joy / Winkler, Petra (2019): Social Prescribing. Factsheet. <https://jasmin.goeg.at/1411/> [13.02.2021].

Hamilton-West, Kate / Milne, Alisoun / Hotham, Sarah (2020): New horizons in supporting older people's health and wellbeing: is social prescribing a way forward? In: Age and Ageing. Nr. 3, Jg. 49, 319–326.

Hamilton-West, Kate / Gadsby, Erica / Hotham, Sarah (2019): Improving the evidence base for social prescribing. In: BMJ. Jg. 364.

Hancock, Matt (2018): Keynote Address. Paper presented at the Social prescribing: Coming of age. London: <https://www.kingsfund.org.uk/events/social-prescribing> [01.04.2021].

Hanlon, Peter / Gray, Cindy M / Chng, Nai Rui / Mercer, Stewart W (2019): Does Self-Determination Theory help explain the impact of social prescribing? A qualitative analysis of patients' experiences of the Glasgow 'Deep-End' Community Links Worker Intervention. In: Chronic Illness. Nr. 3, Jg. 17, 173-188.

Hassan, Shaima M. / Giebel, Clarissa / Morasae, Esmail Khedmati / Rotheram, Clare / Mathieson, Virginia / Ward, Daniel / Reynolds, Vicky / Price, Alan / Bristow, Katie / Kullu, Cecil (2020): Social prescribing for people with mental health needs living in disadvantaged communities: the Life Rooms model. In: BMC Health Services Research. Nr. 1, Jg. 20, 1–9.

Heijnders, Miriam / Meijs, J. (2018): 'Welzijn op Recept' (Social Prescribing): a helping hand in re-establishing social contacts – an explorative qualitative study. In: Primary Health Care Research & Development. Nr. 3, Jg. 19, 223–231.

Helmig, Bernd (2018): Definition: Dritter Sektor.
<https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/dritter-sektor-33764> [04.01.2022].

Hoffmeister, Louíse Viecili / Nunes, Mariana Fortuna / Figueiredo, Cristiano Emanuel Marta / Coelho, Andreia / Oliveira, Mariana Filipa Fraga / Massano, Paula / Ga-ma, Ana / Aguiar, Pedro / Dias, Sónia (2021): Evaluation of the Impact and Implementation of Social Prescribing in Primary Healthcare Units in Lisbon: A Mixed-Methods Study Protocol. In: International Journal of Integrated Care. Nr. 2, Jg. 21, 1-11.

Husk, Kerry / Elston, Julian / Gradinger, Felix / Callaghan, Lynne / Asthana, Sheena (2019a): Social prescribing: where is the evidence? In: British Journal of General Practice. Nr. 678, Jg. 69, 6–7.

Husk, Kerry / Blockley, Kelly / Lovell, Rebecca / Bethel, Alison / Lang, Iain / Byng, Richard / Garside, Ruth (2019b): What approaches to social prescribing work, for whom, and in what circumstances? A realist review. In: Health & Social Care in the Community. Nr. 2, Jg. 28, 309–324.

Idris, Farrah (2021): Email-Anfrage Interview: Social Prescribing [2.8.2021].

Jani, Anant / Bertotti, Marcello / Lazzari, Agnese / Drinkwater, Chris / Addarii, Filip-po / Conibear, Jon / Gray, Muir (2020): Investing resources to address social factors affecting health: the essential role of social prescribing. In: Journal of the Royal Society of Medicine. Nr. 1, Jg. 113, 24–27.

Jost, Annemarie (2013): Gesundheit und Soziale Arbeit. Ein Lehrbuch mit Beispielen aus allen Lebensphasen. 11, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Kellezi, Blerina / Wakefield, Juliet Ruth Helen / Stevenson, Clifford / McNamara, Niamh / Mair, Elizabeth / Bowe, Mhairi / Wilson, Iain / Halder, Moon Moon (2019): The social cure of social prescribing: a mixed-methods study on the benefits of social connectedness on quality and effectiveness of care provision. In: BMJ. Nr. 11, Jg. 9, 9–19.

Kilgarriff-Foster, Alexis / O’Cathain, Alicia (2015): Exploring the components and impact of social prescribing. In: Journal of Public Mental Health. Nr. 3, Jg. 14, 127–134.

Kimberlee, Richard (2013): Developing a social prescribing approach for Bristol.
<https://uwe-repository.worktribe.com/output/927254/developing-a-social-prescribing-approach-for-bristol> [12.12.2020].

Kollak, Ingrid / Schmidt, Stefan (2019): Instrumente des Care und Case Management Prozesses. 2. Auflage, Berlin: Springer.

Kuckartz, Udo (2018): Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 4. Auflage, Weinheim Basel: Beltz Juventa.

Ladurner, Joy / Braunegger-Kallinger, Gudrun / Haas, Sabine (2020): Fact Sheet Link Worker. https://www.goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/SP_Glossar_bf.pdf [10.02.2022].

Landesakademie Niederösterreich (2012): Weiterbildung NÖ SozialkoordinatorInnen - Niederösterreichische Landesakademie. <https://web.archive.org/web/20120404100233/http://www.noe-lak.at/projekte/projektetails/article/weiterbildung-noe-sozialkoordinatorinnen.html> [23.02.2022].

Landesakademie Niederösterreich (2011): Projekt-Datenbank Soziales und Generationen. https://web.archive.org/web/20111022125343/http://sozialprojekte.noe-lak.at/was_wem_wie.php [23.02.2022].

Leavell, M. A. / Leiferman, Jenn / Gascon, Mireia / Braddick, F. / Gonzalez, J. C. / Litt, Jill (2019): Nature-Based Social Prescribing in Urban Settings to Improve Social Connectedness and Mental Well-being: a Review. In: Current Environmental Health Reports. Nr. 4, Jg. 6, 297–308.

Local Government Association (2010): Just what the doctor ordered. Social prescribing – a guide for local authorities. <https://www.local.gov.uk/sites/default/files/documents/just-what-doctor-ordered--32e.pdf> [22.11.2020].

Lonsdale, Adam J / Day, Evelyn R (2020): Are the psychological benefits of choral singing unique to choirs? A comparison of six activity groups. In: Psychology of Music. Nr. 5, Jg. 49, 1179–1198.

Maiss, Maria (2010): Wege zu einer Fürsorgewissenschaft. 2, Werkausgabe, Wien: LIT-Verlag.

Maughan, Daniel L. / Patel, Alisha / Parveen, Tahmina / Braithwaite, Isobel / Cook, Jonathan / Lillywhite, Rob / Cooke, Matthew (2016): Primary-care-based social prescribing for mental health: an analysis of financial and environmental sustainability. In: Primary Health Care Research & Development. Nr. 2, Jg. 17, 114–121.

Moffatt, Suzanne / Steer, Mel / Lawson, Sarah / Penn, Linda / O'Brien, Nicola (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. Nr. 7, Jg. 7, 1–11.

Monzer, Michael (2018): Case Management Grundlagen. 2. Auflage, Heidelberg: Medhochzwei.

Morris, David / Thomas, Paul / Ridley, Julie / Webber, Martin (2020): Community-Enhanced Social Prescribing: Integrating Community in Policy and Practice. In: International Journal of Community Well-Being., 1–17.

Mulaibisevic, Izeta (2020): Social Prescribing. In: SMZ Info. Nr. Herbst/Winter 2020, 27–28.

Mulligan, Kate / Hsiung, Sonia / Bhatti, Sara / Rehel, Jason / Rayner, Jennifer (2020): Social Prescribing in Ontario: Final Report. https://cdn.ymaws.com/aohc.site-ym.com/resource/group/e0802d2e-298a-4d86-8af5-21156f9c057f/rxcommunity_final_report_mar.pdf [15.5.2021].

Mulligan, Kate / Hsiung, Sonia / Bhatti, Sara / Rayner, Jennifer (2019): Social Prescribing in Ontario: Progress Report. <https://www.allianceon.org/sites/default/files/documents/Rx-Community-Progress-Report-EN-June2019-web.pdf> [8.12.2020].

Neuffer, Manfred (2013): Case Management: Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. 5., überarbeitete Auflage., Weinheim: Beltz Juventa.

NHS (2016): Social prescribing at a glance. North West England. A scoping report of activity for the North West. <https://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/Social%20Prescribing%20at%20a%20glance.pdf> [08.03.2021].

NHS England (2019a): Social prescribing and community-based support: Summary guide. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/06/social-prescribing-summary-guide-updated-june-20.pdf> [10.02.2021].

NHS England (2019b): Welcome! An induction guide for social prescribing link workers in primary care networks. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/09/social-prescribing-link-worker-welcome-pack-web-2.pdf> [04.07.2021].

Niederösterreichische Landesakademie (2012): Unser Auftrag - Niederösterreichische Landesakademie. <https://web.archive.org/web/20120414220838/http://www.noelak.at/ueber-uns/unser-auftrag.html> [23.02.2022].

ÖGCC (2022): Richtlinien für Weiterbildungen mit dem Abschluss „zertifizierte Case Managerin (ÖGCC) / zertifizierter Case Manager (ÖGCC)“ und Richtlinien zur Erlangung des Titels „zertifizierte Case Management Ausbilderin (ÖGCC) / zertifizierter Case Management Ausbilder (ÖGCC)“. http://oegcc.at/wp-content/uploads/2022/03/%C3%96GCC-Richtlinien_J%C3%A4hner_22_final.pdf [15.02.2022].

ÖPGK (2020): GES.UND – Gesundheitskompetenz in der gemeindeorientierten Primärversorgung. https://oepgk.at/proges_gesund/ [07.02.2021].

ORF Niederösterreich (2016): Privatstiftung löst Landesakademie ab.
<https://noe.orf.at/v2/news/stories/2778442/> [23.02.2022].

Österreichische Sozialversicherung (2021): Primärversorgungseinheiten.
Detailinformation. [https://www.sv-
primaerversorgung.at/cdscontent/?contentid=10007.796754&portal=esvportal](https://www.sv-primaerversorgung.at/cdscontent/?contentid=10007.796754&portal=esvportal)
[12.02.2022].

Pescheny, Julia Vera / Pappas, Yannis / Randhawa, Gurch (2018): Facilitators and barriers of implementing and delivering social prescribing services: a systematic review. In: BMC Health Services Research. Nr. 1, Jg. 18, 86–100.

Petzold, Theodor Dierk / Bahrs, Ottomar (2018): Beiträge der Salutogenese zu Forschung, Theorie und Professionsentwicklung im Gesundheitswesen. In: Kriwy, Peter / Jungbauer-Gans, Monika (Hg.): Handbuch Gesundheitssoziologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 1–28. http://link.springer.com/10.1007/978-3-658-06477-8_5-1

Pflegeservice Burgenland GmbH (2020a): Home. Über uns. Service nahe an den Menschen. Kompetenz in der Pflege- und Serviceberatung.
<https://www.pflegeserviceburgenland.at/ueber-uns> [31.03.2022].

Pflegeservice Burgenland GmbH (2020b): Pflege Service Burgenland. Gute Betreuung ist sicher. <https://www.pflegeserviceburgenland.at/> [31.03.2022].

PflegeNetzWerk LAZARUS (o.A.): Social Prescribing: Wem und wie kann die nicht-medizinische „soziale Verschreibung“ helfen? <http://www.lazarus.at/2019/12/11/social-prescribing-wem-und-wie-kann-die-nicht-medizinische-soziale-verschreibung-helfen/>
[12.03.2022].

Polley, Marie / Bertotti, Marcello / Kimberlee, Richard / Pilkington, Karen / Refsum, Charlotte (2017): A review of the evidence assessing impact of social prescribing on healthcare demand and cost implications. [https://westminsterrese-
arch.westminster.ac.uk/down-
load/e18716e6c96cc93153baa8e757f8feb602fe99539fa281433535f89af85fb550/2975
82/review-of-evidence-assessing-impact-of-social-prescribing.pdf](https://westminsterresearch.westminster.ac.uk/download/e18716e6c96cc93153baa8e757f8feb602fe99539fa281433535f89af85fb550/297582/review-of-evidence-assessing-impact-of-social-prescribing.pdf) [01.11.2020].

Polzer, Doris / Commenda, Julia (2020): 3. Seestädter Gesundheitskonferenz.
<https://www.youtube.com/watch?v=fklymcS1Vmw> [13.03.2021].

PROGES (2021): PROGES Modellprojekt für Social Prescribing GES.UND – Erklärvideo. <https://www.youtube.com/watch?v=XvgGCV7BU7c> [06.08.2021].

PROGES (2020): Modellprojekt Kommunale Gesundheitsförderung und Primärversorgung in Haslach an der Mühl. <https://www.proges.at/haslach/> [26.06.2021].

Pryke, Rachel (2020): Exploring social prescribing options. In: InnovAiT. Nr. 9, Jg. 13, 564–566.

Redelsteiner, Christoph (2020): „Social Prescribing“ – Überweisung zur Sozialarbeit – Soziales auf Rezept? In: Sozialarbeit in Österreich. Nr. 4, Jg. 20, 32–36.

Redelsteiner, Christoph (2018): Soziale Arbeit als Gesundheitsberuf. In: Flemmich, Günter / Hais, Angelika / Schmid, Tom (Hg.): Gesundheitsberufe im Wandel. Wien: Lit Verlag, 137–150.

Rojatz, Daniela / Antosik, Jennifer / Weitzer, Jakob / Ecker, Sandra / Haas, Sabine (2021): Handbuch „Social Prescribing in der Primärversorgung“ Schritt für Schritt zur Umsetzung. https://jasmin.goeg.at/2216/1/Handbuch%20Social%20Prescribing_bf.pdf [15.04.2022].

Skivington, Kathryn / Smith, Mathew / Chng, Nai Rui / Mackenzie, Mhairi / Wyke, Sally / Mercer, Stewart W. (2018): Delivering a primary care-based social prescribing initiative: a qualitative study of the benefits and challenges. In: The British Journal of General Practice. Nr. 672, Jg. 68, 487–494.

SMZ Liebenau (2022a): Über uns. <https://www.smz.at/ueber-uns/> [24.02.2022].

SMZ Liebenau (2022b): Praxis für Allgemeinmedizin. <https://www.smz.at/praxis-fuer-allgemeinmedizin-und-psychotherapie-copy/> [26.02.2022].

SMZ Liebenau (2022c): BandCafe. <https://www.smz.at/event/bandcafe/> [26.02.2022].

SMZ Liebenau (2022d): Nachbarschaftszentrum am Grünanger. <https://www.smz.at/nachbarschaftszentren/nachbarschaftszentrum-am-grunanger/> [26.02.2022].

SMZ Liebenau (2022e): Gesundheitsförderung und Prävention. <https://www.smz.at/gesundheit/> [26.02.2022].

SMZ Liebenau (2022f): SMZ und Nachbarschaftszentrum Jakomini. <https://www.smz.at/nachbarschaftszentren/sMZ-stadtteilzentrum-jakomini/> [26.02.2022].

Springer, Gudrun (2021): Soziale Lösung auf Rezept. Der Standard. <https://www.pressreader.com/austria/der-standard/20210813/281629603335191> [21.4.2021].

Statistik Austria (2020): Bevölkerungspyramide Österreich 1952-2100 – Prognose. http://www.statistik.at/web_de/downloads/webkarto/bev_prog_nose_neu/#!y=2049&a=65,100&o=2019&q [12.03.2021].

Statistik Austria (2019): Bevölkerung am 31.10.2019 nach Ortschaften. https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/volkszaehlungen_registerzaehlungen_abgestimmte_erwerbsstatistik/index.html [07.10.2021].

Strozer, Lisa (2020): Das SMZ-Hilfs-Netzwerk. In: SMZ Info. Nr. Herbst/Winter 2020, 51–52.

The King's Fund (2020): What is social prescribing? <https://www.kingsfund.org.uk/publications/social-prescribing> [12.12.2020]

The Social Prescribing Network (2021): Sustaining and growing the International Social Prescribing movement. In: Online-Konferenz. <https://www.socialprescribingnetwork.com/conference> [26.3.21].

Thomson, LJ / Morse, N / Elsdon, E / Chatterjee, HJ (2020): Art, nature and mental health: assessing the biopsychosocial effects of a 'creative green prescription' museum programme involving horticulture, artmaking and collections. In: Perspectives in Public Health. Nr. 5, Jg. 140, 277–285.

Tower Hamlets Council (2018): Population Projections for Tower Hamlets (March 2018). https://www.towerhamlets.gov.uk/ignl/community_and_living/borough_statistics/population.aspx [08.10.2021].

Tower Hamlets Together (o.A.): Tower Hamlets Together – Delivering better Health through Partnership. <https://www.towerhamletstogether.com/> [26.06.2021].

Träupmann, Johannes (2013): Case Management in der Sozialen Arbeit Ein Fall für die Jugendwohlfahrt in der Steiermark? Masterarbeit, Karl-Franzens-Universität Graz

University of York: Centre for Reviews and Dissemination (2015): Evidence to inform the commissioning of social prescribing. https://www.york.ac.uk/media/crd/Ev%20briefing_social_prescribing.pdf [28.03.2021].

Wakefield, Juliet Ruth Helen / Kellezi, Blerina / Stevenson, Clifford / McNamara, Niamh / Bowe, Mhairi / Wilson, Iain / Halder, Moon Moon / Mair, Elizabeth (2020): Social Prescribing as 'Social Cure': A longitudinal study of the health benefits of social connectedness within a Social Prescribing pathway. In: Journal of Health Psychology. Nr. 2, Jg. 27, 386-396.

Whitelaw, Sandy / Thirlwall, Claire / Morrison, Amy / Osborne, Jill / Tattum, Lisa / Walker, Sharon (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: Primary Health Care Research & Development. Nr. 2, Jg. 18, 112–121.

Wildman, Josephine M. / Moffatt, Suzanne / Steer, Mel / Laing, Kirsty / Penn, Linda / O'Brien, Nicola (2019): Service-users' perspectives of link worker social prescribing: a qualitative follow-up study. In: BMC Public Health. Nr. 1, Jg. 19, 1–12.

Wolf, Sarah (2017): "Social Prescribing": eine Möglichkeit medizinische und soziale Leistungen zu integrieren. <https://aihta.at/page/social-prescribing-eine-moeglichkeit-medizinische-und-soziale-leistungen-zu-integrieren/de> [12.12.2020].

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. Nr. 1, Jg. 18, 1–12.

Daten

Interview 1: Gierlinger, Peter (20.08.2021): Interview mit Julia Commenda (JC) – Link Workerin im Gesundheitsbüro Haslach. Absätze durchgehend nummeriert.

Interview 2: Gierlinger, Peter (02.09.2021): Interview mit Fadumo Geire (FG) – Link Workerin im Rexdale CHC. Absätze durchgehend nummeriert.

Interview 3: Gierlinger, Peter (10.08.2021): Interview mit Farrah Idris (FI) – Link Workerin in Tower Hamlets. Absätze durchgehend nummeriert.

Interview 4: Zeilinger, Jacqueline (27.07.2021): Interview mit einer Person aus dem Gesundheitsnetzwerk Raabtal (I-1) – Person auf eigenen Wunsch anonymisiert. Absätze durchgehend nummeriert.

Interview 5: Zeilinger, Jacqueline (02.08.2021): Interview mit Beatrix Hofer (I-2) – Seelsorgerin Landeskrankenhaus Amstetten. Absätze durchgehend nummeriert.

Interview 6: Zeilinger, Jacqueline (10.08.2021): Interview mit Diana Holler (I-3) – Sozialarbeiterin SMZ Liebenau. Absätze durchgehend nummeriert.

Interview 7: Zeilinger, Jacqueline (25.08.2021): Interview mit Maria Bichl (I-4) – Sozialarbeiterin im Landeskrankenhaus Amstetten. Absätze durchgehend nummeriert.

Interview 8: Zeilinger, Jacqueline (13.12.2021): Interview mit einer Person der Pflege- und Sozialberatung Burgenland – Person auf eigenen Wunsch anonymisiert (II-1) – Absätze durchgehend nummeriert.

Interview 9: Zeilinger, Jacqueline (14.12.2021): Interview mit Sandra Juris (II-2) – Sozialarbeiterin beim Roten Kreuz Niederösterreich. Absätze durchgehend nummeriert.

Interview 10: Zeilinger, Jacqueline (21.12.2021): Interview mit einer Person der Pflege- und Sozialberatung Burgenland – Person auf eigenen Wunsch anonymisiert (II-3) – Absätze durchgehend nummeriert.

Interview 11: Izic, Edin (12.01.2022) Interview mit Karin Goger (I5) – Case Managerin, Dozentin der FH-St. Pölten, Ausbilderin für Case Management. Absätze durchgehend nummeriert.

Interview 12: Izic, Edin (17.01.2022) Interview mit Monika Wild (I6) – Stellvertretende Obfrau der Österreichischen Gesellschaft für Care- und Case Management. Absätze durchgehend nummeriert.

Interview 13: Izic, Edin (26.01.2022): Interview mit einer Person der Pflege- und Sozialberatung Burgenland – Person auf eigenen Wunsch anonymisiert (I-7). Absätze durchgehend nummeriert.

Abkürzungen

CM	=	Case Management
GÖG	=	Gesundheit Österreich GmbH
LW	=	Link Worker:innen
NHS	=	National Health Service
NPO	=	Non-Profit-Organisation
NÖ	=	Niederösterreich
PV	=	Primärversorgung
PVE	=	Primärversorgungseinheit(en)
PVZ	=	Primärversorgungszentrum, -zentren
SMZ	=	Sozialmedizinisches Zentrum
SP	=	Social Prescribing

Glossar

Case Management

Beim Case Management handelt es sich um eine Methode, sowie ein Handlungskonzept für die Arbeit mit Personen in komplexen, zeitlich andauernden Multiproblemlagen. Es dient zur Sicherstellung von abgestimmten, einrichtungsübergreifenden, passgenauen Unterstützungsleistungen, welche gemeinsam mit den Nutzer:innen auf ihre aktuelle Situation bzw. Problemlage zugeschnitten werden. Für eine Umsetzung des Case Managements, bedarf es vonseiten der Case-Management-Organisation entsprechender Strukturen und Prozesse, die eine Orientierung an der Logik des Falls erlauben und unterstützen. Das Case Management Verfahren folgt auf Fallebene einem Prozessablauf, gründet auf spezifischen Prinzipien und hat die Aufgabe, eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen (vgl. Goger / Tordy 2020:5). Es versucht, Klient:innen zu befähigen Unterstützungsleistungen weitestmöglich selbstständig zu nutzen und dabei so wenig wie möglich in ihre Lebenswelt einzugreifen. Case Management übernimmt die Fall- und Systemsteuerung, bindet personelle und institutionelle Netzwerkarbeit ein und beteiligt sich am Aufbau eines professionellen und nicht professionellen Unterstützungssystems (vgl. Neuffer 2013:22).

3. Sektor

3. Sektor meint Organisationen, die weder dem Pol „Markt“ noch „Staat“ zugeordnet werden können. Das Handeln ist charakterisiert durch die Regulationsmechanismen Vorsorge, Fürsorge, Vertrag und Solidarität. Der Begriff wird weitgehend mit dem des „Nonprofit-Sektors“ verwendet (vgl. Helmig 2018). Der 3. Sektor kann auch lokale Akteur:innen umfassen.

Gesundheit

Es gibt für Gesundheit verschiedene Definitionen. Für diese Arbeit im Kontext der Sozialen Arbeit wird vor allem diese Definition aus dem Bereich Public Health zugrunde gelegt: "Gesundheit ist eine Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlregulierung, durch die ein positives seelisches und körperliches Befinden - insbesondere ein positives Selbstwertgefühl - und ein unterstützendes Netzwerk sozialer Beziehungen erhalten oder wieder hergestellt wird" (Badura / Hehlmann 2003:13).

Gesundheitsdeterminanten	Das sind Faktoren, die die Gesundheit einer Bevölkerung beeinflussen. Diese werden in fünf Gruppen zusammengefasst: Alter/Geschlecht/Erbanlagen, individuelle Lebensweise, soziale und kommunale Netzwerke, Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt (vgl. Fonds Gesundes Österreich o.A.).
Link Worker:in	Ein:e Link Worker:in ist eine spezialisierte Fachkraft, welche nach Absprache mit dem:der jeweiligen Klienten:in/Patienten:in/Nutzer:in Unterstützung leistet. Link Worker:innen nehmen eine Lots:innenfunktion ein, indem sie Service-Nutzer:innen bei der Identifizierung der Ziele helfen, bei der Motivationshilfe zur Seite stehen und einen Zugang zu lokalen Unterstützungsquellen im 3. Sektor sicherstellen. Die personalisierten Maßnahmen und Aktivitäten sollen die Gesundheit und das Wohlbefinden der jeweiligen Person verbessern (vgl. Gesundheit Österreich GmbH 2019).
Primärversorgung (engl. Primary Health Care)	"Die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit [...] [gesundheitsbezogenen Anliegen] im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung." (G-ZG § 3 Z 9) "Ziel ist es, die Gesundheit zu fördern und die Prävention zu stärken, sowie eine qualitativ hochwertige und effiziente Krankenbehandlung sicherzustellen" (BMSGPK 2022).
Primärversorgungseinheit	Laut dem Primärversorgungsgesetz (PrimVG) 2017 handelt es sich bei einer Primärversorgungseinheit (PVE) um „(1) [...] eine durch verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit gemäß dem Versorgungskonzept (§ 6) nach außen, vor allem gegenüber der Bevölkerung im Einzugsgebiet, als Einheit auftretende Erstanlaufstelle im Gesundheitsversorgungssystem und hat als solche Angebote zur Förderung von Gesundheit und Prävention vor Krankheiten und für eine umfassende Behandlung von Akuterkrankungen und chronischen Erkrankungen zur Verfügung zu stellen sowie die für eine gesamtheitliche und kontinuierliche Gesundheitsvorsorge und Krankenversorgung erforderlichen Maßnahmen zu koordinieren. (2) Die Primärversorgungseinheit hat jedenfalls aus einem Kernteam, das sich aus Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin und Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zusammensetzt, zu bestehen. Orts- und bedarfsabhängig sollen Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde Teil des Kernteams sein. (3) Orts- und bedarfsabhängig sind weitere

Angehörige von Gesundheits- und Sozialberufen und Einrichtungen, in denen solche Personen beschäftigt werden, von der Primärversorgungseinheit verbindlich und strukturiert einzubinden. Als solche kommen insbesondere Hebammen, Psychologinnen und Psychologen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflege, die im Medizinische Assistenzberufe-Gesetz und im Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz geregelten Berufe und die gehobenen medizinisch-technischen Dienste in Betracht sowie gegebenenfalls die Kooperation mit öffentlichen Apotheken“ (§ 2 PrimVG (1-3)). Dementsprechend integrieren PVEs neben medizinischen auch psychosoziale Gesundheitsmaßnahmen. Durch eine mehrdimensionale Herangehensweise werden individuelle gesundheitsrelevante Bedürfnisse, wie sie etwa bereits die Sozialarbeitspioniering Ilse Arlt vor rund 60 Jahren im Rahmen ihrer Bedürfnistheorie postulierte (vgl. Arlt 1958:62), berücksichtigt.

Primärversorgungszentrum vs. Primärversorgungnetzwerk

PVEs können entweder als Primärversorgungszentrum (PVZ) organisiert sein oder als Primärversorgungnetzwerk (PVN). In einem PVZ arbeiten Mediziner:innen und andere Berufsgruppen unter einem Dach zusammen, während in einem PVN mehrere Ordinationen, beispielsweise über einen Verein, miteinander verbunden sind (vgl. Österreichische Sozialversicherung 2021)

Salutogenese

Der Gesundheitssoziologe Aaron Antonovsky prägte den Begriff der Salutogenese. Im Vergleich zur Pathogenese, welche Krankheit als Normabweichung von Gesundheit versteht, fokussiert eine salutogenetische Sichtweise auf die Entstehung, den Prozess und die Erhaltung von Gesundheit. Gesundheit und Krankheit sind demnach als Kontinuum zu sehen. Einem intakten Kohärenzgefühl kommt nach diesem Verständnis eine zentrale Bedeutung zu (vgl. Antonovsky 1980; Petzold / Bahrs 2018)

Social Prescribing

Social Prescribing (SP) ermöglicht es medizinischem Fachpersonal Patient:innen an sogenannte Link Worker:innen zu verweisen. Diese nehmen Bedürfnisse und Ressourcen der Patient:innen ganzheitlich wahr und bieten individuelle Unterstützung. Durch Anbindung an lokale, nicht-medizinische Angebote werden Gesundheit sowie Wohlbefinden gefördert und Menschen befähigt, mehr Kontrolle über ihre eigene Gesundheit zu erlangen (vgl. The King's Fund 2020).

„Soziale Arbeit ist eine praxisbasierte Profession und akademische Disziplin, die sozialen Wandel, Entwicklung, sozialen Zusammenhalt, Empowerment und die Freiheit von Menschen fördert. Soziale Gerechtigkeit, Menschenrechte, gemeinsame Verantwortlichkeit und Respekt für Diversität sind zentrale Prinzipien der Sozialen Arbeit. Gestützt von Theorien der Sozialen Arbeit, Sozialwissenschaften, Geisteswissenschaften und indigenem (lokalem) Wissen beteiligt Soziale Arbeit Menschen und Strukturen, um Herausforderungen des Lebens zu adressieren und Wohlbefinden zu steigern. Professionelle Soziale Arbeit in ihren verschiedenen Formen richtet sich an die vielfältigen und komplexen Beziehungen zwischen Menschen und ihrer Umwelt. Die Aufgabe ist es, Menschen zu befähigen ihre gesamten Möglichkeiten zu entwickeln, ihr Leben zu bereichern und Dysfunktionen vorzubeugen" (Redelsteiner 2018:138f) bzw. zu beseitigen.

Abbildungen

Abbildung 1: Vorgehensweise „SP – ein internationaler Vergleich“ (Gierlinger 2022) .	14
Abbildung 2: Literaturrecherche, in Anlehnung an Bayer et. al 2019 (Zeilinger 2022) .	16
Abbildung 3: Ablaufschema einer qualitativen Inhaltsanalyse in Anlehnung an Kuckartz (Gierlinger 2022)	19
Abbildung 4: Ausbaustufen zur Implementierung von SP (Gierlinger 2022).....	32
Abbildung 5: Pfad einer sozialen Verschreibung, mit freundlicher Genehmigung von PROGES (2021).....	38
Abbildung 6: Wirkungskreislauf zur Finanzierung von SP (Gierlinger 2022)	65
Abbildung 7: Datenerhebungsprozess (Zeilinger 2021)	67
Abbildung 8: Ablauf Social Prescribing in Anlehnung an Gesundheit Österreich GmbH 2019 (Zeilinger 2021)	72
Abbildung 9: Die Social Prescribing Checkliste - Version 1 (Zeilinger 2022).....	75
Abbildung 10: Suchmaske Soziale Landkarte NÖ; Screenshot der Website (Landesakademie Niederösterreich 2011).....	78
Abbildung 11: Die Social Prescribing Checkliste - Sozialkoordination NÖ (Zeilinger 2022).....	79
Abbildung 12: Auszug Vernetzungslandkarte SMZ Jakomini (Zeilinger 2022)	82
Abbildung 13: Die Social Prescribing Checkliste - SMZ Liebenau (Zeilinger 2022).....	83
Abbildung 14: Auszug Vernetzungslandkarte Sozialbegleitung (Zeilinger 2022).....	87
Abbildung 15: Die Social Prescribing Checkliste – Sozialbegleitung (Zeilinger 2022) .	88
Abbildung 16: Auszug Vernetzungslandkarte Pflege- und Sozialberatung Burgenland (Zeilinger 2022)	92
Abbildung 17: Die Social Prescribing Checkliste - Pflege- und Sozialberatung Burgenland (Zeilinger 2022)	94

Abbildung 18: Die Social Prescribing Checkliste - Version 2 (Zeilinger 2022).....	98
Abbildung 19: Dimensionen des CM, Anlehnung an Goger & Tordy (2020)	109
Abbildung 20: Darstellung der Advocacy-Funktion im Case Management in Anlehnung an Ewers 1996	111
Abbildung 21: Darstellung der Broker-Funktion im Case Management in Anlehnung an Ewers 1996	113
Abbildung 22: Darstellung der Gatekeeper-Funktion im Case Management in Anlehnung an Ewers 1996	114
Abbildung 23: Darstellung der Social Support-Funktion im Case Management in Anlehnung an Monzer 2018	115

Tabellen

Tabelle 1: erwartete Wirkung von SP auf Nutzer:innen- bzw. Systemebene (Gierlinger 2022).....	21
Tabelle 2: Übersicht zur Wirkung von Social Prescribing (Gierlinger 2022)	25
Tabelle 3: Kategoriensystem zur Beurteilung der internationalen Ausbreitung von SP (Gierlinger 2022)	27
Tabelle 4: kategorienbasierte Gegenüberstellung der ausgewählten Projekte (Gierlinger 2022)	41
Tabelle 5: Zusammenfassung der Ergebnisse zu Kategorie 1 (Gierlinger 2022)	47
Tabelle 6: Zusammenfassung der Ergebnisse zu Kategorie 2 (Gierlinger 2022)	49
Tabelle 7: Zusammenfassung der Ergebnisse zu Kategorie 3 (Gierlinger 2022)	52
Tabelle 8: Zusammenfassung der Ergebnisse zu Kategorie 4 (Gierlinger 2022)	54
Tabelle 9: Zusammenfassung der Ergebnisse zu Kategorie 5 (Gierlinger 2022)	58
Tabelle 10: Beschreibung Sample (Zeilinger 2021)	68
Tabelle 11 Ergebnisse zu relevanten Faktoren des CM (Izic 2022)	123
Tabelle 12 Ergebnisse zu relevanten Fakten des Link Working (Izic 2022)	127
Tabelle 13 Ergebnisse zu Überschneidung zwischen Case Management und Link Working (Izic 2022)	129

Anhang

Anhang A: Leitfaden für Expert:inneninterviews mit Link Worker:innen – Gierlinger 2022

1. Zugang der Nutzer:innen zum Projekt:

- Wie wird die Bevölkerung auf Angebote des Gesundheitsbüros aufmerksam gemacht?
- Welche Personengruppen konnten bisher nur schwer erreicht werden?
- Gibt es Faktoren oder Gründe, welche potenzielle Nutzer*innen von Angeboten des Gesundheitsbüros ausschließen?
- Wie kommen potenzielle Nutzer*innen zu dir ins Gesundheitsbüro?
Optional: wird der Großteil der Nutzer*innen überwiesen oder kommen die meisten auf Eigeninitiative?

2. Zusammenarbeit mit der PV:

- Welche Professionen sind im angebundenen Primärversorgungszentrum tätig?
- Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit diesen Professionen?
- Wie sehr nutzen deiner Erfahrung nach diese Professionen die Möglichkeit, Patient*innen mit nichtmedizinischen Bedürfnissen zu dir zu verweisen?
- Wie werden Patient*innen mit nicht medizinischen Bedürfnissen zu dir verwiesen?
- Welche Professionen verweisen am häufigsten Patient*innen zu dir ins Gesundheitsbüro?

3. Nutzer:innen in den Projekten:

- Wie schätzt du aufgrund der bisherigen Laufzeit des Projekts die Nutzung der Angebote des Gesundheitsbüros durch die Bevölkerung ein? (werden die Angebote entsprechend wahrgenommen bzw. genutzt?)
- Wie häufig kommen Nutzer*innen in der Regel zu dir, bevor du sie an weiterführende Angebote verweist?
- Wie merkst du, dass Nutzer*innen deine Unterstützung nicht mehr benötigen?
- Welche Personengruppen denkst du können am meisten von Social Prescribing und Angeboten des Gesundheitsbüros profitieren?
- Fällt dir eine Person ein, welche von Angeboten des Gesundheitsbüros besonders profitiert hat?

4. Arbeitsweise von Link Worker:innen:

- Angenommen, ein*e potenzielle Nutzer*in kommt zum ersten Mal zu dir ins Gesundheitsbüro: Wie läuft ein Erstgespräch mit dieser Person ab?
- Wie gehst du vor, um die Bedürfnisse der Nutzer*innen zu erkennen?
- Wie gelingt es dir in weiterer Folge, potenzielle Nutzer*innen zu motivieren, Angebote des Gesundheitsbüros oder andere lokale Angebote in Anspruch zu nehmen?
- Angenommen ein*e Nutzer*in wurde zu einem weiterführenden Angebot verwiesen: Wie kann es deiner Erfahrung nach gelingen, Nutzer*innen längerfristig zur Nutzung dieser Angebote zu motivieren?
- Wie vernetzt du dich mit Netzwerkpartner*innen und lokalen Angeboten bzw. wie arbeitest du mit diesen zusammen?

5. Umsetzung und Ausweitung von SP:

- Was sind deiner Einschätzung nach erfolgskritische Faktoren für die Umsetzung von Social Prescribing?
- Welche Fehler sollten zukünftig bei der Umsetzung von SP-Projekten vermieden werden?
- Wie kann es deiner Einschätzung nach gelingen, das Konzept Social Prescribing in Österreich auszuweiten?

Anhang B: Im Zuge des internationalen Vergleichs erfasste SP-Projekte – Gierlinger 2022

Bezeichnung des Projekts	Kurzbeschreibung
1. Rx:Community	SP in Ontario, Kanada (Mulligan et al. 2020)
2. Tower Hamlets Together	SP in London, England (Ferguson / Hogarth 2018)
3. Proges Gesundheitsbüro	SP in Haslach, Österreich (PROGES 2021)
4. Community Navigation Brighton & Hove	Link Worker:innen beraten im PV-Kontext und unterstützen Patient:innen mit dem Ziel, Gesundheit u. Wohlbefinden zu verbessern (Farenden et al. 2015)
5. 'Deep End' Link Workers	SP in Gegenden Schottlands mit niedrigem sozioökonomischen Status, Versuch, diesen Ungleichheiten entgegenzuwirken (Hanlon et al. 2019)
6. Link Workers Programm	SP in sozioökonomisch schwächeren Gegenden Schottlands (Skivington et al. 2018)
7. Ways to Wellness:	SP-Projekt im Westen Newcastles (7-jähriges Projekt) (Jani et al. 2020)
8. Welzijn op Recept	Wohlbefinden auf Rezept in den Niederlanden (Heijnders / Meijs 2018)
9. Social Prescribing for Individuals Living with Mental Illness	SP Pilotprojekt in Sydney, Australien, zielt auf Unterstützung von psychisch erkrankten ab (Aggar et al. 2020)
10. Rotherham SP Mental Health Pilot	SP in Rotherham, England, zielt auf Unterstützung von Menschen mit psychischen Problemen ab. Verweist zu lokalen Angeboten und entwickelte Peer-Aktivitäten. (Dayson / Bennett 2016)
11. Leg Club - model of care	Projekt in England, SP light, zielen speziell auf Personen mit Beingeschwüren ab (Foster, D. 2018)
12. Life Rooms	Projekt des Mersey Care NHS, SP in Liverpool und Umgebung, England (Hassan et al. 2020)
13. Developing Health & Independence (DHI)	Wellbeing Project at The Orchard Medical Centre. Kingswood, England: PV-Kontext, Holistic-model (Kimberlee 2013)
14. Positive Minds	Hartcliffe Health and Environment Action Group. Hartcliffe, England: holistic-model, unterstützt isolierte, vereinsamte bzw. von Angst betroffene Menschen (ebd.)
15. New Routes	Keynsham, England: PV-Kontext, Holistic-model, unterstützt chronisch erkrankte Menschen (ebd.)

16. Pathways to Health	In Bristol, England, holistic-model, arbeitet mit Menschen in schlechter körperlicher sowie psychischer Verfassung oder ernährungsbedingten Gesundheitsrisiken (ebd.)
17. Branching Out	Wellspring Healthy Living Centre in Bristol, PV-Kontext, das Projekt arbeitet mit einer der am stärksten benachteiligten Communities in England zusammen. Viele der Nutzer:innen haben auch eine Migrationshintergrund (ebd.)
18. Baixa and Almirante Family Health Units	SP in Portugal, PV-kontext, erstes SP-Projekt in Portugal, zielt u.a. darauf ab, die Evidenzbasis zu stärken. (Hoffmeister et al. 2021)
19. Link Worker SP in Newcastle	Projekt in Newcastle, England, in einem sozioökonomisch schwachen Stadtteil
20. Green Dreams	Projekt in East Lancashire, SP mit starkem Bezug zur Natur (vgl. Wolf 2017)
21. JogScotland	SP light, Projekt in Schottland, Jogscotland bietet Gruppen zum gemeinsamen Joggen an (Carstairs et al. 2020)
22. SP in 4 Clusters of Luton	Luton, England, Clinical Commissioning Group, holistic, PV-Kontext (Pescheny et al. 2018)
23. Healthy Connections Stewartry	SP in Stewartry, England, PV-Kontext, ländliche Gegend, geringe Bevölkerungsdichte, relativ hohen Level an Vereinsamung(Whitelaw et al. 2017)
24. Social prescription hub	SP im Forest of Dean District Council, England (vgl. Local Government Association 2010:6ff)
25. Age UK Sunderland	SP in Sunderland, England, Unterstützung für ältere Menschen (vgl. GOV.UK 2018)
26. Brighton and Hove Impetus	SP in Brighton & Hove, England, Unterstützung für Menschen, welche aufgrund Ungleichheiten besonderen Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind (insbesondere ethnische Minderheiten) (vgl. ebd.)
27. Charlton Athletic Community Trust	SP in Greenwich, London – Fokussiert auf sogenannte Dauerpatient:innen. Ziel ist es, die Menschen zu befähigen, ihre Gesundheit besser zu managen (vgl. ebd.)
28. Citizens Advice North Oxfordshire and South Northamptonshire	Fokussiert auf einsame bzw. isolierte Menschen mit chronischen Erkrankungen (vgl. ebd.)
29. Citizens Advice Waltham Forest	SP in London, Zielt darauf ab, Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung entgegenzuwirken und vermittelt zu Angeboten im 3. Sektor (vgl. ebd.)
30. Citizen's Advice Bureau Wirral	PV-Kontext, Link Worker:innen verweisen zu lokalen Angeboten, versucht Bevölkerung im Einzugsgebiet zu unterstützen (vgl. ebd.)

31. Dudley Council for Voluntary Service	Unterstützung für besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen (vgl. ebd.)
32. Health Exchange Birmingham	SP in Birmingham, London – bietet Zugang zu SP für bis zu 400.000 Personen (vgl. ebd.)
33. Imago Community in Dartford und Gravesham	Projekt in England, PV- sowie Spitalskontext. Zielt darauf ab, Personen mit multiplen Erkrankungen bzw. Problemen zu unterstützen (vgl. ebd.)
34. Involve Kent	SP in Kent, England, zielt neben der Unterstützung der Patient:innen im PV-Kontext darauf ab, die Evidenzbasis zu SP zu stärken (vgl. ebd.)
35. Mental Health Concern	SP in Newcastle, England, bietet Aktivitäten zur Gesundheitsförderung, Hauptzielgruppe: Menschen mit chronischen Erkrankungen und Niedergeschlagenheit bzw. Depression (vgl. ebd.)
36. Nova Wakefield District	SP in Wakefield, England, Zielt darauf ab, junge Erwachsene mit psychischen Problemen zu unterstützen (vgl. ebd.)
37. People Potential Possibilities (P3)	SP in Milton Keynes, England, zielt darauf ab, die Arbeitsbelastung von GPs zu reduzieren, indem Patient:innen zu lokalen Gruppenangeboten bzw. Aktivitäten vermittelt werden (vgl. ebd.)
38. Redbridge Council for Voluntary Service in London	SP im PV-Kontext. Hauptzielgruppe: Personen mit psychischen Problemen, Menschen die isoliert sind oder Typ 2 Diabetiker:innen (vgl. ebd.)
39. South Liverpool Citizen's Advice Bureau	SP in Liverpool, England, Unterstützt Menschen mit Langzeiterkrankungen, psychischen Problemen in sozialen Notlagen, holistic-model (vgl. ebd.)
40. South Yorkshire Housing Association	SP in Barnsley, England – zielt darauf ab, Dauerpatient:innen zu unterstützen und Überweisungen ins Krankenhaus zu verhindern.(vgl. ebd.)
41. StreetGames	in Sheffield, Southampton, Luton und Brighton and Hove, England, unterstützt Personen, welche Schwierigkeiten haben, Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen zu erhalten bzw. welche am stärksten von Benachteiligung und Ungleichheiten betroffen sind (vgl. ebd.)

42. The YOU Trust	SP in Portsmouth, England, zielt darauf ab, sozial isolierte bzw. einsame Menschen zu unterstützen und strebt an, die Dauerbesuche durch Patient:innen in der PVzu reduzieren (vgl. ebd.)
43. Voluntary Support North Surrey	England, zielt darauf ab, chronisch erkrankte bzw. besonders vulnerable Menschen zu unterstützen und Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung entgegen zu wirken (vgl. ebd.)
44. Volunteer Cornwall	SP in Cornwall, England, versucht verstärkt Freiwillige einzubinden, Peers unterstützen Nutzer:innen des Projekts beim Zugang zu Aktivitäten und bei der Entwicklung neuer Aktivitäten (vgl. ebd.)
45. Witton Lodge Community Association	SP in besonders benachteiligten Stadtteilen Birmingham, England, Versuch Ungleichheiten entgegenzuwirken, indem gesundheitsfördernde Angebote geschaffen werden (vgl. ebd.)
46. Wolseley Community and Economic Trust in Plymouth	Plymouth, England, Projekt deckt besonders benachteiligte Gebiete ab und soll die gesundheitliche Benachteiligung durch bedarfsgerechte Angebote verringern (vgl. ebd.)
47. Wolverhampton Voluntary Sector Council.	SP in Wolverhampton, England, große Teile der Bevölkerung ist mit Armut konfrontiert und sieht sich vergleichsweise schlechter gesundheitlicher Versorgung gegenüber. Das Projekt zielt darauf ab, diesen Ungleichheiten entgegen zu wirken (vgl. ebd.)

Anhang C: Tabelle, welche die Ergebnisse aus den Interviews mit den Link Worker:innen gesammelt darstellt – Gierlinger 2022

Hauptkategorie	Subkategorie	Beschreibung	Ergebnisse
K1: Zugang der Nutzer:innen zu den Projekten	Bewerbung des Projekts	Bewerbung der Angebote durch Umsetzer:innen	<ul style="list-style-type: none"> • Simultan, auf mehreren Kanälen • Sensibilisierung des PV-Teams • Verteilen von Infomaterial in Bevölkerung bzw. PV • Vernetzungstreffen & aktivierende Veranstaltungen • Mündliche Weitergabe durch Nutzer:innen • Werbung in soziale Medien, Homepages der PV, Berichte in regionalen Zeitungen
	Schwer erreichbare Zielgruppen	Zielgruppen, welche durch die Projekte bisher nur schwer erreicht werden konnten	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder und Jugendliche • Menschen ohne Internetzugang • Menschen mit Mobilitätseinschränkungen bzw. Migrationshintergrund • Psychisch Erkrankte • Pflegende Angehörige • Menschen ohne festen Wohnsitz
	Exklusionsgründe / Barrieren	Gründe, welche potenzielle Nutzer:innen von Teilnahme ausschließen	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme aus zeitlichen Gründen nicht möglich • Angebote zu weit weg oder schwer erreichbar • Situation erfordert andere Unterstützung (z.B. akute Krise) • Starker Alkohol bzw. Drogeneinfluss
	Zugangskontext	Wie Nutzer:innen zu den Projekten kommen	<p>Drei wesentliche Möglichkeiten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Professionen der PV verweisen 2. Lokale Akteur:innen überweisen 3. Selbstzuweisungen
K2: Zusammenarbeit mit der PV	Professionen der angebundenen PV	Welche Fachkräfte der PV sind im Projekt involviert	<p>Multiprofessionelle Teams:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ärzt:innen, Ordinationsassistent:innen und Krankenpfleger:innen als Kernteam - je nach Bedarf zusätzliche Gesundheits- und Sozialberufe
	Interprofessionelle Zusammenarbeit	Möglichkeiten und Vorteile der interprofessionellen Zusammenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßige interprofessionelle Fallbesprechungen • Bei Bedarf zusätzlicher mündlicher bzw. schriftlicher Austausch • Möglichkeit Fallbesprechungen bzw. -konferenzen einzuberufen • SP stärkt int. professionelle Zusammenarbeit, diese ist wesentlich für Verbesserung des Wohls der Nutzer:innen • Direkte Verbindung zur PV als wesentlicher Vorteil
	Social Prescribing Prozess	Ablauf von SP in den Projekten	<p>Professionen verweisen bei nicht med./therap. Bedürfnissen auf 3 unterschiedliche Arten zu LW³³,</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Standardisierter Prozess, internes Computerprogramm, Überweisungsgrund + Kontaktdaten werden übermittelt, LW nimmt Kontakt mit Nutzer:innen auf 5. Mitgabe von Infomaterialien und Kontaktdaten, Nutzer:innen melden sich bei LW 6. Persönliche Begleitung zu LW durch Fachkraft <p>1. Unterschied, ob Büro der LW innerhalb oder außerhalb der PV angesiedelt ist</p>

³³ Link Worker:innen

	Häufigkeit von Verweisungen	Wie häufig involvierte Fachkräfte die Möglichkeit nutzen, Patient:innen zu verweisen	<ul style="list-style-type: none"> • Sowohl steigende als auch sinkende Zuweisungszahlen • Verstärkte Sensibilisierung des PV-Teams bzw. funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit führt zu vermehrten Zuweisungen • Covid-19 reduzierte Zuweisungen merklich • Häufigkeit der Zuweisungen abhängig von lokalen Bedingungen und tatsächlichem Bedarf der Bevölkerung
K3: Nutzer:innen in den Projekten	Inanspruchnahme von SP	Inanspruchnahme der Projekte durch Nutzer:innen	<ul style="list-style-type: none"> • SP & Angebote gut ausgelastet • In Pandemiezeiten: Link Worker:innen unterstützten vulnerable Gruppe • COVID-19 wirkt sich negativ auf Inanspruchnahme von Gruppenangeboten aus und verhindert Festigung von Teilnahmen • Von lokalen Bedürfnissen der Bevölkerung abhängig
	Zielgruppe	Personengruppen, welche besonders von SP profitieren	<p>Jede:r kann von SP profitieren. Insbesondere jedoch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sozial isolierte Menschen • Psychisch belastete Menschen • Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status (z.B. mit finanziellen Problemen oder Wohnraumproblemen) • Neuankommende Personen (z.B. Menschen mit Fluchterfahrung oder Umziehende)
	Wirkung auf Nutzer:innen	Wirkungen von SP- Projekten auf Nutzer:innen	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung physischer & psychischer Gesundheit durch Gefühl, sozial & psychisch gestützt zu werden • SP beugt sozialer Isolation und Einsamkeit vor bzw. wirkt diesen entgegen, soziales Netz wird gestärkt sowie erweitert • Steigerung der Problemlösungskompetenzen • Wiederfinden bzw. Entdecken von Tätigkeiten, die erfüllen sowie glücklich machen • Gesteigerte(s) Anerkennung, Wertschätzung bzw. Selbstwertgefühl
K4: Arbeitsweise von Link Worker:innen	Erstgespräch	Ablauf eines Erstgesprächs mit potenziellen Nutzer:innen	<p>Sowohl strukturiert als auch unstrukturiert, Folgende „Bereiche“ finden Berücksichtigung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soziales und psychisches Wohlbefinden • Sorgen und Belastungen • Gesundheit und Lebensstil • Beschäftigung und Arbeit • Wohnen • Vorstellungen, Wünsche und Interessen • Ressourcen <p>Kein chronologisches „Abfragen“, Fokussierung auf bestimmte Themen, je nach Gesprächsverlauf</p>
	Motivieren von Nutzer:innen	Vorgehensweise der Link Worker:innen, um Nutzer:innen zu motivieren	<ul style="list-style-type: none"> • Angenehme Gesprächsatmosphäre schaffen • Genaues & aktives Zuhören • Versteckte Botschaften wahrnehmen, Interessen & Bedürfnisse als Verursacher von Motivation • Forschen nach Motiven, Hintergründen & Ursachen • Erste Anregungen mitgeben, erneutes Gespräch falls gewünscht • Nicht zur Veränderung drängen, dies verstärkt Widerstand

	Häufigkeit der Kontakte	Häufigkeit der Kontakte zwischen Nutzer:innen und Link Worker:innen bzw. der Teilnahme an Angeboten	<ul style="list-style-type: none"> • Vom Bedürfnis der Nutzer:innen abhängig, erfordert individuelles Vorgehen • In der Planung der Termine relativ frei. • Frequenz: wöchentliche Termine aber auch Termine mit größerem zeitlichen Abstand • Durchschnittlich 3 Kontakte mit Nutzer:innen
	Unterstützungsende	Wie stellen Link Worker:innen fest, dass Unterstützung nicht mehr notwendig ist	<p>Unterstützungsende, wenn...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anbindung an Angebote erfolgte, Feedback wird nach Möglichkeit eingeholt • Gemeinsam vereinbarte Ziele erreicht wurden • Auf andere Art deutlich wird, dass Nutzer:innen Unterstützung nicht mehr benötigen
	Netzwerkarbeit	Beschreibung des Netzwerkaufbaus bzw. der Netzwerkpflege	<ul style="list-style-type: none"> • Vernetzungstreffen auf lokaler, nationaler sowie internationaler Ebene • Persönliche Kontakte mit Netzwerkpartner:innen • Vermehrte Teilnahmemöglichkeiten durch Online-Konferenzen • Zusammenfassung von Netzwerkpartner:innen & dazugehörigen Informationen in Datenbanken • Für Netzwerkpflege unerlässlich: Im Kontakt bleiben • Kolleg:innen werden über Änderungen / neue Angebote informiert • Ausführliche / Kontinuierliche Netzwerkpflege für Erfolg von SP wesentlich
K5: Umsetzung und Ausweitung von SP	Hinderliche Faktoren	Hinderliche Faktoren in der Umsetzung von SP	<ul style="list-style-type: none"> • Bevormundung von Nutzer:innen • „One approach fits all“ – Denken • Verwirrung der Nutzer:innen durch Angebotsvielfalt • Mangelhafte Kommunikation mit Netzwerkpartner:innen u. Nutzer:innen • Nicht ausreichende Öffentlichkeitsarbeit • Befristete Projekte • Überforderung von Ehrenamtlichen • Einsparungen
	Förderliche Faktoren	Erfolgskritische Faktoren in der Umsetzung von SP	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsweise der Link Worker:innen • Klare Strukturen & Prozesse im SP-Projekt • Interprofessionelles & ganzheitliches Arbeiten • Mitarbeit von beteiligten Fachkräften & Unterstützung durch Stakeholder:innen • Klarheit über Wirkung, Zielgruppen & Bedarfe im Einzugsgebiet • Ausreichende Finanzierung / zeitliche Ressourcen
	Ausweitung von SP	Das braucht es für eine weitere Ausweitung von SP	<ul style="list-style-type: none"> • SP als Teil des Gesundheitssystems • Initiative („Movement“) für SP • Idee von SP kontinuierlich ausbreiten und weiterdenken • Entsprechende Evaluierung • Bewerbung der Vorteile SP auf verschiedenen Ebenen • Pilotprojekt → Modellregionen → flächendeckende Implementierung • Nachhaltiges Umsetzen

Anhang D: Leitfaden für die Expert:inneninterviews I-1 bis II-3 – Zeilinger 2021

- 1. Könnten Sie sich kurz vorstellen?**
 - a. Werdegang
 - b. Ausbildung
- 2. Was genau ist die Aufgabe von XY¹?**
 - a. Welche Berufsgruppen sind vertreten?
 - b. Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit ein?
 - c. Welche Personen kommen zu Ihnen mit welchen Anliegen?
 - i. Wie sieht der Verweisungskontext aus? Kommen die Personen freiwillig zu Ihnen oder werden sie geschickt?
 - ii. Wie lange werden die Menschen von Ihnen betreut?
 - iii. Kommen die Personen, wenn sie einmal die Betreuung verlassen haben, wieder zurück? Und wenn ja, aus welchen Gründen?
 - iv. Haben Sie die Möglichkeit für nachgehende Arbeit? Wie gestaltet sich das?
 - v. An welcher Berufsgruppen/Einrichtungen verweisen Sie?
 - vi. Welche Berufsgruppen/Einrichtungen verweisen an Sie?
 1. Brauchen Sie einen Auftrag durch die Medizin?
 - d. Was sind Ihre persönlichen Aufgaben in der Einrichtung?
 - e. Gibt es eine Dokumentation, die allen (Professionen) des Teams zugänglich ist? Wie gestaltet sich diese Dokumentation?
- 3. Inwiefern spielt Soziale Arbeit eine Rolle in Ihrer Arbeit?**
 - a. Arbeiten Sie mit Sozialarbeiter:innen zusammen?
 - i. Wie funktioniert die Zusammenarbeit mit den Sozialarbeiter:innen?
- 4. Darf ich mich bei weiteren Fragen nochmal melden bei Ihnen?**
- 5. Gibt es noch etwas, dass Sie sagen möchten?**

Danke, dass Sie sich Zeit genommen haben für das Gespräch.

¹ jeweilige Einrichtung einfügen

Anhang E: Leitfaden für die Expert:inneninterviews I-5 bis II-7 – Izic 2022

- 1) Können Sie sich zu Beginn bitte kurz vorstellen? (Werdegang, Ausbildung)
- 2) Was sind Ihre bisherigen Erfahrungen mit Primärversorgungseinrichtungen?
 - a. Wie stehen Sie dem Konzept gegenüber?
- 3) Inwiefern sind Sie mit dem Konzept von Link Worker:innen vertraut ?
- 4) Was ist Ihre fachliche Meinung zu "Sozialarbeit auf Rezept" wie sie es in Primärversorgungs-einrichtungen mit Social Prescribing Konzept Alltag ist?
- 5) Wie würden Sie das Case Management Konzept in Kürze beschreiben?
 - a. Was macht Case Management für Sie aus?
 - b. Ab wann „darf“ man von Case Management sprechen?
- 6) Wo sehen Sie die größten Stärken dieses Konzepts?
 - a. Welche Personengruppen profitieren am meisten davon?
 - b. Wie wird es in Österreich implementiert?
- 7) Fällt Ihnen ein "best-practice" Beispiel für die Umsetzung von Case Management in Österreich ein?
 - a. Was macht diese bestimmte Implementierung hier einfacher/besser?
- 8) Was sind Ihrer Meinung nach die größten Hürden für die Implementierung von CM in einer Organisation?
 - a. Warum treten diese auf?
 - b. Woran „scheitern“ Implementierungen häufig?
- 9) Wo sehen Sie die Grenzen bzw. Schwächen des Konzeptes?
 - a. Wodurch entstehen diese?
 - b. Wie kann man sie reduzieren/bewältigen?
 - c. Sehen sie hier Chancen, dass Link Worker:innen die Schwächen ausgleichen?
- 10) Was sind Ihre Gedanken zur derzeitigen Ausbildung von Case Manager:innen in Österreich?
 - a. Wie stehen sie dazu, dass eine Sozialarbeitsausbildung nicht erforderlich ist bzw. Case Management auch von anderen Berufsgruppen ausgeübt werden kann?
- 11) Würden Sie sagen, dass die Arbeit in Interdisziplinären Teams, wie sie ja sowohl im CM als auch bei Link Worker:innen immer einen Vorteil darstellt?
- 12) Wo sehen Sie Überschneidungen zwischen den Arbeitsweisen von Case Manager:innen und Link Worker:innen?
 - a. Wie stehen Sie zu diesen Überschneidungen?
- 13) Denken Sie, dass Link Worker:innen von einer CM-Ausbildung profitieren können/würden?
- 14) Wo liegen Ihrer Meinung nach die größten Unterschiede der beiden Konzepte?
- 15) Gibt es noch etwas, dass Sie sagen möchten?

Anhang F: Auszug Rechercheprotokoll systemische Literaturrecherche

In folgender Recherche werden fünf Suchstichwörter in der Datenbank PubMed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/advanced/>) gesucht.

Englisch
Social Prescribing
Primary health Care
Mental health
Community Care
Link worker

#	Suchwörter	Abfragemodus	Treffer (Treffer mit Relevanz)	Datum
1	Social Prescribing	Social Prescribing[Title/Abstract]	156 (?)	20.11.202
2	Social Prescribing, primary health care	(social prescribing[Title/Abstract] AND (primary health care[Title/Abstract])	7 (?)	20.11.202
3	Primary health care, mental	((primary health care[Title/Abstract]) OR (health[Title/Abstract])) OR (care[Title/Abstract]) OR (mental[Title/Abstract])	3,014,167 (?)	20.11.202
4	Primary health care, Community care	("primary health care"[MeSH Terms] OR ("primary"[All Fields] AND	1,262 (?)	20.11.202

7	Woodall / Trigwell / Bunyan / Raine / Eaton / Davis / Hancock / Cunningham / Wilkinson (2018): Understanding the effectiveness and mechanisms of a social prescribing service: a mixed method analysis.
8	Abbasi (2019): There's something about social prescribing. In: Soc Med. 112/11, 451.
9	Peschery / Pappas / Randhawa (2018): Facilitators and barriers of implementing and delivering social prescribing services: a systematic review.
10	Halder / Wakefield / Bowe / Kellezi / Mair / McNamara / Wilson / Stevenson (2018): Evaluation and exploration of a social prescribing initiative: Study protocol.
11	Taylor / Nicholls / Taylor (2019): Perceptions of Pharmacy Involvement in Social Prescribing Pathways in England, Scotland and Wales. In: Pharmacy 4/2019, 14.
12	Kellezi / Wakefield / Stevenson / McNamara / Mair / Bowe / Wilson / Halder (2019): The social cure of social prescribing: a mixed-methods study on the benefits of social connectedness on quality and effectiveness of care provision.
13	Phizackerley (2019): Social prescribing: right idea, wrong name?
14	Davey (2018): Social prescribing and pre-operative care. In: Anaesthesia 73(2), 256-257.
15	Peschery / Pappas / Randhawa (2018): Evaluating the Implementation and Delivery of a Social Prescribing Intervention: A Research Protocol.
16	Peschery JV, Gunn LH, Pappas Y, Randhawa G. (2019): The impact of the Luton social prescribing programme on mental well-being: a quantitative before-and-after study. Oxford.
17	Rimmer A. (2019): Social prescribing gets its own academy.
18	While A. (2016): The benefits of social prescribing
18	Moffatt S, Wildman J, Pollard TM, Penn L, O'Brien N, Pearce MS, Wildman JM. (2019): Evaluating the impact of a community-based social prescribing intervention on people with type 2 diabetes in North East England: mixed-methods study protocol.
19	Foster A, Thompson J, Holding E, Ariss S, Mukuria C, Jacques R, Akparido R, Haywood A. (2020): Impact of social prescribing to address loneliness: A mixed methods evaluation of a national social prescribing programme. Health Soc Care Community.
20	Heijnders ML, Meijjs JJ. (2017): 'Welzijn op Recept' (Social Prescribing): a helping hand in re-establishing social contacts - an explorative qualitative study.
21	Frostick C, Bertotti M. (2013): The frontline of social prescribing - How do we ensure Link Workers can work safely and effectively within primary care?
22	Wakefield JRH, Kellezi B, Stevenson C, McNamara N, Bowe M, Wilson I, Halder MM, Mair E. (2020): Social Prescribing as 'Social Cure': A longitudinal study of the health benefits of social connectedness within a Social Prescribing pathway.

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Peter Gierlinger**, geboren am **15.07.1997** in **Rohrbach**, erkläre,

1. dass ich diese Masterthese bzw. die in meiner Verantwortung stehenden Abschnitte der Masterthese selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Masterthese bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.
3. dass die Masterthese mit der vom Begutachter bzw. der Begutachterin beurteilten Arbeit übereinstimmt (Printversion ist identisch mit der Digitalversion).

Haslach an der Mühl, 20.04.2022

Unterschrift

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Edin Izic**, geboren am **20.04.1994** in **Eisenstadt**, erkläre,

1. dass ich diese Masterthese bzw. die in meiner Verantwortung stehenden Abschnitte der Masterthese selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Masterthese bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.
3. dass die Masterthese mit der vom Begutachter bzw. der Begutachterin beurteilten Arbeit übereinstimmt (Printversion ist identisch mit der Digitalversion).

Mattersburg, 20.04.2022

Unterschrift

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Jacqueline Zeilinger**, geboren am **18.12.1996** in **Amstetten**, erkläre,

1. dass ich diese Masterthese bzw. die in meiner Verantwortung stehenden Abschnitte der Masterthese selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Masterthese bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.
3. dass die Masterthese mit der vom Begutachter bzw. der Begutachterin beurteilten Arbeit übereinstimmt (Printversion ist identisch mit der Digitalversion).

St. Pölten, 20.04.2022

Unterschrift