

Social Prescribing in der Praxis und das Potenzial Sozialer Arbeit

Implementierung von Good Practice-Elementen
im 15. Wiener Gemeindebezirk

Maria Fischer, BA
Sabine Holzinger-Grath, BA
Melanie Schinnerl, BSc MSSc
Mag.^a Devi Singh
Claudia Tritta, BA

Masterthese

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

Im April 2022

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

Zweitbegutachter: Dr. Lukas Richter, BSc MSc

Projektbegleiter:innen

Dr. Timo Fischer
Dr.ⁱⁿ Eva Pilz
FH-Prof. DSA Mag.(FH) Dr.PhDr. Christoph Redelsteiner, 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. 2019). Social Prescribing schlägt die wichtige Brücke zwischen der Primärversorgung und Angeboten des 3. 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 Pilotprojektes 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 geht es außerdem um 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-Projektes 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 in der Praxis und das Potenzial Sozialer Arbeit

Implementierung von Good Practice-Elementen im 15. Wiener Gemeindebezirk

*Fischer Maria, Holzinger-Grath Sabine, Schinnerl Melanie, Singh Devi, Tritta Claudia
Fachhochschule St. Pölten Masterstudiengang Soziale Arbeit*

Ausgangslage: Großbritanniens Gesundheitssystem implementiert seit den 1990er-Jahren Social Prescribing. Dieses Konzept berücksichtigt ergänzend zu medizinischen Aspekten der Gesundheit auch soziale Determinanten. Klient:innen werden u. a. an kreative Aktivitäten, sportliche Angebote und Beratungsdienste verwiesen. Im Zuge der Neuausrichtung der Primärversorgung soll dies auch in Österreich im Sinne des Bio-Psycho-Sozialen Modells verstärkt Anwendung finden. Wurzeln dieses Gesundheitsverständnisses finden sich bereits in den fürsorgetheoretischen Annahmen von Ilse Arlt, Pionierin der Sozialen Arbeit, zu Beginn des 20. Jahrhunderts wieder.

Forschungsfrage: Wie kann die praktische Umsetzung von Social Prescribing in der Dr. Ouhadi - Dr.ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin (Stufe 1) bzw. in weiterer Folge in der PVE (Stufe 2) im 15. Wiener Gemeindebezirk erfolgen? Themenbereiche: 1. Zielgruppe(n), 2. Soziales Rezept, 3. Link Worker:in, 4. Nahtstellenmanagement sowie 5. Mitbestimmung, erneute Inanspruchnahme, Abbrüche und Evaluierungen

Ziel: Erarbeitung konkreter Empfehlungen für die Umsetzung von Social Prescribing in einer Gruppenpraxis und Überprüfung dieser in einer zweimonatigen Umsetzungsphase

Methoden: Methodentriangulation, bestehend aus Bedarfserhebung, Dokumentenanalyse, Fragebogen und Expert:inneninterview

Ausgewählte Ergebnisse:

- Verständnisschwierigkeiten erweisen sich neben strukturellen Rahmenbedingungen als erschwerend für die Erreichbarkeit bestimmter Zielgruppen.
- Die klient:innenzentrierte Vorgehensweise von Über- und Verweisungen ist für den Social Prescribing-Prozess dienlich.
- Der Einsatz von Sozialarbeitenden als Link Worker:innen zeigt sich förderlich, da der Fokus neben Verweisungen auch auf sozialarbeiterischen Tätigkeiten liegt.
- Vernetzung und regelmäßiger Austausch mit den Akteur:innen innerhalb und außerhalb der Primärversorgungseinheit ist die Basis für eine gute Zusammenarbeit.
- Evaluierungen, unter Berücksichtigung der Klient:innensicht, tragen zur Optimierung von Prozessabläufen in der Primärversorgungseinrichtung bei.

Schlüsselwörter: Social Prescribing, Gesundheit, Bio-Psycho-Soziales Modell, Primärversorgung, Primärversorgungseinrichtung, Soziale Arbeit, Sozialarbeiter:in, 3. Sektor, Zielgruppe(n), Soziales Rezept, Link Worker:in, Nahtstellenmanagement, Mitbestimmung, erneute Inanspruchnahme, Abbrüche, Evaluierung, praktische Anwendung, Empfehlungen, Social Prescribing-Richtlinien

Abstract

Social prescribing in practice and the potential of social work

Implementation of good practice elements in the 15th district of Vienna

*Fischer Maria, Holzinger-Grath Sabine, Schinnerl Melanie, Singh Devi, Tritta Claudia
University of Applied Sciences St. Pölten master programme social work*

Current Situation: Since the 1990s social prescribing has been implemented in Great Britain's health care system. This concept takes social determinants into account in addition to medical aspects of health. Clients get referred to creative or sport activities or counseling services. Within the reorientation of primary care, this should also be increasingly applied in Austria in the sense of the biopsychosocial model. The roots of this understanding of health can already be found in the work of Ilse Arlt, a pioneer of social work, at the beginning of the 20th century.

Research question: How can the practical implementation of social prescribing take place in the Dr. Ouhadi - Dr.ⁱⁿ Pilz group practice for general medicine (stage 1) and subsequently in the PVE (stage 2) in the 15th district of Vienna? Topics: 1. target group(s), 2. social prescription, 3. link worker, 4. interface management and 5. co-determination, re-utilisation of service, discontinuation and evaluation

Aim: Develop specific recommendations for implementing social prescribing in practice and testing them during a two-month implementation phase

Methods: Method triangulation, consisting of needs assessment, document analysis, questionnaire and expert interview

Selected Results:

- Difficulties in understanding and structural conditions prove to be an impediment to reach certain target groups.
- The client-centered approach of referrals is beneficial for the process of social prescribing.
- Beside referrals the focus is on social work activities. Due to that fact social workers are particularly suited as link workers.
- Networking and regular exchange between the members of the primary care facility and the 3rd sector are the basis for good cooperation.
- Evaluations, taking the client's point of view into account, contribute to the optimisation of processes in the primary care facility.

Keywords: Social Prescribing, health, biopsychosocial model, primary care, primary care facility, social work, social worker, 3rd sector, target group(s), social prescription, referral, link worker, interface management, co-determination, re-utilisation of service, discontinuation, evaluation, practical application, recommendations, social prescribing guideline

*„Den Ausgangspunkt aller Fürsorge
müssen die menschlichen Bedürfnisse
abgeben; nur von ihrer genauen
Einschätzung kann die folgerichtige und
vollständige Behebung von Notständen
ausgehen.“*

Ilse Arlt (*1876, †1960)

Inhalt

1	Einleitung	11
1.1	Zielsetzung und Forschungsfragen	12
1.2	Methodische Vorgehensweise	14
2	Social Prescribing – Ein Modell zur Gesundheitsförderung in der Primärversorgung	17
2.1	Österreichische Gesundheitsversorgung im Wandel: Primärversorgung	18
2.1.1	Historischer Rückblick – Ursprung des Sozialsystems	18
2.1.2	Heutiges Gesundheitssystem	20
2.1.3	Gesundheitsversorgung im Überblick	21
2.1.4	Neuausrichtung und Stärkung der Primärversorgung.....	23
2.2	Das Social Prescribing-Konzept.....	34
2.2.1	Ausgangspunkt: Bio-Psycho-Soziales Modell.....	35
2.2.2	Definition und Umsetzung von Social Prescribing	36
2.2.3	Social Prescribing in Österreich – Status Quo	53
2.3	Die Rolle der Sozialen Arbeit im Gesundheitskontext – Primärversorgung und Social Prescribing.....	55
2.3.1	Soziale Arbeit in der Gesundheitsversorgung	56
2.3.2	Rolle der Sozialen Arbeit innerhalb des Social Prescribing-Konzeptes	65
3	Forschungsdesign	70
3.1	Projektmanagement-Tools	70
3.1.1	Projektziele: SMART-Konzept.....	72
3.1.2	Verantwortungsübernahme: Kompetenzmatrix.....	74
3.1.3	Strukturplanung: Projektstrukturplan	75
3.2	Methodik	77
3.2.1	Bedarfserhebung.....	78
3.2.2	Dokumentenanalyse.....	82
3.2.3	Fragebogen	83
3.2.4	Expert:inneninterview	85
3.2.5	Inhaltlich-strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz	87
4	Social Prescribing in der praktischen Anwendung.....	90
4.1	Die Gruppenpraxis und ihre Link Workerin	91
4.1.1	Dr. Ouhadi - Dr. ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin	91
4.1.2	Die Link Workerin: Mag. ^a Knopp	93
4.2	Auswertung Bedarfserhebung.....	94
4.3	Erfahrungen zur Umsetzung von Social Prescribing in der Praxis – Inhalte aus der Dokumentenanalyse und den Fragebögen.....	96
4.3.1	Erkenntnisse aus der Dokumentenanalyse.....	97
4.3.2	Erkenntnisse aus den Fragebögen	144
4.4	Vorstellungen und Rahmenbedingungen zur Umsetzung von Social Prescribing in der Praxis – Inhalte aus dem Versorgungskonzept	180

4.4.1	Versorgungsziele des Teams in der Primärversorgungseinheit.....	181
4.4.2	Organisatorische Informationen zur geplanten PVE	182
4.4.3	Ausblick	193
4.5	Empfehlungen für die praktische Anwendung.....	193
4.5.1	Zielgruppe(n)	195
4.5.2	Soziales Rezept.....	207
4.5.3	Link Worker:in.....	235
4.5.4	Nahtstellenmanagement.....	253
4.5.5	Mitbestimmung, erneute Inanspruchnahme, Abbrüche und Evaluierung ...	271
4.6	Schlussfolgerungen aus der Praxis für die Praxis.....	286
4.6.1	Begleitung der Link Workerin in der Gruppenpraxis.....	286
4.6.2	Auswertung Expert:inneninterview	289
5	Fazit.....	300
5.1	Anschluss an den Forschungsstand und Beantwortung der Forschungsfragen.....	300
5.2	Kritische Würdigung und weiterer Forschungsbedarf	309
	Literatur	312
	Abkürzungen	334
	Glossar.....	336
	Abbildungen	340
	Tabelle.....	342
	Anhang A: Fragebogen.....	344
	Anhang B: Sozialanamnesebogen	385
	Anhang C: Methoden- und Zeitplan bei Projektstart.....	387
	Eidesstattliche Erklärungen	389

1 Einleitung

Fischer Maria, Holzinger-Grath Sabine, Schinnerl Melanie, Singh Devi, Tritta Claudia

Allgemeinmediziner:innen sehen sich in ihrem Arbeitsalltag häufig mit sozialen Problematiken ihrer Patient:innen konfrontiert, welche mit der Entstehung gesundheitlicher Ungleichheiten in Verbindung gebracht werden (vgl. Popay et al. 2007:976). Mindestens jeder fünfte Hausärzt:innetermin ist nicht-medizinischer Art (vgl. Kilgarrieff-Foster / O’Cathain 2015:127; vgl. NHS England 2019:9; vgl. Rimmer 2019:1; vgl. Santoni et al. 2019:361). Social Prescribing (SP), ein Ansatz der gemäß dem Ethos der holistischen Gesundheitsversorgung darauf abzielt ein ganzheitliches und auf die individuellen Bedürfnisse der Klient:innen zugeschnittenes „Unterstützungspaket“ bereitzustellen, setzt bei diesen Entwicklungen an (vgl. Whitelaw et al. 2017:117). Ein neues Gesundheitsverständnis, das auch die sozialen Gesundheitsdeterminanten¹ berücksichtigt – das Bio-Psycho-Soziale Modell – findet Anerkennung innerhalb von SP. „Ilse Arlt nahm zu Beginn des 20. Jahrhunderts mit ihrer Fürsorgetheorie einige Grundüberlegungen“ (Trenkwalder-Egger 2010:277) dieses Modells vorweg. Im Rahmen dieses Ansatzes werden Klient:innen der Primärversorgung (PV) an unterstützende Angebote aus dem 3. Sektor verwiesen (vgl. Pescheny et al. 2020:665; vgl. Stumm et al. 2020:71f). SP-Initiativen ergänzen damit die Gesundheitsversorgung der Patient:innen und sollen das Patient:innenselbstmanagement verbessern, dies soll letztendlich auch zur Entlastung der Allgemeinmediziner:innen beitragen (vgl. South et al. 2008:314). SP bietet darüber hinaus das Potenzial, den Fokus auf die Prävention zu legen (vgl. Davison et al. 2019:31).

Allgemeinmediziner:innen sind meist die erste Anlaufstelle auf dem komplexen Weg der Suche nach Unterstützung. Anliegen der Patient:innen, als medizinische Probleme präsentiert, können (zusätzlich) soziale Bedarfe beinhalten. Das medizinische Personal verfügt häufig weder über die zeitlichen Ressourcen noch über das Wissen hinsichtlich der Vielfalt von Angeboten lokaler/regionaler Dienste zur Unterstützung von Patient:innen mit nicht-medizinischen Problemen (vgl. Popay et al. 2007:976). Diesbezüglich wird auf die unterstützende Struktur durch die Aufnahme eines:einer Link Worker:in² als fachliche Expert:in, wie sie in manchen Modellen zum Einsatz kommt, für nicht-medizinische Belange des:der Klient:in, hingewiesen (vgl. Pryke 2020:564).

Jüngste Entwicklungen wie die Priorisierung der PV, mit der Option Sozialarbeiter:innen in das multiprofessionelle Team einzubinden, stellen Reaktionen auf die sozialen Ursachen gesundheitlicher Ungleichheiten in der PV auf individueller Ebene dar (vgl. Popay et al. 2007:976). Im Fokus der Neuausrichtung der PV steht „das Prinzip der strukturierten Zusammenarbeit von Gesundheits- und Sozialberufen“ (BMSGPK 2022) – dies wird

¹ Für den Begriff „wider determinants of health“ wird in dieser Masterarbeit „soziale Gesundheitsdeterminanten“ verwendet. Dies subsumiert sowohl sozioökonomische als auch psychosoziale Faktoren.

² Es ist darauf hinzuweisen, dass in Dokumenten bspw. der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) derzeit der Begriff „Link Worker“ lediglich in der Form des generischen Maskulinums verwendet wird. Das Forschungsteam hat sich jedoch dazu entschlossen, den Begriff zu gendern, da ein Sichtbarmachen von weiblichen und diversen Personen auch in diesem Beruf vonnöten ist. In der vorliegenden Masterarbeit wird folglich von Link Worker:innen gesprochen.

in Österreich im Rahmen von PVEs umgesetzt. Der seit den 1990er-Jahren in Großbritannien praktizierte Interventionsansatz für Patient:innen mit nicht-medizinischen, aber gesundheitsrelevanten Bedarfen und Belastungen gewinnt zunehmend auch in Österreich an Bedeutung (vgl. Rásky / Groth 2020:20). So bildet(e) die Etablierung des SP-Konzeptes in Österreich einen der Schwerpunkte der „Gesundheitsförderung 21+“³, die der ehemalige Gesundheits- und Sozialminister Wolfgang Mückstein forcierte (vgl. GÖG 2021; vgl. Horváth o.A.). Dies verdeutlicht die Relevanz des SP-Konzeptes und der vorliegenden Arbeit über SP in der Praxis.

Diese Masterarbeit ist das Produkt einer zweijährigen Forschungsarbeit fünf Studierender im Rahmen des Forschungslabors SP, das von Dr. Timo Fischer, Dr.ⁱⁿ Eva Pilz und FH-Prof. DSA Mag. (FH) Dr.PhDr. Christoph Redelsteiner, MSc, geleitet wurde. Dr.ⁱⁿ Pilz führt gemeinsam mit Dr. Ouadi eine Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin im 15. Wiener Gemeindebezirk. Diese befand sich während des Forschungsprozesses im Umwandlungsprozess zu einer Primärversorgungseinheit (PVE), welche im Frühjahr 2023 eröffnet werden soll. Das Forschungsteam begleitete die Ärztin und die mit dem Link Working betraute Sozialpädagogin bei der Implementierung von SP. Im Zuge dessen wurden relevante Aspekte für die konkrete Umsetzung des Konzeptes beleuchtet.

Wie aus bisherigen Forschungsarbeiten hervorgeht, besteht enormer Aufholbedarf, um sicherzustellen, dass der Stellenwert von sozialverschreibenden Interventionen vollständig verstanden und anerkannt wird. Es herrscht jedoch Einigkeit darüber, dass ein enormes Entwicklungspotenzial besteht, um einen viel breiteren Ansatz bezüglich Gesundheit zu priorisieren – dass mehr als Medizin notwendig ist, um Gesundheit und Wohlbefinden zu erreichen (vgl. NHS 2016:27f).

1.1 Zielsetzung und Forschungsfragen

Fischer Maria, Holzinger-Grath Sabine, Schinnerl Melanie, Singh Devi, Tritta Claudia

Basierend auf den von Antosik (vgl. 2020) generierten Erkenntnissen zu den Möglichkeiten und dem Mehrwert von SP im Kontext der österreichischen PV legt die vorliegende Masterarbeit den Fokus auf die praktische Umsetzung des Konzeptes.

Wie Haas et al. (2021:1) betonen, können für die Implementierung des Konzeptes Erfahrungen mit SP aus dem In- und Ausland „hilfreich sein, um die nicht[-]medizinischen Bedürfnisse von Patient[:innen] in Zukunft noch systematischer zu berücksichtigen und Rolle und Aufgaben der dafür hauptverantwortlichen Fachkraft zu schärfen bzw. weiterzuentwickeln.“ Das „Darüberstülpen von [inter]nationalen Programmen“ (Antosik 2020:90) auf die lokale Versorgungslandschaft hingegen beschreibt Antosik als problematisch. Dementsprechend fokussiert diese Arbeit in einem zweistufigen Verfahren darauf, aus internationalen Erkenntnissen und bereits erprobten nationalen Erfahrungen

³ Gemeinsam mit der GÖG wurden seitens des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) unter dem Titel „Gesundheitsförderung 21+“ zahlreiche Projekte und Maßnahmen initiiert (vgl. Huber-Eibl 2021).

Good Practice-Elemente zu identifizieren. Diese Bausteine bilden die Basis für die Ableitung von Empfehlungen für Stufe 1 – die Dr. Ouhadi - Dr.ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin – und kommen dort in einer Umsetzungsphase zur Anwendung. Unter Einbezug des Versorgungskonzeptes der geplanten PVE werden die Empfehlungen für Stufe 2 – die PVE – weiterentwickelt.

Der inhaltlichen Auseinandersetzung mit dem SP-Konzept zugrundeliegend, wurden vom Forschungsteam eingangs vier Themenbereiche – Zielgruppe(n), Soziales Rezept, Link Worker:in und Nahtstellenmanagement – definiert. Diese finden sich auch in den folgenden Forschungsfragen wieder. Während der Entwicklung des Fragebogens wurden die Themenbereiche durch einen weiteren Bereich ergänzt, der sich induktiv herausgebildet hat und wesentliche klient:innenbezogene Aspekte umfasst: Mitbestimmung, erneute Inanspruchnahme, Abbrüche und Evaluierung. Dieser steht, wie die Grafik verdeutlicht, mit den vier von Beginn der Forschung an bestehenden Themenbereichen in Beziehung, und diese bedingen sich gegenseitig. Der zusätzliche Bereich erweist sich als ebenso elementar für die Beantwortung der Forschungsfragen wie die übrigen Bereiche.

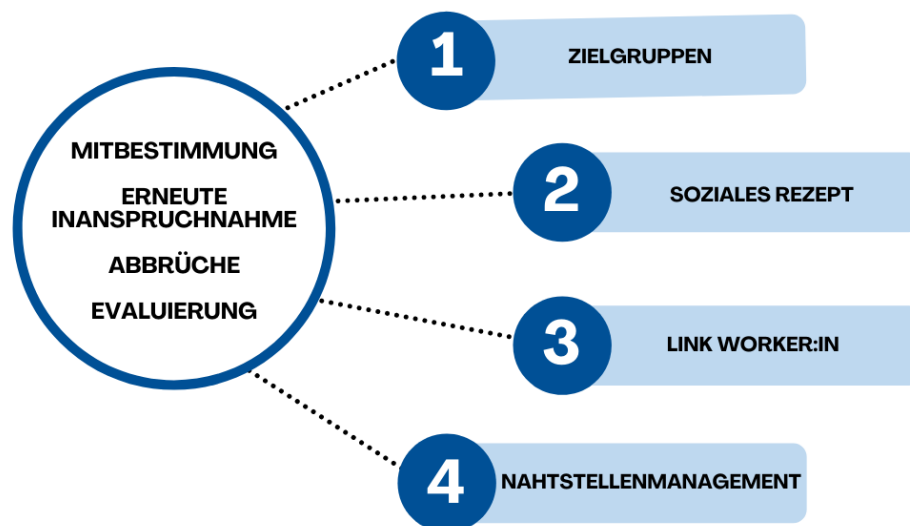


Abbildung 1: Entwicklung Forschungsbereiche

Quelle: eigene Darstellung

Die Zielsetzung dieser Masterarbeit lässt sich mit der übergeordneten Forschungsfrage präzisieren:

Wie kann die praktische Umsetzung von SP in der Dr. Ouhadi - Dr.ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin (Stufe 1) bzw. in weiterer Folge in der PVE (Stufe 2) im 15. Wiener Gemeindebezirk erfolgen?

Die drei untergeordneten forschungsleitenden Fragestellungen sollen die Beantwortung ersterer unterstützen:

Vorbereitung: Welche **Erfahrungen** zur Umsetzung von SP ergeben sich aus der **internationalen und nationalen Praxis** und welche Vorstellungen/Rahmenbedingungen gibt es für die Umsetzung von Stufe 1 und Stufe 2?

- Welche Aspekte bezüglich Zielgruppe(n), Soziales Rezept, Link Worker:in und Nahtstellenmanagement und in Verbindung damit, welche Erfahrungen betreffend den Ablauf von SP, finden sich in der **(inter)nationalen Literatur**?
- Welche Aspekte bezüglich Zielgruppe(n), Soziales Rezept, Link Worker:in und Nahtstellenmanagement und in Verbindung damit, welche Erfahrungen betreffend den Ablauf von SP, finden sich in den **PVEs in Österreich**?
- Welche Vorstellungen, Erwartungen und Rahmenbedingungen werden anhand des **Versorgungskonzeptes** seitens der Praktiker:innen der Dr. Ouhadi - Dr.ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin im 15. Wiener Gemeindebezirk an die Implementierung von SP herangetragen?

Konzipierung: Wie kann der **SP-Ablauf** in der Dr. Ouhadi - Dr.ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin (Stufe 1) konkret aussehen bzw. in weiterer Folge in der PVE im 15. Wiener Gemeindebezirk (Stufe 2)?

- Zielgruppe(n): Welche Aspekte müssen die Zielgruppe(n) betreffend für die praktische Umsetzung mitbedacht werden?
- Soziales Rezept: Welche Aspekte müssen betreffend die Überweisung an den:die und von dem:der Link Worker:in für die praktische Umsetzung mitbedacht werden?
- Link Worker:in: Welche Aspekte müssen betreffend Link Worker:in für die praktische Umsetzung mitbedacht werden?
- Nahtstellenmanagement: Welche Aspekte müssen betreffend das Nahtstellenmanagement für die praktische Umsetzung mitbedacht werden?

Umsetzung: Welche **Erkenntnisse** zeigen sich **aus der praktischen Umsetzung** in der Dr. Ouhadi - Dr.ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin im 15. Wiener Gemeindebezirk (Stufe 1)?

Für die empirische Abhandlung der Forschungsfrage und ihrer Unterfragen kamen unterschiedliche Erhebungs- und Auswertungsmethoden zum Einsatz.

1.2 Methodische Vorgehensweise

Fischer Maria, Holzinger-Grath Sabine, Schinnerl Melanie, Singh Devi, Tritta Claudia

Die Umsetzung von SP in der Dr. Ouhadi - Dr.ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis (Stufe 1) und in weiterer Folge in der PVE (Stufe 2) im 15. Wiener Gemeindebezirk wird als **Projekt im Sinne des Projektmanagements** angesehen. Daher wurden rahmengebend Elemente

daraus eingesetzt. Orientierung im Prozess der Umsetzung von SP gaben die fünf Projektphasen: Vorbereitungs-, Strukturierungs-, Planungs-, Durchführungsphase und Projektabschluss. Im Zuge dieses Projektes kam eine Kombination aus unterschiedlichen methodischen Instrumenten zum Einsatz, welche der qualitativen Sozialforschung zuzuschreiben sind.

Um den Bedarf von SP zu ermitteln, stellt die **Bedarfserhebung** durch Dr.ⁱⁿ Pilz in der Dr. Ouhadi - Dr.ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin einen der ersten Schritte des methodischen Vorgehens dar. Dafür wurde im Zuge eines Austauschprozesses mit Dr.ⁱⁿ Pilz und der in der Gruppenpraxis tätigen Link Workerin Mag.^a Knopp ein Erhebungsinstrument entwickelt. Ziel hiervon war es, den Bedarf von SP, die Zielgruppen und die Problemstellungen der Personen, die die Gruppenpraxis von Dr. Ouhadi und Dr.ⁱⁿ Pilz aufsuchen, zu ermitteln. Die Auswertung dieser gesammelten Daten erfolgte quantitativ mittels deskriptiver Statistik.

Im Rahmen der **Dokumentenanalyse der (inter)nationalen Literatur** wurde die Vorgehensweise hinsichtlich SP anhand verschiedener Projekte eingefangen, um Erfahrungen unterschiedlicher Länder in die Umsetzung einfließen zu lassen. Es wurde erfasst, wie die Anwendung von SP erfolgt und eine Bewertung hinsichtlich funktionierender und weniger funktionierender Aspekte vorgenommen. Der Einsatz des **Online-Fragebogens** trug zur Ermittlung von **nationalen Arbeitsweisen** bei – es wurde nach der Umsetzung von SP in Österreich und den damit einhergehenden Herausforderungen und Verbesserungswünschen gefragt. Dieser wurde an Link Worker:innen bzw. Sozialarbeiter:innen der österreichischen PVEs adressiert, um Aspekte aus der Praxis zu erheben.

Sowohl die Auswertung der vorwiegend internationalen Literatur als auch der vollständig beantworteten Fragebögen erfolgte mittels **inhaltlich-strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz** (vgl. 2018). Während die Aufbereitung der Literatur einen breiten Blick auf die Prozessperspektive erlaubte, gewährte die Befragung der Link Worker:innen einen Einblick in die Tiefe der Umsetzungsweisen des Konzeptes.

Im Zuge der geplanten Umwandlung in eine PVE wurde von den beiden Ärzt:innen der Gruppenpraxis ein Versorgungskonzept erstellt. Als Basis für die Arbeit in einer PVE beinhaltet das Versorgungskonzept verbindliche und strukturelle Rahmenbedingungen für die Kooperation der in der PVE tätigen Professionist:innen der Gesundheits- und Sozialberufe (vgl. Wachabauer / Ivansits 2019:3; ausgefüllt durch Ouhadi / Pilz). Die **Analyse des Versorgungskonzeptes** der geplanten PVE gab Aufschluss über Vorstellungen, Wünsche und Rahmenbedingungen seitens des professionellen Teams der Gruppenpraxis in Wien und bildet eine Basis für die praktische Anwendung des SP-Konzeptes.

Basierend auf den Ergebnissen der Dokumentenanalyse und der Auswertung der Fragebögen wurden Empfehlungen für die praktische Umsetzung von SP abgeleitet – im Rahmen von Stufe 1 für die Dr. Ouhadi - Dr.ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis und in Stufe 2 für die

geplante PVE unter Einbezug des Versorgungskonzeptes. Ein Mitglied des Forschungsteams begleitete die Durchführungsphase der Empfehlungen in der Gruppenpraxis (Stufe 1).

Um festhalten zu können, wie diese Ergebnisse innerhalb der Dr. Ouhadi - Dr.ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin im 15. Wiener Gemeindebezirk umgesetzt werden konnten und mit welchen Herausforderungen sich das Team konfrontiert sah, wurde ein **Expert:inneninterview** mit Mitarbeiter:innen – Mag.^a Knopp, Dr. Ouhadi und Dr.ⁱⁿ Pilz – durchgeführt.

Die nachfolgende Arbeit beginnt mit einer theoretischen Einführung in das österreichische Gesundheitssystem und in das SP-Konzept. In Kapitel 3 wird die methodische Vorgehensweise des Forschungsteams dargelegt. Im Anschluss daran widmet sich Kapitel 4 der Beantwortung der Forschungsfragen und schließt mit Empfehlungen für die Implementierung und den Einsatz von SP in der Praxis. Kapitel 5 bildet das Fazit dieser Masterarbeit, welches Raum für die Auseinandersetzung mit Limitationen der Forschungsarbeit sowie weiterführenden Fragestellungen bietet.

2 Social Prescribing – Ein Modell zur Gesundheitsförderung in der Primärversorgung

Schinnerl Melanie

Angesichts der Alterung der Gesellschaft, der Zunahme chronischer Erkrankungen inkl. der daraus resultierenden Veränderungen der Bedürfnisse der Patient:innen, der Steigerung der Gesundheitsausgaben als Reaktion auf komplexe Gesundheitsbedürfnisse und der hohen Erwartung der Bevölkerung an Gesundheitsdienste bei gleichzeitiger Gefährdung der Nachhaltigkeit der hausärztlichen Versorgung und der unausgeglichene Work-Life-Balance in Gesundheitsberufen wird der Ruf nach strukturellen Veränderungen in der Versorgungslandschaft der Gesundheitssysteme bzw. nach Zukunftskonzepten für eine nachhaltige PV⁴ laut (vgl. Beyer et al. 2010:93; vgl. Czipionka / Ulinski 2014:17; vgl. Schwab et al. 2018:278). Und obwohl die Gesundheitssysteme westlicher Staaten sehr unterschiedlich ausgestaltet sind, stehen dennoch alle durch idente Entwicklungen unter Druck (vgl. Czipionka / Ulinski 2014:17). Dies führt in Folge zu verstärkten Reformbemühungen der einzelnen Staaten, „um die Qualität, Wirtschaftlichkeit und den Zugang des Gesundheitssystems auch zukünftig sicherstellen zu können“ (ebd.), wobei im Rahmen dieser gesundheitspolitischen Reformen die Implementierung, der Ausbau bzw. die Neuausrichtung moderner primärmedizinischer Versorgung eine zentrale Rolle einnehmen (vgl. Ewers / Walkenhorst 2019:30). Dementsprechend existieren zahlreiche Empfehlungen sowie international erprobte Konzepte zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen (hausärztlichen) PV, „die von der Aus-, Weiter- und Fortbildung über neue Organisationsformen der Leistungserbringung bis zur Kooperation mit anderen Berufsgruppen reichen“ (Dauven / Cobbers 2009:19).

Wie Fischer und Schauppenlehner (2018:23) konstatieren, wird seit der Alma-Ata-Deklaration⁵ der World Health Organisation (WHO) im Jahr 1978 international „die Bedeutung einer starken Primärversorgung⁶ in den Gesundheitssystemen“ betont, deren Wirksamkeit zunehmend auch wissenschaftliche Studien bestätigen – ein starkes PV-System hat „positive Auswirkungen auf das gesamte Gesundheitssystem“ (ebd.) und insbesondere auch auf die Patient:innen. Aufgrund dessen wird international auch deren Umsetzung forciert, wobei unter PV („primary health care“ – PHC⁷) die

⁴ In Abgrenzung zur PV sind die Sekundärversorgung und die Tertiärversorgung zu erwähnen. Die Sekundärversorgung umfasst die spezialisierte stationäre sowie ambulante Versorgung (hauptsächlich durch Fachärzt:innen und Krankenanstalten). Der Zugang der Patient:innen dazu erfolgt meist mittels Überweisung aus der PV. Die Tertiärversorgung bilden in Österreich die hochmedizinisch spezialisierten Universitätskliniken (vgl. Czipionka et al. 2012:162f).

⁵ Diese wurde im Oktober 2018 durch ein Zusammentreffen von Gesundheitsexpert:innen und politischen Entscheidungsträger:innen in Kasachstan erneut bekräftigt (vgl. OECD 2020:16).

⁶ Das Konzept der PV geht auf den aus dem Jahr 1920 aus dem Vereinigten Königreich stammenden Dawson Report zurück (vgl. Czipionka / Ulinski 2014:2).

⁷ Wie Zimmermann (vgl. 2021) festhält, stellt die Übersetzung des Begriffes in die deutsche Sprache eine Herausforderung dar, auch wenn im Wesentlichen Einigkeit darüber besteht, dass mit PHC mehr gemeint ist als die (haus)ärztliche Versorgung. Die reine Reduzierung auf den hausärztlichen Bereich würde ebenso nach Czipionka und Ulinski (vgl. 2014:1) zu kurz greifen, auch wenn die Unbestimmtheit des Begriffs Interpretationsspielraum offen lässt. So ist

„erste Kontaktstelle für die Bevölkerung im nationalen Gesundheitssystem verstanden [wird]. Sie geht über die eigentliche Erstversorgung hinaus und inkludiert auch die Gesundheitsprävention und -information sowie multiprofessionelle und integrierte Versorgung“ (Franczukowska et al. 2020:467).

Die WHO Europe formulierte dazu im Jahr 1998 sieben Charakteristika für Allgemeinmediziner:innen, mit deren Hilfe eine verbesserte PV sichergestellt werden sollte: Dazu zählen sowohl „Charakteristika der Arbeit – ‚general, continuous, comprehensive‘ (allgemein, kontinuierlich, umfassend)“ – als auch die Art, wie Gesundheitsprobleme adressiert werden – „coordinated and collaborative“ (koordinierend und kooperativ) – und die Orientierung – ‚family-and community-oriented‘ (familien- und gemeinschaftsorientiert)“ (Czypionka / Ulinski 2014:2f).

2.1 Österreichische Gesundheitsversorgung im Wandel: Primärversorgung

Fischer Maria

Nach Uhlemann und Lehmann (vgl. 2011:1) zählen der „Schutz und die Förderung“ der Gesundheit zu den wichtigsten Aufgaben einer staatlichen Fürsorge. So hat die österreichische Gesundheitspolitik die **Sicherung einer hochwertigen Gesundheitsversorgung** für alle Einwohner:innen zum Ziel (vgl. BMASGK 2019:6).

2.1.1 Historischer Rückblick – Ursprung des Sozialsystems

Fischer Maria

Der Beginn des österreichischen Sozialsystems lässt sich bis ins späte Mittelalter zurückverfolgen. Für privilegierte Gruppen der Gesellschaft wurde bereits damals ein Grundsystem zur sozialen Absicherung eingeführt, weil Ansparungen von gewissen Teilen des Einkommens für Arbeitsunfähigkeit oder Pension getätigt wurden. Der eigentliche Ursprung eines öffentlichen Gesundheitssystems ist allerdings auf die Verabschiedung zweier Gesetze, des Reichssanitätsgesetzes aus dem Jahr 1870 und des Vereinsgesetzes von 1867, während der österreichisch-ungarischen Monarchie zurückzuführen. Das Reichssanitätsgesetz legte die Verantwortung für die Sanitätsaufsicht und die Seuchenhygiene auf Bundesebene fest und beeinflusste somit die Zuständigkeitsverteilung auf Bundes- und Landesebene. Kranken- und Invalidenunterstützungskassen konnten mithilfe des Vereinsgesetzes auf Vereinsbasis gegründet werden – durch dieses rechtliche Fundament wurde die Grundlage für offizielle Krankenversicherungsträger geschaffen. Die Einführung von Unfall- und Gesundheitsversicherungen für Arbeiter:innen erfolgte ab 1887 durch Versicherungsträger, die selbstverwaltend und unabhängig agier-

nach Czypionka und Ulinski (ebd.) beispielsweise nicht klar, ob damit „nicht insgesamt der ambulante bzw. niedergelassene Bereich (inklusive fachärztlicher Versorgung) verstanden wird und ob auch andere Gesundheitsberufe Primärversorgung erbringen können. Die Inhalte, die international mit Primärversorgung in Verbindung gebracht werden, weichen oft stark voneinander ab.“

ten. Im Jahr 1918 waren bereits über 600 Pensions-, Unfall- und Krankenversicherungsträger im Gebiet des heutigen Österreich angesiedelt. Die Gliederung dieser Versicherungsträger geschah nach Berufsgruppen, Bundesländern oder auch z. B. nach Kategorien wie politische Ausrichtung oder Sprachzugehörigkeit (vgl. Bachner et al. 2019:22).

In der ersten Republik (1918–1933) erfolgten einerseits Bestrebungen zur Weiterentwicklung der Fürsorgepolitik – die Sozialhilfe und die soziale Absicherung wurden auf weitere Berufsgruppen und auch auf Arbeitslose ausgedehnt –, andererseits gab es Bemühungen hinsichtlich einer Beschränkung des unkontrollierten Anstieges der Versicherungsträger. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung wurde im Zuge einer generellen Verbesserung der Wohnverhältnisse und der sozialen Situation im Allgemeinen positiv verändert (vgl. ebd.).

In den Jahren von 1933 bis 1938, der Zeit des austrofaschistischen Ständestaates, erfolgte die Stärkung des berufsständischen Prinzips der Organisation der Sozialversicherungsträger. Im Zuge der Weltwirtschaftskrise wurden Leistungen wie z. B. das Krankengeld gekürzt, jedoch umfasste von nun an die soziale Absicherung auch Selbstständige (vgl. ebd.:22f).

Durch den sogenannten „Anschluss“ an das Deutsche Reich im Jahr 1938 wurden mit Jänner 1939 die Versicherungssysteme dahingehend abgeändert, dass sie mit dem deutschen Recht übereinstimmten. Die Abschaffung der Selbstverwaltungsstrukturen und die Zusammenlegung der Krankenkassen für Angestellte und Arbeiter:innen erfolgten. Die Grundstrukturen der Sozialversicherung blieben jedoch erhalten (vgl. ebd.:23).

Mit dem Ende des Zweiten Weltkrieges wurden die Sozialversicherungssysteme im Zuge des Sozialversicherungs-Überleitungsgesetzes wieder an die österreichische Selbstverwaltungsstruktur angepasst und als Dachverband aller österreichischen Unfall-, Kranken- und Pensionsversicherungen wurde der Hauptverband der Sozialversicherungsträger eingeführt. Durch das wiederholte Inkrafttreten der Verfassung von 1930 kam es zur Reaktivierung der Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern. Demnach fielen die Zuständigkeiten betreffend Pflege- und Betreuungszentren, Krankenhäuser und Sozialfürsorge an die Länder (vgl. ebd.).

Einen zentralen Punkt markiert die Verabschiedung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) im Jahr 1955 bzw. dessen Inkrafttreten im Jahr 1956. Das ASVG kann als Grundstein des derzeitigen Sozialversicherungswesens betrachtet werden und umfasst alle Bereiche der Pensions-, Unfall- und Krankenversicherung für all jene, die in „Industrie, Bergbau, Handel, Transport, Land- und Forstwirtschaft“ (ebd.:24) beschäftigt sind. Es regelt zudem die Krankenversicherung für alle Pensionist:innen dieser Berufsgruppen (vgl. ebd.). Die folgende stückweise Ausweitung des Versicherungsschutzes auf u. a. Landwirt:innen, Bedienstete des Staates und geflüchtete Menschen führte im Jahr 2017 zu einer Erhöhung des Anteils der sozialversicherten Bevölkerung von 70 % auf 99,9 % (vgl. ebd.).

Seit Ende der 1970er-Jahre wird mit diversen Reformen an einer verbesserten Koordination des Gesundheitssystems und an Kostensenkungen gearbeitet. 2005 wurden mit einer weiteren Reform sogenannte Landes-Gesundheitsplattformen gegründet, mit dem Ziel, dass Vertreter:innen von Bund, Ländern und Gemeinden gemeinsam mit Krankenversicherungsträgern und Gesundheitsdiensteanbietern an einer verbesserten, effizienteren Gesundheitsversorgung arbeiten. Des Weiteren wurden vier Versorgungszonen und 32 Versorgungsregionen in Österreich auf Bundesebene, im sogenannten Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG), abgebildet und eine Gesundheitsplanung auf der Ebene der einzelnen Bundesländer, der Regionale Strukturplan Gesundheit (RSG), eingeführt. Die Gesundheitsreform im Jahr 2013 hatte die neue Zielsteuerung-Gesundheit (Struktur-, Prozess- und Ergebnisziele) zur Folge (vgl. ebd.:25f).

2.1.2 Heutiges Gesundheitssystem

Fischer Maria

Die Zusammenarbeit unterschiedlicher Stakeholder:innen auf den diversen Ebenen der Gesetzgebung und der Verwaltung (Gemeinden, Bezirke, Länder, Bund) sowie aus der Selbstverwaltung (Sozialversicherung) kennzeichnen das **föderalistisch geprägte österreichische Gesundheitssystem** (vgl. BMASGK 2019:8).



Abbildung 2: Zuständigkeiten im Gesundheitssystem

Quelle: BMASGK 2019:8, eigene Darstellung

Der Bund ist für die Gesetzgebung im Gesundheitsbereich zuständig, die Durchführung der Krankenversicherung wird allerdings von den Sozialversicherungen in den jeweiligen Wirkungsbereichen übernommen. Diese Wirkungsbereiche betreffen vor allem die Bereitstellung von Medikamenten, von Vertragsleistungen im extramuralen Bereich und von ambulanter sowie stationärer Rehabilitation. Betreffend die Krankenhäuser liegt die Zuständigkeit des Bundes allein auf der Definition von Grundsätzen, die Länder sind für die Ausführungsgesetze und deren Vollziehung verantwortlich. Darüber hinaus sind die Länder ebenso für die Erlassung diverser Gesetze im Sozialbereich zuständig und tragen für die soziale Versorgung Verantwortung. Gemeinsam mit den Gemeinden liegt die präklinische Notfallversorgung in deren Aufgabenbereich. Das BMSGPK ist auf Bundesebene für die allgemeine Gesundheitspolitik verantwortlich. Es bereitet Bundesgesetze

und Verwaltungsvorschriften vor, ist sowohl als Entscheidungsträger als auch als Aufsichtsbehörde aktiv und ist Vermittler zwischen den bedeutsamsten Akteur:innen im Gesundheitssystem (vgl. ebd.).

Die unterschiedlichen Akteur:innen und Entscheidungsträger:innen im Gesundheitssystem bedingen viel Koordinationsarbeit. Die **Basis für diese Zusammenarbeit bilden Vereinbarungen gemäß Artikel 15a Bundes-Verfassungsgesetz**, d. h. Verträge, die zwischen den Ländern und dem Bund abgeschlossen werden (vgl. ebd.:9). In sogenannten Zielsteuerungsverträgen werden gemeinsame Ziele und entsprechende Maßnahmen verbindlich festgelegt. Der **Zielsteuerungsvertrag von 2017 bis 2021** forcierte vor allem eine baldige Umsetzung der neuen PV bzw. die Stärkung der PV nach internationalem Vorbild, die Stärkung der ambulanten Versorgung, den Ausbau einer integrativen Vorsorgeplanung sowie die Weiterentwicklung integrierter Versorgungsmodelle. Weiters sollte das notwendige Personal im Gesundheitsbereich gewährleistet und aktuelle Technologien erweitert werden. In den Bereichen der Kinder- und Jugendgesundheit, der sektorenübergreifenden Medikamentenversorgung sowie der Qualitätssicherung und der Stärkung der Gesundheitskompetenz⁸ sollten Verbesserungen erzielt werden (vgl. ebd.:10). Der Nationalratsbeschluss betreffend das Sozialversicherungs-Organisationsgesetz (SV-OG) im Dezember 2018 führte „zur Zusammenführung der [21] bestehenden Sozialversicherungsträger auf nur mehr **fünf Sozialversicherungsträger**⁹ unter einem Dachverband anstelle des derzeitigen Hauptverbandes“ (BMSGPK 2020a). Seit 1. Jänner 2020 ist diese neue Struktur durch das Inkrafttreten des SV-OG gültig (vgl. ebd.).

2.1.3 Gesundheitsversorgung im Überblick

Fischer Maria

Der Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem ist im Vergleich mit anderen europäischen Ländern als gut zu bezeichnen. Die Zahlen des Health at a Glance¹⁰ bestätigen dies – verglichen mit anderen OECD¹¹-Ländern hat Österreich einen hohen Gesundheitsstatus, einen guten Zugang zum Gesundheitssystem und überdurchschnittliche Ressourcen für Gesundheit (vgl. OECD 2021). Über dem europäischen Durchschnitt liegen die Leistungen, welche in den Krankenhäusern erbracht werden. Demnach hat Österreich im EU-Schnitt die größte Zahl an Spitalsbetten und die meisten stationären

⁸ Unter Gesundheitskompetenz werden Wissen, Motivation und Fähigkeiten zusammengefasst, „relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um Entscheidungen treffen zu können, die zur Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität im gesamten Lebensverlauf beitragen“ (Antony et al. o.A.:10).

⁹ Die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK), die Versicherungsanstalt für den öffentlichen Dienst, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB), die Sozialversicherung der Selbstständigen (SVS), die Pensionsversicherungsanstalt (PVA) und die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) stellen die fünf Sozialversicherungsträger unter dem Dachverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger (DV) dar.

¹⁰ Dieser Bericht, welcher von der OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) gemeinsam mit der Europäischen Kommission veröffentlicht wird, bietet die neuesten vergleichbaren Daten und Trends zur Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme der OECD-Länder sowie wichtiger Schwellenländer auf einen Blick (vgl. OECD 2021).

¹¹ Die OECD ist eine internationale Organisation, welche den gemeinsamen Erfahrungsaustausch und das Entwickeln von Standards und Richtlinien zu einer stetigen Verbesserung der Lebensstandards und steigenden Wirtschaftsentwicklung nutzt (vgl. ebd.).

Krankenhausaufenthalte bezogen auf die Einwohner:innenzahl (vgl. BMASGK 2019:19–22).

Das BMASGK (vgl. ebd.:19–24) gliedert die österreichische Gesundheitsversorgung in vier große Bereiche:

- **präklinische Versorgung:** Eine umfassende Versorgung mit bodengebundenen Rettungsmitteln und Flugrettungsmitteln sowie Krankentransporten wird durch die hauptsächliche Organisation der Gemeinden und die Bereitstellung der notwendigen Rettungsmittel durch die Länder gewährleistet.
- **ambulante Versorgung:** In Österreich arbeiten von den 45 600 tätigen Ärzt:innen ca. 40 % (Stand 2017) in der freien Praxis. Die Einwohner:innen werden zum überwiegenden Teil von diesen niedergelassenen Ärzt:innen betreut. Um die 5 000 Zahnärzt:innen sind zusätzlich in der ambulanten Versorgung tätig. Rund die Hälfte aller niedergelassenen Ärzt:innen hat einen Vertrag mit einer sozialen Krankenkasse. Allgemeinmediziner:innen bilden ein knappes Drittel aller frei praktizierenden Ärzt:innen, von diesen haben ca. zwei Drittel einen Kassenvertrag. Mit 50 % zählen Fachärzt:innen zum größten Teil der niedergelassenen Ärzt:innen, fast zwei Drittel von ihnen arbeiten ohne Kassenvertrag. Das restliche knappe Fünftel stellen die Zahnmediziner:innen dar, von welchen mehr als drei Viertel einen Kassenvertrag haben. Zur ambulanten Versorgung zählen ebenso über 900 selbstständige Ambulatorien und Spitalsambulanzen. Gesundheitsberufe wie z. B. Hebammen, Logopäd:innen, Physiotherapeut:innen tragen einen wesentlichen Beitrag zur ambulanten Versorgung bei. Die neue PV legt wichtige Rahmenbedingungen für neue Modelle der ambulanten Versorgung im niedergelassenen Bereich fest, der Ausbau von multiprofessionellen PVEs soll forciert werden. Die mobile Pflege und Betreuung in Form von aufsuchender Pflege und Betreuung, teilstationären Tageseinrichtungen und alternativen Wohnformen bilden ebenso einen Teil der ambulanten Versorgung in Österreich.
- **stationäre Versorgung:** In etwa 64 800 Spitalsbetten sind österreichweit auf 271 Spitäler¹² an 301 Standorten verteilt. Auf 1 000 Einwohner:innen kommen 322 Krankenhausaufenthalte mit einer durchschnittlichen Belagsdauer von sechseinhalb Tagen. 70 % aller Betten und beinahe 90 % aller Aufenthalte lassen sich auf Landesfondsspitäler und Unfallkrankenhäuser eingrenzen. Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeeinrichtungen der Länder und Gemeinden ergänzen die stationäre Versorgung.
- **Arzneimittelversorgung:** Der Verkauf von Arzneimitteln erfolgt in Österreich beinahe ausschließlich in Apotheken, nur einige einfache Arzneimittel dürfen auch in Drogerien verkauft werden. Es wird zwischen öffentlichen Apotheken, Apotheken von Pharmazeut:innen, Krankenhausapotheken und ärztlichen Hausapotheken unterschieden.

Neben dem demographischen Wandel stellen der Generationenwechsel in der Allgemeinmedizin und die Veränderung des Krankheits- bzw. Bedürfnisspektrums der Bevölkerung auch das österreichische Gesundheitssystem vor weitere große Herausforderungen. Die Gesundheitsversorgung von „Personen mit mehrdimensionalen bzw. komplexen Krankheitsproblematiken [...], die zudem mit sozialen Problematiken gekoppelt sind“

¹² Bei Spitälern in Österreich wird zwischen Akutspitälern und spezialisierten Spitälern unterschieden. Nicht-Akutspitäler umfassen ebenso Rehabilitationszentren und Einrichtungen für die Langzeitversorgung (vgl. BMASGK 2019:23).

(Süsstrunk 2014:5) erweist sich als herausfordernd, da es Unterstützung von unterschiedlichen Institutionen im Gesundheits- und Sozialbereich bedarf. Es gilt die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung, vor allem in Hinblick auf chronisch Erkrankte und Ältere, umfassender zu gewährleisten (vgl. BMSGPK 2022).

„Interessen vertreten, Befähigen und Ermöglichen sowie Vermitteln und Vernetzen“ (Gahleitner / Homfeldt 2019:571) werden bereits 1986 in der Ottawa-Charta, dem Schlussdokument der ersten internationalen Konferenz für Gesundheitsförderung, als Handlungsmodalitäten identifiziert. Demnach ist die Sicherstellung von Gesundheit nicht als Einzelaufgabe, sondern als Aufgabe auf mehreren Ebenen zu betrachten. Die Ottawa-Charta definiert folgende Ebenen: eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik, gesundheitsförderliche Lebenswelten, gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktivitäten, eine Neuorientierung der Gesundheitsdienste und persönliche Kompetenzen (vgl. ebd.:571f). Um die gute Gesundheitsversorgung auch in Zukunft erhalten zu können und die Attraktivität der PV sowohl für Ärzt:innen als auch die weiteren Gesundheitsberufe zu steigern, ist eine **Anpassung des (österreichischen) Gesundheitssystems an die bevorstehenden Herausforderungen erforderlich** (vgl. BMG 2014:8). Zur Umsetzung dieser Aufgaben soll bei der Stärkung der PV angesetzt und geeignete Strukturen geschaffen werden. Das BMSGPK (vgl. 2022) bezeichnet die PV als Schlüssel zu einer umfassenden Gesundheitsversorgung.

Die hausärztliche Versorgung erfolgt(e) in Österreich traditionell durch Hausärzt:innen in ihren Einzelpraxen, die langsam aber doch durch eine teambasierte Versorgung in PVEs abgelöst werden – ein notwendiger Paradigmenwechsel in der österreichischen primären Gesundheitsversorgung (vgl. Dauven / Cobbers 2009:19; vgl. Huter 2020:14). So wies bereits die Sozialarbeitswissenschaftspionierin Ilse Arlt (1958/2010:17) auf die strategischen Herausforderungen im Gesundheitswesen und deren negative Auswirkungen auf die Menschen hin, als sie u. a. über die „geistige Isoliertheit und körperliche Überanstrengung des Landarztes“ schrieb.

2.1.4 Neuausrichtung und Stärkung der Primärversorgung

Fischer Maria

Was in Ländern wie England, Spanien, Finnland, Dänemark, den Niederlanden und auch Australien zunehmend als Standard etabliert wurde, war eingangs in Österreich noch eher unbekannt (vgl. Tschachler 2014:8). Österreich hat(te) im internationalen Vergleich massiven Verbesserungs- und Handlungsbedarf im Bereich der PV, wie Stigler et al. (2013) anhand ihrer Studie aufzeigen¹³: „So erreichte Österreich im Rahmen der Evaluationsstudie [...] in puncto Primärversorgung lediglich sieben von 30 erreichbaren Punkten und landete damit auf Platz zehn von insgesamt 14 untersuchten Ländern.“ Und

¹³ Starfield (vgl. 1998) schlägt für die Beurteilung betreffend der länderspezifischen Ausprägung der PV vor, insgesamt 15 Systemmerkmale – beziehen sich auf die Vorbedingungen für die Erfüllung einer umfassenden PV – und Praxismerkmale – beziehen sich auf die tatsächliche Durchführung der PV – eines Gesundheitssystems zu beurteilen (vgl. Czypionka / Uliniski 2014:6).

auch mit dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2013 wurde der Bereich der PV als „Entwicklungsgebiet des österreichischen Gesundheitssystems“ (Czypionka / Ulinski 2014:37) identifiziert und gleichzeitig die Umstellung auf ein PV-System im Zuge der Gesundheitsreform 2013 nach internationalem Vorbild als Ziel formuliert. Wie Czypionka und Ulinski (vgl. ebd.:1) festhalten, soll mithilfe der Gesundheitsreform und der Zielsteuerung des Gesundheitssystems nicht nur eine Senkung der Kosten erfolgen, sondern auch die Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit herbeigeführt werden – die Erreichung dieser Ziele soll durch die Stärkung der PV erreicht werden, „wie in Art. 5, Abs. 3, Zi. 3 in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit spezifiziert wurde: Der Bereich der Primärversorgung [...] ist nach internationalem Vorbild auch im niedergelassenen Bereich zu stärken“ (ebd.).

2.1.4.1 Politik zur Stärkung und Neuausrichtung der Primärversorgung

Schinnerl Melanie

Nunmehr stellt die österreichweite Stärkung und Neuausrichtung der PV nach internationalem Vorbild seit Jahren „eine zentrale gesundheitspolitische Herausforderung dar“ (Franczukowska et al. 2020:467), welche bereits im Jahr 2013 im Mittelpunkt der unter Gesundheitsminister Alois Stöger beschlossenen Gesundheitsreform stand (vgl. Antosik 2020:18).

Die politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen für die PV in Österreich basieren auf Bundesebene auf vier Säulen:

- Durch das im Jahr 2014 durch die Bundeszielsteuerungspartner Bund, Länder und Sozialversicherung beschlossene Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären PV in Österreich – **Das Team rund um den Hausarzt**¹⁴, welches auf Empfehlung der WHO, in allen Ländern den Ausbau der PV zu forcieren, fußt – wurde der Grundstein für die neue PV in Österreich gelegt. Es war der erste wichtige Baustein zur Verbesserung der PV in Österreich und bildet gleichzeitig die Basis für die heutige PV. Darin werden sowohl die Ziele für die Neuausrichtung der PV festgelegt als auch ein Rahmen festgesteckt, innerhalb dessen die Umsetzung erfolgen soll (vgl. BMG 2014:3).
- Das **Primärversorgungsgesetz** (PrimVG), ein 17 Paragraphen umfassendes Gesetz – das Ergebnis monatelanger Verhandlungen, teils unter heftigen Protesten der Ärzt:innenschaft – trat 2017 in Kraft und regelt die PV in Österreich (vgl. Österreichische Sozialversicherung o.A.a).
- Der zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer 2019 abgeschlossene **Gesamtvertrag Primärversorgung** bildet einen „Rahmenvertrag, der die Hauptpunkte der neuen Primärversorgung regelt, die für alle PVE[s] österreichweit gelten“ (ebd.), wobei durch

¹⁴ Ein groß angelegtes Projekt „unter Einbeziehung aller Stakeholder[:innen] im Gesundheitswesen, von Patient[:innen]vertretungen bis hin zu Vertretungen der Berufsgruppen bzw. Standesvertretungen, sowie internationaler Expertise durch das European Observatory on Health Systems and Policies“ (Fischer / Schauppenlehner 2018:24) ging der Beschlussfassung voraus.

die gebotenen Spielräume (Generalklausel in § 45 des PV-Gesamtvertrages) auf regionale Bedürfnisse eingegangen werden kann.

- Der **Bundeszielsteuerungsvertrag 2017–2021**, welcher im Jahr 2017 zwischen dem Bund, den Ländern und der Sozialversicherung abgeschlossen wurde, hielt u. a. die österreichweite Umsetzung von 75 PVEs bis 2021 fest, wobei die Aufteilung auf die einzelnen Bundesländer über einen Bevölkerungsschlüssel erfolgte (vgl. ebd.).

Mit der Umsetzung der „neuen“ PV, welche auf die Forderung nach der Stärkung der PV reagiert und mit dem österreichweiten Ausbau der PVEs im Einklang steht, wurde bzw. wird ein wichtiger Schritt in Richtung ganzheitlicher Versorgung gesetzt (vgl. Antosik 2020:III).

2.1.4.2 Primärversorgungseinheiten als neues Versorgungsmodell in der Primärversorgung

Fischer Maria, Schinnerl Melanie

Im Sinne der Neuausrichtung nach internationalem Vorbild werden neue Versorgungsmodelle innerhalb der primären Gesundheitsversorgung gefordert. So schreibt die OECD (2020:12; Herv.i.O.):

„across the OECD, the future of primary health care will be in **new models of care** that are different from the single-practice physician, mostly responding to acute episodes of care, and working in isolation from a network of services. The most promising policy developments in OECD countries are the creation of new configurations of care, which house multiple professionals with advanced skills working in teams, supported by digital technology to enable seamless coordination of care, and that are pro-actively engaged in preventive care, tailored to the needs of the population they serve.“

Auch Czypionka und Ulinski (vgl. 2014:25) verweisen bereits im Jahr 2014 auf Zukunftskonzepte der PV mit Bezugnahme auf Porter et al. (vgl. 2013) und Lakhani et al. (vgl. 2007). Darin spielen die Interdisziplinarität des PV-Teams – im Sinne einer verbindlichen und strukturierten Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmediziner:innen, diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und weiteren Gesundheits- und Sozialberufen – und die Verfügbarkeit des Angebotes im Rahmen ausgeweiteter Öffnungszeiten eine wichtige Rolle, um eine „umfassende koordinierte, kontinuierliche und wohnortnahe Versorgung“ (Franczukowska et al. 2020:469) zu gewährleisten. Einen wichtigen Schritt in diese Richtung stellt in Österreich der **Ausbau sogenannter PVEs** dar, deren Basis mit der Verabschiedung des PrimVG im Juni 2017 geschaffen wurde. Eine PVE

„ist 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 Gesundheit¹⁵ 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 PrimVG).

¹⁵ „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (BZgA 2018).

PVEs bieten durch **multiprofessionelle Teams** „breite diagnostische, therapeutische und pflegerische Kompetenzen“ (Österreichische Sozialversicherung 2021). Parallel dazu liegt der Fokus auf Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung. Mit Hilfe von PVEs soll ein niederschwelliger Zugang zur Gesundheitsförderung und -prävention geschaffen, eine bessere Abstimmung, Vernetzung und Kooperation zwischen intra- und extramuralen Angeboten erreicht und auch der Fragmentierung des österreichischen Sozial- und Gesundheitssystems entgegengewirkt werden (vgl. Antony et al. o.A.:18). Die Zahl der Patient:innenbesuche in Ambulanzen soll durch die Etablierung von PVEs gesenkt werden, was in weiterer Folge zur Senkung der Behandlungskosten beitragen soll. Darüber hinaus soll die Unterstützung für Patient:innen bei der Vermittlung im extramuralen Bereich mittels PVEs verbessert werden (vgl. Bachner et al. 2019:173–176).

Die Voraussetzung zu deren Errichtung (und Inbetriebnahme) bildet der RSG. Darin wird gesundheitsplanerisch ermittelt, wo sinnvollerweise PVEs einzurichten sind. Wird der Bedarf für eine PVE festgestellt, braucht es einen PV-Vertrag, welcher mit der ÖGK und damit für alle Krankenversicherungsträger abgeschlossen wird (vgl. Kessler 2017). Jede PVE in der öffentlichen Gesundheitsversorgung muss auf Basis des Gesamtvertrages „einen Primärversorgungs-Einzelvertrag mit der Sozialversicherung abschließen“ (ebd.).



Primärversorgungszentrum (PVZ)



Primärversorgungsnetzwerk (PVN)

PVEs kennzeichnen sich in ihrer Aufbauorganisation dahingehend, dass sie sowohl in Form eines Primärversorgungszentrums (PVZ) als auch als Primärversorgungsnetzwerk (PVN) organisiert sein können (vgl. Österreichische Sozialversicherung 2021).

Bei einem PVZ arbeiten Mediziner:innen und andere Berufsgruppen unter einem Dach zusammen, während bei einem PVN mehrere Ordinationen, beispielsweise über einen Verein, miteinander verbunden sind. Voraussetzung bildet bei letzterem eine gemeinsame Rechtsform (= eigene Rechtspersönlichkeit) und ein einheitlicher Außenauftritt (vgl. Österreichische Sozialversicherung o.A.b).

Abbildung 3: Organisationsformen von PVEs

Quelle: vgl. Österreichische Sozialversicherung o.A.b, eigene Darstellung

In der PVE ist ein **Kernteam** tätig – bestehend aus mindestens drei Allgemeinmediziner:innen, Angehörigen der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP), einer Ordinationsassistentin und ggf. einem:einer Ärztin für Kinder- und Jugendheilkunde – ergänzt um ein erweitertes Team aus diversen Gesundheits- und Sozialberufen. Darüber hinaus kann, je nach Größe und Bedarf der PVE, ein:e PV-Manager:in tätig werden, der:die nach Unterstützung bei der Gründung vor allem Managementtätigkeiten innehat.

Die konkrete personelle Ausstattung orientiert sich dabei an den Anforderungen des Leistungsspektrums der PVE bzw. dem jeweiligen regionalen Bedarf (vgl. ebd.).

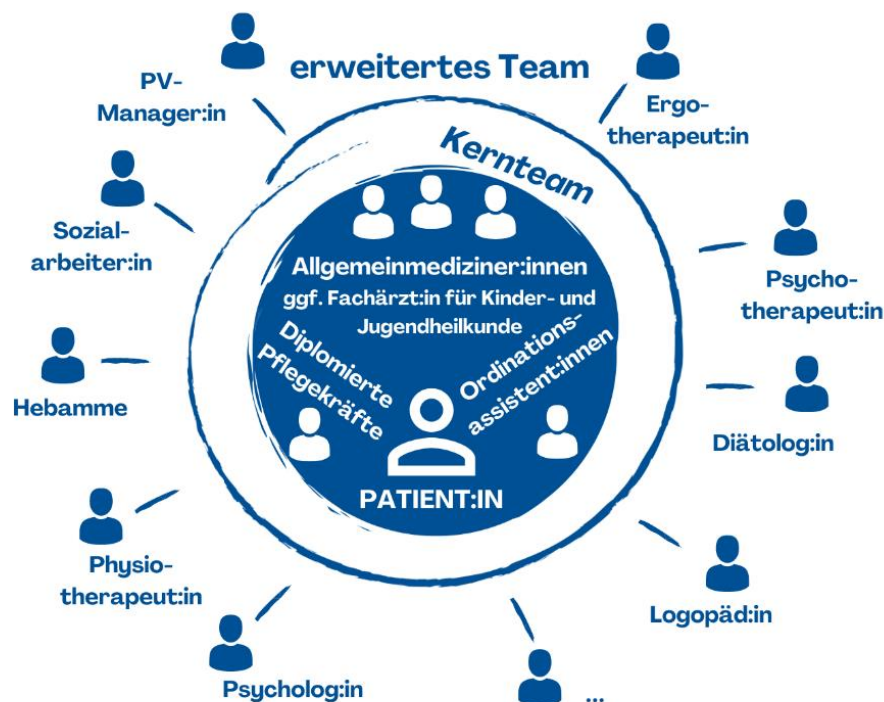


Abbildung 4: Kernteam und erweitertes Team in der PVE

Quelle: vgl. Österreichische Sozialversicherung o.A.b, eigene Darstellung

Erstmals sind dadurch in institutionalisierter Form Allgemeinmediziner:innen mit weiteren Gesundheits- und Sozialberufen unter einem Dach (PVZ) bzw. in einem Netzwerk (PVN) vertraglich vereint (vgl. Österreichische Sozialversicherung 2021). Die Zusammenarbeit zwischen Sozial- und Gesundheitsberufen soll es ermöglichen, den Fokus auf die individuellen Bedürfnisse der Klient:innen zu legen und eine umfassende Gesundheitsversorgung zu garantieren (vgl. BMSGPK 2020a). Die Forderung nach einer mehrdimensionalen Herangehensweise an gesundheitsrelevante Themen ist dabei keineswegs neu – Ilse Arlt (siehe 2.2 und 2.3) machte bereits vor rund 60 Jahren im Rahmen ihrer Bedürfnistheorie auf deren Notwendigkeit aufmerksam (vgl. Arlt 1958/2010:62).

Der verpflichtende Versorgungsauftrag besteht u. a. in der Akutversorgung, der psychosozialen Versorgung, dem Medikamentenmanagement, der Versorgung chronisch kranker und multimorbider Patient:innen, sowie Schwerpunkten für Kinder, Jugendliche und ältere Personen (vgl. Österreichische Sozialversicherung o.A.a). Das Bundesministerium für Gesundheit (vgl. BMG 2014:10–12) formuliert dementsprechend eine Reihe von Anforderungen an die gestärkte PV und deren Strukturen:

Tabelle 1: Anforderungen an eine gestärkte PV

Erste Anlaufstelle im Gesundheitsversorgungssystem	Die PV dahingehend stärken, dass sie ihre Rolle als erste Anlaufstelle im Gesundheitsversorgungssystem noch besser als bisher ausfüllen kann, d. h. gute örtliche Erreichbarkeit (u. a. wohnortnahe Anlaufstelle, an öffentliche Verkehrsmittel angebunden, barrierefreier Zugang), gute zeitliche Erreichbarkeit (u. a. an regionalen Bedarf angepasste Öffnungszeiten, Öffnungszeiten an Tagesrandzeiten), Einbindung von Telefon- und Webdiensten zur besseren Erreichbarkeit/Zugänglichkeit und aufsuchende Angebote bzw. Hausbesuche. Darüber hinaus bedarf es der Bekanntmachung dieses Angebotes gegenüber der (regionalen) Bevölkerung.
Angebot von Gesundheitsförderung und Prävention	Im Rahmen der Begleitung von gesunden Patient:innen betreffend die Gesundheitsförderung und Prävention können die Aufgaben u. a. die „Unterstützung bzw. Teilnahme an öffentlichen Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen (z. B. Stillberatung, Beratung zur gesunden Ernährung und Bewegung, Raucherberatung, Screening-Programme)“ umfassen (ebd.:10). Darüber hinaus kann „eine Verschränkung mit Maßnahmen zur gezielten Frühintervention“ (z. B. Frühe Hilfen) hergestellt werden (ebd.).
Umfassende Behandlung von Akuterkrankungen und chronischen Erkrankungen	Abdeckung der patient:innenorientierten Grundversorgung unter Berücksichtigung des Bedarfs bestimmter Zielgruppen wie z. B. von Kindern und Jugendlichen, psychisch Kranken, älteren und multimorbiden Patient:innen und ein dementsprechender Umfang des Leistungsspektrums: ■ „Einschätzung des Behandlungsbedarfes und der Dringlichkeit sowie Ersthilfe ■ Anamnese, Erstdiagnostik, abgestufte weiterführende Diagnostik und Therapie auf Basis der jeweils geltenden Berufsrechte durch Ärztinnen und Ärzte und die verschiedenen weiteren Gesundheitsberufe allenfalls mit unterschiedlichen Spezialisierungen und – wenn erforderlich – mit Unterstützung bei sprachlichen Barrieren ■ qualifizierte Weiterleitung bei spezialisiertem Versorgungsbedarf zu Fachärztinnen und Fachärzten und weiteren entsprechenden Anbietern im Gesundheits- und Sozialbereich, möglichst auch mit Übernahme der zugehörigen Terminorganisation ■ kontinuierliche Begleitung, Betreuung, Anleitung und Behandlung von chronisch erkrankten Menschen nach ‚state of the art‘, Durchführung von integrierten Versorgungsprogrammen ■ Stärkung der Gesundheitskompetenz inkl. Anleitung zum Selbstmanagement bei akuten Störungen der Gesundheit und zur Einhaltung der Therapietreue ■ Übernahme und abgestimmte Weiterversorgung nach Behandlung in anderen Versorgungseinrichtungen“ (ebd.:11)
Koordinierung nach innen/außen	Entsprechend der Unterstützung von Patient:innen auf der Suche nach der geeigneten Versorgungseinrichtung gilt es sowohl innerhalb als auch außerhalb der PV-Strukturen eine Koordinierungsfunktion einzunehmen „sowie eine adäquate Informationsorganisation sicherzustellen, um eine ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten“ (ebd.). Das Angebot ist demnach breit gefächert und umfasst:

(Lots:innenfunktion) und Informationsorganisation	■ „Sichtung und Zuordnung von Versorgungsnotwendigkeiten zur richtigen Versorgungsstufe bzw. zum richtigen Versorgungsbereich (auch außerhalb des Gesundheitssystems) ■ Dokumentation und Führen einer elektronischen Patient[innen]akte über Behandlung, Befunde sowie sonstige Versorgungserfordernisse insbesondere unter Nutzung von ELGA ■ Führen von Erinnerungssystemen (z.B. für chronisch Kranke, Impferinnerung) ■ Institutionalisierte Vernetzungsarbeit mit anderen Versorgungsstrukturen im Gesundheits- und zum Sozialbereich ■ Generierung und standardisierte Weitergabe von Information über Angebote der eingebundenen Gesundheitsberufe innerhalb und außerhalb einer Primärversorgungsstruktur ■ Aktive Mitwirkung am Aufnahme- und Entlassungsmanagement im Sinne der Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (BQLL AUFEM) ■ Zusammenarbeit und Abstimmung mit mobilen Diensten (Hauskrankenpflege / mobile Betreuung und Pflege) sowie Austausch mit pflegenden Angehörigen ■ Zusammenarbeit mit Palliativ- bzw. Hospizteams (um bestmögliche Versorgung zu Hause oder im Pflegeheim zu ermöglichen) ■ Information über Angebote und Leistungen von Selbsthilfegruppen und -organisationen ■ Zusammenarbeit mit Einrichtungen des betreuten Wohnens und der Pflege“ (ebd.)
Mitwirkung an öffentlichen Gesundheitsaufgaben	Die Beteiligung bei der Ziel- und Aufgabenerfüllung des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie die Übernahme ausgewählter öffentlicher Gesundheitsaufgaben im Sinne „gemeindeärztlicher Aufgaben [...] (wie z. B. Totenbeschau, Untersuchungen nach dem Unterbringungsgesetz, Impfungen und Infektionsschutzmaßnahmen)“ sollen durch die neue PV-Struktur gewährleistet werden (ebd.:12).
Praktische Ausbildung für Gesundheitsberufe	Die neuen PV-Strukturen sollen auch als Ausbildungsstätten für angehende Ärzt:innen (Lehrpraxen) und weitere Gesundheitsberufe (Pflichtpraktika im Rahmen der schulischen bzw. akademischen Ausbildung) fungieren. Damit soll eine „zeitgemäße Lern- und Lehrkultur bei den Gesundheits- und Sozialberufen auch in Hinblick auf ein berufsgruppenübergreifendes Training“ (ebd.) geschaffen werden.
Wissensgenerierung zum Versorgungsbedarf	Entsprechend der Forderung einer „kontinuierlichen Weiterentwicklung im Gesundheitswesen leisten die neuen Primärversorgungsstrukturen einen Beitrag zur Wissensgenerierung über den Versorgungsbedarf und die Bedürfnisse/Präferenzen in der Bevölkerung“ (ebd.), wobei sich die unterschiedlichen in der PV tätigen Berufsgruppen stets den „geänderten Rahmenbedingungen und neuen Erkenntnissen über Versorgungserfordernisse“ (ebd.) anpassen.

Quelle: vgl. BMG 2014:10–12, eigene Darstellung

Aktuell laufen bereits erste **PVE-Pilotprojekte** in den einzelnen österreichischen Bundesländern, weitere sind in Planung. Die erste Pilot-PVE wurde am 1. April 2015 in Wien gegründet. Planmäßig war, wie bereits erwähnt, bis 2021 die Errichtung von insgesamt 75 PVEs innerhalb Österreichs vorgesehen, ein Blick auf den Status Quo zeigt jedoch, dass österreichweit bis August 2021 lediglich 27 PVEs errichtet wurden – siehe Tabelle 2, welche die Basis für die Aussendung der Fragebögen (siehe 3.2.3) bildeten. Bis Februar 2022 kamen weitere sieben hinzu. Von den nunmehr 33 PVEs¹⁶ österreichweit sind vier in Netzwerken organisiert, die anderen 29 PVEs in Form von Zentren. Das geplante Ziel der Umsetzung von 75 PVEs wird nun für das Jahr 2023 angestrebt (vgl. Österreichische Sozialversicherung 2021).



Abbildung 5: PVE-Standorte in Österreich (Stand Februar 2022)

Quelle: GÖG o.A.a, adaptierte Darstellung

Regional betrachtet zeigt sich, dass sich die meisten PVEs aktuell mit zehn Standorten im größten Bundesland Österreichs (Niederösterreich) finden, gefolgt von Oberösterreich mit acht PVEs. An dritter Stelle befindet sich mit sechs Standorten Wien, zwar flächenmäßig das kleinste, aber einwohner:innenstärkste Bundesland. In Salzburg existieren zwei PVEs und in den Bundesländern Kärnten und Burgenland jeweils eine. In Tirol und Vorarlberg sind bislang noch keine PVEs in Betrieb (vgl. GÖG o.A.a).

Mit Blick auf das erweiterte Team lässt sich festhalten, dass nunmehr in 23 der 33 PVEs Sozialarbeiter:innen tätig sind. Von den ehemals 27 PVEs, wo an 17 Standorten Sozialarbeit vorzufinden war (Stand August 2021), haben zwischenzeitlich weitere drei PVEs (*Gesundheitsnetzwerk Raabtal*, *Medizin Augarten* und *Gesundheitszentrum Dr. Braunnendal - Dr. Zeder*) die Profession der Sozialen Arbeit implementiert. Von den sieben „neuen“ Standorten – einer in Niederösterreich und jeweils zwei in Oberösterreich, Salzburg und Wien – weisen drei bereits Sozialarbeit als Leistungsangebot auf, im PVZ Schwarzatal befindet sich das Sozialarbeit-Angebot im Aufbau (vgl. ebd.).

¹⁶ Angemerkt sei, dass nunmehr das Gesundheitszentrum Eisenerz nicht mehr in der Liste der PVEs in Niederösterreich angeführt wird.

Tabelle 2: PVEs in Österreich¹⁷

	PVE-Name	Start	Erweitertes Team
Oberösterreich	<i>Primärversorgungszentrum - die Hausärzte Enns</i>	01/2017	Diätologie, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Klinische Psychologie, Psychotherapie, Sozialarbeit, Wundmanagement, PV-Management
	<i>PVZ-Marchtrenk</i>	10/2017	Diätologie, Logopädie, Physiotherapie, Klinische Psychologie, Psychotherapie, Sozialarbeit, Wundmanagement, PV-Management
	<i>Hausarzt Medizin Plus - Gesundheitszentrum Haslach</i>	01/2018	Diätologie, Ergotherapie, Hebamme, Logopädie, Physiotherapie, Klinische Psychologie, Psychotherapie, Sozialarbeit, Wundmanagement, PV-Management
	<i>PVN Neuzeug-Sierning</i>	07/2018	Diätologie, Logopädie, Physiotherapie, Klinische Psychologie, Psychotherapie, Sozialarbeit, Wundmanagement, PV-Management
	<i>Hausärzte am Domplatz</i>	10/2020	Diätologie, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Klinische Pharmazie, Klinische Psychologie, Psychotherapie, Sozialarbeit, Wundmanagement, PV-Management
	<i>Gesundheitszentrum Ried-Neuhofen</i>	04/2021	Diätologie, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie
	<i>PVZ Vöcklamarkt</i>	01/2022	Diätologie, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Klinische Psychologie, Sozialarbeit
	<i>PVE Grüne Mitte</i>	01/2022	Diätologie, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Klinische Psychologie, Sozialarbeit, PV-Management
Niederösterreich	<i>PVE Böheimkirchen - Zentrum für medizinische und soziale Nahversorgung</i>	09/2018	Case- und Care-Management, Diätologie, Physiotherapie, Psychotherapie, Sozialarbeit, PV-Management
	<i>PVZ Schwechat</i>	01/2019	Diätologie, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Psychotherapie, Sozialarbeit, PV-Management
	<i>Primärversorgungszentrum St. Pölten</i>	01/2019	Case und Care Management, Diätologie, Physiotherapie, Klinische Psychologie, Psychotherapie, Sozialarbeit, Wundmanagement, PV-Management

¹⁷ Stand August 2021 ist hellblau, Stand Februar 2022 in dunkelblau markiert. Grau ist jene PVE, die nunmehr nicht mehr als PVE angeführt wird. Veränderungen zum erweiterten Team in den von August 2021 ausgewiesenen 27 PVE wurden nicht dargestellt.

	<i>Primärversorgungsnetzwerk Melker Alpenvorland</i>	09/2020	Case und Care Management, Diätologie, Ergotherapie, Hebamme, Physiotherapie, Psychotherapie, Sozialarbeit, PV-Management
	<i>PVZ-Schwarzatal</i>	01/2022	Psychotherapie
Wien	<i>Medizin Mariahilf - Primary Health Care</i>	05/2015	Diätologie, Psychologie, Sozialarbeit, PV-Management
	<i>Primärversorgung Donaustadt - Ihre Erstversorgung und Hausarztordination</i>	09/2017	Diätologie, Psychotherapie
	<i>PVE Meidling Regionalmedizinisches Zentrum</i>	07/2019	Diätologie, Psychotherapie, Sozialarbeit, Wundmanagement
	<i>Medizin Augarten - Primary Health Care</i>	01/2021	Diätologie, Physiotherapie, Psychologie, PV-Management
	<i>PVE Sonnwendviertel</i>	10/2021	Diätologie, Hebamme, Physiotherapie, Psychotherapie, Sozialarbeit
	<i>Primärversorgungsnetzwerk Döbling</i>	01/2022	Heil- und Sportmassage, Physiotherapie und Osteopathie, Psychotherapie
Burgenland	<i>Gesundheitsnetzwerk Raabtal</i>	10/2019	Diätologie, Ergotherapie, Hebamme, Logopädie, Physiotherapie, Psychotherapie, Wundmanagement, PV-Management
Steiermark	<i>Gesundheitszentrum Mariazell</i>	10/2016	Pflege- und Sozialberatung (extern), Physiotherapie, PV-Management
	<i>Gesundheitszentrum Eisenerz</i>	06/2017	Physiotherapie, Psychologie, Psychotherapie
	<i>Gesundheitszentrum Joglland</i>	09/2017	Ordinationsmanagement, Physiotherapie, Sozialarbeit
	<i>Gesundheitszentrum Weiz</i>	02/2018	Diätologie, PV-Management, Sozialarbeit (extern)
	<i>MEDIUS - Zentrum für Gesundheit</i>	12/2018	Diätologie, Ergotherapie, Physiotherapie, PV-Management, Sozialarbeit
	<i>Allgemeinmedizin Graz Gries</i>	10/2019	Diätologie, Logopädie, Physiotherapie, PV-Management, Sozialarbeit

	<i>Gesundheitszentrum Dr. Braunendal - Dr. Zeder</i>	10/2019	Diätologie, Physiotherapie, PV-Management
	<i>Facharzt- und Gesundheitszentrum Mureck</i>	01/2020	Diätologie, Ergotherapie, Physiotherapie, PV-Management
	<i>Gesundheitszentrum Fehring</i>	06/2020	Diätologie, Physiotherapie, PV-Management
	<i>Gesundheitszentrum Admont</i>	06/2020	Diätologie, Hebamme, Physiotherapie, PV-Management
	<i>PVE Liezen</i>	10/2020	Diätologie, Physiotherapie, PV-Management
Kärnten	<i>MEDINEUM - Zentrum für Allgemeinmedizin</i>	01/2021	Ergotherapie, Physiotherapie, Sozialarbeit
Salzburg	<i>Gesundheitszentrum Saalfelden</i>	07/2021	Ernährungsmedizinische Beratung, Psychotherapie, Praxis-Management
	<i>Seenpraxis</i>	unbekannt	Physiotherapie, Psychotherapie

Quelle: GÖG o.A.a., eigene Darstellung

Zwar offiziell nicht als PVE geführt, dennoch als österreichische Vorreiter in der Umsetzung der dahinterliegenden Idee eines multiprofessionell agierenden Teams gelten zwei Praxen: Das *Sozialmedizinische Zentrum (SMZ) Liebenau*, welches 1984 als ärztliche Praxisgemeinschaft mit Physiotherapie entstand, gilt als Pionier mit Blick auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Gesundheits- und Sozialberufen unter einem Dach. Das *SMZ Liebenau* entstand vor dem Hintergrund, „ein umfassendes medizinisches und psychosoziales Versorgungsangebot“ (Sozialmedizinisches Zentrum Liebenau 2022) im benachteiligten Stadtbezirk Graz-Liebenau zu schaffen. Heute bildet es ein Zentrum der integrativen Gesundheitsversorgung, welches in den Bereichen der medizinischen und therapeutischen Versorgung, der Sozialarbeit, sowie der Gesundheitsförderung und Beratung Angebote setzt¹⁸ (vgl. ebd.). Ebenso sei die *Praxisgemeinschaft Wilhelmstrasse* in Wien als Vorreiterin betreffend Strukturen multidisziplinärer Zusammenarbeit genannt (vgl. Gruppenpraxis Wilhelmstrasse 2022). Auch hier zählen Sozialarbeiter:innen zum multiprofessionellen Team.

Im Juni 2021 bekräftigte der damalige Sozial- und Gesundheitsminister Wolfgang Mückstein den Ansatz der Stärkung der PV innerhalb der Gesundheitspolitik im Sinne des Ausbaus von PVEs. Mückstein sprach sich für einen verstärkten Fokus auf die Gesundheitserhaltung und -förderung aus und bekräftigte dies durch die Anhebung bzw. beinahe Verdoppelung des Bundesbudgets auf insgesamt 13 Millionen Euro für diesen Bereich. Dabei komme insbesondere der Verschränkung von PVEs mit anderen Angeboten eine bedeutende Rolle zu. Vor dem Hintergrund der Covid-19-Pandemie, die den Einfluss sozialer Faktoren auf die Gesundheit (wieder) ins Bewusstsein rief, verwies Mückstein auf das aus England stammende sozialmedizinische Konzept mit dem Namen „Social Prescribing“, das auch für Österreich großes Potenzial habe (vgl. ORF 2021).

2.2 Das Social Prescribing-Konzept

Singh Devi

Zahlreiche Studien belegen, dass sich Faktoren wie fehlende Sozialkontakte bzw. Isolation, mangelnde soziale Unterstützung, Beziehungsprobleme, geringes Selbstwertgefühl, finanzielle Stressoren, unsichere Wohn- und Beschäftigungssituationen oder schlechte Bildung negativ auf das Wohlbefinden auswirken, indem sie gesundheitliche Beschwerden auslösen können und somit zu gesundheitlichen Ungleichheiten beitragen (vgl. Clare 1985:290f; vgl. Ortmann 2015a:15; vgl. Pryke 2020:565). Im Einklang damit wird zunehmend der Ruf laut, einen „demedikalisierenden“ Ansatz zu verfolgen und gleichzeitig die Enge der medizinischen Praxis, d. h. die Konzentration auf das biomedizinische Modell, zu überwinden (vgl. Whitelaw et al. 2017:117f). Dem medizinentrierten Modell fehle es an einer systematischen Bearbeitung sozialer Herausforderungen bzw. der Berücksichtigung sozialer Faktoren in der Gesundheitsversorgung, so die Kritik (vgl.

¹⁸ Der Frage, inwiefern SP-Elemente bereits in der österreichischen Gesundheitsversorgung Anwendung finden, geht ein weiteres Forschungsteam des Forschungslabors SP in der Masterarbeit „Social Prescribing – Eine internationale Perspektive und der Status quo in Österreich aus dem Blickwinkel der Sozialen Arbeit“ in Kapitel 4 nach.

Ortmann 2015a:14). Ein ganzheitlicher Zugang, der zum Empowerment von Patient:innen und zur Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens beiträgt, kann hier als dienlicher erachtet werden (vgl. Halder et al. 2018:346). Unterstützende soziale Umwelten, Zugangsmöglichkeiten zu Informationen und Angeboten sowie Entscheidungsfreiräume die persönliche Gesundheit betreffend bilden die Grundlage, um das größtmögliche Gesundheitspotenzial zu erreichen (vgl. Altgeld 2012:6). Diese Aspekte und das Prinzip des Empowerments werden im Rahmen des SP-Konzeptes in den Fokus gerückt.

Zwar sind medizinische Interventionen bei der biologischen Ursachenforschung von Krankheiten nicht irrelevant, jedoch gilt es, vor dem Hintergrund der gleichwertigen Betrachtung sozialer, psychologischer und physischer Aspekte der Gesundheit und des Wohlbefindens allen Aspekten die gleiche Priorität einzuräumen (vgl. Polley et al. 2017a:4). Bislang waren die Möglichkeiten von Gesundheitsfachkräften dafür jedoch begrenzt. SP eröffnet Gesundheitskräften neue Optionen, auf die Beeinflussung der Gesundheit durch soziale Determinanten zu reagieren. SP wird von Fachleuten als Interventionsmöglichkeit gesehen, die es Gesundheitsdienstleistern ermöglicht, kreativ und ganzheitlich auf die nicht-medizinischen Bedürfnisse der Menschen einzugehen, ihre individuellen Stärken und Präferenzen aufzubauen, mit dem Ziel Gesundheit und Wohlbefinden zu verbessern (vgl. Kimberlee 2013:20; vgl. National Academy for Social Prescribing 2020:7).

Ilse Arlt, die sich zeit ihres Lebens mit Menschen in prekären Lebensverhältnissen – mit besonderem Fokus auf Armut – beschäftigte, nahm bereits Anfang des 20. Jahrhunderts eine personenorientierte Sicht ein, als sie das Verhältnis von Armut und Gedeihen in den Fokus ihrer Betrachtungen rückte bzw. die Frage stellte, wie sich die beiden Phänomene zueinander verhalten (vgl. Maiss / Pantuček 2008:204f), indem sie einen Vergleich zwischen dem IST-Zustand und dem zu definierenden SOLL-Zustand des „menschlichen Gedeihens“ (Arlt 1958:50) beforstete. Arlt befasste sich damit, wissenschaftlich fundierte Möglichkeiten der Lebenshaltung und -hilfe zu eruieren und stellte die Prozesse der Entstehung und Aufrechterhaltung von Armut in den Mittelpunkt. Von der Armutsforschung forderte Arlt, grundlegende menschliche Bedürfnisse und „Gedeihenserfordernisse“ (ebd.:60) zu ergründen, wobei nach ihrem Verständnis beobachtbare und messbare „Gedeihensmängel“ (ebd.) darüber Aufschluss geben können. In diesem Zusammenhang legte Ilse Arlt in gewisser Weise den Grundstein zur Bio-Psycho-Sozialen Theorie menschlicher Bedürfnisse und somit den Grundgedanken, auf dem SP beruht.

2.2.1 Ausgangspunkt: Bio-Psycho-Soziales Modell

Singh Devi, Tritta Claudia

Als Ausgangspunkt des SP-Konzeptes gilt die Erkenntnis, dass die Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen durch soziale, wirtschaftliche und umweltbedingte Faktoren beeinflusst werden (vgl. Buck / Ewbank 2020). Schätzungen zufolge suchen in etwa 20 % der Patient:innen ihre:n Hausärzt:in aufgrund eines primär sozialen Problems auf (vgl. Polley et al. 2017a:4).

Im Rahmen des SP-Prozesses wird versucht, nicht-medizinischen Krankheitsursachen mit nicht-medizinischen Interventionen, abseits der klassischen medizinischen Versorgung, zu begegnen (vgl. ebd.). Dieser Ansatz kann als Folge eines veränderten Verständnisses des Gesundheitsbegriffs in der Medizin gesehen werden. Die Auffassung hat sich diesbezüglich vom biomedizinischen Gesundheitsversorgungs-Modell hin zum Bio-Psycho-Sozialen Modell verändert. Ersteres legt den Fokus auf den Körper als biologischen Organismus, während letzteres aus einer Kombination von psychologischen, biologischen und soziologischen Faktoren besteht (vgl. Barnes 2020:639).

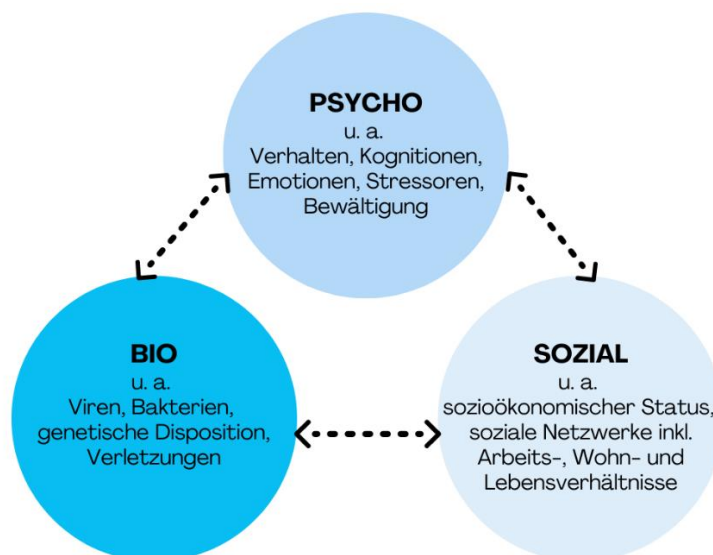


Abbildung 6: Bio-Psycho-Soziales Modell

Quelle: Universität Augsburg o.A., eigene Darstellung

Das Bio-Psycho-Soziale Modell, welches im Jahr 1977 vom amerikanischen Internisten und Psychiater George L. Engel ausformuliert und propagiert wurde, kann als ein Modell eines ganzheitlichen Gesundheits- bzw. Krankheitsverständnisses gesehen werden (vgl. Pauls 2013:16f). Der Kerngedanke des Modells

„besteht darin, dass alle drei Bedingungen – die biologisch-organische, die psychische und die soziale – in sich kontinuierlich ändernden Wechselbeziehungen stehen und aus diesen Faktoren und deren Veränderungen sich Entwicklung und Verlauf von Störungen erklären lassen“ (Jungnitsch 2009:34).

Mit seinem Fokus auf das Bio-Psycho-Soziale Krankheits- bzw. Gesundheitsmodell erkennt SP Probleme an, die negativen Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden vorausgehen oder sie begleiten. Durch einen kollaborativen Ansatz bietet es medizinischem Fachpersonal eine Überweisungsoption, um effektiver auf die psychosozialen Bedürfnisse von Patient:innen eingehen zu können (vgl. Fixsen / Polley 2020:238).

2.2.2 Definition und Umsetzung von Social Prescribing

Tritta Claudia

SP ist ein aus Großbritannien stammender Interventionsansatz, der als ganzheitliches, auf den persönlichen Bedarf zugeschnittenes Unterstützungspaket gesehen werden

kann (vgl. South et al. 2008:314). Die Etablierung von SP hat in ganz Großbritannien auf sehr organische Weise begonnen, um der Notwendigkeit Rechnung zu tragen, alternative bzw. additive Möglichkeiten zu verschreibungspflichtigen Medikamenten bereitzustellen (vgl. Chatterjee et al. 2018a:19).

Verschiedene Bezeichnungen des SP-Konzeptes sind im Umlauf. Anwendung finden beispielsweise die Benennungen „community referral“ und „non-traditional providers“. Sie beschreiben die erweiterten verfügbaren nicht-medizinischen Optionen, Bedürfnissen, die mit sozioökonomischen und psychosozialen Aspekten in Verbindung stehen, zu begegnen (vgl. Polley et al. 2017b:10). Davison et al. (vgl. 2019:6) zufolge hat sich im Gesundheitssektor der Begriff Social Prescribing durchgesetzt. Der „soziale“ Aspekt ergibt sich aus der Verbindung zur Gemeinschaft, d. h. der Anbindung an die Angebote des 3. Sektors (vgl. Kellezi et al. 2019:10). Es werden jedoch kritische Stimmen laut, wonach die Bezeichnung SP zu sehr im Bereich des Gesundheitssektors verankert ist. Die Verwendung der Bezeichnung „prescription“ (Verschreibung, Rezept) schränke zudem das Potenzial des Konzeptes ein. Gleichzeitig heißt es aber auch, dass „Prescribing“ bzw. Verschreibung für manche Patient:innen „aufgrund des verbindlichen Charakters förderlich sein [kann] und es [...] das in Österreich geläufige Rezept [beinhaltet], bei de[m] eine Therapie [bzw. bei SP eine Aktivität] auf Rezept ‚verschrieben‘ wird“ (Antosik 2020:102). Während die Vertrautheit der involvierten Akteur:innen¹⁹ mit dem SP-Ablauf hinsichtlich dessen Implementierung und Ausführung als förderlich eingestuft werden kann, kritisiert ein Interviewpartner in der von Antosik (ebd.) durchgeführten Studie die Begrifflichkeit dahingehend, dass sie seines Erachtens „mit einer Art Zwang in Verbindung steht und damit die subjektive Komponente und das Wohlbefinden weg[fallen].“ Der Gebrauch einer gemeinschaftsbezogenen Sprache wird in diesem Zusammenhang gefordert²⁰ (vgl. Davison et al. 2019:6).

2.2.2.1 Begriffsbestimmungen zu Social Prescribing

Tritta Claudia

Auch unterschiedliche Erklärungen von SP sind in Verwendung, eine allgemein anerkannte Definition besteht jedoch bisher keine (vgl. Polley et al. 2017b:13). Nachstehende Grafik zeigt eine Auswahl an in der Literatur zu findenden Versuchen von **Begriffsbestimmungen zu SP**²¹.

¹⁹ Dies schließt neben den (potentiellen) Überweiser:innen, den Agierenden des 3. Sektors und den Link Worker:innen auch die Klient:innen ein.

²⁰ Ein weiteres Forschungsteam des Forschungslabors SP befasst sich in seiner Masterarbeit „Social Prescribing – gesund:sozial:verbunden. Abbau der Zugangsbarrieren im Lichte der Sozialen Arbeit: Erklärvideo und Begriffsfindung im österreichischen Primärversorgungskontext“ in Kapitel 6 näher mit Begrifflichkeiten rund um SP für den österreichischen Kontext.

²¹ Diese haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

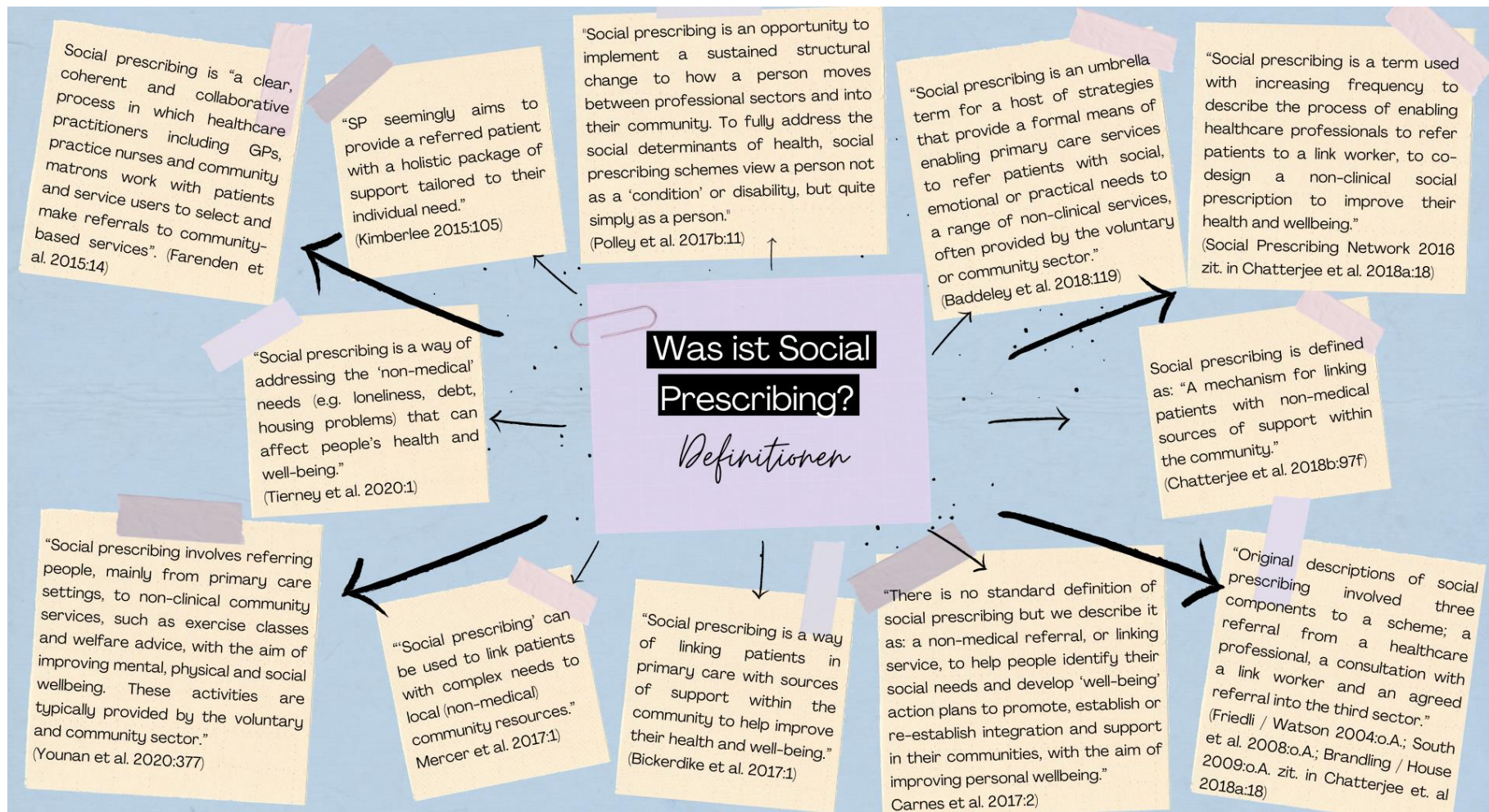


Abbildung 7: Definitionen zu Social Prescribing

Quelle: Baddeley et al. 2018:119; Bickerdike et al. 2017:1; Brandling / House 2009:o.A.; Carnes et al. 2017:2; Chatterjee et al. 2018a:18; Chatterjee et al. 2018b:97f; Farenden et al. 2015:14; Friedli / Watson 2004:o.A.; Kimberlee 2015:105; Mercer et al. 2017:1; Polley et al 2017b:11; Social Prescribing Network 2016; South et al. 2008:o.A.; Tierney et al. 2020:1; Younan et al. 2020:377, eigene Darstellung

Zwar gibt es, wie die Grafik zeigt, keine einheitliche Definition von SP, jedoch scheint ein übereinstimmendes Verständnis darüber zu herrschen, welche Aspekte das Konzept rahmen. Die Rolle von SP wird grundlegend darin gesehen, Problemlagen der Menschen zu identifizieren, die Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Betroffenen nach sich ziehen. Dies setzt eine niederschwellige, emotionale und soziale Unterstützung voraus (vgl. Kimberlee 2013:20f). Die im Zuge dieses Konzeptes eingesetzten Interventionen variieren hinsichtlich der Überweisungswege, der Zielgruppen, der spezifischen Ziele, des Spektrums der zur Verfügung stehenden nicht-medizinischen Unterstützungsmöglichkeiten und allgemein, des zur Anwendung kommenden Modells (siehe 2.2.2.4). Die Definitionen von SP stehen mit den jeweiligen Ausprägungen dieser genannten Aspekte in Zusammenhang.

In Verbindung mit der Unbestimmtheit des SP-Konzeptes steht auch die **Diskussion um die theoretische Einbettung des SP-Konzeptes**. So wird kritisch angemerkt, dass es SP an einem klaren theoretischen Rahmen fehlt (vgl. Halder et al. 2018:346; vgl. Kellezi et al. 2019:11). Eine solche Rahmung ist jedoch wichtig, um es sowohl Forscher:innen als auch Praktiker:innen zu ermöglichen, mehr über die Prozesse zu verstehen, durch die SP Verbesserungen der Gesundheit und des Wohlbefindens der Patient:innen herbeiführen kann (vgl. Halder et al. 2018:346). Während Kimberlee (vgl. 2015) eine Unterscheidung in vier Modelltypen (siehe 2.2.2.4) vornimmt und Thomson et al. (vgl. 2015:8) die Entwicklung von SP unter dem Einfluss von Prinzipien wie Selbsthilfe, sozialem Kapital und sozialer Konnektivität beschreibt, bleibt unbeantwortet, wo die theoretischen Wurzeln des Interventionsansatzes liegen. Jüngst haben sich mehrere Autoren dieser Frage gewidmet und den aus der Sozialpsychologie stammenden Ansatz der sozialen Identität für Gesundheit und Wohlbefinden („The Social Cure“) als theoretisches Fundament diskutiert. Dieser Ansatz geht davon aus, dass Menschen Mitglieder mehrerer sozialer Gruppen sind und dass die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe für das Individuum jederzeit vordergründig bzw. bedeutsam werden kann. Dies ermutigt jede:n Einzelne:n wesentliche „Inhalte“/Aspekte dieser bestimmten Gruppe zu übernehmen – z. B. ihre Normen, Werte und Einstellungen – insbesondere, wenn die Identifizierung mit der Gruppe stark ausgeprägt ist und ein subjektives Zugehörigkeitsgefühl besteht. In den letzten Jahren haben verschiedene Autor:innen die Identifikation mit sozialen Gruppen hinsichtlich ihres Potenzials für die Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden untersucht. Die Erkenntnis, dass die Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe für das soziale Leben, die Gesundheit und das Wohlbefinden des Individuums von Bedeutung ist, jedoch unter der Bedingung, dass sich der:die Einzelne mit ihr identifiziert, d. h. ein subjektives Gefühl der Gruppenzugehörigkeit empfindet, kann im Hinblick auf die theoretische Einbettung von SP interessant sein (vgl. Halder et al. 2018:346f; vgl. Kellezi et al. 2019:11).

Unabhängig von Terminologie, theoretischem Framing oder Modell zielen jedoch alle SP-Programme darauf ab, das Gesundheitssystem und den 3. Sektor miteinander zu verknüpfen: Eine **Verbindung zwischen der Gesundheitsversorgung und Maßnahmen bzw. Angeboten der Gemeinschaft** wird hergestellt, um im Sinne des personenzentrierten Ansatzes, im Gegensatz zu einem erzwungenen One-Size-Fits-All-Ansatz,

das Wohlbefinden der Menschen zu verbessern (vgl. Davison et al. 2019:6). Die personalisierte Versorgung richtet sich dabei nach den individuellen Bedürfnissen der zu behandelnden Person. Patient:innen werden auf nicht-medizinische Unterstützungsangebote²² innerhalb der Gemeinschaft verwiesen, vor allem auf freiwillige und/oder gemeindebasierte Angebote (vgl. The Social Prescribing Network 2018).

Wichtig ist anzumerken, dass SP dabei keineswegs die Bedeutung klinischer Interventionen zu schmälern versucht, vielmehr wurde es entwickelt, um das medizinische Modell zu ergänzen bzw. die sozialen Determinanten von Gesundheit und Wohlbefinden zu adressieren (vgl. Giurca / Santoni 2019:558).

2.2.2.2 Positive Effekte von Social Prescribing

Tritta Claudia

Wie bereits deutlich wurde, erkennt das SP-Konzept den sozialen Aspekt in der Gesundheitsversorgung und stellt diesen in den Mittelpunkt. Neben dem Fokus auf die ganzheitliche Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens des Gegenübers unter Einbezug der Bedürfnisse des Individuums sollen Selbstwirksamkeit und Kontrolle über die eigene Gesundheit unterstützt und gefördert werden (vgl. Buck / Ewbank 2020). Dadurch kann das Konzept des SP Verbesserungen bei Krankheitsmanagement und Krankheitsvorbeugung bewirken (vgl. Barnes 2020:638).

South et al. (vgl. 2008:311) beschreiben in Anlehnung an Friedli und Watson (vgl. 2004) **vorteilhafte Auswirkungen von SP** innerhalb folgender drei Schlüsselbereiche:

- Verbesserung der psychischen Gesundheit der Patient:innen
- Verbesserung des gemeinschaftlichen Wohlbefindens („community well-being“)
- Verringerung von sozialer Ausgrenzung

Die Kontaktaufnahme zu lokalen Organisationen bzw. Angeboten kann einerseits die geistige und körperliche **Gesundheit von Patient:innen und deren Wohlbefinden** positiv beeinflussen. Andererseits zeigt sich als weiterer Effekt von SP, dass die Inanspruchnahme von Angeboten des 3. Sektors auch eine Steigerung hinsichtlich sozialer Kontakte der Patient:innen mit sich zieht. Durch die Verweisung zu lokalen Dienstleistungen durch Fachkräfte wird der Zugang zu deren Angeboten vereinfacht (vgl. Friedli / Watson 2004; zit. in South et al. 2008:311).

Die Verweisung bzw. in weiterer Folge die Inanspruchnahme dieser führt nicht zuletzt auch zu einer generellen **Verbesserung der sozialen Netzwerke innerhalb der Gemeinde/des Bezirkes** (vgl. ebd.). Die Healthy London Partnership (vgl. 2017:4) weist auf einen weiteren Nebeneffekt von SP hin: Personen, die in der Vergangenheit Angebote des 3. Sektors in Anspruch genommen haben, engagieren sich häufig selbst ehrenamtlich, was wiederum die Kapazitäten der Gemeinden/Bezirke steigert.

²² Der Begriff nicht-medizinisch meint beispielsweise Tätigkeiten/Arbeitsfelder, die keine direkte medizinische Diagnose, Behandlung oder Pflege leisten. Klinische Arbeit hingegen geht mit der direkten Patient:innenversorgung einher (vgl. Santiago 2020).

Darüber hinaus kann eine individuelle ganzheitliche Betreuung im Rahmen von SP eine Möglichkeit darstellen, medizinische Anlaufstellen (Hausärzt:innenpraxen, Krankenhäuser etc.) bzw. das darin tätige Gesundheitspersonal zu entlasten (vgl. Fixsen et al. 2020:2; vgl. Redelsteiner 2019:10). Menschen, die beispielsweise von Einsamkeit oder sozialer Isolation betroffen sind, suchen häufig die PV auf, um ihr Bedürfnis nach sozialen Kontakten zu stillen. Medizinische Angebote haben jedoch in der Regel weder die zeitlichen noch konzeptionellen Ressourcen bzw. verfügen nicht über das notwendige Fachwissen, um nicht-medizinische Probleme nachhaltig zu lösen (vgl. Wakefield et al. 2020:1). Ebenso kann die Etablierung von SP eine finanzielle **Entlastung des Gesundheitssystems** nach sich ziehen (vgl. Fixsen / Polley 2020:242; vgl. Haas et al. 2019:2).

2.2.2.3 Der Social Prescribing-Pfad

Tritta Claudia

Seinen Ausgangspunkt nimmt der SP-Pfad mit den Individuen und ihren persönlichen Bedürfnissen. Derzeit gibt es noch keine Evidenz darüber, welche Gruppen am meisten von SP profitieren, es scheint jedoch aus der bisherigen Erfahrung aus diversen SP-Projekten ersichtlich, dass Zielgruppen durch SP motiviert und zu mehr Aktivität angeregt werden (vgl. Bertotti et al. 2018:242). Insofern kann SP für viele Zielgruppen (siehe 4.3.1.1) Vorteile bringen (vgl. Healthy London Partnership 2017:15).

Der SP-Pfad, d. h. die Über- bzw. Verweisungswege von Patient:innen (siehe 4.3.1.2) innerhalb von SP, sind nicht klar definiert und stehen im Zusammenhang mit dem jeweiligen angewandten Modell (siehe 2.2.2.4). Einen Überblick des konzeptionellen Ablaufes von SP bietet der mittels Grafik dargestellte SP-Pfad.

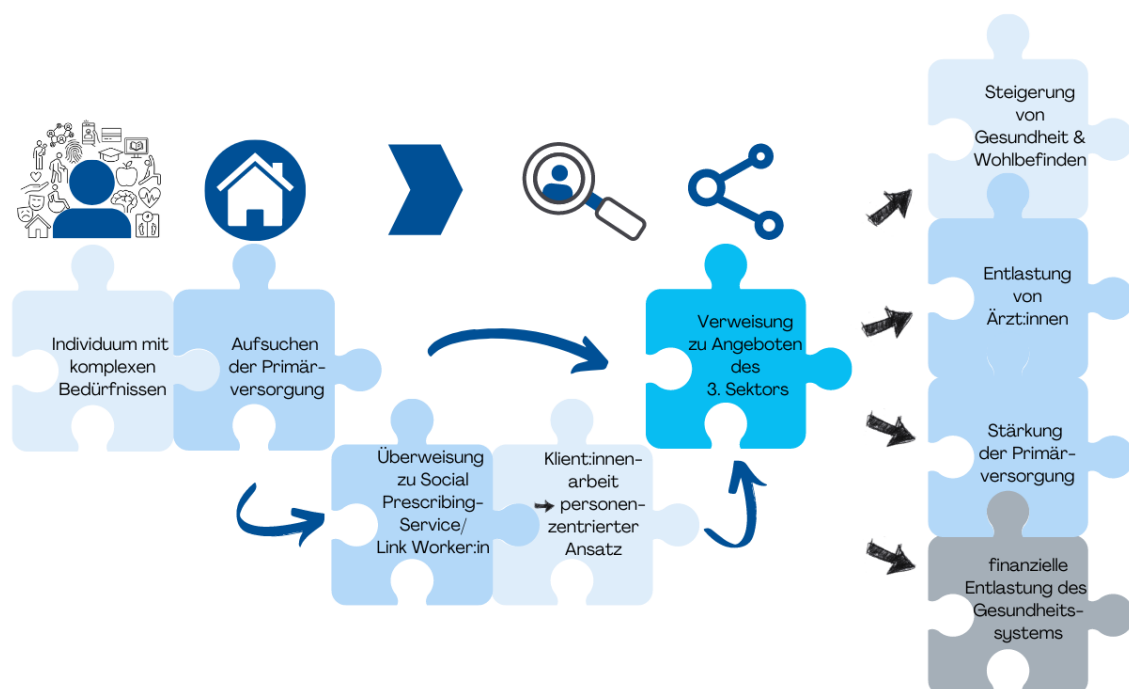


Abbildung 8: Social Prescribing-Pfad

Quelle: vgl. Haas et al. 2019:2; vgl. King 2017, eigene Darstellung

Die **Überweisung** an SP kann entweder durch die Patient:innen selbst, im Sinne einer Selbstüberweisung, oder von einem:einer Ärzt:in bzw. einer Fachkraft eines Gesundheitsberufes initiiert werden, sofern ein nicht-medizinischer Bedarf eines:einer Patient:in wahrgenommen wird. Patient:innen können dabei entweder direkt an Angebote des 3. Sektors, oder aber zuvor zu einer Fachkraft für Link Work überwiesen werden (vgl. Drinkwater et al. 2019:2).

Ob Patient:innen unmittelbar an ein SP-Angebot bzw. Angebot des 3. Sektors oder an eine:n Link Worker:in überwiesen werden, obliegt oftmals Allgemeinmediziner:innen sowie Professionist:innen aus multidisziplinären Teams. Insofern ist es essenziell, dass jene überweisenden Berufsgruppen über umfassende Informationen hinsichtlich etwaiger Voraussetzungen zur Anbindung der Patient:innen verfügen und abhängig von örtlichen Gegebenheiten Kenntnis über das Vorhandensein von Link Worker:innen haben. Zudem erweist sich die Einbindung einer Vielzahl an Professionist:innen – z. B. Sozialarbeiter:innen, in Gesundheitsberufen tätige Personen, Apotheker:innen, Mitarbeiter:innen des Entlassungsmanagements in Krankenhäusern, Angestellte in Jobcentern sowie Polizist:innen – als Multiplikator:innen als sinnvoll, um einheitliche Prinzipien bzw. Standards von SP zu etablieren und folglich eine Möglichkeit zu schaffen, einer großen Zahl an Menschen den Ansatz näher zu bringen (vgl. Barnes 2020:640).

Sofern ein:e Link Worker:in (siehe 2.2.2.5), eine spezifische Fachkraft für die Anbindung der Patient:innen an den 3. Sektor, in den SP-Pfad involviert ist, finden im Anschluss an die Überweisung Gespräche zwischen dieser Fachkraft und dem:der Klient:in²³ statt. Die temporären Intervalle der Treffen sind dabei von den Bedürfnissen des:der Patient:in und auch vom angewandten Modell (siehe 2.2.2.4) abhängig (vgl. ebd.). Dabei besteht seitens des:der Link Worker:in oftmals die Option, Patient:innen bei gegebener Notwendigkeit in Form von Hausbesuchen in der eigenen Wohnung aufzusuchen. Diese Termine zwischen Link Worker:in und Klient:in fokussieren auf die sozialen, emotionalen oder praktischen Bedürfnisse des Gegenübers. Gemeinsam mit den Klient:innen werden personalisierte Lösungen entwickelt, die zur Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens beitragen sollen. Außerdem erfolgt eine Information zu Angeboten des 3. Sektors (vgl. Haas et al. 2019:1f).

Einhergehend mit dem Wissensspektrum über lokale Angebote ist es dem:der Link Worker:in zudem möglich, Patient:innen bei Bedarf (prompt) an passende Unterstützungsangebote anzubinden, sofern die **Verweisung** entsprechend dem SP-Modell nicht direkt durch das Gesundheitspersonal erfolgt. Nutzer:innen erhalten beispielsweise Unterstützung zu den Schwerpunkten Schulden, Recht, Familie, Sozialleistungen und Wohnen. Erfolgt die Verweisung durch eine:n Link Worker:in, unterstützen diese Klient:innen, nach Absprache und auf deren Wunsch, ggf. auch bei der Kontaktaufnahme mit weiterführenden Aktivitäten bzw. Angeboten des Freiwilligen-, Gemeinschafts- und Sozialunternehmenssektors (vgl. ebd.). Hier zeigen sich Parallelen zu den Aufgaben und Handlungsfeldern Sozialer Arbeit (vgl. OBDS 2017a:3–5) (siehe 2.3).

²³ Für das Forschungsteam erscheint nach der Überweisung durch den:die Ärzt:in zu dem:der Link Worker:in der Begriff Klient:in passender als jener des:der Patient:in.

Zentraler Aspekt der Umsetzung von SP und insbesondere dessen Ausgangspunkt ist die Reflexion über die eigene Haltung. Ebenso von Bedeutung sind die Unparteilichkeit von Professionist:innen hinsichtlich der Auswahl von für SP geeigneten Patient:innen sowie der Entscheidung betreffend der Vermittlung an ein entsprechendes Angebot (vgl. Barnes 2020:640).

2.2.2.4 Social Prescribing-Modelle

Tritta Claudia

Im Laufe der Jahre sind eine Reihe unterschiedlicher SP-Modelle entstanden (vgl. Baddeley et al. 2018:119; vgl. Bertotti et al. 2018:233). In der Literatur finden sich Hinweise darauf, dass SP in unterschiedlichen Stufen zur Anwendung kommt (vgl. ebd.:233; vgl. Brandling / House 2007:4; vgl. Moffatt et al. 2019:7), auch wenn in den meisten Quellen zu SP-Projekten keine explizite Unterscheidung zwischen bzw. Zuordnung zu den verschiedenen Modellen von SP erkennbar ist (vgl. Pescheny et al. 2020:665). Wie Dayson (vgl. 2017:94) anmerkt, wird es jedoch angesichts der wachsenden Heterogenität von SP-Modellen und der ihnen zugrundeliegenden Ziele und Annahmen immer wichtiger, zwischen den einzelnen Modellen zu unterscheiden. Darüber hinaus, so Pescheny et al. (2018a:87), stehen die verschiedenen Modelle während des Implementierungsprozesses und der Bereitstellung des SP-Dienstes unterschiedlichen Herausforderungen gegenüber, da differente Verfahrensweisen, Organisationen und Interessengruppen einbezogen werden.

Eine Möglichkeit, die diversen Variationen von SP zu konzeptualisieren, ist jene von Kimberlee (vgl. 2015). Er differenziert vier SP-Modelle basierend auf der Analyse von 23 Interventionen bzw. Projekten entlang einer Reihe von Aspekten, insbesondere dem Umfang der Unterstützung für Patient:innen. Die SP-Modelle sind so kategorisiert, dass sie von einer einfachen Wegweisung (*Signposting*) bis hin zu dem reichen, was Kimberlee als leicht (*Social Prescribing Light*), mittel (*Social Prescribing Medium*) und ganzheitlich (*Social Prescribing Holistic*) bezeichnet (vgl. Bertotti et al. 2018:233; vgl. Polley et al. 2017b:23). Im Anschluss folgt eine ausführliche Beschreibung der einzelnen Modelle.

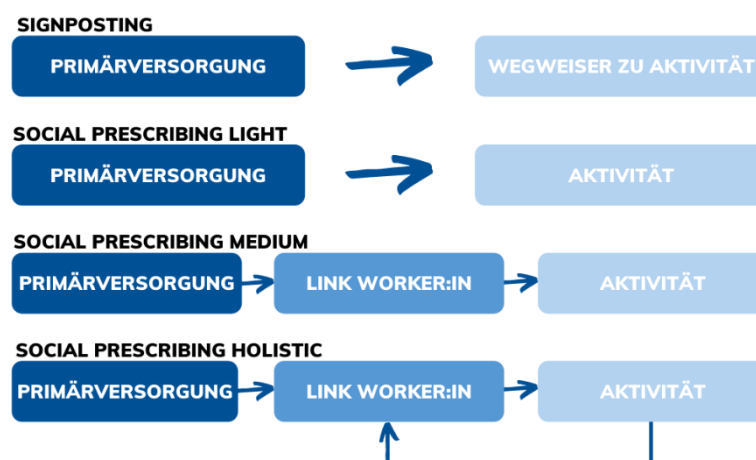


Abbildung 9: Social Prescribing-Modelle

Quelle: vgl. Husk et al. 2020:310, eigene Darstellung

Trotz ihrer Unterschiedlichkeit, verfolgen alle SP-Modelle ein gemeinsames Ziel: die lokalen Angebote des 3. Sektors zur Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Patient:innen vorteilhafter zu nutzen (vgl. Hassan et al. 2020:2).

2.2.2.4.1 Signposting

Tritta Claudia

Bei dem SP-Modell *Signposting* besteht die Aufgabe der Fachkräfte für SP in der Verweisung an Netzwerke und Gruppen, die den betroffenen Personen bei der Befriedigung ihrer Bedürfnisse helfen können. Im Sinne des „Wegweisens“ sollen die Patient:innen zu Informationsquellen aus dem Bereich Gesundheit und Wohlergehen geführt werden. Dieses Element der Versorgungsnavigation findet sich in allen SP-Modellen wieder. Das heißt, es handelt sich dabei um Informationen über regionale Angebote (z. B. Websites, Telefonnummern oder Flyer). Es obliegt den Patient:innen, die lokalen Angebote aufzusuchen und dem vorgeschlagenen Weg zu folgen. Die Fachkräfte des SP-Projektes können die Räumlichkeiten der Ärzt:innenpraxis nutzen. Hausärzt:innen können auch direkt zu einem Projekt verweisen. In einigen Fällen wird dies von einem „Sozialen Rezept“ für die Intervention begleitet, das der Empfehlung Gewicht und Formalität verleihen kann (vgl. Baddeley et al. 2018:119).

Innerhalb dieses Modells ist es üblich, dass zwischen Hausärzt:innen und SP-Fachkräften keine besondere Beziehung bzw. Vernetzung besteht. Weiters sind weder Nachbесprechung noch Feedback zwischen Ärzt:in und Fachkraft für SP bei diesem Ansatz vorgesehen. Die Projekte werden lediglich zu einem minimalen Grad evaluiert (vgl. ebd.; vgl. Chatterjee et al. 2018b:100; vgl. Kimberlee 2015).

In dem zusammenfassenden Leitfaden des National Health Service (NHS) Englands zu „Social prescribing and community-based support“ aus dem Jahr 2020 findet *Active Signposting* Erwähnung. Dies wird als niederschwelliges Angebot gesehen, bei dem Mitarbeiter:innen lokaler Behörden Informationen an Menschen weiterleiten (vgl. NHS England / NHS Improvement 2020b:7f). Hierfür werden lokale Ressourcenverzeichnisse und regionales Wissen herangezogen. *Aktives Signposting* wird als adäquat für selbstbewusste Menschen, die die Kontaktaufnahme zu und den Umgang mit Behörden und Dienstleistern des 3. Sektors selbstständig meistern, beschrieben. Dieser Ansatz versteht sich als zusätzliches Angebot zu SP und soll dieses nicht ersetzen (vgl. ebd.:26).

Die Effektivität des *Signposting-Modells* hängt von der Vernetzung innerhalb des lokalen Gemeinwesens und dem Wissen bezüglich der möglichen Verweisungsstellen ab. Elektronische (Gesundheits-)Verzeichnisse, die lokale Angebote und Dienstleistungen archivieren, erleichtern den Fachkräften die Verweisung an regionale Netzwerke (vgl. Coulter et al. 2013:16).

Nachfolgend finden sich zwei Beispiele des *Signposting-Modells*:

- *The Social Mirror Project* (Knowle West; Großbritannien): Eine Anwendungssoftware für Tablets wurde als Unterstützung entwickelt, um Patient:innen das Potenzial für

Veränderungen aufzuzeigen. Der Zugang zu Online- und Offline-Netzwerken soll den Nutzer:innen das Messen und Visualisieren von Möglichkeiten der Weiterentwicklung erleichtern. Mittels niederschwelligem Online-Projekt werden Zugangswege aufgezeigt (vgl. Kimberlee 2013:17). Dieser Ansatz zur Vermittlung von Patient:innen zu Gemeinschaftsaktivitäten mittels App wurde im Februar 2013 für einen Zeitraum von zwölf Monaten getestet. Nach dem Ausfüllen eines Fragebogens auf einem Tablet wurde den Teilnehmer:innen ihr Soziales Rezept („social prescription“) übergeben. Dieses Projekt hatte die Verbesserung des Wohlbefindens von Personen im Alter von 18 bis 30 und über 65 Jahren zum Ziel (vgl. KWCM o.A.).

- *Well Aware, The Care Forum* (Bristol, South Gloucestershire, Bath and North East Somerset, North Somerset und Somerset; Großbritannien): Hierbei handelt es sich um einen kostenlosen Online-Leitfaden, der Auskunft zu zahlreichen Initiativen des Gesundheitsbereiches und des Gemeinwesens bietet. Dieser wird von einer Freiwilligenorganisation für Gesundheits- und Sozialfürsorge, dem The Care Forum, betrieben. Diese Einrichtung bietet neben einem Beschäftigungsportal für psychische Gesundheit eine Kombination aus Dienstleistungen und Unterstützungen für Einzelpersonen, Gruppen und Organisationen an (vgl. Kimberlee 2013:17).

2.2.2.4.2 Social Prescribing Light

Holzinger-Grath Sabine

Bei dem Modell *Social Prescribing Light* handelt es sich um jene Form von SP, welche laut Kimberlee (vgl. ebd.:18) in der Praxis am häufigsten Anwendung findet. Auf Gemeinschafts- und Grundversorgung gestützte Projekte versuchen Patient:innen mit entsprechenden Risiken an spezielle Angebote anzubinden und somit auf deren bestehende individuelle Bedürfnisse zu reagieren. Patient:innen sollen dahingehend bestärkt werden, Unterstützung anzunehmen und dadurch die definierte Zielsetzung zu erreichen. Als Beispiele der Verweisung werden *Kunst auf Rezept*, *Bewegung auf Rezept* und *Lernen auf Rezept* benannt. Im Fokus steht dabei die Verweisung von Personen an lokale gemeinwesenorientierte Angebote wie beispielsweise Fahrtendienste durch Freiwillige, Interessenvertretungen sowie Gemeinschaftsangebote (vgl. Elston et al. 2019:2).

Im Folgenden soll anhand der beiden Projekte *Whitechurch Surgery* und *Link Age* das Modell *Social Prescribing Light* veranschaulicht werden:

- *Whitechurch Surgery* (Bristol, South Gloucestershire, Bath and North East Somerset, North Somerset; Großbritannien): *Whitechurch Surgery* bezeichnet ein Projekt für Wohlbefinden auf Rezept, welches regional die Gebiete Bristol, South Gloucestershire, North Somerset und Bath and North East Somerset umfasst und sich als Erweiterung bereits bestehender Gruppierungen versteht. Ziel ist es, mit dem neu geschaffenen Angebot auf die Bedürfnisse von den in der Region lebenden Menschen zu reagieren. Freiwillige engagieren sich in örtlicher Nähe zu einer Praxis für Allgemeinmedizin in einer Vielzahl unterschiedlicher Angebote und Aktivitäten. So finden zur Reduktion sozialer Isolation beispielsweise gemeinsame Walkingrunden statt. (vgl. Kimberlee 2013:18f).

- *Link Age* (Bristol; Großbritannien): Das Projekt *Link Age* wurde im Jahr 2007 gegründet und richtet sich an die Zielgruppe von in der Region lebenden Menschen ab dem 55. Lebensjahr. Grundsätzlich liegt das Interesse in der Verbesserung und Förderung der Lebenssituation von älteren Menschen. *Link Age* arbeitet mit den entsprechenden Personengruppen in ihrer lokalen Gemeinschaft mit dem Bestreben, diese darin zu unterstützen und zu stärken, eigene Fähigkeiten und Kompetenzen zu erkennen sowie soziales Bewusstsein zu entwickeln. Zudem sollen ältere Menschen zum Austausch mit jüngeren in der Gemeinschaft lebenden Personen, respektive der Kommunikation mit deren Familien, ermutigt werden. Darüber hinaus soll Raum für Begegnung und Dialog zwischen der homogenen Gruppe von älteren Menschen selbst, die unter sozialer Isolation leiden, gefördert werden (vgl. ebd.). Insgesamt sind in der Stadt an fünf lokal unterschiedlichen Stellen je ein:e Mitarbeiter:in mit Fokus auf Gemeindeentwicklung beschäftigt, umso örtliche gemeindezentrierte Angebote weiterzuentwickeln. Generell besteht keine direkte Verbindung zu hausärztlichen Dienstleistungen. Das Angebot trägt maßgeblich dazu bei, sozialer Isolation in der Zielgruppe der über 55-Jährigen entgegenzuwirken, das Wohlbefinden in der Zielgruppe zu steigern sowie deren Bewegungsrate zu erhöhen (vgl. ebd.:19).

2.2.2.4.3 Social Prescribing Medium

Holzinger-Grath Sabine

In zunehmendem Maße nutzen Praxen engagierte „Vermittler:innen“, die u. a. als *Link Worker:innen* bekannt sind. Mit Blick auf die SP-Modelle kommen *Link Worker:innen* beim *Medium* und *Holistic-Modell* zum Einsatz. Beim *Medium-Modell* erfolgt ein Gespräch zwischen Klient:in und *Link Worker:in*, um auf nicht-klinische Interventionen hinzuweisen. Ziel des *Social Prescribing Medium-Modells* ist es, auf die von dem:der Hausärzt:in identifizierten Bedürfnisse der:des Patient:in einzugehen, wobei nicht immer der ganzheitliche Blick im Vordergrund steht (vgl. ebd.:18f).

Ein Beispiel für das *Social Prescribing Medium-Modell* bietet das in Cullompton (Großbritannien) verortete *College Surgery Partnership*. Gegründet wurde die Einrichtung von Dr. Dixon, der neben seiner Tätigkeit als Allgemeinmediziner viele wichtige Funktionen innehatte.

- Das SP-Projekt *College Surgery Partnership* (Cullompton; Großbritannien) bezieht eine:n Gesundheitsmoderator:in („health facilitator“) mit ein, dessen:deren Funktion sich aus einem zehn Jahre zurückliegenden Projekt in lokalen ärztlichen Praxen für Bewegung auf Rezept entwickelte. Die Aufgabe des:der Gesundheitsmoderator:in liegt in der Begleitung der überwiesenen Patient:innen dahingehend, gemeinsam nach der Erhebung der jeweiligen individuellen Bedürfnisse mit Hilfe von medizinischen Tools Empfehlungen zur Förderung von Gesundheit beispielsweise im Bereich Bewegung, Ernährung und Gewichtsreduktion zu erarbeiten. Darüber hinaus wird ein Online-Programm (Thought Field Therapy Program) zur Unterstützung der Entwicklung von Selbstfürsorge von Patient:innen eingesetzt. Der:die Gesundheitsmoderator:in übernimmt zudem eine Lots:innenfunktion hinsichtlich der Angebote im Gesundheits- und Sozialbereich, wie beispielsweise die Vermittlung zu Selbsthilfegruppen

von Patient:innen mit konkreten Erkrankungen (Herzerkrankungen, Diabetes, Fibromyalgie) sowie die Anbindung an Strick-, Wander-, Lese- und Schreibgruppen zur Reduktion von Adipositas und sozialer Isolation. Obwohl das Projekt lokal gut verortet ist, ist es dennoch wichtig, partnerschaftlich zusammenzuarbeiten (vgl. ebd.:19f).

2.2.2.4.4 Social Prescribing Holistic

Tritta Claudia

Dieses SP-Modell wird auch *Bromley-By-Bow-Modell* (siehe 2.2.2.6) genannt. Es kann als flexible Form bezeichnet werden, welche sich aus einer niederschweligen Ebene von SP formiert hat. Die Fortentwicklung beruht auf einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen Hausärzt:innenpraxen, in denen Link Worker:innen angesiedelt sind, und Organisationen des 3. Sektors (vgl. ebd.:20). Dieses ganzheitliche Modell zielt, im Gegensatz zu den anderen drei beschriebenen Ebenen, darauf ab, die Selbstwirksamkeit der Patient:innen und die Fähigkeit, die eigene Gesundheit zu verbessern, langfristig positiv zu beeinflussen. Als Schlüsselement hierfür wird die Beziehung zwischen Patient:in und Link Worker:in gesehen (vgl. Elston et al. 2019:2). Beim ganzheitlichen SP-Modell verbringen die Link Worker:innen so viel Zeit wie nötig mit dem:der Klient:in, um dessen:deren Bedürfnisse einzuschätzen, zu unterstützen, gemeinsam Lösungen zu entwickeln und eine Verbesserung des Wohlbefindens zu erreichen (vgl. Kimberlee 2013:20).

Mittels Über-/Verweisungsschein („referral letter“) werden die Anliegen der Patient:innen, mit Fokus auf deren Bedürfnisse, durch den:die Hausärzt:in angekreuzt und festgehalten. Das Spektrum reicht von Ernährungsberatung über Sozialberatung bis hin zur Beratung die Wohnsituation des Gegenübers betreffend (vgl. ebd.).

SP-Konzepte, die nach Kimberlee (vgl. ebd.:16) zu der Kategorie *Social Prescribing Holistic* gezählt werden können, teilen folgende Merkmale:

- Die Überweisung der Patient:innen erfolgt direkt von der PV, einer Hausärzt:innenpraxis, an eine:n (externe:n) Anbieter:in für SP („Social Prescribing provider“). Diese wird in Form eines Briefes, Formulars, Online-Antrags oder mittels Telefonats durchgeführt.
- Der:die SP-Anbieter:in verfügt über ein klar definiertes lokales Verweisungsgebiet. Das Wissen über lokale Angebote wird genutzt, um Patient:innen mit für sie bedeutenden Unterstützungsangeboten in Verbindung zu bringen.
- Die Interventionen, die im Rahmen des SP zur Verfügung stehen, werden im Laufe der Zeit gemeinsam von den Anbieter:innen von SP (Link Worker:innen) und der PV entwickelt. Die partnerschaftliche Zusammenarbeit steht im Vordergrund. Die gewählte Intervention verläuft über einen längeren Zeitraum.
- Der:die SP-Anbieter:in legt Wert auf den Ansatz der ganzheitlichen Betrachtung der Bedürfnisse des:der Empfänger:in. Die Anliegen der Klient:innen werden nicht isoliert voneinander betrachtet. Angebote, zu welchen verwiesen wird, beziehen die Gesamtheit der Bedürfnisse des Gegenübers mit ein.

- Es besteht keine Beschränkung bezüglich der Anzahl der Gespräche mit den Fachkräften für SP. Die Zahl der Gesprächstermine richtet sich im Sinne des ganzheitlichen Ansatzes nach den Bedürfnissen der Klient:innen.
- SP-Projekte zielen auf die Verbesserung des Wohlbefindens der Klient:innen ab. Die Tatsache, dass die meisten Menschen, die Angebote dieses Konzeptes in Anspruch nehmen, unter nicht diagnostizierten psychischen Erkrankungen leiden, wird berücksichtigt.

Social Prescribing Holistic-Projekte verfolgen, wie durch die Bezeichnung suggeriert, sowohl einen ganzheitlichen als auch einen präventiven Ansatz. Ziel ist es, Menschen zu ermutigen und zu befähigen, Verantwortung für ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden zu übernehmen (vgl. ebd.:5). Seit seinen Anfängen hat das ganzheitliche SP-Modell einen Paradigmenwechsel von einer pathogenen, medizinischen Perspektive (d. h. auf Krankheit konzentriert) hin zu einer salutogenetischen Blickrichtung beeinflusst, d. h. einen Fokus darauf, was Menschen gesund macht (vgl. Howarth et al. 2020:295).

Als zwei von mehreren Beispielen des *Holistic-Modells* führt Kimberlee (vgl. 2013:21f) folgende Projekte an:

- *Positive Minds: Hartcliffe Health and Environment Action Group* (Hartcliffe; Großbritannien): Dieses ging im Jahr 2009 aus einem Projekt des Healthy Lifestyles Network hervor. Das Personal setzt sich zusammen aus einem „health worker“ und einer ehrenamtlichen Unterstützungskraft. Dieses Projekt richtet sich an Personen, die sich mit Isolation, Depressionen und Angstzuständen konfrontiert sehen. *Positive Minds* bietet den Nutzer:innen im Rahmen von Einzelgesprächen Unterstützung, um sich mit den Auswirkungen von psychischem und emotionalem Stress zu beschäftigen. Gemeinsam werden Aktionspläne entwickelt, diese beziehen die Vermittlung an lokale Akteur:innen des 3. Sektors ein. Das Projekt zielt darauf ab, einfache Wege zur Förderung des Wohlbefindens zu ergründen. Als Basis hierfür dienen die Fünf Wege zum Wohlbefinden („Five Ways to Wellbeing“) der New Economics Foundation (vgl. 2008). Diese gliedern sich in die folgenden fünf Aspekte:
 - verbinden – sich mit anderen Menschen treffen
 - aktiv sein – körperliche Aktivität
 - achten – sich dessen bewusst sein, was um einen geschieht
 - ständiges Lernen – Elemente des Lernens
 - geben – freiwillige Aktivitäten
- *New Routes* (Keynsham; Großbritannien): Ein:e Vollzeit-Koordinator:in und zwei Koordinator:innen in Teilzeit sind für die Anliegen der Nutzer:innen im Einsatz. In der Regel werden bis zu drei Treffen („assessments“) abgehalten, die Anzahl kann jedoch zwischen einem und zwölf Terminen variieren. Der Ursprung des Projektes geht auf einen örtlichen Allgemeinmediziner zurück, der den Bedarf an einer ganzheitlichen Alternative zu Hausärzt:innenpraxen bei Patient:innen, die im Rahmen seiner Behandlungen viel Zeit in Anspruch nahmen, erkannte. Die Treffen zwischen Nutzer:innen und Koordinator:innen des Projektes werden oftmals in der Praxis abgehalten, sie finden jedoch auch an anderen Orten oder zu Hause bei den Hilfesuchenden statt.

Folgende Patient:innen werden als Zielgruppe dieses Projektes definiert (vgl. Kimberlee 2013:21f):

- Menschen mit psychischen Problemen
- Menschen, die kaum bis nicht mobil sind bzw. ihr Haus nicht verlassen können
- Menschen mit körperlichen Erkrankungen, die sich negativ auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden auswirken
- Menschen mit geringem Einkommen bzw. ohne Beschäftigungsverhältnis
- Pensionist:innen
- Menschen mit Lern- und Körperbehinderungen

Das holistische SP-Modell findet innerhalb der PV in Österreich Anwendung. Beschreibungen sowohl im Fact Sheet zu SP (vgl. Haas et al. 2019) als auch im Prozesskonzept zur Etablierung von SP (vgl. Haas et al. 2021) verdeutlichen dies – beispielsweise durch die darin angeführte Überweisung an in der PVE angesiedelte Link Worker:innen.

2.2.2.5 Die Link Work-Funktion

Holzinger-Grath Sabine

Die „institutionalisiertesten“ SP-Modelle (*Medium* und *Holistic*) integrieren die Beschäftigung einer spezifischen Fachkraft für das Link Working, welche jene Personen empfängt, „die von einer (meist medizinischen) Fachkraft an sie vermittelt werden“ (Ladurner et al. 2020:1). SP entlastet Primärversorger:innen, indem sich Link Worker:innen nicht-medizinischer jedoch gesundheitsrelevanter Bedürfnisse der Patient:innen annehmen (vgl. Haas et al. 2019:2). Link Worker:innen stellen einen integralen Bestandteil von SP, dar, da sie als Dreh- und Angelpunkt zwischen der PVE und dem 3. Sektor fungieren.

Diese Fachkräfte können entweder direkt in den PV-Einrichtungen (z. B. Hausärzt:innenpraxen, PVEs) angesiedelt sein, oder aber von extern agieren (vgl. Elston et al. 2019:2). Die Bezeichnungen dieser spezifischen Fachkraft reichen von „link worker“ über „social prescriber“, „community connector“, „community care coordinator“, „well-being coordinator“, „navigator“ oder „facilitator“ bis hin zu „Lots[:in]“ und „Verbindungsmitarbeiter[:in]“ (vgl. Davison et al. 2019:6; vgl. Rásky / Groth 2020:20)²⁴.

Dabei können sowohl freiwillig Engagierte, in der Regel mit einem Hintergrund im Gesundheits-, Sozial- oder Freiwilligenbereich, als auch hauptamtlich tätige Professionist:innen diese Rolle übernehmen (vgl. Baddeley et al. 2018:120). Welcher Ausbildung jene Personen bedürfen, die die Link Work-Position einnehmen, ist jedoch ungeklärt – Psychotherapeut:innen, Sozialarbeiter:innen, im Gesundheitswesen tätige Fachkräfte etc. (vgl. Antosik 2020:53). Gleichzeitig heißt es jedoch, „it is generally agreed that the

²⁴ Wie Drinkwater (vgl. 2019:2f) jedoch anmerkt, erfährt die Bezeichnung „Link Worker:in“ zunehmender Beliebtheit, da sie auf die Notwendigkeit einer Verbindung zwischen dem überweisenden medizinischen Personal, Patient:innen und lokalen Akteur:innen des 3. Sektors verweist. In Anlehnung daran wird auch in dieser Abschlussarbeit durchgehend die Bezeichnung Link Worker:in gewählt. Hinsichtlich geeigneter österreichischer Begriffe befasst sich ein weiteres Forschungsteam des Forschungslabors SP in seiner Masterarbeit „Social Prescribing – gesund:sozial:verbunden. Abbau der Zugangsbarrieren im Lichte der Sozialen Arbeit: Erklärvideo und Begriffsfindung im österreichischen Primärversorgungskontext“ in Kapitel 6.

link worker role should not be a clinical one" (Frostick / Bertotti 2019a:538). Link Worker:innen sind nicht klinisch ausgebildet, können Patient:innen jedoch durch gemeinsames Ausloten von Zielen und Unterstützungsmöglichkeiten dabei helfen, verschiedene Optionen zu navigieren und sie zu motivieren und unterstützen, ihre Ziele zu erreichen (vgl. Pryke 2020:565). Und wie Polley et al. (2017b:36) festhalten: „Whatever the job title, the link worker has arguably the most important role in a social prescribing scheme.“

Die Fachkraft übernimmt vor allem zwei spezifische Funktionen:

- **Lots:innenfunktion:** Wie auch Antosik (vgl. 2020:97) betont, ist die Vermittler:innenrolle des:der Link Worker:in zwischen PV/PVE, den Patient:innen und den Akteur:innen des 3. Sektors eine Schlüsselfunktion des Konzepts. Antosik (vgl. ebd.:50) nimmt im Rahmen ihrer Masterarbeit die Rolle dieser spezifischen Fachkraft anhand der Analyse diverser SP-Projekte in den Blick und kommt zu folgendem Schluss: Egal ob als „Link Worker[:in]“ (vgl. Moffatt et al. 2017), „Navigator[:in]“ (vgl. Pescheny et al. 2018b), „social prescribing coordinator“ (vgl. Bertotti et al. 2018), „facilitator“ (vgl. Brandling / House 2009), „wellbeing-coordinator“ (vgl. Woodall et al. 2018), „community link practitioner“ (vgl. Skivington et al. 2018) bezeichnet, hinsichtlich ihres Aufgabenprofils zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede, lediglich „projektspezifische Abwandlungen“ (Antosik 2020:51) sind erkennbar. Die primäre Tätigkeit des:der Link Worker:in bildet die Vermittlung bzw. Verweisung (das „Link Working“) an lokale Ressourcen im 3. Sektor, basierend auf der Ermittlung der Patient:innenbedürfnisse und Erarbeitung geeigneter Unterstützungsleistungen (vgl. ebd.; vgl. Polley et al. 2017b:16). Neben der Ermittlung des Bedarfs an neuen Unterstützungsangeboten gilt es zudem auch die Angebote, die Patient:innen in verschiedenen Sektoren zur Verfügung stehen, aufeinander abzustimmen (vgl. Elston et al. 2019:2; vgl. Polley et al. 2017b:30). Damit versuchen Link Worker:innen die Lücke zwischen Gesundheitsdienstleistern und dem breiten Spektrum der Angebote des 3. Sektors zu schließen (vgl. Kenkre / Howarth 2018:641). Die Link Worker:innen nehmen demnach eine Lots:innenfunktion ein, bei der sie in Abstimmung mit dem:der jeweiligen Klient:in nicht-medizinische Maßnahmen und Aktivitäten zur Verbesserung ihres Wohlbefindens identifizieren und dorthin verweisen (vgl. Haas et al. 2021:1).
- **Netzwerkmanagement:** Gemäß der Lots:innenfunktion ist es wichtig, dass Link Worker:innen über ein breites Wissen zu den lokalen Angeboten des 3. Sektors verfügen, gut in der Region vernetzt sind und die Kooperationen nicht nur aufbauen, sondern auch pflegen. Dementsprechend sind Link Worker:innen Akteur:innen, die auch an diversen Vernetzungstreffen teilnehmen sollten (vgl. ebd.).

Die Vernetzung ist jedoch weiter gefasst ein essenzieller Bestandteil von SP, zumal das Konzept eine zunehmende (internationale) Aufmerksamkeit auf sich zieht. Denn ausgehend von Großbritannien hat das SP-Konzept mittlerweile global Interesse geweckt und konnte folglich Unterstützung und Umsetzung finden. Ziel ist ein Vorantreiben von SP auf lokaler und nationaler Ebene mit der einhergehenden Förderung von Forschung und Evaluation (vgl. The Social Prescribing Network 2018).

Dr. Michael Dixon²⁵ und Dr.ⁱⁿ Marie Polley haben erstmals im Jahr 2016 zur SP-Network Conference geladen. Das NHS, Großbritanniens staatliches Gesundheitssystem, hatte starken positiven Einfluss auf die rasante Ausweitung von SP in den letzten Jahren. Die Investitionen im Rahmen des NHS Long Term Plan²⁶ und die Fokussierung auf die individuelle Betreuung von Patient:innen waren zwei wichtige Elemente für die erfolgreiche Etablierung des Konzeptes. Auch seitens der Regierung wurde das Modell unterstützt und als Strategie für den 25-Jahres-Umweltplan und in die Vorgehensweise gegen Einsamkeit aufgenommen. Matthew Hancock, damaliger Staatssekretär für Gesundheit und Sozialfürsorge, bemerkte das Potenzial von SP und die damit verbundenen Möglichkeiten für Patient:innen und unternahm bedeutende Schritte zur Etablierung der National Academy for Social Prescribing (NASP)²⁷ im Oktober 2019 in England (vgl. National Academy for Social Prescribing 2020:11).

Zentral für die Weiterentwicklung von SP in Großbritannien war zudem das SP-Netzwerk. Das SP-Netzwerk zielt auf den Austausch von Professionist:innen in Gesundheitsberufen, Forscher:innen, Akademiker:innen, Fachkräften für SP/Link Work (LW), Vertreter:innen der Gemeinschaft und des Sektors der Freiwilligen, Auftraggeber:innen, Geldgeber:innen und Klient:innen, die SP bereits umsetzen, sowie Interessierten ab, um sowohl die Fortentwicklung als auch die Verbreitung von bereits generiertem Wissen zu fördern (vgl. Antosik 2020:41). Darüber hinaus stehen neben der Forschung und der Evaluierung von SP auch die Organisation von Konferenzen und Kooperationen im Mittelpunkt der Tätigkeit. Das SP-Netzwerk plant jährlich die Abhaltung von ein bis zwei internationalen Konferenzen mit differenter Schwerpunktsetzung, nämlich einerseits praxisorientiert, andererseits mit Fokus auf die Forschung (vgl. The Social Prescribing Network 2018).

Die 2019 erfolgte Etablierung des ersten SP-Days am 14. März kann als wesentliche Errungenschaft des SP-Netzwerks benannt werden. Der SP-Day zielt darauf ab, die Relevanz von SP in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen sichtbar zu machen. Darüber hinaus bietet der SP-Day die Möglichkeit des Dialogs über bereits vorhandene Erkenntnisse diesbezüglich. Zu dem im Konferenzbericht 2016 benanntem Ziel, die Multiplikation von evidenzbasiertem Wissen zu SP auf nationaler und internationaler Ebene zu fördern, leistet der SP-Day einen wesentlichen Beitrag (vgl. Antosik 2020:42).

Aufgrund der Brisanz der Thematik wurde SP 2019 zudem im Rahmen des Long Term Plan des NHS in England aufgegriffen, mit dem Ziel der Ausbildung von 1 000 Link Worker:innen bis zum Jahr 2020/21, um die infrastrukturelle Grundlage für die Umsetzung von SP herzustellen (vgl. ebd.).

²⁵ Neben dem Vorsitz der NHS Alliance übernahm er ab 1998 die Aufgabe der Vertretung von Primary Care PCTs sowie praxisorientierte Kommissare. Auf nationaler Ebene war Dr. Michael Dixon mit dem Vorsitz des National Life Check Board betraut und fungierte zudem als Mitglied des National Stakeholder Forum (vgl. Kimberlee 2013:18f).

²⁶ Der NHS Long Term Plan, früher bekannt als NHS 10-Year Plan, wurde am 7. Jänner 2019 veröffentlicht. Dieses Dokument skizziert die bedeutendsten Ambitionen für das Gesundheitswesen in den kommenden zehn Jahren (vgl. Charles et al. 2019).

²⁷ Diese Organisation, finanziert durch die britische Regierung, wurde im Oktober 2019 gegründet und zielt auf die Förderung von SP ab (vgl. National Academy for Social Prescribing 2021).

Sowohl das *Bromley by Bow Centre* (2021) als auch das NHS und Need 2 Succeed²⁸ bieten Trainingskurse/Schulungen bzw. auch eine Ausbildung für die Tätigkeit des:der Link Worker:in an – zur Beschreibung der Aus- und Fortbildungen siehe 4.3.1.3.3.1.

2.2.2.6 Bromley By Bow Centre

Holzinger-Grath Sabine

Das 1984 gegründete Gesundheitszentrum *Bromley By Bow Centre* mit Sitz in Tower Hamlets, einem traditionellen Londoner Arbeiterbezirk (Großbritannien), zählt zu den ältesten und namhaftesten Gesundheitszentren in denen SP konzeptionell zum Einsatz kommt (vgl. Antosik 2020:41). Zudem wurde die Etablierung des SP-Konzeptes stark vom Team des *Bromley By Bow Centres*, allen voran Sam Everington (Allgemeinmediziner in diesem Gesundheitszentrum) geprägt (vgl. ebd.).

Die Anfänge des Zentrums liegen in der damaligen Idee der Öffnung der zur Schließung stehenden Kirche für die Gemeinschaft begründet. Folglich entwickelten sich daraus gemeinwesenzentrierten Projekte, wie ein Kindergarten, eine Tanzschule, ein Café sowie unterschiedliche Gruppenangebote. Mittlerweile hat sich das *Bromley By Bow Centre* als richtungsweisende Wohltätigkeitsorganisation etabliert und verbindet in seinem Angebot ein umfassendes Nachbarschaftszentrum mit einer Ärzt:innenpraxis sowie einem Forschungsprojekt. Ausgehend von der Annahme, dass Gesundheit von sozialen Aspekten beeinflusst wird, bietet das Gesundheitszentrum ein umfassendes Dienstleistungsspektrum, um auf die individuellen Bedürfnisse von Menschen reagieren zu können. Die Finanzierung erfolgt durch Patenschaften mit unterschiedlichen Einrichtungen und Fördergebern, die die Umsetzung erst ermöglichten (vgl. Bromley by Bow Centre 2022).

2.2.2.7 Finanzierung

Holzinger-Grath Sabine

Die Finanzierung von SP gestaltet sich länderspezifisch sowie in Abhängigkeit von der jeweiligen Projektart unterschiedlich. In Großbritannien fungieren neben der örtlichen Verwaltung mit dem Einsatz von öffentlichen Gesundheitsgeldern, Stiftungen und Finanzhilfen sowie Social Impact Bonds²⁹ als Geldgeber. Der Bedarf an Geldmitteln variiert zwischen den lokalen gemeindezentrierten Angeboten stark, während einzelne mit wenig Kapital auskommen, bedürfen andere wiederum einer höheren finanziellen Unterstützung. Mit der steigenden Zahl an Personen, die Gemeinschaftsangebote in Anspruch nehmen, muss deren Finanzierung langfristig sichergestellt werden. Nur so ist es dem:der Link Worker:in möglich, den:die Patient:in effektiv bei der Zielerreichung hinsichtlich der Verbesserung der eigenen Lebenssituation zu unterstützen (vgl. Polley et al. 2017b:29).

²⁸ Weiterbildungszentrum in Croydon (England, Großbritannien)

²⁹ Das ist ein Politik- und Finanzierungsinstrument, bei dem soziale Dienstleistungen privat vorfinanziert und im Erfolgsfall öffentlich rückvergütet werden (vgl. Dimmel 2017:10).

Richtet man den Fokus auf Großbritannien, zeigt sich, dass die staatlichen NHS-Stellen umfassend Unterstützungsleistungen zur Verfügung stellen, um die Möglichkeit der Einführung von SP flächendeckend zu gewährleisten. Der NHS Five Year Forward View aus dem Jahr 2014 sowie der General Practice View aus dem Jahr 2016 benennen die positiven Aspekte von Vorsorge, die Wichtigkeit der Arbeit Freiwilliger und den Gemeinschaftssektor sowie die gemeinnützigen und kommunalen Bereiche, die neben den Hausärzt:innen einen wesentlichen Beitrag zur Unterstützung der Gesundheitsförderung beitragen können (vgl. Buck / Ewbank 2020).

Die Finanzierung mittels Long Term Plan zielt nicht darauf ab, einzelne gemeinwesenorientierte Gruppenangebote unmittelbar zu unterstützen, sondern stellt Geldmittel für den Einsatz von Link Worker:innen zur Verfügung. Ziel ist es, dass im Jahr 2023/24 jeder Praxis für Allgemeinmedizin in Großbritannien ein:e Link Worker:in zur Verfügung steht (vgl. ebd.).

2.2.3 Social Prescribing in Österreich – Status Quo

Schinnerl Melanie

Obwohl SP unter diesem Titel in Österreich aktuell einen noch relativ neuen Ansatz darzustellen scheint, kann dieses Konzept in Zukunft, vor allem in Verbindung mit dem Ausbau von PVEs innerhalb Österreichs große Bedeutung erlangen (vgl. Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH 2019). Zwar fand sich bereits im österreichischen Regierungsprogramm von 2003 im Bereich der Gesundheitsförderung und Vorsorge der Vorschlag von sogenannten „grünen Rezepten“ (Fried 2019), welche seitens Ärzt:innen im Hinblick auf gesundheitsfördernde Maßnahmen verordnet werden sollten, deren Umsetzung blieb jedoch hinter den Erwartungen.

Im Jahr 2021 legte das BMSGPK – teils den Folgen der Covid-19-Pandemie geschuldet – (erneut) einen besonderen Schwerpunkt auf Gesundheitsförderung. Auf Basis dessen wurden mehrere Projektcalls lanciert. Der Projektcall „Social Prescribing in der Primärversorgung“ des BMSGPK mit Unterstützung der GÖG, der in das übergreifende Projekt „Vorbereitung und Umsetzung von Modellregionen Social Prescribing“ eingebettet ist, forcierte dabei die Förderung von Pilotprojekten in Gesundheitseinrichtungen zum Auf- und/oder Ausbau von SP³⁰. Die Förderhöhe war mit insgesamt 300 000 Euro bemessen, wobei die maximale Förderhöhe pro Projekt mit 50 000 Euro festgesetzt wurde (vgl. GÖG 2021). Im Rahmen des Projektcalls waren neben PVEs und Einzel-/Gruppenpraxen mit einer Fachkraft, welche die LW-Funktion übernimmt, auch andere medizinische Einrichtungen für nicht versicherte Patient:innen, die über eine Fachkraft für das Link Working verfügen, eingeladen Projekte einzureichen. Angemerkt sei an dieser Stelle, dass mit der Bezeichnung „Fachkraft für das Link Working“ (ebd.) eine breite Möglichkeit geschaffen wurde, unterschiedliche Professionen bzw. Personen mit unterschiedlicher (Berufs-)Ausbildung mit dieser Position zu betrauen.

³⁰ In Österreich basiert das Konzeptverständnis auf dem ganzheitlichen Modell, das einen klaren Überweisungsweg, eine ganzheitliche Sicht auf die Bedürfnisse und Wünsche der Patient:innen und ein intensives Maß an Unterstützung durch den:die Link Worker:in umfasst (vgl. Bertotti et al. 2018:233; vgl. Haas et al. 2019:1, vgl. Haas et al. 2021:1).

Im Rahmen des Projektcalls beteiligten sich 17 Einrichtungen mit einer beantragten Fördersumme von insgesamt über 650 000 Euro – innerhalb derer wurden seitens der Projektsteuerungsgruppe (in der das BMSGPK, der Dachverband der Sozialversicherungsträger, die ÖGK und die Stadt Wien vertreten waren) neun Projekte mit einer Fördersumme in Höhe von 285 000 Euro zur Förderung empfohlen. Schlussendlich wurden für die Teilnahme am Pilotprojekt, welches über einen Zeitraum von sechs Monaten (15. Juni bis 15. Dezember 2021) das Ziel verfolgte, SP auf- bzw. auszubauen, neun „Einrichtungen der medizinischen Primärversorgung“ (ebd.) in vier Bundesländern ausgewählt. Zu den Projektteilnehmenden zählten:

Tabelle 3: Teilnehmende Einrichtungen des Pilotprojektes SP

Wien	Burgenland	Steiermark	Oberösterreich
■ Primärversorgungszentrum Medizin Mariahilf ■ Allgemeinmedizinische Gruppenpraxis Dr. Ouhadi/Dr.ⁱⁿ Pilz ■ AmberMed³¹ ■ Neunerhaus³² ■ Teampraxis Breitenacker³³	■ Gesundheitsnetzwerk Raabtal	■ Primärversorgungszentrum MEDIUS - Zentrum für Gesundheit ■ Allgemeinmedizin Graz Gries	■ Hausarztmedizin Plus Haslach

Quelle: GÖG 2021, eigene Darstellung

Die inhaltlichen Aspekte des Pilotprojektes betrafen:

- **Sensibilisierungsarbeit:** Dieser Teilbereich umfasste neben Informations- und Kommunikationsaktivitäten – mit dem Ziel der Förderung des Bewusstseins für die Bedeutung von nicht-medizinischen, jedoch gesundheitsrelevanten Bedürfnissen – auch die Aufgabe, das SP-Angebot im Einzugsgebiet der jeweiligen Einrichtungen bekannt zu machen, sodass sowohl für die Überweiser:innen als auch die Patient:innen deutlich wurde, inwiefern das SP-Konzept zur Förderung der individuellen Gesundheit und des Wohlbefindens beitragen kann (vgl. ebd.).
- **Etablierung eines strukturierten Link Working-Prozesses:** Die Schaffung von Strukturen und Prozessen, um Patient:innen mit nicht-medizinischen Bedürfnissen in strukturierter Weise „an eigens dafür geschulte Fachkräfte mit Link Working-Funktion zu vermitteln“ (ebd.). Dabei sei angemerkt, dass das Aufgabenspektrum dieser spezialisierten Fachkräfte im österreichischen Kontext sehr breit angelegt ist – sie nehmen sich für die Klient:innen Zeit, hören ihnen zu, beraten, klären die Bedürfnisse und den Unterstützungsbedarf der Klient:innen ab und entwickeln basierend darauf gemeinsam mit den Patient:innen einen personalisierten Hilfeplan. Der Prozess ist dabei „personenzentriert, bedürfnisorientiert und lösungsorientiert“ (Ladurner et al. 2020:2) angelegt. Sie organisieren Hilfen oder aber verweisen die Klient:innen bei Bedarf an

³¹ behandelt nicht-versicherte Personen (vgl. Ärztekammer für Wien 2021)

³² betreut „Personen ohne Obdach und Wohnung sowie ohne Krankenversicherung“ (ebd.)

³³ kümmert sich u. a. „um Healthy Agers mit HIV und Transgender-Personen“ (ebd.)

entsprechende unterstützende Angebote des 3. Sektors und schaffen ggf. den Zugang zu diesen, d. h. „unterstützen ggf. bei der Kontakthanbahnung und Inanspruchnahme der Angebote“ (ebd.). Die Arbeit der Link Worker:innen ist „stärken-/ressourcenorientiert“ (ebd.) und nachgehend bzw. nachsorgend, z. B. werden Follow-up-Termine angeboten, um sicherzustellen, dass Klient:innen „gut angekommen sind“ (ebd.) und die für sie „geeignete Unterstützung erfahren“ (ebd.).

- **Netzwerkmanagement:** Ein Teilbereich, der auf den Aus- bzw. Aufbau von lokalen und regionalen Kooperationen, u. a. „durch Recherche einschlägiger Angebote, Austausch mit diesen Angeboten und Erstellung von Angebotslandkarten“ (GÖG 2021), fokussierte und das Pflegen der Netzwerke als weiterführende Aufgabe betrachtete. Dabei ist nicht unwesentlich, dass durch das Netzwerkmanagement auch Versorgungslücken identifiziert werden (können) und ggf. mit den lokalen/regionalen Akteur:innen des 3. Sektors versucht wird, diese zu schließen.
- **Maßnahmen zur Qualitätssicherung:** Diese Maßnahmen konnten u. a. Supervision, Intervention und/oder Dokumentation umfassen (vgl. ebd.).
- **Teilnahme an den projektübergreifenden Aktivitäten:** Diese umfassten neben einer Schulung für Link Worker:innen auch die „Dokumentation Link Working, programmbezogene Evaluation, Vernetzungstreffen und Entwicklung eines Handbuchs ‚Social Prescribing‘“ (ebd.).

Die Zukunft der SP-Pilotprojekte soll laut derzeitigem Stand (März 2022) durch eine (Weiter-)Finanzierung gesichert werden. Damit zeigt dieses Vorhaben, dass versucht wird, SP auch in Österreich vor den Vorhang zu holen, um soziale Determinanten der Gesundheit verstärkt in den Blick zu nehmen.

2.3 Die Rolle der Sozialen Arbeit im Gesundheitskontext – Primärversorgung und Social Prescribing

Singh Devi

„Gesundheitliche Ungleichheit ist ein globales Problem“ (Mercer et al. 2017:1), das von sozialen Determinanten der Gesundheit (mit)bestimmt wird. Die WHO verzeichnet eine lange Geschichte des Versuchs, soziale Ungleichheiten im Gesundheitsbereich anzugehen, da erkannt wurde, dass trotz der Vielfalt von Bevölkerungsgruppen in Europa, „Gemeinsamkeiten bei den Ursachen von Krankheiten“ (Kenkre / Howarth 2018:641) existieren. Wenn soziale Beeinträchtigungen bzw. soziale Ungleichheit im Zusammenspiel mit Gesundheit und Krankheit mehr Berücksichtigung als bisher in der Gesundheits- und Sozialversorgung erlangen sollen, so ist die Soziale Arbeit gefordert (vgl. Ortman 2015a:15).

Soziale Arbeit im Gesundheitswesen bzw. gesundheitsbezogene Soziale Arbeit befasst sich mit der

„Förderung von sozialer Teilhabe und gelingender Lebensführung von Menschen, die mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen konfrontiert oder davon bedroht sind. Auch beschäf-

tigt sie sich mit der Verhinderung und Bewältigung sozialer Probleme, die durch gesundheitliche Beeinträchtigungen entstehen bzw. solche bewirken. Keine andere Profession deckt die soziale Dimension von Gesundheit in diesem Sinne ab“ (Staubhaar 2019:34).

Soziales und Gesundheit sind „zwei Aspekte des Wohlergehens, des ‚Gedeihens‘ wie Ilse Arlt wohl sagen würde“ (Redelsteiner 2017:10). Da der Gegenstand Sozialer Arbeit die Verhinderung und Bewältigung sozialer Probleme ist, gehört die Verhinderung bzw. Linderung sozialer Ungleichheit zu deren Kernaufgaben (vgl. Ortmann 2015b:6). Durch eine gute Kooperation zwischen Medizin und Sozialer Arbeit können folglich Bedarfe und Bedürfnisse erkannt und bearbeitet werden, bevor sich daraus längerfristige und schwerwiegendere Probleme entwickeln (vgl. Redelsteiner 2019:10). Eine förderliche Kooperationsumgebung können hier neue Versorgungsmodelle wie etwa PVEs, durch die interdisziplinäre Zusammensetzung und Zusammenarbeit des PVE-Teams (siehe 2.1.4.2), bieten. Die Verwobenheit von Gesundheit und Sozialer Arbeit ist dabei keineswegs neu. So liegen zentrale Wurzeln der Sozialen Arbeit in der Gesundheits- und Armenfürsorge Ende des 19. Jahrhunderts (vgl. Grießler 2009:24).

2.3.1 Soziale Arbeit in der Gesundheitsversorgung

Singh Devi

Soziale Arbeit befasst sich mit Menschen, die sich in Belastungszuständen befinden, „die zu Leiden, Exklusion, Sozialkonflikten, Abweichungen, Handlungsdefiziten [...] führen“, welche mit „individuellen Ressourcen nicht mehr bewältigt werden können und gesellschaftliche Hilfen erfordern“ (Klüsche / Schubert 2002:16). Aus diesem Grund gehört neben der Gesundheitsförderung und -prävention auch die „Reduzierung von krankmachenden psychischen, sozialen, materiellen oder strukturellen Bedingungen in den verschiedenen Lebensfeldern des Menschen“ (ebd.) seit gut hundert Jahren zu den Arbeitsbereichen der Sozialen Arbeit.

Ein Blick auf die geschichtliche Entwicklung Sozialer Arbeit zeigt, dass ihr die Verschränkung gesundheitlicher und sozialer Probleme – allem voran jener von Armut und Krankheitsrisiko – „von Beginn ihres Fachwerdens an bewusst war“ (Homfeldt / Sting 2005:41). Spätestens mit der Entstehung der Sozialhygiene Mitte des 19. Jahrhunderts galt der Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit als bekannt und wurde ins Zentrum der Forschung gerückt. Die Soziale Arbeit hat dabei im historischen Verlauf seit Ende des 19. Jahrhunderts die soziale Komponente der Sozialhygiene weitestgehend übernommen, sodass die Gesundheit in vielen Feldern Sozialer Arbeit von großer Bedeutung war (vgl. ebd.).

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts etablierte sich neben der Armen- und Jugendfürsorge ein weiteres, eigenständiges Handlungsfeld der Sozialen Arbeit: die Gesundheitsfürsorge. Sie kann als „dritte Säule in der Entwicklungsgeschichte der modernen Sozialen Arbeit“ angesehen werden und galt als „innovativstes Feld des Fürsorgewesens“ (ebd.). Auch für Alice Salomon war die Gesundheitsfürsorge ein selbstverständlicher Teil des

Wohlfahrtspflege³⁴. Ihrem Verständnis nach ging es um die Sicherung des Menschen in seiner gesamten äußeren Existenz, „in seiner Lebenshaltung, im Erwerbsleben, in körperlicher und geistiger Gesundheit, in der Selbstbehauptung gegenüber der Umwelt, als Glied der Kulturgemeinschaft des Volkes“ (Salomon 2013:5). Wie Homfeldt und Sting (2005:41) anmerken, ist diese „Wurzel der Sozialen Arbeit“ über die Zeit hinweg jedoch in Vergessenheit geraten.

Nach einer Phase der zunehmend differenzierten Betrachtung von Gesundheit und Sozialem wurden mit Einführung der WHO Definition von Gesundheit (1948) und der Ottawa-Charta (1986) die „grundlegende[n] Handlungslogiken von Sozialer Arbeit (wieder) betont, die eine erneut stärkere Fokussierung auf das ‚Soziale‘ an der Gesundheit beförderten [sic!] sollen“ (Rademaker 2016:35):

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race³⁵, religion, political belief, economic or social condition“ (WHO 1948).

Auf diesem Gesundheitsverständnis „wird der professionelle Stellenwert begründet, den Soziale Arbeit in einer modernen Gesundheitsversorgung erhält“ (Klüsche / Schubert 2002:16). In gleicher Weise hebt die Alma-Ata-Erklärung aus dem Jahr 1978 die Angewiesenheit der Gesundheitsversorgung auf Soziale Arbeit hervor, wobei Sozialarbeiter:innen im Absatz sieben der Alma-Ata-Erklärung als Gesundheitsfachkräfte betitelt werden (vgl. WHO 1978:2).

Potenzielle Tätigkeitsfelder der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen sind breit gefasst und können neben Krankenhäusern auch den öffentlichen Gesundheitsdienst, Krankenkassen, psychiatrische Einrichtungen, Bereiche der Suchtkrankenhilfe und Rehabilitationseinrichtungen beinhalten (vgl. Süsstrunk 2014:55). So hat Sozialarbeit auch in institutioneller Form (international) eine lange Tradition im Gesundheitsbereich. In den USA sind Sozialarbeiter:innen seit Beginn des 20. Jahrhunderts in Krankenhäusern tätig, seit den 1960er-Jahren sind sie auch in der PV integriert. Im europäischen Kontext sind Sozialarbeiter:innen in Irland seit den 1970er-Jahren in der PV vertreten (vgl. Hartung / Schneider 2016:364).

Um die Potentiale von Sozialarbeit im Gesundheitskontext und der weit gefassten Betrachtung von Gesundheit im Sinne des Bio-Psycho-Sozialen Modelles, bedarf es Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich neu zu denken.

2.3.1.1 Aufgabenspektrum Sozialer Arbeit in der Gesundheitsversorgung

Singh Devi

Die praktische wie auch theoretische und konzeptionelle Verankerung der Sozialen Arbeit im Gesundheitsbereich gewinnt infolge des Paradigmenwechsels – der Auffassung

³⁴ Die Wohlfahrtspflege ist synonym zu Sozialer Arbeit zu verstehen (vgl. Homfeldt / Sting 2005:41).

³⁵ Das Forschungsteam distanziert sich von diesem Begriff.

von Gesundheit als Resultat des Zusammenwirkens von biologischen, psychologischen und sozialen Bedingungen – zunehmend an Bedeutung (vgl. Klüsche / Schubert 2002:16).

Die Grundsätze für Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich sind (Redelsteiner 2020a:38):

- „Open Door Policy: Soziale Arbeit verfolgt einen ‚Offene-Tür-Zugang‘ für Menschen auf der Suche nach Hilfe.
- Aufsuchend: Soziale Arbeit sucht Menschen auch im Sozialraum und in ihren konkreten Lebenswelten und -wirklichkeiten auf.
- Nachgehend: Menschen, die besonders von Exklusion betroffen sind, wird auch proaktiv im Sozialraum und in ihrem ‚Straßenleben‘ nachgegangen.“

Das Aufgabenspektrum der Sozialarbeit kann in der **Krankenversorgung** von der Bereitstellung psychosozialer Beratungen und Interventionen über die Durchführung umfassender Risikobewertungen und Krisenintervention, die Begleitung und Vermittlung/Weiterleitung an kommunale Ressourcen bis hin zur Unterstützung von Interventionen medizinischer Anbieter reichen (vgl. Clare 1985:290f; vgl. Grießler 2009:64).

Die Förderung der Gesundheit, um gesellschaftliche Integration zu ermöglichen, gilt als eine wichtige Funktion Sozialer Arbeit (vgl. ebd.:24). Im Bereich der **Gesundheitsförderung** zeigen sich insbesondere drei Schwerpunkte:

- Advocacy (Interessen vertreten): Hiermit ist ein „aktives anwaltschaftliches Eintreten“ für Klient:innen gemeint, um „politische, ökonomische, soziale, kulturelle, biologische sowie Umwelt- und Verhaltensfaktoren positiv zu beeinflussen und der Gesundheit zuträglich zu machen“ (Redelsteiner 2019:9).
- Enabling (Ermöglichen) und Empowerment (Befähigen): Dies beinhaltet die Verringerung von sozialen Unterschieden im Hinblick auf den Gesundheitszustand sowie die Schaffung von „gleiche[n] Möglichkeiten und Voraussetzungen“, um alle Menschen dazu zu befähigen, „ihr größtmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen“ (ebd.). Hierzu zählen „sowohl Geborgenheit und Verwurzelung in einer unterstützenden sozialen Umwelt, [...] Zugang zu allen wesentlichen Informationen und die Entfaltung von praktischen Fertigkeiten“ (ebd.) als auch das Treffen von eigenen Entscheidungen in Hinblick auf die persönliche Gesundheit zu ermöglichen. Denn das eigene Gesundheitspotential können Menschen „nur dann weitestgehend entfalten, wenn sie auf Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluss nehmen können“ (ebd.).
- Mediation (Vermitteln) und Networking (Vernetzen): Gesundheitsförderung ist nicht allein in den Händen des Gesundheitssektors. Vielmehr ist ein „koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung der Verantwortlichen in Regierung, im Gesundheits-, Sozial-, und Wirtschaftssektor, in nichtstaatlichen und selbstorganisierten Verbänden und Initiativen sowie in lokalen Institutionen, in der Industrie und in den Medien“ (ebd.:9f) gefordert. Es müssen sowohl Einzelpersonen als auch Familien und Gemeinschaften beteiligt werden. Verantwortlich „für eine gesundheitsorientierte Vermittlung zwischen den unterschiedlichen Interessen in der Gesellschaft“ sind vor allem „Berufsgruppen und soziale Gruppierungen im Gesundheitswesen“ (ebd.). Oft-

mals kommt Sozialarbeiter:innen die Aufgabe der Vernetzung zwischen unterschiedlichen Akteur:innen bzw. Einrichtungen zu (vgl. Michel et al. 2016:22). Auch eine Untersuchung unter Ärzt:innen und Pflegepersonal ergab, dass Soziale Arbeit meist dann eingesetzt wird, „wenn es um Aus- oder Übertritte der Klientel in andere Einrichtungen geht“ (Süsstrunk 2014:9). Soziale Arbeit nimmt somit im Bereich des Versorgungs- bzw. Schnittstellenmanagements eine zentrale Rolle ein (vgl. ebd.).

Und auch im Bereich der **Prävention** kann Soziale Arbeit einen förderlichen Beitrag leisten:

- in der Primärprävention: bereits vor Eintritt einer gesundheitlichen Schädigung durch „Früherkennung, frühzeitige Beratung, Anregungen für Lebensstilveränderung“ (Redelsteiner 2019:7), beispielsweise im Bereich der Armutsbekämpfung oder Gemeinwesenarbeit
- in der Sekundärprävention: Verhinderung des Fortschreitens der Krankheit durch Anleitung und Motivation konkreter gefährdeter Populationen zu Themen wie Vorsorgeuntersuchungen, „Austesten von konsumierten (möglichen) Drogen, Einschätzung des Risikos im eigenen Sexualverhalten, Verstehen der Sinnhaftigkeit von Maßnahmen wie Medikation“ (ebd.:7f).
- in der Tertiärprävention: Konzentration auf die Wiederherstellung der Gesundheit durch Begleitung der Patient:innen im Umgang mit ihrer gesundheitlichen Einschränkung, Verhinderung bzw. Abmilderung „weiterer[r] Folgeschäden wie Verlust des Arbeitsplatzes, der Wohnung und Rückfälle im Bereich einer Sucht“ und Mithilfe dabei, „trotz eingeschränkter Bedingungen ein autonomes Leben zu führen“ (ebd.:8).

Das Spektrum sozialarbeiterischer Tätigkeit im Gesundheitskontext ist demnach sehr breit gefächert, mit (potenziellen) Einsatzgebieten in unterschiedlichen ärztlichen bzw. arzt nahen Settings (vgl. Hartung / Schneider 2016:365). Wie Grießler (2009:63) festhält, wäre durch die Überschneidung der Handlungsfelder bzw. Arbeitsansätze von Sozialarbeiter:innen mit den Problemlagen der Patient:innen bzw. den Arbeitsprofilen von praktischen Ärzt:innen eine Zusammenarbeit zwischen diesen beiden Professionen nicht nur sinnvoll, sondern würde auch positive Aspekte für alle Beteiligten mit sich bringen.

2.3.1.2 Potenzial der Integration Sozialer Arbeit in die medizinische Grundversorgung

Singh Devi

Aus sozialarbeiterischer Sicht ist PV „ein gesellschaftlicher Sicherungsprozess von sozialen und gesundheitlichen Grundbedürfnissen sowie die Reaktion auf Krisen, insbesondere auch im peripheren und ländlichen Raum“ (Redelsteiner 2020a:37). Sozialarbeiter:innen können wichtige Beiträge in der PV leisten, um den gesundheitlichen Bedürfnissen der Patient:innen gerecht zu werden (vgl. Huter 2020:39). Was in den USA, Neuseeland und Kanada gegenwärtig bereits durch die Integration von Sozialarbeiter:innen in sogenannte „Primary Health Care Teams“ (Stumm et al. 2020:71) erfolgt, ist im deutschsprachigen Raum noch eine Seltenheit. So sind auch in Österreich Sozialarbeiter:innen bislang nur vereinzelt in (haus-)ärztliche Settings eingebunden (vgl. Hartung / Schneider 2016:363). Die Soziale Arbeit könnte im österreichischen PV-System durch

das Einbringen der „historisch gewachsenen Besonderheiten und Erfahrungen“ (Ortmann 2015b:8) jedoch einen förderlichen Beitrag zur Patient:innenversorgung leisten.

Clare (1985:290f) betont, dass der „biopsychosoziale Ansatz, die ‚person-in-context‘-Philosophie und die klinische Expertise der Sozialarbeit“ gut mit Ansätzen der PV übereinstimmen, insbesondere da es immer mehr Patient:innen „mit komplexen psychosozialen und psychischen Gesundheitsproblemen“ in PV-Settings gibt, die „von den Interventionen der Sozialarbeit profitieren“ können. Auch die qualitative Studie von Döbl et al. (2015) zur Integration von Sozialarbeiter:innen in die neuseeländische PV unterstreicht die Vorzüge und den Bedarf an Sozialarbeiter:innen „zur Verbesserung der Qualität und Koordination“ (Stumm et al. 2020:71) in der Patient:innenversorgung im PV-Kontext. Auch der OBDS (2017b:2) sieht, unter Einhaltung der ethischen Standards von Sozialarbeit, spezifische Qualitäten und Leistungen der Sozialen Arbeit in der gesundheitlichen PV.

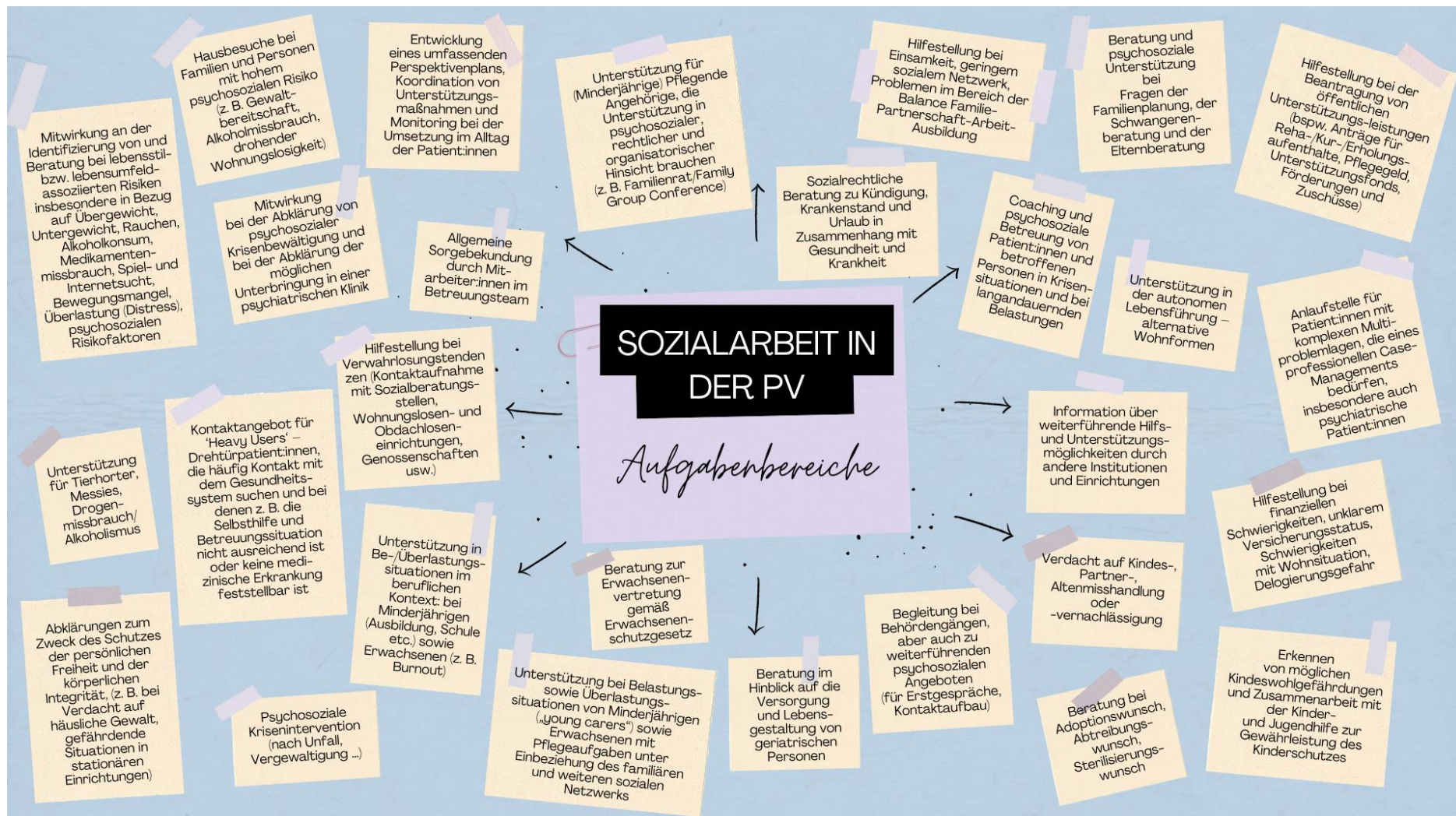


Abbildung 10: Aufgabenbereiche von Sozialarbeit in der PV

Quelle: OBDS 2017b:2; Redelsteiner 2020a:37, eigene Darstellung

Grießler (vgl. 2009:64) kategorisiert die wesentlichen Aufgaben bzw. Interventionsmöglichkeiten eines:einer Sozialarbeiter:in im PV-Setting in vier Bereiche: Beratung, Begleitung, Krisenintervention und Vermittlung (= „klassische“ Sozialarbeit).

Obwohl sowohl die Zusammenhänge zwischen sozialer Benachteiligung und erhöhten Krankheitsrisiken als auch die positive Wirkung der Integration von Sozialarbeit im PV-Kontext lange bekannt sind, hat dies bisher nicht bzw. nur sehr langsam zu (wesentlichen) Konsequenzen in der (österreichischen) Gesundheitsversorgung geführt (vgl. Ortmann 2015b:7; vgl. Stumm et al. 2020:71).

2.3.1.2.1 Sozialarbeit in Primärversorgungseinrichtungen

Singh Devi

Eine umfassende und integrierte Gesundheitsversorgung kann nicht nur eine bessere Versorgung für die Patient:innen bieten, sondern auch gesundheitliche Ungleichheiten zwischen den Bevölkerungsgruppen verringern. Eine Versorgung in diesem Maß erfordert jedoch ein vielfältiges multiprofessionelles Team. Die eingangs beispielhaft genannten komplexen bio-psycho-sozialen Einflüsse auf die Gesundheit (siehe 2.2.1) können nur durch ein Zusammenwirken von verschiedenen Professionen bearbeitet werden (vgl. Ortmann 2015a:17)³⁶.

Gemäß dem Verständnis, dass soziale Aspekte Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden haben, gilt es insbesondere, die Wichtigkeit der Integration von Sozialarbeit hervorzuheben. Dies wird auch durch internationale Erkenntnisse bestätigt (vgl. Döbl et al. 2015:335), wonach es keine andere Profession gäbe, die sich explizit und in diesem Ausmaß „mit der sozialen Dimension von Gesundheit und Krankheit befasst und über so reichliche Erfahrungen in der Beratung und Unterstützung von sozial beeinträchtigten Menschen verfügt“ (Ortmann 2015a:15).

Sozialarbeiter:innen verfügen gemäß ihrem breit gefächerten Aufgabenspektrum „über wichtige Schlüsselkompetenzen für die multi-professionelle Primärversorgung“ (Hartung / Schneider 2016:366). Demnach sollte beim Auf- und Ausbau multiprofessioneller Teamstrukturen die Sozialarbeit stärker berücksichtigt werden (vgl. ebd.:363; vgl. Stumm et al. 2020:71). Im Einklang damit steht die Forderung nach der Entwicklung neuer Versorgungskonzepte (siehe 2.1.4), die multidisziplinär, integriert, kooperativ und patient:innenorientiert arbeiten (vgl. ebd.:67). PVEs bieten mit dem Grundsatz der multiprofessionellen Zusammenarbeit von Gesundheits- und Sozialberufen ein idealtypisches Setting, um die Sozialarbeit einzubinden (vgl. BMG 2014:6).

³⁶ Gampenrieder (vgl. 2020) untersucht in ihrer Bachelorarbeit an der FH St. Pölten, inwiefern sich die Perspektiven des Kernteams auf das Bio-Psycho-Soziale Modell zur Perspektive der Sozialarbeiter:innen decken bzw. unterscheiden und kommt zu dem Ergebnis, dass zwar alle Befragten des Kernteams anerkennen, dass es soziale Einflussfaktoren auf die Gesundheit gibt, dass das Erkennen von sozialen Einflussfaktoren jedoch nicht genügt, um die Wichtigkeit von Sozialarbeiter:innen als Gesundheitsprofessionist:innen zu vermitteln.

Während die „Einbindung der Sozialen Arbeit in die Primärversorgung seitens der Alma-Ata-Erklärung noch (unhinterfragt) vorgesehen“ (Fritz 2018:65) war, zeigt sich im Rahmen des Konzeptes „Das Team rund um den Hausarzt“ lediglich die Option der Integration von Sozialarbeiter:innen in das multiprofessionelle Team bei gleichzeitiger „Stärkung der Rolle der Allgemeinmedizin“ (BMG 2014:14, zit. in Fritz 2018:65). Nach Fritz (vgl. 2018:65) macht sich hier die Abwesenheit eines Berufsgesetzes der Sozialen Arbeit bemerkbar.

Diverse Studien (vgl. Ashcroft et al. 2018:110–114) identifizieren Herausforderungen und Barrieren für die Integration der Sozialen Arbeit bzw. solche, mit denen Sozialarbeiter:innen in einer medizinischen Umgebung konfrontiert sind³⁷. Solche Herausforderungen und Barrieren sind: ein begrenztes Verständnis von psychosozialen Gesundheitsproblemen seitens Ärzt:innen bzw. Kolleg:innen im Gesundheitswesen, mangelndes Verständnis für bzw. Unwissenheit über Rolle und Beitrag der Sozialen Arbeit sowie über Abgrenzung zu anderen Professionen (z. B. Psycholog:innen, Berater:innen etc.), nicht ausgelastete Nutzung des Fachwissens der Sozialarbeit sowie organisatorische und systematische Barrieren (z. B. hohe Serviceanforderungen, Mangel an Maßnahmen zur Psychohygiene etc.). Auch Süssstrunk (vgl. 2014:9) weist darauf hin, dass Soziale Arbeit im Gesundheitswesen eine wichtige Arbeit leistet, sich dort jedoch oft gegenüber der „Vormacht der Medizinberufe“ behaupten muss.

Förderliche Faktoren sind die Aufklärung des Gesundheitsteams über die Rolle Sozialer Arbeit im Team und wie sie zur Patient:innenversorgung beitragen kann, ebenso wie das Schaffen zusammenarbeitfördernder Organisationsstrukturen (vgl. Ashcroft et al. 2018:114). Auch Döbl et al. (2015:335) heben hervor, dass Sozialarbeiter:innen im medizinischen Kontext „ihre berufliche Rolle sowie die spezifische Rolle in ihrem organisationalen Kontext allen Stakeholdern klar [...] kommunizieren“ müssen. Ashcroft et al. (2018:110) sehen den Erfolg von Sozialer Arbeit in Abhängigkeit dazu, wie gut die Soziale Arbeit in den PV-Kontext eingebunden ist. Besonders wichtig in der multiprofessionellen Zusammenarbeit ist demnach, dass die diversen Professionen auf Augenhöhe agieren und kooperieren. Dafür braucht es ein neues Verständnis von Sozialer Arbeit im Gesundheitskontext.

2.3.1.2.2 Diskurs um ein neues Verständnis von Sozialer Arbeit im Gesundheitskontext

Tritta Claudia

Was es nach Rademaker (vgl. 2016:38) braucht, ist eine gesundheitsbezogene Soziale Arbeit,

„die sich fachlich als Bestandteil Sozialer Arbeit versteht, eine gesundheitsbezogene Soziale Arbeit, die sich dem Gesundheitswesen weder unterordnet noch ihm zuarbeitet. Wir brauchen eine gesundheitsbezogene Soziale Arbeit als gleichberechtigten Teamplayer,

³⁷ Sundl (vgl. 2020) befasst sich in ihrer Bachelorarbeit an der FH St. Pölten mit den Herausforderungen bei der Erhebung der sozialarbeiterischen Anamnese in der Primärversorgung und bestätigt dabei Herausforderungen/Barrieren der SA in multiprofessionellen Teams der PVEs.

mit einem ihr spezifisch ausbuchstabierte Professions- und Disziplinverständnis“ – „Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit ist mehr als Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Vielmehr versteht sich ihr Gesundheitsbezug als konstitutiver Teil Sozialer Arbeit, in Form einer handlungswissenschaftlich leitenden Gesundheitsförderung, Prävention und Behandlung mit einem konsequenten Lebensweltbezug [...], der Betonung von Biografie, Kontext, Sozialraum, Teilhabe und Subjektstatus [...], als konstitutive Stärke sozialer Praktiken gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit sowie Sozialer Arbeit im Allgemeinen“ (ebd.:36).

Die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit zeichnet sich durch ihre professionellen Wissensbestände und Kompetenzen dafür aus, bei der Gestaltung und Durchführung von teilhabeorientierten Maßnahmen als zentrale Profession mitzuwirken. Aktivitäten die Selbsthilfe betreffend gewinnen sozialpolitisch vermehrt an Anerkennung und werden in das Versorgungssystem aufgenommen. Die Profession der Sozialen Arbeit kann hier mit den Ansätzen der Ressourcenorientierung und des Empowerments eine bedeutende moderierende und integrierende Rolle einnehmen (vgl. Bönisch / Dettmers 2018:3). Charakteristisch für die Sozialarbeit ist, dass sie bezogen auf die Fallarbeit im Rahmen ihres professionellen Wirkens unterschiedliche Interessen beteiligter Akteur:innen berücksichtigen kann. Beispiele hierfür sind Case Management³⁸ und weitere einzelfallbezogene Zugänge (vgl. Dettmers 2018:4). Der OBDS (vgl. 2017b:3) weist hinsichtlich der Methode des Case Managements im Rahmen der gesundheitsbezogenen Sozialarbeit auf folgende Beispiele hin: Coaching und Beratung der Klient:innen hinsichtlich der psychosozialen Belastungen im Zusammenhang mit der Erkrankung, Hausbesuche, Moderation von Netzwerkkonferenzen mit dem Netzwerk an Helfer:innen, Involvierung des sozialen Umfeldes, aktive Intervention auf Wunsch der Klient:innen, Anfertigung eines persönlichen Perspektivenplans, Vermittlung an adäquate psychosoziale Einrichtungen und Monitoring (vgl. ebd.).



Abbildung 11: Modell einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit

Quelle: Rademaker 2016:36, eigene Darstellung

³⁸ Ein weiteres Forschungsteam des Forschungslabors SP beschäftigt sich in seiner Masterarbeit „Social Prescribing – Eine internationale Perspektive und der Status quo in Österreich aus dem Blickwinkel der Sozialen Arbeit“ in Kapitel 5 mit Case Management in Abgrenzung zu LW.

Im Sinne des Verständnisses einer gesundheitsbezogenen Sozialarbeit ist Soziale Arbeit mit eigenen disziplinären Zugängen, d. h. mit einem „eigene[n] Verständnis von Gesundheit und Krankheit“ (Grießler 2009:25), eigenen „handlungsleitenden Praxen“ (Rademaker 2016:36) bzw. eigenen Handlungsmethoden und einer eigenen „Forschungstradition, die sich insbesondere durch eine Transdisziplinarität sowie durch ihre Kompetenzen der Kooperation und Vernetzung auszeichnet“, zu verstehen. So kann Soziale Arbeit, wie Rademaker (ebd.) betont, „heute längst nicht mehr als Dienstleisterin für das Gesundheitswesen verstanden werden.“

Von besonderem Interesse sind in der Tradition der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit „die Zusammenhänge zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit“ (Ortmann 2015b:6). Einschränkungen die Gesundheit betreffend können mit verringerten Möglichkeiten der Partizipation in Verbindung gebracht werden. Die Optimierung sozialer Teilhabe von Menschen kann als wesentliches Ziel Sozialer Arbeit gesehen werden – sie erhöht die Möglichkeiten, Unterstützung von außen zu bekommen (vgl. Dettmers 2017:75f). Als Teil der klinischen Sozialarbeit wird das Einbeziehen bio-psycho-sozialer Aspekte (siehe 2.2.1), welche die Gesundheit von Personen beeinflussen, gesehen. Mit diagnostischem Blick werden problem- bzw. störungsrelevante Merkmale, situative Verhältnisse und Ressourcen der Klient:innen berücksichtigt. Soziale Diagnostik vereint Elemente der Partizipation, involviert verschiedene Perspektiven der beteiligten Akteur:innen im Fallgeschehen und bezieht Rahmenbedingungen und Faktoren der Umgebung ein (vgl. ebd.:78f). Damit trägt Soziale Arbeit wesentlich zu einem effektiven Gesundheitswesen bei, das sich primär an den Bedürfnissen der Menschen orientiert (Staubhaar 2019:34). Aspekte, welche die soziale Dimension von Gesundheit tangieren und damit gesundheitliche Ungleichheit mitbedingen, rücken im Rahmen des SP-Konzeptes stärker in den Vordergrund. SP kann die Optionen im PVE-Kontext erweitern (vgl. Wildman et al. 2019:2).

2.3.2 Rolle der Sozialen Arbeit innerhalb des Social Prescribing-Konzeptes

Singh Devi

Das SP-Konzept erkennt die Bedeutung nicht-medizinischer Faktoren, die sich negativ auf die Gesundheit und das Wohlbefinden auswirken, an und verfolgt einen bio-psycho-sozialen Ansatz, um auf die Bedürfnisse des Einzelnen einzugehen (Wallace et al. 2020:2). Das NHS (2016:27) hält Folgendes fest:

„It is widely accepted that there is a need for a new kind of health and social care workforce to support seamless care pathways [...]. From a social prescribing perspective it needs to be one that values both medical and social models alongside each other, one which can work flexibly within a biopsychosocial framework.“

Mit dem Konzept von SP können somit die sozialen Dimensionen zielgerichteter behandelt werden, was wiederum das Wohlbefinden der Patient:innen erhöht – so die theoretische Devise (vgl. Rásky / Groth 2020:21; vgl. Redelsteiner 2019:10).

2.3.2.1 Bio-Psycho-Soziales Modell in der praktischen Umsetzung

Singh Devi

In der Praxis bedeutet die Arbeit nach dem Bio-Psycho-Sozialen Modell einen „ganzheitlichen Ansatz, in dem die disziplinären Ansätze verbunden und im Idealfall auch deren Grenzen überwunden werden“ (Fritz 2018:66). Gesundheitsfachkräfte sind ermutigt, über Anatomie und Physiologie hinauszudenken und zu berücksichtigen, wie sich das Zusammenspiel von Geist, Körper und sozialen Umständen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden auswirkt.

Wie die bisherigen Ausführungen zeigen, steht SP sowohl mit der verstärkten Betrachtung sozialer Gesundheitsdeterminanten, mit dem politischen Anspruch der Reduktion von gesundheitlicher Ungleichheit und der Steigerung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung, als auch mit den Bestrebungen, „die primären Versorgungs[einheiten] in die Gesundheitsförderung einzubinden[,] und der verstärkten Unterstützung von vulnerablen Bevölkerungsgruppen“ (Rásky / Groth 2020:21) im Einklang. SP fördert mit seiner Fokussierung auf das Bio-Psycho-Soziale Modell damit eine mehrdimensionale Gesundheitsbetrachtung unter Berücksichtigung individueller Gesundheitsbedürfnisse, wie sie bereits vor sechzig Jahren von der Sozialarbeitspionierin Ilse Arlt beschrieben wurden (vgl. Arlt 1958/2010:62).

Im Rahmen des Bio-Psycho-Sozialen Gesundheitsmodells können wesentliche Einflussfaktoren in die folgenden Bereiche unterteilt werden: individuelle Gegebenheiten (Alter, Geschlecht, genetische Disposition), Lebensführung, soziale und kommunale Netzwerke, Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie allgemeine sozioökonomische, kulturelle und physische Umweltbedingungen. In der nachfolgenden Abbildung werden diese Bereiche grafisch dargestellt. Je näher am Individuum die Einflussfaktoren verortet sind, desto größer ist einerseits das Bewusstsein für die Auswirkung der Faktoren auf Gesundheit bzw. Krankheit und desto geringer sind andererseits gefühlte oder auch tatsächliche Einflussmöglichkeiten auf diese Determinanten. Dieses Modell kann Sozialarbeiter:innen innerhalb der Klient:innenarbeit einen professionellen Rahmen bieten (vgl. Fritz 2018:27).

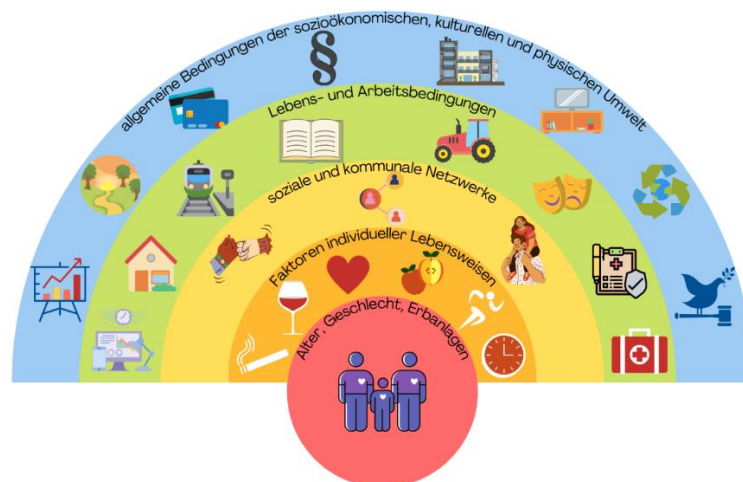


Abbildung 12: Gesundheitsdeterminanten

Quelle: Fonds Gesundes Österreich o.A., eigene Darstellung

Der **Einfluss sozialer Determinanten auf die Gesundheit** zeigt, dass gesundheitliche Probleme nicht immer allein durch medizinische Interventionen bzw. klinische Konsultationen gelöst werden können (vgl. Pryke 2020:565). Vielmehr ist eine ganzheitliche Betrachtung nötig, um die verschiedenen Bedürfnisse von Personen zu stillen. Auch Ilse Arlt legte anhand von 13 Grundbedürfnissen³⁹ „die Wechselwirkungen zwischen sozialer Situation und Gesundheit“ (Redelsteiner 2017:10) dar. Verstärkt liegt auch der Praxis der PVEs „ein bio-psycho-soziales Verständnis von Gesundheit zugrunde, im Wissen darum, dass Erkrankungen zumeist sowohl medizinische, psychische, als auch soziale Problematiken tangieren“ (Süsstrunk 2014:49).

2.3.2.2 Social Prescribing in Primärversorgungseinheiten und die Rolle von Sozialarbeiter:innen

Singh Devi

Fragmentierte Strukturen medizinischer Versorgung in Form von isolierten Einzelpraxen können den Anforderungen der Umsetzung von SP nicht gerecht werden (vgl. Harries et al. 2015:66). PVEs bieten hingegen aufgrund ihrer multiprofessionellen Zusammensetzung einen optimalen Rahmen für die Implementierung von SP. Auch in der von Antosik (vgl. 2020:89) im Rahmen ihrer Masterarbeit durchgeführten Befragung von Gesundheitsexpert:innen werden PVEs aufgrund ihres regionalen Versorgungsauftrages, der interdisziplinären Zusammensetzung des Teams und den innovativ denkenden Allgemeinmediziner:innen als optimales Setting für die Implementierung des SP-Konzeptes in Österreich genannt. Das österreichische Verständnis von SP entspricht dem holistischen Modell (siehe 2.2.2.4.4), welches den Einsatz von Fachkräften, die eine Link Working-Funktion übernehmen, vorsieht.

Um SP erfolgreich zu implementieren, sind Informationskampagnen, Schulungen und Qualifizierungen für Link Worker:innen und weiteres beteiligtes Personal sowie eine Definition von Qualitätskriterien von Angeboten und durchführenden Institutionen nötig. Zudem bedarf es der Implementierung regelmäßiger Monitorings und Datenanalysen und des Einsatzes qualitätssichernder Maßnahmen. Des Weiteren muss die Akzeptanz bezüglich SP bei Ärzt:innen erhöht werden, welche letztendlich primär die Überweisung an Link Worker:innen tätigen sollen (vgl. ebd.:21). Auch in der Bevölkerung muss das SP-Konzept bekannt gemacht werden⁴⁰. So kann die Adhärenz⁴¹ von Patient:innen gefördert werden (vgl. ebd.:22f). Ein wichtiger Faktor bei der Erreichbarkeit der Zielgruppen ist es,

³⁹ Zu den 13 Grundbedürfnissen zählen „Ernährung, Wohnung, Körperpflege, Bekleidung, Erholung, Luft, Erziehung, Geistespflege, Rechtsschutz, Familienleben, ärztliche Hilfe und Krankenpflege, Unfallverhütung und Erste Hilfe, Ausbildung zur wirtschaftlichen Tüchtigkeit“ (Arlt 1958/2010:65–67).

⁴⁰ Mit der Bekanntmachung des SP-Konzeptes in der österreichischen Bevölkerung beschäftigt sich ein weiteres Forschungsteam des Forschungslabors SP in seiner Masterarbeit „Social Prescribing – gesund:sozial:verbunden. Abbau der Zugangsbarrieren im Lichte der Sozialen Arbeit: Erklärvideo und Begriffsfindung im österreichischen Primärversorgungskontext“, indem es geeignete Begrifflichkeiten erforscht und ein Erklärvideo erarbeitet.

⁴¹ Der Begriff Adhärenz wird als „Therapiemotivation, -mitarbeit oder -treue“ (Franz 2019) übersetzt, wobei die partizipative Entscheidungsfindung mit dem:der Patient:in/Klient:in hinsichtlich des Therapieplans Ausgangslage für die Erfassung dessen Einhaltung ist. Partizipation und Eigenverantwortung sind zentrale Merkmale dieses Ansatzes (vgl. ebd.).

die lokale Bevölkerung von Beginn an bei der Entwicklung von Gesundheits- und Präventionsmaßnahmen miteinzubinden (vgl. Polzer 2020:21).

Erste konkrete Ansatzpunkte für die Umsetzung des SP-Konzeptes in Österreich könnten laut Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH (vgl. 2019) etwa darin liegen, dass alle Fachkräfte der PVE vermehrt auf die nicht-medizinischen Bedürfnisse der Klient:innen achten und eine Weitervermittlung an die spezialisierte Fachkraft initiieren. Diese Vorgehensweise stünde im Einklang mit dem im ÖSG definierten Aufgabenprofil für die PV (vgl. ebd.), indem folgende Aspekte abgedeckt würden (ebd.):

- „Mitwirkung an populationsbezogenen und zielgruppenspezifischen regionalen Gesundheitsförderungsmaßnahmen und -programmen
- Aktives Zugehen auf und Unterstützung im Zugang zur Versorgung für vulnerable Gruppen wie z. B. Personen mit Migrationshintergrund, sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen, Risikogruppen“

Einen weiteren wesentlichen Punkt kann der Einsatz einer spezialisierten Fachkraft darstellen, welche eine LW-Funktion übernimmt. Ihr obliegt die Aufgabe der Recherche zu lokal/regional vorhandenen relevanten Angeboten (z. B. durch Rückfrage bei Gemeinde oder Bezirk, diversen Kooperationspartner:innen etc.), an welche Patient:innen in Folge weiterverwiesen werden können. Diese Fachkraft sollte darüber hinaus „alle in der Primärversorgungseinheit tätigen Gesundheitsberufe in Hinblick auf die nicht-medizinischen Bedürfnisse der Patient[:innen] [...] sensibilisieren und Unterstützung bei der Vermittlung an benötigte Angebote leisten“ (ebd.). Link Worker:innen haben damit primär die Aufgabe des Weiterleitens bzw. Link Workings.

Wer die Funktion des:der Link Worker:in hinsichtlich der Grundprofession übernehmen soll, bleibt bei der Beschreibung einzelner SP-Projekte weitestgehend offen, selten werden u. a. Sozialarbeiter:innen exemplarisch angeführt. Die Soziale Arbeit eignet sich gemäß der in 2.3.1.1 genannten Aufgabenbereiche insbesondere für die Übernahme dieser Funktion. Das spezifische Element von SP – die Verweisung von Klient:innen an kommunale Angebote des 3. Sektors – deckt sich mit der in der Sozialarbeit bereits gelebten Vernetzungskompetenz innerhalb des Versorgungssystems (vgl. Michel et al. 2016:22). Die Vernetzung in der Region zu lokalen Strukturen in unterschiedlichen Handlungsfeldern Sozialer Arbeit, der Austausch zwischen diversen Einrichtungen, also das Schnittstellenmanagement, stellt eine sozialarbeiterische Kernkompetenz dar (vgl. ebd.; vgl. Redelsteiner 2020a:37) – sie schlägt eine Brücke im Versorgungssystem (vgl. Michel et al. 2016:22). Lützenkirchen (2005:318) fasst die zentrale Aufgabe Sozialer Arbeit im Sinne der Interdisziplinarität als „Schnittstellen-, Lotsen- und Koordinationsaufgabe“ zusammen. Dies deckt sich mit der in der Literatur ausgewiesenen Funktion von Link Worker:innen (siehe 2.2.2.5). Auch von Antosik (vgl. 2020:91) befragte Gesundheitsexpert:innen sehen Sozialarbeiter:innen als besonders geeignet für die LW-Funktion an, da sich das Aufgabenspektrum der Link Worker:innen (im österreichischen Verständnis) mit den typischen Aufgaben der Sozialen Arbeit deckt. Darüber hinaus verfügen Sozialarbeiter:innen über eine fundierte Ausbildung, die vonseiten der befragten Gesundheitsexpert:innen als unerlässlich eingestuft wird. Eine kurze Schulung, Link Worker:innen „im Schnellkurs“ (ebd.), würde zwar für die Link Working-Funktion qualifizieren, nicht

aber für eine ganzheitliche Betrachtung der Klient:innen oder eine qualitätsvolle Betreuung. In vielen PVEs übernehmen u. a. Sozialarbeiter:innen bereits Aufgaben, die mit dem SP-Konzept übereinstimmen, indem sie soziale Bedürfnisse der Patient:innen ins Zentrum rücken, wenn auch meist ohne konkrete Bezugnahme auf das Konzept (vgl. ebd.; vgl. Haas et al. 2021:1). Man könnte folglich von einem Reframing sprechen⁴².

Sozialarbeit im österreichischen Gesundheitswesen geht über die Vernetzungstätigkeit hinaus (siehe 2.3.1.1). Zwar ist die Rolle der Vermittlerin „Teil der Identität der Sozialen Arbeit“ (vgl. Fritz 2018:63), die ausschließliche Ausführung der LW-Funktion würde jedoch eine Reduzierung der Tätigkeit bzw. des Handlungsspielraums von Sozialer Arbeit im Gesundheitskontext darstellen. Der Betrachtung des Forschungsteams nach kann Soziale Arbeit hinsichtlich der aufgeführten Aufgabenbereiche einen wesentlich wertvolleren Beitrag im Rahmen der interdisziplinären und interprofessionellen Arbeit und somit auch im Rahmen von SP leisten, was sich auch in den Ergebnissen der Fragebogenauswertung zeigt (siehe 4.3.2.3.1, 4.3.2.3.2 und 4.3.2.3.3). So beinhaltet die Sozialarbeiter:innen-Tätigkeit, sei sie als SP betitelt oder auch nicht, in der PV eine psychosoziale Ersteinschätzung sowie die „ersten Interventionen und Beratungen und [lediglich bei einem identifizierten] Bedarf die Verknüpfung, Verweisung von Menschen dorthin, wo ihr Problem passend adressiert werden kann“ (Redelsteiner 2020a:37). Die LW-Funktion (Verknüpfung und Verweisung) bildet somit nur einen Teil des sozialarbeiterischen Handels in PVEs ab. Auch in den beiden genannten österreichischen Vorzeigemodellen verfügen Sozialarbeiter:innen über ein breiteres Aufgabenspektrum, welches über die Verweisung hinausgeht (vgl. Redelsteiner 2017:14).

Soziale Arbeit trägt demnach mit ihrem breiten Kompetenzspektrum, im Rahmen von multidisziplinären Settings, wie sie etwa in PVEs anzutreffen sind, „wesentlich zu einem effektiven Gesundheitswesen bei, das sich an den [ganzheitlichen] Bedürfnissen der Menschen orientiert“ (Staubhaar 2019:34). Langfristig konzipiert und gesamtgesellschaftlich betrachtet kann SP unter Einbindung von Sozialarbeiter:innen in einer umfassenden LW-Funktion, die über das Link Working hinausgeht, folglich dazu beitragen, gesundheitliche Ungleichheit zu reduzieren sowie die allgemeine Gesundheitskompetenz, welche in Österreich im internationalen Vergleich nicht sehr hoch ist, zu verbessern (vgl. Antony et al. o.A.:10; vgl. Rásky / Groth 2020:22).

⁴² Inwiefern SP bzw. Elemente von SP bereits unter anderem Namen in Österreich Anwendung finden, wird in der Masterarbeit „Social Prescribing – Eine internationale Perspektive und der Status quo in Österreich aus dem Blickwinkel der Sozialen Arbeit“ in Kapitel 4 eines weiteren Forschungsteams des Forschungslabors thematisiert.

3 Forschungsdesign

Schinnerl Melanie

Wie Patzak und Rattay (1998:4; Herv.i.O.) ausführen, sind Projekte „**Vorhaben**, die im wesentlichen durch die **Einmaligkeit** der Bedingungen in ihrer Gesamtheit gekennzeichnet sind.“ Auch das Vorhaben im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit, die Umsetzung von SP gemäß dem 2-Stufen-Plan, weist charakteristische Ausprägungen der seitens Patzak und Rattay (vgl. ebd.:5) identifizierten Projektmerkmale (neuartig, zielorientiert, komplex und dynamisch, interdisziplinär bzw. fachübergreifend, bedeutend) auf. Entsprechend diesem Verständnis, der Umsetzung von SP in der Dr. Ouhadi - Dr.ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin als Projekt, sollen nachfolgend in einem ersten Schritt einzelne Elemente des Projektmanagements erläutert werden, bevor in einem zweiten Schritt die eingesetzten methodischen Instrumente im Fokus stehen.

3.1 Projektmanagement-Tools

Schinnerl Melanie

Einen wesentlichen Aspekt bzw. auch erfolgsbeeinflussenden Faktor in der Projektarbeit stellt die Zusammensetzung des Projektteams dar, bestehend aus fünf Studierenden und zwei Mitarbeiter:innen der Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin. Entsprechend den fünf Grundsätzen einer erfolgreichen Zusammenarbeit im Team⁴³ (vgl. Katzenbach / Smith 2015:45) soll nachfolgend das Projektteam auf Basis der Teamrollen nach Belbin und Bergander (1996) in den Blick genommen werden, um im gesamten Prozessverlauf die individuellen Stärken zu berücksichtigen und optimal nutzen zu können (vgl. Belbin Associates 2013).

Tabelle 4: Teamrollen nach Belbin und deren Anwendbarkeit für das SP-Projekt

Rolle im Team		Stärken	Wie kann das im Team genutzt werden?
Eva Pilz (EP)	Macherin	Antrieb; aufgeschlossen; dynamisch	ist aufgeschlossen für Ideen des Teams; treibt die Umsetzung voran
Martina Knopp (MK)	Wegbereiterin/Weichenstellerin	kommunikativ; stellt gerne interne und externe Kontakte her; greift neue Ideen auf	vernetzt sich mit relevanten Akteur:innen im Bezirk; greift die Ideen des Teams auf und setzt sie im Arbeitsalltag um

⁴³ Die fünf Grundsätze erfolgreicher Teamarbeit umfassen (1) eine geringe Anzahl von Personen, (2) sich ergänzende Fähigkeiten der Teammitglieder, (3) „die Verpflichtung zu einem gemeinsamen Vorsatz und Leistungszielen“, (4) „das Engagement zu einem gemeinsamen Arbeitsansatz“ und (5) „wechselseitige Verantwortlichkeit“ (Litke 2007:177).

Maria Fischer (MF)	Umsetzerin	Pflichtbewusstsein; Selbstdisziplin; setzt Ideen in die Tat um	erinnert andere an die Erledigungen von Aufgaben; prüft Ideen auf deren Umsetzbarkeit
Sabine Holzinger-Grath (SH)	Umsetzerin	klare Kommunikation; Bereitschaft zu tun, was getan werden muss; bodenständig	bringt Ruhe in Teamdynamik; behält praxisbezogenen Fokus
Melanie Schinnerl (MS)	Perfektionistin	Gewissenhaftigkeit; Genauigkeit; präzises Arbeiten	behält den Überblick über die Aufgaben und den Zeitplan; Fokus auf Einheitlichkeit und Details
Devi Singh (DS)	Teamarbeiterin	umgänglich; Fähigkeit mit unterschiedlichen Situationen und Menschen umzugehen; fördert den Teamgeist; kreative Problemlösung	Fokus auf faire Aufgabenverteilung und reibungsloses Zusammenarbeiten
Claudia Tritta (CT)	Perfektionistin	Gewissenhaftigkeit; Sorgfalt; Disziplin; Fokus auf Struktur	achtet auf Details, Fokus auf Pünktlichkeit und Einhalten gewisser Standards, Moderieren von Teammeetings

Quelle: eigene Darstellung

Verstanden als Leitungs- und Organisationskonzept von Projekten wird mittels Projektmanagement versucht die zahlreichen, „sich teilweise gegenseitig beeinflussenden Projektelemente und -geschehen nicht dem Zufall oder der Genialität einzelner Personen zu überlassen“ (Litke 2007:21), sondern sie stattdessen „gezielt zu einem festen Zeitpunkt herbeizuführen“ (ebd.).

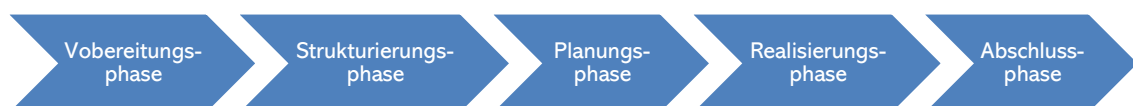


Abbildung 13: Projektphasen

Quelle: Patzak / Rattay 1998:11, eigene Darstellung

Basierend auf diesen Ausführungen wurden drei Projektmanagement-Tools in den unterschiedlichen Projektphasen (= zeitlichen Abschnitten innerhalb des Projektes) eingesetzt. In der ersten Phase des SP-Projektes, der Vorbereitungsphase, erfolgte die Erarbeitung der Projektziele mittels SMART-Konzeptes. In der Strukturierungsphase wurde für die Planung der Projektorganisation eine Kompetenzanalyse durchgeführt. Darüber hinaus wurde für die Strukturplanung innerhalb der Planungsphase ein Projektstrukturplan erstellt.

3.1.1 Projektziele: SMART-Konzept

Schinnerl Melanie

Eine der ersten Projektaktivitäten stellte die Erfassung und Definition des Projektziels bzw. der Projektziele dar. Die Generierung und Formulierung von Projektzielen ist insofern zentral, als sie für die Steuerung des Projektes und die Messung des Projekterfolges benötigt werden (vgl. Alam / Gühl 2020:72).

Mittels des SMART-Konzeptes sollen die Projektziele sowohl definiert als auch hinsichtlich ihrer Erreichbarkeit überprüft werden (vgl. ebd.:74). Das Akronym SMART steht dabei innerhalb des Projektmanagements für (vgl. ebd.)

- **Specific** (= spezifisch) bedeutet, dass die Zieldefinition sowohl klar und präzise als auch widerspruchsfrei formuliert sein muss. Es soll unmissverständlich und eindeutig sein, was erreicht werden soll (Sachinhalt).
- **Measurable** (= messbar) bezieht sich auf die Überprüfbarkeit des Sachinhalts. Es bedarf objektiver Kriterien (z. B. Kennzahlen, quantifizierte Größen), mittels derer unzweifelhaft festgestellt werden kann, ob ein Ziel erreicht wurde.
- **Achievable** bzw. **Attainable** (= attraktiv/akzeptabel bzw. erreichbar) macht deutlich, dass ein Ziel zwar schwierig, aber niemals unmöglich zu erreichen sein darf – d. h., das Ziel ist anspruchsvoll und fordert heraus, ist aber erreichbar. Zudem bedarf es einer positiven Formulierung. Ebenfalls gemeint ist damit, dass die Erreichung der Ziele von den Beteiligten auch erwünscht ist.
- **Realistic** (= realistisch) bedeutet, dass die Zielerreichung mit den verfügbaren Mitteln möglich ist. Sowohl technische als auch humane Ressourcen müssen in ausreichendem Umfang vorhanden sein, um das Ziel in der vorhandenen Zeit zu erreichen.
- **Time phased** bzw. **Timely** (= rechtzeitig/terminierbar) drückt aus, dass es einen bestimmten Zeitpunkt gibt, bis zu dem das Ziel erreicht werden soll. Diese zeitliche Bestimmtheit ist gleichzeitig auch ein Beitrag zur Messbarkeit des Ergebnisses.

Im Rahmen der konkreten Umsetzung von SP konnten innerhalb der Projektgruppe drei übergeordnete Ziele (= Grobziele) identifiziert werden:

Tabelle 5: Grobziel 1 mittels SMART-Konzept

Grobziel 1: Vorbereitung aller relevanten Aspekte bezüglich der inhaltlichen Durchführung von SP in der Dr. Ouhadi - Dr. ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin bis Mitte November 2021	
S	Mit Dezember 2021 kann die praktische Umsetzung erfolgen.
M	Es sind sowohl die Erkenntnisse aus der internationalen Literatur aufzubereiten als auch die Erkenntnisse aus den Fragebögen der österreichischen PVE zu analysieren und dahingehend aufzubereiten, dass ein Konzept für die praktische Umsetzung in der Dr. Ouhadi - Dr. ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin entsteht, welches auch mit Dr. ⁱⁿ Pilz und Mag. ^a Knopp abgesprochen wird.
A	Die Idee bzw. der Wunsch der Implementierung von SP kommt von Dr. ⁱⁿ Pilz, und es konnte bereits Mag. ^a Knopp als Link Workerin für die Praxis gewonnen werden. Die Umsetzungsphase wird mit allen Beteiligten abgesprochen.

R	Alle Beteiligten der Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin sind über den Prozess informiert und kennen den Zeitplan. Mag. ^a Knopp konnte als personelle Ressource bereits gewonnen werden und wird in den Prozess involviert.
T	Bis Mitte November 2021 sollen alle relevanten Aspekte (insb. die Empfehlungen) für die inhaltliche Durchführung von SP in der Dr. Ouhadi - Dr. ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis vorbereitet bzw. aufbereitet sein, sodass die Umsetzung mit Dezember 2021 erfolgen kann.

Quelle: eigene Darstellung

Tabelle 6: Grobziel 2 mittels SMART-Konzept

Grobziel 2: Durchführung von SP in der Dr. Ouhadi - Dr.ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin ab Dezember 2021 gemäß den erarbeiteten Empfehlungen	
S	Die Ergebnisse, basierend auf den Erkenntnissen aus der Dokumentenanalyse und den Fragebögen in den PVEs in Österreich, liegen vor und sind dahingehend aufbereitet, dass eine Good Practice-Vorgehensweise für die Dr. Ouhadi - Dr. ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis erarbeitet werden kann.
M	Die Ergebnisse aus der Dokumentenanalyse und Fragebogenauswertung liegen vor. Eine Absprache mit den Beteiligten der Umsetzung erfolgt, sodass mit 1. Dezember 2021 das eruierte Good Practice-Konzept ausprobiert werden kann.
A	Die Umsetzungsphase (d. h. inhaltliche Aspekte, wie die Umsetzung erfolgen soll = Empfehlungen) wird mit allen Beteiligten abgesprochen.
R	Die Ergebnisse werden so aufbereitet, dass ersichtlich wird, was (inter)national gut funktioniert und von anderen übernommen werden kann bzw. was nur suboptimal funktioniert und für die konkrete Umsetzung in der Dr. Ouhadi - Dr. ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis nicht übernommen werden sollte.
T	Durchführung von SP im Dezember 2021 und Jänner 2022 entsprechend den erarbeiteten Empfehlungen.

Quelle: eigene Darstellung

Tabelle 7: Grobziel 3 mittels SMART-Konzept

Grobziel 3: Vorbereitung aller relevanten Aspekte bezüglich der inhaltlichen Durchführung von SP in der geplanten PVE im 15. Wiener Gemeindebezirk bis Ende Februar 2022	
S	Mit März 2022, dem Ende dieses Forschungsprojektes, liegen die Empfehlungen zur Umsetzung in der PVE vor. Die praktische Anwendung ist jedoch vom Baufortschritt der Räumlichkeiten abhängig.
M	Eruierung der Umsetzungsphase in der Dr. Ouhadi - Dr. ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis mittels Feedbackgespräch und Ableitung des Veränderungsbedarfes für die Umsetzung in der PVE. Die Wünsche und Vorstellungen werden mittels Analyse des Versorgungskonzeptes in die Umsetzungsidee eingearbeitet.
A	Das Versorgungskonzept für die Etablierung einer PVE wurde bereits eingereicht. Die PVE befindet sich in Planung. Mag. ^a Knopp wird von der Gruppenpraxis in die PVE übernommen.
R	Die inhaltliche Durchführung von SP erfährt durch die Anwendung in der Dr. Ouhadi - Dr. ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin bereits eine Testphase, die bei der Implementierung in die PVE entsprechend adaptiert werden kann (in Absprache mit dem gesamten praxisinternen Team).
T	Bis Ende Februar 2022 sollen alle relevanten Aspekte für die inhaltliche Durchführung von SP in der PVE vorbereitet sein.

Quelle: eigene Darstellung

3.1.2 Verantwortungsübernahme: Kompetenzmatrix

Schinnerl Melanie

Die Verantwortungsverteilung soll mithilfe einer Kompetenzmatrix dokumentiert werden, in der festgelegt wird, wer für einzelne Aktivitäten in der Ausführung (A) verantwortlich ist und wer die (endgültigen) Entscheidungen trifft (E). Darüber hinaus wird innerhalb dieses Tools auch festgehalten, wer über die einzelnen Prozessschritte informiert (I) werden muss (vgl. ebd.:105).

Tabelle 8: Kompetenzmatrix

HAUPT-PROZESS	AKTIVITÄTEN	MF	SH	MS	DV	CT	EP	MK
Projektvorbereitung (= Vorbereitungsphase)	A1 Theoretische Auseinandersetzung mit SP	A	A	A	A	A	A	A
	A2 Erstellung einer Excel-Arbeitsmappe für die Bedarfserhebung	A	A	A	A	A	E	I
	A3 Durchführung der Bedarfserhebung	I	I	I	I	I	A	A
	A4 Literaturrecherche: systematische und unsystematische/offene Recherche	A	A	A	A	A	I	I
Informationssammlung (= Strukturierungsphase)	A5 Auswertung Versorgungskonzept	I	A	I	I	I	I	I
	A6 Auswertung der Literatur aus Aktivität 4 (Dokumentenanalyse)	A	I	A	I	A	I	I
	A7 Ermittlung aktueller Stand PVEs in AT	I	I	A	I	I	I	I
	A8 Auswahl der PVEs	E	E	E	E	E	I	I
	A9 Kontaktaufnahme mit PVEs	I	I	I	A	I	I	I
	A10 Netzwerk aufbauen	I	I	I	I	I	A	A
Planungsphase	A11 Erstellung der Fragebögen	A	A	A	A	A	E	I
	A12 Aussendung Fragebögen und Urgieren	A	A	A	A	A	I	I
	A13 Auswertung Fragebögen	I	A	A	I	A	I	I
	A14 Erkenntnisse für die praktische Umsetzung ableiten	A	A	A	A	A	I	I
	A15 Planung der Umsetzung	A	A	A	A	A	E	E
Umsetzungsphase	A16 Umsetzung von SP	I	I	I	I	I	A	A
	A17 Dokumentation der Erkenntnisse aus der Umsetzung	I	A	I	I	I	A	A
Abschlussphase	A18 Evaluierung der Umsetzung mittels Expert:inneninterview	A	A	A	A	A	A	A
	A19 Auswertung des Expert:inneninterviews	I	A	I	I	A	I	I
	A20 Erstellung von allgemeinen Richtlinien für die SP-Praxis	A	A	A	A	A	I	I

Quelle: eigene Darstellung

Die Kompetenzmatrix zeigt noch einmal deutlich die überwiegend ausführenden Tätigkeiten der Studierenden des Projektteams in den Phasen der Vorbereitung, Strukturierung, Planung und des Abschlusses. In der Umsetzungsphase sind Dr.ⁱⁿ Pilz und Mag.^a Knopp die ausführenden Akteurinnen.

3.1.3 Strukturplanung: Projektstrukturplan

Schinnerl Melanie

Dem Projektstrukturplan (PSP), als Ergebnis einer strukturellen Analyse des gesamten Projektes, „obliegt die Aufgabe, auf der Grundlage des eindeutig definierten Projektziels die sachlogische Gliederung eines Projektes zu erfassen und wiederzugeben“ (Corsten / Corsten 2000:137). Der PSP, in der amerikanischen Literatur als Work Breakdown Plan bzw. Structure (WBS) bekannt, verfolgt somit das Ziel ein Projekt überschaubar zu machen (= Komplexitätsbewältigung), indem es in seinen Projektbestandteilen dargestellt wird bzw. in die einzelnen Projektaufgaben strukturiert wird (vgl. Litke 2007:90; vgl. Saynisch et al. 1979:182). Der Zweck der Strukturierung kann in dreifacher Weise abgebildet werden: erstens in der Schaffung einer Übersicht über das Gesamtprojekt (Transparenz des Projektes), zweitens in der Bildung von Teilprojekten, welche in Folge an die entsprechenden verantwortlichen Stellen zur Detailplanung sowie zur Realisierung übertragen werden können, und drittens im Aufdecken von Zusammenhängen und der Definition von Nahtstellen (vgl. Litke 2007:90).

Gemäß den vier bekanntesten Formen der Grobgliederung des PSP – dem objektorientierten, dem funktionsorientierten, dem aufgaben-/ablauforientierten und dem gemischtorientierten PSP – wurde für das SP-Projekt die objektorientierte Darstellungsweise gewählt. Diese Form des PSP zerlegt das Gesamtprojekt in einzelne Teilbereiche, „die es zu erstellen beziehungsweise darzustellen gilt“ (ebd.:92), wobei diesbezüglich sowohl die theoretische Auseinandersetzung als auch die praktische Umsetzung von SP einbezogen wurde.

Als grafische Darstellungsform für einen PSP hat sich aufgrund seiner Übersichtlichkeit das Organigramm bewährt. Die oberste Ebene des hierarchischen Schemas bildet dabei das Projekt in seiner Gesamtheit, gefolgt von der zweiten Ebene, in der (je nach gewählter Art des PSP) objekt- oder funktionsorientiert Teilprojekte abgebildet werden, die ihrerseits wieder in Teilaufgaben und Arbeitspakete aufgegliedert werden. Die Zerlegung des Gesamtprojektes in seine Teilaufgaben nach dem Top-Down-Prinzip endet auf der untersten Stufe mit der Definition der Arbeitspakete, welche sowohl bezüglich der Aufgaben und der Verantwortung als auch der zeitlichen Komponente⁴⁴ eindeutig definiert sind (vgl. ebd.:93). Nachfolgend die vollständige hierarchisch geordnete Darstellung aller Elemente des SP-Projektes:

⁴⁴ Die zeitliche Komponente wird im Sinne der Übersichtlichkeit in 3.2 abgebildet.

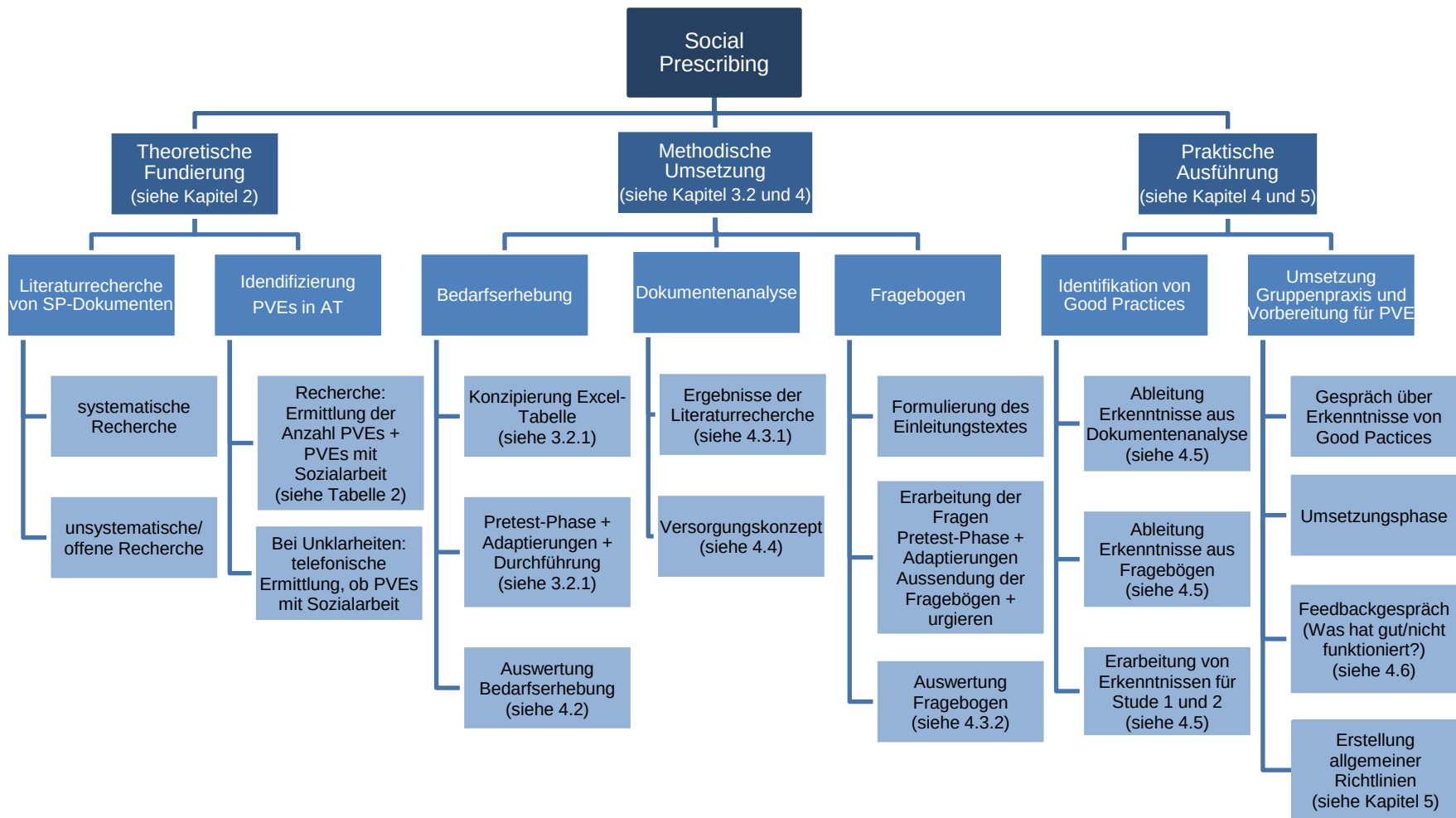


Abbildung 14: Projektstrukturplan

Quelle: eigene Darstellung

3.2 Methodik

Tritta Claudia

Im Rahmen dieser Masterarbeit wurde die Methodentriangulation, d. h. der Einsatz unterschiedlicher (qualitativer) Erhebungsinstrumente angewandt, um die Forschungsfragen (siehe 1.1) zu beantworten. Die Triangulation diente primär der Erkenntniserweiterung mit Blick auf die Forschungsfragen. Die Kombination der gewählten qualitativen Methoden – die Analyse von Dokumenten, die Datenerhebung durch Fragebögen und das Interview – legte unterschiedliche Perspektiven frei. Die methodische Triangulation ermöglichte den Gewinn von sich ergänzenden Ergebnissen, ein umfassenderes Bild des erforschten Feldes konnte entstehen (vgl. Flick 2011:49). Nachstehende Grafik zeigt die eingesetzten Methoden und bedeutende Meilensteine im Forschungsprozess.

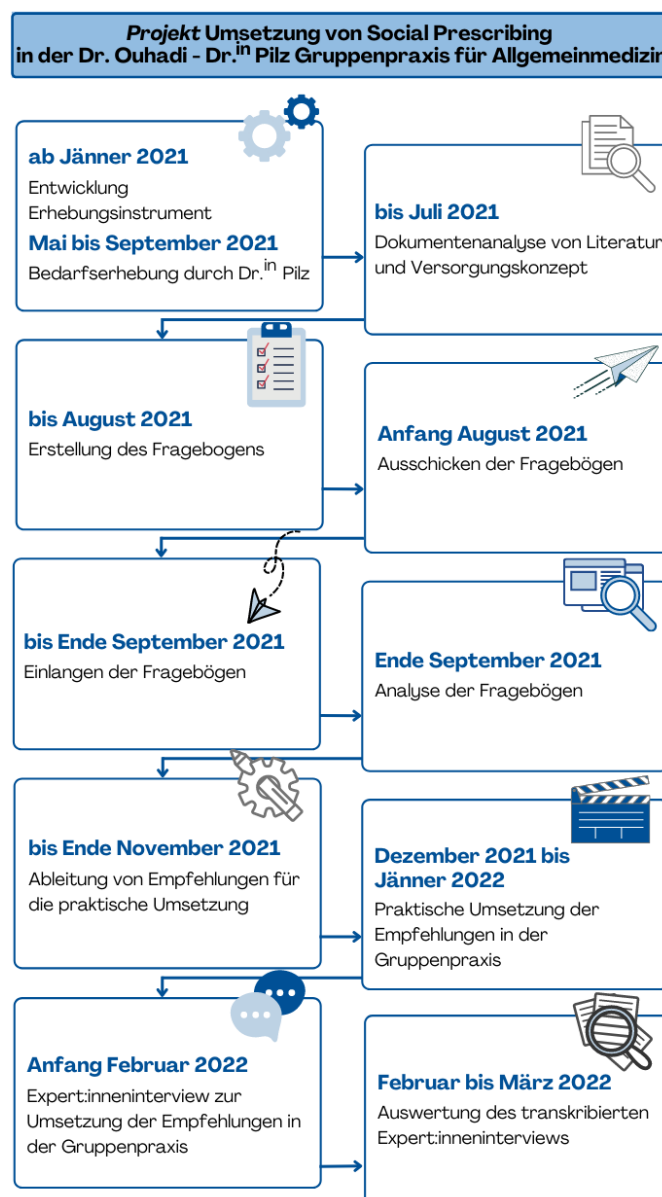


Abbildung 15: Methoden und Meilensteine

Quelle: eigene Darstellung

Im Rahmen des Forschungsprozesses wurde das Exposé der vorliegenden Masterarbeit der Niederösterreichischen Ethikkommission zur Überprüfung übermittelt. Am 14. Juni 2021 teilte die Ethikkommission mit, dass für das gegenständliche Forschungsprojekt keine gesetzliche Einreichpflicht besteht und sie demnach auch keine Einwände hinsichtlich des Forschungsvorhaben haben. Die folgenden Abschnitte stellen eine ausführliche Beschreibung der gewählten methodischen Instrumente und der praktischen Vorgehensweise dar und bieten einen umfassenden Einblick in den Forschungsprozess.

3.2.1 Bedarfserhebung

Fischer Maria

Um den Bedarf an SP in der Dr. Ouhadi - Dr.ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin zu erheben bzw. in weiterer Folge in der daraus entstehenden PVE im 15. Wiener Gemeindebezirk einschätzen zu können, wurde ein Instrument zur Erhebung des Bedarfes erstellt. Die Entwicklung des Erhebungsinstrumentes startete im Jänner 2021 und setzte sich aus fünf unterschiedlichen Schritten zusammen.

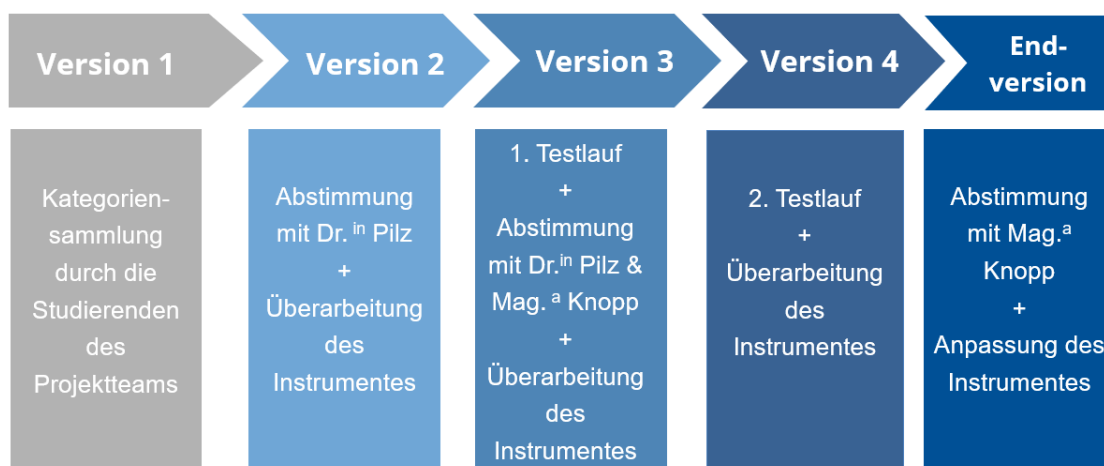


Abbildung 16: Entstehung des Erhebungsinstrumentes

Quelle: eigene Darstellung

Zu Beginn wurden Kategorien für die Bedarfserhebung von den Studierenden des Projektteams ausgearbeitet und gesammelt. Neben dem Datum des Kontaktes, dem Grund für das Aufsuchen der Praxis, sozio-demographischen Merkmalen wie Geschlecht, Alter, Familienstand und der Beschäftigungsart sollte der Bedarf an einer Weiterverweisung von Patient:innen der Gruppenpraxis an die Link Workerin vermerkt werden. Bei gegebenem Bedarf sollten die Belastungen und Bedürfnisse erfasst werden, Anmerkungen sollten ebenso Platz finden (siehe Tabelle 9). Die Erhebung war durch die Ärzt:innen selbst vorgesehen.

Es folgte noch im Jänner 2021 eine Besprechung mit Dr.ⁱⁿ Pilz, wobei die ersten Überlegungen zur Bedarfserhebung vorgestellt wurden. Nach Abstimmung mit Dr.ⁱⁿ Pilz wurde das Instrument für erste Erhebungsversuche weiterentwickelt (siehe Tabelle 10). Die Kategorie „Wohnsituation“ und eine zweite Spalte für Belastungen bzw. Bedürfnisse wurden ergänzt. Ebenso bestand durch die Weiterentwicklung die Möglichkeit, eine Einordnung in eine Zielgruppe vorzunehmen. Name und Sozialversicherungsnummer (SV-

Nummer) konnten während der Erhebung vermerkt werden, jedoch wurden diese, um eine anonyme Auswertung zu gewährleisten, vor Übermittlung der Daten an das Forschungsteam entfernt. Nach einem ersten Testlauf des Erhebungsinstrumentes von Ende Jänner bis Anfang März 2021 erfolgte ein erneuter Abstimmungsprozess gemeinsam mit Dr.ⁱⁿ Pilz sowie Mag.^a Knopp, welche seit Mitte Mai 2021 in der Praxis als Link Workerin tätig ist. Im Zuge des Testlaufes wurden von Dr.ⁱⁿ Pilz 18 Klient:innen in das Erhebungsinstrument aufgenommen. Durch den Testlauf wurde der Bedarf an erneuten Änderungen des Instrumentes sichtbar. Es erfolgte die gemeinsame Überarbeitung des Instrumentes und eine neue Version für die Erhebung (siehe Tabelle 11) entstand. In der neuen Version wurde ein Personencode ergänzt, um die anonyme Auswertung zu verbessern, und hinsichtlich Datums konnte nun sowohl der Erstkontakt zur Ordination als auch der Erstkontakt für den aktuellen Bedarf angeführt werden. Des Weiteren wurden die Belastungen und die Bedürfnisse voneinander getrennt, um die Möglichkeit einer genaueren Definition bzw. Abgrenzung zu schaffen. Mit 7. März 2021 wurde das überarbeitete Instrument zur Erhebung an Dr.ⁱⁿ Pilz übermittelt. Für Dr.ⁱⁿ Pilz zeigte sich jedoch rasch, dass das Erhebungsinstrument zu detailliert konzipiert war, da im Praxisalltag die kontinuierliche Datenerhebung aller Patient:innen für sie als Ärztin, vor allem aufgrund knapper zeitlicher Ressourcen bzw. teilweise auch aufgrund des Settings, nicht möglich war. Das Erhebungsinstrument und auch die -methode mussten demnach für eine besser realisierbare Durchführung in der Praxis angepasst werden.

Das Erhebungsinstrument wurde hinsichtlich der Merkmale, welche erhoben werden sollten, stark eingegrenzt (siehe Tabelle 12). Die Erhebung selbst wurde nicht mehr von den Ärzt:innen, sondern von Mag.^a Knopp vorgenommen und umfasste jene Personen, die von Dr.ⁱⁿ Pilz und Dr. Ouhadi an sie überwiesen wurden. Das überarbeitete Erhebungsinstrument umfasste zur anonymisierten Auswertung ein Kürzel und des Weiteren Geschlecht, Alter, Datum des Erstkontaktes und Grund der Überweisung. Außerdem wurde festgehalten, ob die jeweilige Person zum Termin gekommen ist oder nicht, die Anzahl der Termine und auch, ob die Person von Mag.^a Knopp an Angebote/Akteur:innen des 3. Sektors weitervermittelt wurde. Die Erhebung startete mit 17. Mai 2021, dem Tag der Anstellung von Mag.^a Knopp in der Gruppenpraxis von Dr. Ouhadi und Dr.ⁱⁿ Pilz.

Am 23. August 2021 fand ein Abstimmungstermin zwischen Mag.^a Knopp und dem Forschungsteam statt. Im Zuge dieses Treffens wurde die Bedarfserhebung um eine weitere Kategorie ergänzt (siehe Tabelle 13). In der zusätzlichen Kategorie „Arbeitsbereich(e)“ wurde erhoben, ob die einzelnen Termine einem Entlastungsgespräch, sozialarbeiterischer Tätigkeit⁴⁵ und/oder SP zuzuordnen sind. Diese Zuordnung erfolgte nach der Einschätzung von Mag.^a Knopp. Alle bis zum 23. August 2021 bereits erfassten Erhebungen wurden hinsichtlich dieser Kategorie nachträglich ergänzt. Im Zuge dieses Termines wurde die Laufzeit der Erhebung bis 27. September 2021, dem letzten Arbeitstag von Mag.^a Knopp im September 2021, vereinbart.

⁴⁵ Mag.^a Knopp ist Sozialpädagogin. Das Forschungsteam sah sich während des Forschungsprozesses mit der Diskrepanz zwischen Ausbildung und Tätigkeitsbereich der eingesetzten Link Workerin konfrontiert. Ausführungen hierzu finden mehrfach Erwähnung (siehe 4.1.2 und 5). Die Frage nach der vorauszusetzenden Profession für die Rolle des:der Link Worker:in wird als bedeutend erachtet, überschreitet jedoch den Rahmen dieser Arbeit.

Tabelle 9: Bedarfserhebung Version 1

Datum	Grund für Aufsuchen der Praxis	Geschlecht	Alter	Familien- stand	Beschäftigungsart	Weiterverweisung an SP	Belastungen / Bedürfnisse	Anmerkungen
						☐ nein ☐ ja		

Quelle: eigene Darstellung

Tabelle 10: Bedarfserhebung Version 2

Datum	Name	SV- Nummer	Grund für Aufsuchen der Praxis	Geschlecht	Alter	Familienstand	Wohnsituation	Beschäft- igungsart	Weiter- verweisung an SP	Belastungen/ Bedürfnisse	Belastungen/ Bedürfnisse2	Zielgruppe	Anmerkungen
									☐ nein ☐ ja				

Quelle: eigene Darstellung

Tabelle 11: Bedarfserhebung Version 3

Personen- Code	Erstkontakt zur Ordination	Erstkontakt für Bedarf	Name	SV-Nummer	Grund für Auf- suchen der Praxis	Geschlecht	Familienstand	Wohnsituation	Beschäft- igungsart	Weiter- verweisung an SP	Belastungen	Bedürfnisse	Zielgruppe	Anmerkungen
										☐ nein ☐ ja				

Quelle: eigene Darstellung

Tabelle 12: Bedarfserhebung Version 4

Nr.	Kürzel	Geschlecht	Alter	Erstkontakt Datum	Überweisung Grund	gekommen	Terminanzahl	weitergeleitet
1								

Quelle: eigene Darstellung

Tabelle 13: Bedarfserhebung Endversion

Nr.	Kürzel	Geschlecht	Alter	Erstkontakt Datum	Überweisung Grund	gekommen	Terminanzahl	weitergeleitet	Arbeitsbereich(e)
1									

Quelle: eigene Darstellung

3.2.2 Dokumentenanalyse

Holzinger-Grath Sabine

Generell können in Bezug auf die vorliegende Dokumentenanalyse zwei Stränge benannt werden: einerseits die Analyse der gefundenen nationalen und internationalen Literatur, basierend auf der Literaturrecherche durch die Mitglieder des Forschungslabors SP, sowie andererseits die Analyse des Versorgungskonzeptes. Die Dokumentenanalyse, mit dem Vorteil der non-reaktiven Ermittlung von Daten, erlaubte das Zusammentragen (inter-)national erprobter Vorgehensweisen bezüglich SP. Wünsche und Vorstellungen des Teams der allgemeinmedizinischen Praxis konnten in Verbindung mit den bestehenden Rahmenbedingungen für die Umsetzung von SP ins Versorgungskonzept aufgenommen werden.

Die Recherche der (inter-)nationalen Literatur erfolgte differenziert in offener/unsystematischer und systematischer Erhebung. Darüber hinaus fokussierte ein Recherchestrang spezifisch auf sozialwissenschaftliche Literatur. Hinsichtlich Publikationszeitraum, Publikationssprache und Länderfokus gab es keine Einschränkungen. Als Suchbegriffe bzw. sogenannte „search strings“ fungierten u. a. folgende Termini:

Tabelle 14: Suchbegriffe und search strings

Suchbegriffe	search strings
Social Prescribing	Social Prescribing OR Sozialarbeit auf Rezept OR Sozialarbeit in Primärversorgung OR Soziale Arbeit in Primärversorgung OR referral scheme OR referring clients to social work OR connector schemes OR linking patients in primary care to social work OR community referral OR non-medical referral OR non-clinical community intervention OR non-health-service intervention OR non-health-service intervention in primary care
Sozialarbeit auf Rezept	
Sozialarbeit in Primärversorgung	
Soziale Arbeit in Primärversorgung	
Soziale Arbeit und Gesundheitswesen	
Soziale Arbeit und Gesundheit	
Netzwerkarbeit	
link worker	
referral scheme(s)	
referring clients to social work	
connector scheme(s)	
linking patients in primary care to social work	
community referral	
non-medical referral	
non-clinical community intervention(s)	
non-health-service intervention(s)	
non-health-service intervention(s) in primary care	
Social Work und primary health care	
Social Work und Health	
Interdisziplinäre Zusammenarbeit Soziale Arbeit und Medizin	Prescribing AND (Social Work OR Soziale Arbeit OR Sozialarbeit)

Quelle: eigene Darstellung

Als Informationskanäle wurden sowohl analoge als auch digitale Quellen eingebunden. Neben unterschiedlichen (digitalen) Bibliotheken inkl. der elektronischen Zeitschriftenbibliothek, diversen Datenbanken (pubmed, cochrane, DZI SoLit, GESIS, Wiso wissenschaften, Sage Journals Online, Springer Link, Nomos eLibrary) und ausgewählten Suchmaschinen (z. B. Google Scholar, LIVIVO) wurden auch persönliche Gespräche mit in relevanten Feldern tätigen Expert:innen genutzt. Kanäle für sozialwissenschaftliche Literatur waren z. B. die Medien Soziales Kapital, Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, British Journal of Social Work, European Journal of Social Work, ÖZP, ÖZS, SWS-Rundschau. Insgesamt konnten so 332 Quellen generiert werden (Duplikate ausgeschlossen).⁴⁶ Davon waren 255 Dokumente in Form von Büchern, wissenschaftlichen Artikeln, etc. verfügbar. Gemäß der breit angelegten Recherche, wurden auch Dokumente, die der grauen Literatur zuzuordnen sind, aufgenommen. Aus den 216 Quellen wurden im Zuge der Analyse, welche mit Hilfe von MAXQDA⁴⁷ erfolgte, 1 176 Codes gebildet.

Tabelle 15: Analyisierte Quellen

	Anzahl an Quellen
Ergebnis der Recherche durch die Mitglieder des Forschungslabors SP	322
davon verfügbare Quellen	255
nicht relevante Quellen (von den verfügbaren Quellen)	39
analysierte Quellen	216

Quelle: eigene Darstellung

Zudem erfolgte eine intensive Auseinandersetzung mit dem von Dr. Ouhadi und Dr.ⁱⁿ Pilz ausgefüllten Versorgungskonzept, wodurch wertvolle Erkenntnisse für die Praxis abgeleitet werden konnten. Innerhalb der Analyse mittels MAXQDA wurden 23 Codes gebildet.

3.2.3 Fragebogen

Singh Devi

Zur Erhebung der Anwendung von SP in den österreichischen PVEs wurde ein Online-Fragebogen eingesetzt. Das Forschungsteam entschied sich für den Einsatz dieser Methode, um möglichst alle Zielpersonen tiefgehend hinsichtlich ihrer Arbeitspraxis befragen zu können. Die Zielgruppe für den Fragebogen stellten Sozialarbeiter:innen⁴⁸ dar, die in den PVEs in Österreich tätig sind. Innerhalb des Forschungslabors SP wurde im Oktober 2020 dazu eine Liste der bestehenden PVEs erstellt und im Zuge dessen auch

⁴⁶ Um die erhobene Literatur allen Mitgliedern des Forschungslabors SP nutzbar zu machen, wurde diese in das Literaturverwaltungsprogramm *Zotero* eingespielt mit dem Ziel, dass die Bibliothek eine Sammlung von Quellen bildet.

⁴⁷ MAXQDA ist eine Software zur computergestützten (qualitativen) Daten- und Textanalyse.

⁴⁸ Der Fokus wurde auf die Befragung von Sozialarbeiter:innen gelegt, da einerseits aus der Literatur herausgearbeitet werden konnte (siehe 2.3.2), dass sich diese Profession besonders für die Berücksichtigung von sozialen Klient:innenbedürfnissen eignet und andererseits die vorliegende Abschlussarbeit dem Masterstudiengang Soziale Arbeit zuzurechnen ist.

eruiert, in welchen PVEs Soziale Arbeit angeboten wird (siehe Tabelle 2). Diese bestehende Liste wurde seitens des Forschungsteams vor Aussendung der Fragebögen im August 2021 aktualisiert. Bei vier PVEs fehlte diesbezüglich eine Information, weshalb bei den entsprechenden PVEs vonseiten des Forschungsteams telefonisch nachgefragt wurde. Zum Erhebungszeitpunkt durch den Fragebogen ergab sich daraus, dass es in 17 der insgesamt 27 in Österreich bestehenden PVEs Sozialarbeiter:innen gibt.

Als Online-Plattform für den Fragebogen wurde *LimeSurvey*⁴⁹ verwendet. Der Fragebogen wurde über einen Zeitraum von etwa zwei Monaten entwickelt, die Fertigstellung erfolgte Ende Juli 2021. Um die Verständlichkeit und Eindeutigkeit der Fragen zu überprüfen, wurde der Fragebogen in einem ersten Schritt von Kolleg:innen und Betreuer:innen des Forschungslabors SP durchgearbeitet und das Feedback anschließend eingearbeitet. Vor dem Aussenden des Fragebogens fand in einem zweiten Schritt ein Pretest im privaten/beruflichen Umfeld statt, um die Online-Version des Fragebogens zu optimieren. Im Anschluss daran wurde der Online-Fragebogen Anfang August 2021 an alle in österreichischen PVEs tätigen Sozialarbeiter:innen über eine eigens für das Projektteam erstellte E-Mail-Adresse ausgesandt.⁵⁰

Der Fragebogen umfasste insgesamt 160 Fragen und war grob in drei Bereiche gegliedert. Angemerkt sei, dass in diesem Schritt die bislang vier inhaltlichen Aspekte – Zielgruppen(n), Soziales Rezept, Link Worker:in und Nahtstellenmanagement – um einen fünften Aspekt mit Fragen zum Gesamtprozess ergänzt wurden: Mitbestimmung, erneute Inanspruchnahme, Abbrüche und Evaluierung.

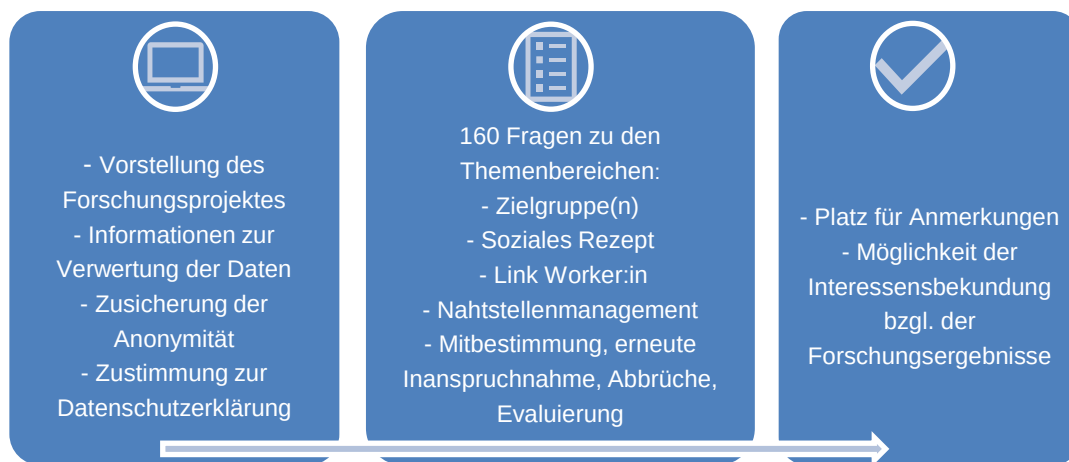


Abbildung 17: Aufbau des Fragebogens

Quelle: eigene Darstellung

Im Fragebogen kamen verschiedene Formen von Fragen zur Anwendung: geschlossene, halboffene und offene Fragen. Geschlossene Fragen kennzeichnen sich durch vordefinierte Antwortkategorien, aus welchen der:die Befragte auswählen kann bzw.

⁴⁹ Mittels dieser kostenlosen Online-Umfrage-Applikation, welche seitens der FH St. Pölten empfohlen wurde, war es möglich, einen umfangreichen Fragebogen mit differenzierten Fragekonstellationen ohne Programmierkenntnisse zu erstellen.

⁵⁰ Angemerkt sei, dass in jenen zwei PVEs, wo Soziale Arbeit extern angeboten wird, die Übermittlung des Fragebogens über die PVE erfolgte.

muss (vgl. Porst 2014:53). Halboffene Fragen haben zusätzlich zu den vorgegebenen Antwortkategorien noch eine Kategorie, die meist mit „Sonstiges“ oder „Anderes“ eingeleitet wird und bei welcher eine Texteingabe durch die Befragten möglich ist. Eine solche Frageform ist besonders sinnvoll, wenn das Antwortspektrum nicht zur Gänze vorab eingeschätzt werden kann (vgl. ebd.:57–59). Sowohl bei den geschlossenen als auch den halboffenen Fragen kamen im Fragebogen Formen mit Einfachnennung und Mehrfachnennung zur Anwendung. Bei Einfachnennungen konnte nur eine der vorgegebenen Antwortkategorien ausgewählt werden, bei Mehrfachnennungen hingegen mehrere (vgl. ebd.:53). Bei einer Frage mit Mehrfachnennung wurden die Befragten mittels eines Kommentars speziell darauf aufmerksam gemacht. Bei offenen Fragen stand den Befragten ein Feld zur Verfügung, in welchem ein Text frei eingegeben werden konnte. Auch Fragen, bei denen eine Reihung durch die Teilnehmer:innen vorgenommen werden musste, wurden eingesetzt. Zudem kamen im Fragebogen immer wieder Filterfragen zur Anwendung, welche ein genaueres Nachfragen bei ausgewählten Antwortkategorien ermöglichten.

Bei der Ausarbeitung der Fragen wurde auf eine einfache und eindeutige Formulierung, kurze Sätze, einen konkreten zeitlichen Bezug, klare Begriffe, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Antwortkategorien sowie auf ein Vermeiden von Suggestivfragen und hypothetischen Fragen geachtet (vgl. ebd.:100–116). Die Daten aus dem Fragebogen wurden anonym verarbeitet.

3.2.4 Expert:inneninterview

Tritta Claudia

Die Empfehlungen für die praktische Anwendung von SP (siehe 4.5), abgeleitet aus der Dokumentenanalyse und den Ergebnissen der Fragebögen, wurden Mag.^a Knopp und Dr.ⁱⁿ Pilz Anfang Dezember präsentiert. Hierbei handelte es sich um die Empfehlungen der Stufe 1 – betreffend den SP-Ablauf in der Dr. Ouhadi - Dr.ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin. Diese kamen im Rahmen der zweimonatigen Umsetzungsphase (Dezember 2021 bis Jänner 2022) in der Gruppenpraxis zur probeweisen Anwendung. Um herauszufinden, wie diese Phase aus Sicht der Professionist:innen der Dr. Ouhadi - Dr.ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin verlief und inwiefern sich die theoretisch abgeleiteten Empfehlungen in die Praxis transferieren ließen, wurde das Expert:inneninterview als Erhebungsmethode gewählt.

Bogner und Menz (vgl. 2002:46) beschreiben Expert:innen als Personen, die, bezogen auf deren spezielles professionelles Handlungsfeld, über Prozess- und Deutungswissen verfügen. Dieses Wissen beruht auf „disparaten Handlungsmaximen und individuellen Entscheidungsregeln, kollektiven Orientierungen und sozialen Deutungsmustern“ (ebd.). Das Wissen des:der Expert:in kann praxiswirksam werden, Handlungsbedingungen anderer Akteur:innen innerhalb des Aktionsfeldes können beeinflusst werden. Mag.^a Knopp, Dr. Ouhadi und Dr.ⁱⁿ Pilz wurden diesem Verständnis zufolge als Expert:innen mit Blick auf die alltagspraktischen Möglichkeiten der Umsetzung der Empfehlungen zu SP betrachtet.

Im Interview wurden die Empfehlungen aus den erarbeiteten 71 Teilaspekten abgefragt. Diese wurden unter den fünf Studierenden aufgeteilt. Aufgrund der hohen Anzahl an Empfehlungen und der Tatsache, dass die Fragen von mehreren Interviewerinnen gestellt werden sollten, erschien das Leitfadenterview, auch fokussiertes Interview genannt, als passend. Dieses verlieh dem Verlauf Struktur und gewährleistete die einheitliche Analyse des im Anschluss angefertigten Transkriptes bei gleichzeitiger Offenheit für Nachfragen. Die gewählte Interviewform eröffnete neben den Fragen zur Umsetzung ebenso die Möglichkeit, detaillierter auf die förderlichen und hinderlichen Faktoren für die Anwendung der Empfehlungen einzugehen. Als allgemeine Regel für das Leitfadenterview verdeutlichen Merton und Kendall (vgl. 1993:191), dass Fragen explizit gestellt werden sollen, damit der:die Befragte dazu aufgefordert ist, die Antwort unmittelbar auf bestimmte Aspekte zu beziehen. Ebenso sollen Fragestellungen so allgemein gewählt sein, dass es zu keiner Strukturierung der Situation durch die Interviewer:innen kommt.

Pro Interviewfrage bot folgender Ablauf Orientierung:

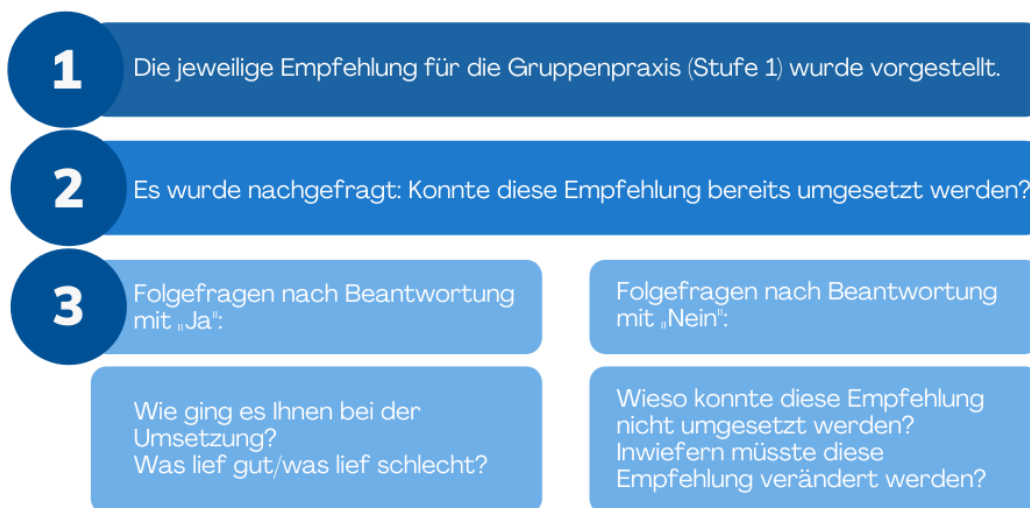


Abbildung 18: Interviewleitfaden

Quelle: eigene Darstellung

Das leitfadengestützte Expert:inneninterview fand am 2.2.2022 in der Dr. Ouhadi - Dr.ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis in Wien statt. Im Rahmen dieses gemeinsamen Interviews wurden Mag.^a Knopp in ihrer Funktion als Link Workerin sowie Dr.ⁱⁿ Pilz und Dr. Ouhadi als die beiden tätigen Allgemeinmediziner:innen befragt.⁵¹ Das Interview dauerte 90 Minuten und wurde, nach Zustimmung der Interviewpartner:innen, mittels Diktiergerät aufgenommen. Das Programm *easytranscript* wurde für die Anfertigung des Transkriptes nach dem Regelsystem der inhaltlich-semantischen Transkription (vgl. Dresing / Pehl 2018:20f) verwendet.

⁵¹ Letzterer war nicht während des gesamten Interviews anwesend, da er während des Zeitraumes Tätigkeiten in der Praxis zu erledigen hatte. Eine Studierende wurde aus gesundheitlichen Gründen via Zoom zugeschaltet, die anderen Mitglieder des Projektteams befanden sich vor Ort.

3.2.5 Inhaltlich-strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz

Holzinger-Grath Sabine

Zur Analyse der aggregierten Literatur sowie der vollständig ausgefüllten Fragebögen und des Expert:inneninterviews wurde die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (vgl. 2018) herangezogen. Die Methode fokussiert die Herausbildung von Kategorien (Codes) und eröffnet eine Breite von der gänzlich induktiven Kategorienbildung an Fachliteratur bis zur umfassend deduktiven Entwicklung von Kategorien (vgl. ebd.:97). In der Literatur ist der Begriff der Kategorie wenig diskutiert. Früh (2015:42) schreibt Kategorien eine segmentierende Bedeutung zu, indem er meint:

„Der pragmatische Sinn jeder Inhaltsanalyse besteht darin, unter einer bestimmten forschungsleitenden Perspektive Komplexität zu reduzieren. Textmengen werden hinsichtlich theoretisch interessierender Merkmale klassifiziert und beschrieben. [...] Nach angegebenen Kriterien werden je einige von ihnen als untereinander ähnlich betrachtet und einer bestimmten Merkmalsklasse bzw. einem Merkmalstypus zugeordnet, den man bei der Inhaltsanalyse ‚Kategorie‘ nennt [...]. Zudem stellt sich die Abgrenzung der Begriffe Kategorie und Code als herausfordernd dar.“⁵²

Bei der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse wird im Prozessverlauf zwischen sieben Schritten unterschieden.

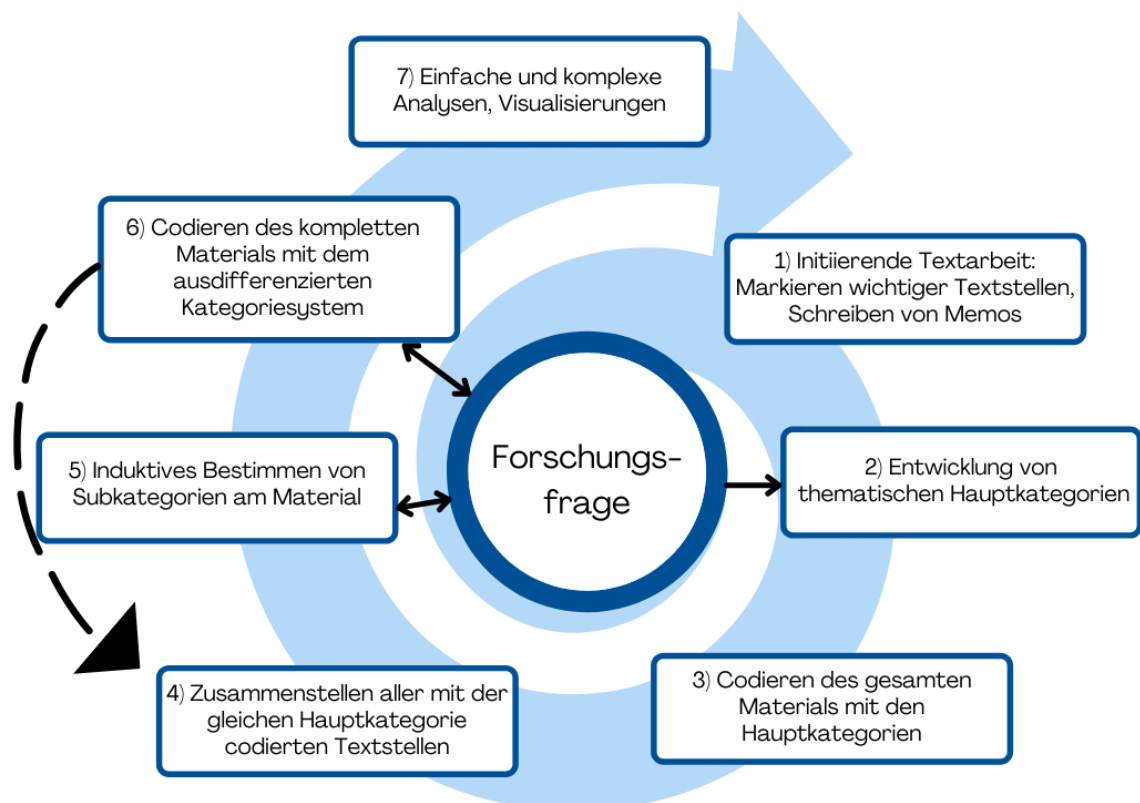


Abbildung 19: Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse

Quelle: Kuckartz 2018:100, eigene Darstellung

⁵² Die Termini Kategorie und Code werden in der vorliegenden Analyse synonym verwendet.

In **Schritt 1** lag der Fokus auf der umfassenden Auseinandersetzung mit der erlesenen Fachliteratur, der sogenannten initiierten Textarbeit, mit der Zielsetzung, ein erstes Gespür für die Inhalte basierend auf der Forschungsfrage auszubilden (vgl. Kuckartz 2018:101). Die Ausführung der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse fand mit Unterstützung von MAXQDA statt (vgl. ebd.:163).

In **Schritt 2** wurden ausgehend von den Forschungsfragen Hauptthemen, die bereits bei der Datenerhebung wesentlich waren, mittels Kategorien und Subkategorien benannt, wodurch folglich eine inhaltliche Gliederung der Literatur induziert wurde. Schließlich wurde die definierte Fachliteratur von den Verfasserinnen akkurat gelesen, die als wesentlich erachteten Textstellen wurden farblich markiert, die deduktiv entwickelten Kategorien und Subkategorien standen als Code-Memos permanent zur Verfügung.

Daraus resultierend ergaben sich Codebäume mit den in der nachstehenden Tabelle ersichtlichen Codes:

Tabelle 16: Codebäume

Codebaum (inter)nationale Literatur	Codebaum Versorgungskonzept
■ Lessons learned + recommendations ■ Zielgruppe ■ Erreichbarkeit ■ Nicht-Erreichbarkeit ▪ Maßnahmen zur Verbesserung ■ LW ■ Profession/Beruf ▪ Ausbildung ▪ Kompetenzen und Fähigkeiten ■ Aufgaben ■ Methodisches Vorgehen/Ablauf ■ Infos zu Klient:innenarbeit ■ Rahmenbedingungen zum Arbeitsalltag ■ Soziales Rezept ■ Überweisung ▪ von GP ▪ an lokale Akteur:innen ■ Ablauf mit Klient:innen ■ Rolle der Link Worker:innen ■ Dokumentation ■ Nahtstellenmanagement ■ Zusammenarbeit und Abstimmung ▪ in der PVE ▪ mit lokalen Akteur:innen ■ Datenmanagement ▪ Infos innerhalb der PVE ▪ Infos über lokale Akteur:innen	■ Social Prescribing Praxis ■ Gegebenheiten ■ Wünsche und Vorstellungen ■ sonstige Infos

Quelle: eigene Darstellung

In **Schritt 3** wurde bis dato gesammeltes wissenschaftliches Material in einem ersten Vorgang anhand der festgelegten Hauptkategorien codiert. Hierfür erfolgte eine sequenzielle Durchsicht des Materials und schließlich die Zuordnung von Textabschnitten zu den entsprechenden Kategorien. Zeigte sich eine Stelle für mehrere Kategorien relevant, erfolgte die Codierung eines Textes mit verschiedenen Kategorien (vgl. ebd.:102).

In **Schritt 4 und 5** wurden die mit entsprechenden Kategorien codierten Abschnitte geordnet sowie Subkategorien am Material induktiv benannt. Konkret bedeutet das die unsystematische Erfassung von Subkategorien, die folglich strukturiert und in bedeutsame Dimensionen benannt werden (vgl. ebd.:106).

In **Schritt 6** wurde die bereits codierte Literatur mit den ausdifferenzierten Kategorien erneut codiert. Hierbei kommt es zu einer Zuordnung der mit der Hauptkategorie codierten Textstellen zu den ausdifferenzierten Kategorien (vgl. ebd.:110). Aufgrund der umfassenden Fachliteratur und des Fortschrittes im Analyseprozess wurden die Subkategorien bereits im Vorfeld definiert, sodass eine Codierung der Hauptkategorien und Subkategorien in einem Arbeitsschritt zusammengefasst wurde.

In **Schritt 7** erfolgte die Verschriftlichung des codierten Materials.

4 Social Prescribing in der praktischen Anwendung

Fischer Maria

Um konkrete Elemente für die Implementierung von SP in der Praxis zu definieren und zu präzisieren, bedurfte es unterschiedlicher Schritte im empirischen Vorgehen.

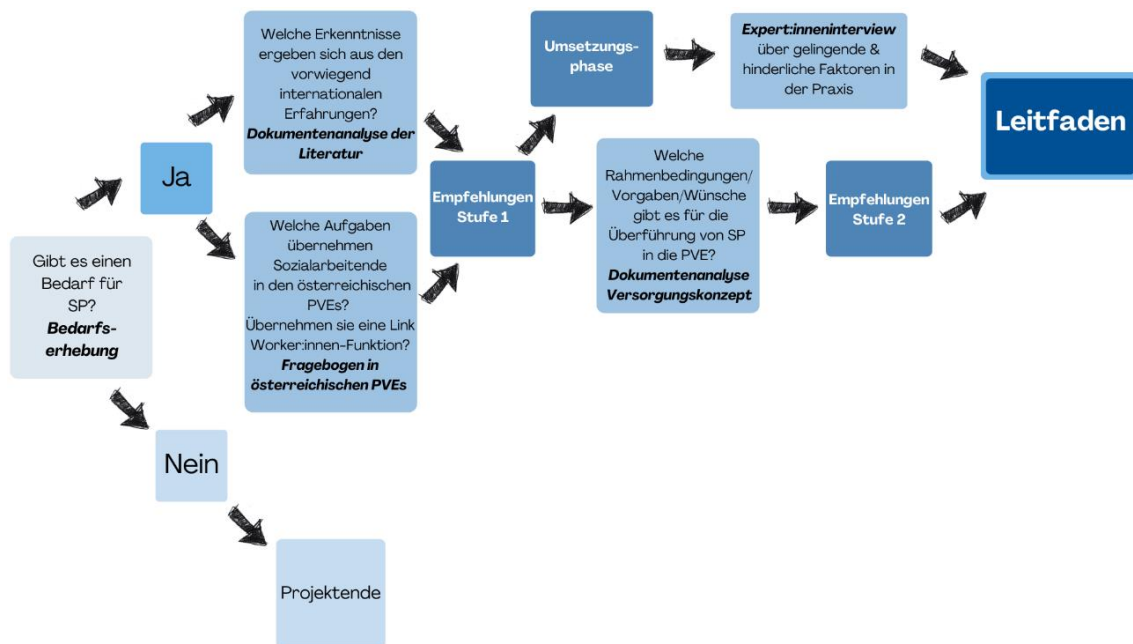


Abbildung 20: Empirischer Weg

Quelle: eigene Darstellung

In einem **ersten Schritt** wurde im Zuge einer **Bedarfserhebung** (siehe 4.2) in der Dr. Ouhadi - Dr.ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin überprüft, ob der Bedarf an SP in der Gruppenpraxis gegeben ist und in weiterer Folge für die zukünftige PVE abgeleitet werden kann. Zur Erhebung der Erfahrungen mit SP auf internationaler und auch nationaler Ebene wurde eine **Dokumentenanalyse** (siehe 4.3.1) durchgeführt. Da SP im österreichischen Kontext bis dato eher unbekannt ist bzw. bislang nur wenig zu diesem Thema publiziert wurde, wurde mit Hilfe eines **Online-Fragebogens** (siehe 4.3.2) der Fokus verstärkt auf Erkenntnisse, Erfahrungen und Herausforderungen in Bezug auf SP in österreichischen PVEs gelegt. Die Dokumentenanalyse und der Fragebogen bilden den **zweiten Schritt**.

Den **dritten Schritt** kennzeichnet die Erstellung von **Empfehlungen für die Umsetzung von SP in der Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin** (Stufe 1) (siehe 4.5). Diese Empfehlungen, welche aus den internationalen und nationalen Erkenntnissen der Dokumentenanalyse sowie der Fragebogenergebnisse resultieren, durchliefen einen Test im Rahmen einer zweimonatigen **Umsetzungsphase**. In dieser Phase begleitete ein Mitglied des Forschungsteams die Link Workerin einen Tag lang, um einen Einblick in die Praxis

und hinsichtlich der Umsetzung der Empfehlungen zu erlangen (siehe 4.6.1). Anschließend an diese Phase wurden die Rückmeldungen der Expert:innen aus der Praxis mittels **Interview** eingeholt. Die **Auswertung** des Expert:inneninterviews (siehe 4.6.2) schließt den **vierten Schritt** ab. Neben den Empfehlungen für die Umsetzung von SP in der Gruppenpraxis wurden unter Berücksichtigung des **Versorgungskonzeptes** (siehe 4.4) als **fünften Schritt Empfehlungen für die Umsetzung von SP in der künftigen PVE** (Stufe 2) (siehe 4.5) definiert.

Das Zusammenspiel der ersten fünf Schritte bündelt sich im **sechsten Schritt** – dem **Ableiten von allgemeinen Empfehlungen für die Anwendung von SP in PVEs** (siehe 5). Diese allgemeinen Empfehlungen wurden einerseits auf Basis theoretischer Grundlagen und andererseits durch konkretes Austesten in der Praxis abgeleitet. Demnach konnte aus unterschiedlichen Erfahrungen/Vorgehensweisen/Good Practices im Bau-stein-Modell ein eigenes bzw. neues Good Practice-Modell erstellt werden.

4.1 Die Gruppenpraxis und ihre Link Workerin

Holzinger-Grath Sabine

In den folgenden Abschnitten werden die wesentlichen Aspekte der Gruppenpraxis von Dr.ⁱⁿ Pilz und Dr. Ouhadi⁵³ sowie die dort beschäftigte Link Workerin Mag.^a Knopp vorgestellt.

4.1.1 Dr. Ouhadi - Dr.ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin

Holzinger-Grath Sabine

Die Gruppenpraxis von Dr.ⁱⁿ Pilz und Dr. Ouhadi befindet sich im 15. Wiener Gemeindebezirk, in der Märzstraße 99/1/18. Die Ordinationszeiten umfassen insgesamt 30 Stunden pro Woche unter durchgehender Anwesenheit eines:einer Ärzt:in, sie variieren zwischen vormittags und nachmittags an den einzelnen Wochentagen und setzen sich wie folgt zusammen:

Tabelle 17: Öffnungszeiten Gruppenpraxis

Montag	09:00 – 13:00	15:00 – 19:00
Dienstag		13:00 – 19:00
Mittwoch	09:00 – 13:00	
Donnerstag		13:00 – 19:00
Freitag	09:00 – 13:00	

Quelle: eigene Darstellung

⁵³ Für die Einholung der Informationen wurde Dr.ⁱⁿ Pilz ein Dokument mit Fragen zur Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin geschickt, welches sie ausgefüllt retournierte. Etwaige Nachfragen erfolgten im Rahmen des Expert:inneninterviews.

Samstags und sonntags sowie an Feiertagen bleibt die Praxis geschlossen. Hausbesuche, Termine für Impfberatung und Impfungen sowie Vorsorgeuntersuchungen finden zusätzlich zu den genannten Öffnungszeiten statt. Die Gruppenpraxis verfügt über Verträge mit den Gesundheitskassen ÖGK, BVAEB, SVS und der Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien (KFA).

Die Praxis wurde zu Beginn von Dr. Ouhadi als Einzelordination geführt, im Jahr 2019 stieg Dr.ⁱⁿ Pilz als Partnerin mit einer Beteiligung von 20 % ein. Im Jänner 2020 erfolgte die Teilhabe von Dr.ⁱⁿ Pilz und Dr. Ouhadi an der Praxis zu gleichen Teilen, basierend auf der Organisationsform einer Offenen Gesellschaft.

Die Beweggründe, eine PVE zu etablieren, gehen auf eine Befragung der Ärztekammer im Jahr 2017 zurück. Im Rahmen der Erhebung wurden alle niedergelassenen Ärzt:innen hinsichtlich ihres Interesses zur Gründung einer PVE befragt. Im 15. Wiener Gemeindebezirk bekundete Dr. Ouhadi als Einziger seines Berufsstandes sein Interesse diesbezüglich. Dr.ⁱⁿ Pilz ging zu diesem Zeitpunkt einer Beschäftigung bei der GÖG mit dem Arbeitsschwerpunkt PV nach. Dr.ⁱⁿ Pilz verfolgte die Absicht, selbst eine PVE zu gründen. Ein Gespräch mit einer für PVEs verantwortlichen Mitarbeiterin der MA 24 im Rahmen einer Diskussionsveranstaltung zum Thema stellte die Weichen für ein Austauschtreffen mit Dr. Ouhadi. Dr.ⁱⁿ Pilz ordinierte ein Jahr lang als Vertretungsärztin in der Einzelordination ihres Kollegen bis schließlich der gemeinsame Entschluss zur Gründung einer PVE gefasst wurde.

Die Gruppenpraxis entwickelte sich im Laufe der Zeit maßgeblich weiter. Im Jahr 2020 erfolgte eine Ausweitung des Teams von zwei auf drei Ordinationsassistentinnen. Die Mehrsprachigkeit der Ordinationsassistentinnen (Türkisch und Kroatisch) ist für die Arbeit mit Patient:innen aus den entsprechenden Sprachräumen nutzbringend. Vor der Implementierung von SP gestaltete sich die Aufgaben- und Stundenverteilung im Praxisteam folgendermaßen:

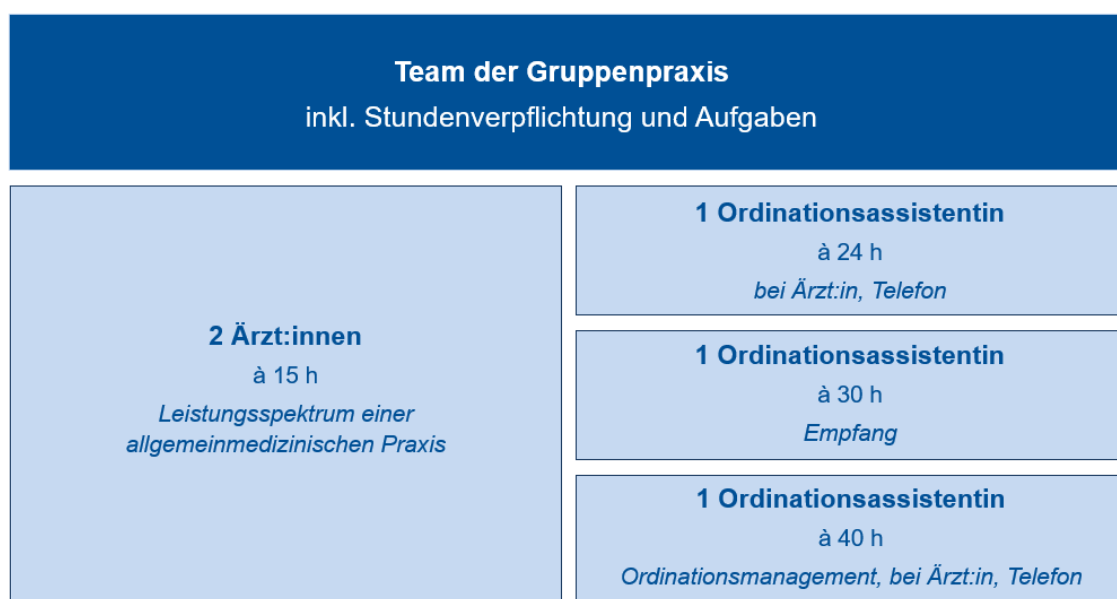


Abbildung 21: Team der Gruppenpraxis

Quelle: eigene Darstellung

Das SP-Projekt wurde im Mai 2021 mit dem Einsatz einer Sozialpädagogin implementiert und im Juli desselben Jahres um eine ehrenamtliche Psychotherapeutin mit einer Anwesenheit im Intervall von vierzehn Tagen erweitert.

Die letzten beiden Jahre waren geprägt durch einen stetigen Anstieg der Patient:innen-zahlen, die im 3. Quartal 2021 mit ungefähr 3 000 Patient:innen benannt werden können. Eine Erweiterung der Gruppenpraxis um eine:n Ärzt:in, einen:e Ordinationsassistent:in sowie Reinigungspersonal ist derzeit im Gange.

4.1.2 Die Link Workerin: Mag.^a Knopp

Tritta Claudia

Mag.^a Knopp wurde mit der Aufgabe der Link Workerin⁵⁴ der Dr. Ouhadi - Dr.ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis betraut. Mag.^a Knopp weist folgende Qualifikationen auf:



Abbildung 22: Kurzprofil Link Workerin

Quelle: eigene Darstellung

Mag.^a Knopp ist derzeit (Stand Februar 2022) auf Grundlage eines freien Dienstvertrages für neun Wochenstunden in der Dr. Ouhadi - Dr.ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin angestellt. Ab Frühjahr 2023 – dem geplanten PVE-Start – ist den Angaben von Mag.^a Knopp zufolge eine Erhöhung ihres Stundenausmaßes auf 15 Wochenstunden vorgesehen.

⁵⁴ Mag.^a Knopp wird im Rahmen dieses Unterkapitels anhand eines grafisch dargestellten Kurzprofils vorgestellt. Hierfür wurde der Link Workerin ein Steckbrief zu ihrer Person geschickt, welchen sie ausgefüllt retournierte. Etwaige Nachfragen erfolgten im Rahmen des Expert:inneninterviews. Die Angaben zu den einzelnen Bereichen entsprechen demnach den Antworten von Mag.^a Knopp.

Die eingesetzte Link Workerin in der Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin ist, der obenstehenden Grafik zu entnehmen, Sozialpädagogin. Mag.^a Knopp hat keine Ausbildung zur Sozialarbeiterin absolviert. Diesem Aspekt begegnet sie transparent, indem die Link Workerin dies in den Gesprächen mit Klient:innen und auch gegenüber dem Forschungsteam erwähnt. Der Diskurs hinsichtlich der Profession Soziale Arbeit als Voraussetzung für Link Working begleitete das Forschungsteam von Beginn an. Diese Diskussion findet sich im Fazit (siehe 5) wieder und auch in Anmerkungen und/oder Fußnoten der gesamten Arbeit.

4.2 Auswertung Bedarfserhebung

Fischer Maria

Im Erhebungszeitraum von 17. Mai bis 27. September 2021 verzeichnete die Gruppenpraxis 12 967 administrierte Fälle⁵⁵, davon 6 334 ärztliche Konsultationen. Die genaue Patient:innenzahl kann aufgrund des internen Praxissystems für diesen großen Zeitraum nicht ermittelt werden – anzumerken ist, dass laut Dr.ⁱⁿ Pilz viele chronisch Kranke, welche die Ordination häufig aufsuchen, in den Zahlen enthalten sind. Im Zeitraum der Erhebung konnte bei 39 Personen ein Bedarf an SP festgestellt werden. Dr. Ouhadi und Dr.ⁱⁿ Pilz sowie vereinzelt die Ordinationsassistentinnen überwiesen von diesen 39 Patient:innen insgesamt 38 an Mag.^a Knopp. Eine Person nützte die Form der Selbstüberweisung.

Von diesen 39 Patient:innen sind 25 Frauen (64,10 %) und 14 Männer (35,90 %).

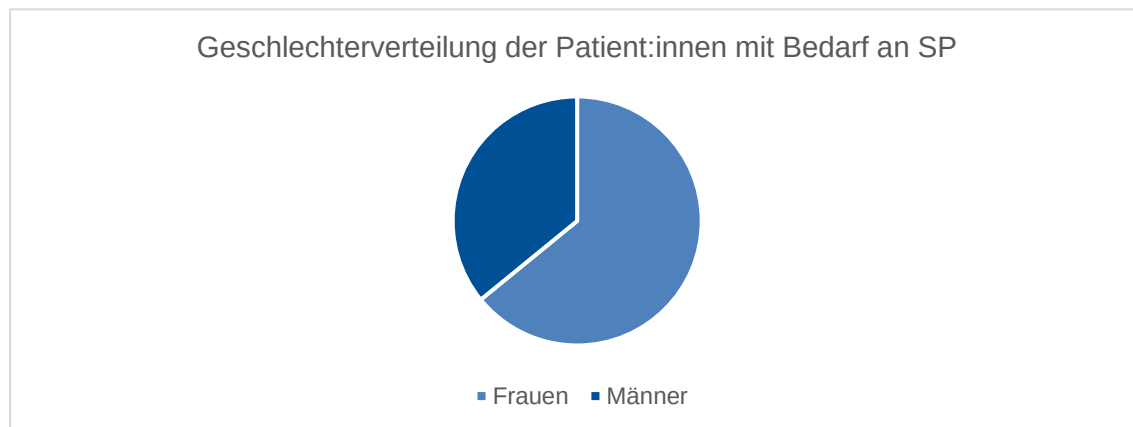


Abbildung 23: Geschlechterverteilung der Patient:innen mit Bedarf an SP

Quelle: eigene Darstellung

Der:die jüngste Patient:in, welche überwiesen wurde, war 18 Jahre alt, der:die älteste 89 Jahre. Sieben Patient:innen (17,95 %) waren zwischen 18 und 25 Jahren alt, zwölf (30,77 %) zwischen 26 und 40 Jahren, fünf (12,82 %) zwischen 41 und 50 Jahren, acht

⁵⁵ Die administrierten Fälle bilden jene, bei denen die E-Card der Patient:innen in der Ordination „gesteckt“ wurde.

(20,51 %) zwischen 51 und 65 Jahren und drei (7,69 %) über 65 Jahre alt. Bei vier Patient:innen (10,26 %) wurde das Alter nicht erhoben.

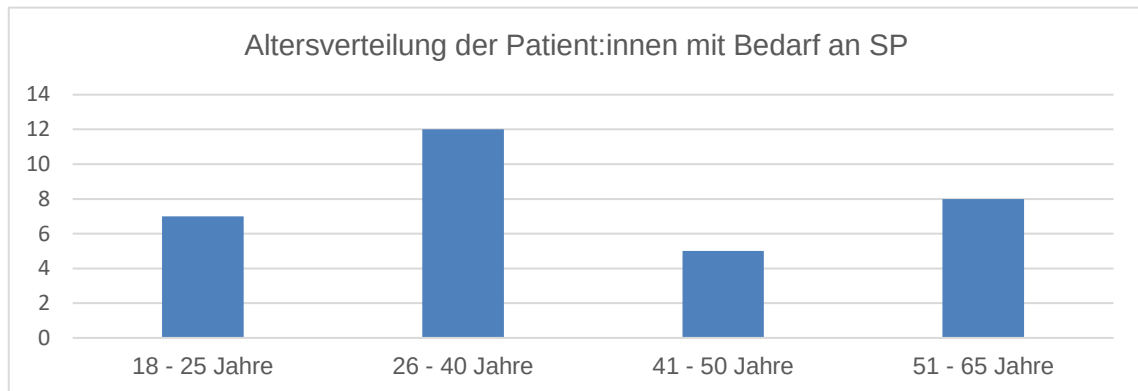


Abbildung 24: Altersverteilung der Patient:innen mit Bedarf an SP

Quelle: eigene Darstellung

Die Gründe für eine Überweisung stellen sich anhand der Erhebung vielfältig dar. Eine Einordnung in Gruppen und eine Ein- bzw. Abgrenzung in oder von Zielgruppen ist schwierig, da häufig mehrere, unterschiedliche Überweisungsgründe bei einer Person angeführt wurden. Dies lässt darauf schließen, dass sich die Patient:innen oftmals in einer schwierigen, herausfordernden Lebenslage bzw. Multiproblemlage befanden. Bei sechs Patient:innen (15,38 %) wurde ein Überweisungsgrund angeführt, bei zwei Patient:innen (5,13 %) kein Überweisungsgrund und bei den restlichen 31 Patient:innen (79,49 %) zwei oder mehr Gründe. Hinsichtlich der Überweisungsgründe konnten die Nennungen folgenden Kategorien zugeordnet werden:

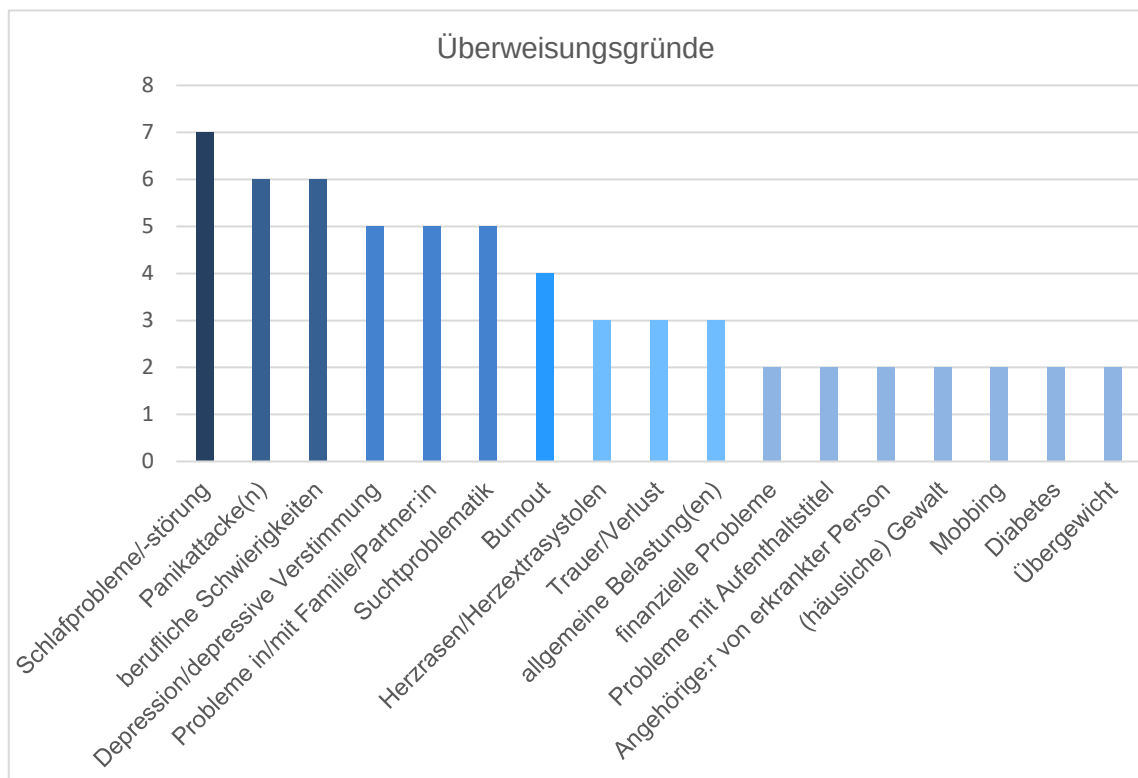


Abbildung 25: Überweisungsgründe

Quelle: eigene Darstellung

Neben diesen Überweisungsgründen wurden zwölfmal weitere psychische Belastungen/Symptome/Erkrankungen⁵⁶ angegeben sowie achtmal weitere körperliche Belastungen/Symptome/Erkrankungen⁵⁷. Fünfmal wurden Überweisungsgründe angegeben, welche der Kategorie Sonstiges⁵⁸ zugeordnet wurden.

34 der 39 Personen (87,18 %) haben durch die Überweisung einen bzw. mehrere Termine im Erhebungszeitraum mit Mag.^a Knopp wahrgenommen. 19 der 34 Personen (55,88 %) haben bis zum 27. September 2021, dem letzten Tag der Erhebung, jeweils den Ersttermin wahrgenommen. Von diesen 19 Personen haben sich zehn Klient:innen nach dem ersten Termin nicht mehr gemeldet oder haben den zweiten Termin abgesagt und sich dann nicht mehr gemeldet. Für sechs der Personen, die bereits einen Termin bei Mag.^a Knopp wahrgenommen haben, sind weitere Termine geplant. Als abgeschlossen werden zwei der 19 Fälle, bei denen ein Termin stattgefunden hat, angesehen. Eine Person hat den zweiten Termin verschoben.

Mag.^a Knopp vermerkt bei insgesamt 30 Klient:innen, dass diese weiterverwiesen wurden und/oder teilt diese dem Arbeitsbereich SP zu – demzufolge kam es bei 88,24 % der 34 Klient:innen zu einer Verweisung. Entlastungsgespräche wurden von Mag.^a Knopp bei 30 Klient:innen (88,24 %) durchgeführt. Sechs Mal (17,65 %) wurde Unterstützung im Sinne von „klassischer“ Sozialarbeit⁵⁹ erteilt. Bei elf Klient:innen (32,35 %) wurde eine Kategorie der drei „Arbeitsbereiche“⁶⁰ vermerkt, bei 17 Personen (50 %) zwei Arbeitsbereiche, bei fünf Klient:innen (14,71 %) wurden alle drei Arbeitsbereiche und bei einer Person (2,94 %) wurde in der Kategorie Arbeitsbereiche keine Angabe gemacht.

Die Erhebung lässt einen breitgefächerten Bedarf an SP in der Gruppenpraxis erkennen. Die Überweisungsgründe bzw. Problemstellungen der Patient:innen zeigten sich vielseitig, sodass im Erhebungszeitraum noch keine konkreten Zielgruppen festgemacht werden konnten.

4.3 Erfahrungen zur Umsetzung von Social Prescribing in der Praxis – Inhalte aus der Dokumentenanalyse und den Fragebögen

Singh Devi

Die Identifikation von förderlichen Elementen als auch Hindernissen/Herausforderungen bei der Umsetzung von SP kann sowohl für die Politik als auch die Praxis von großer

⁵⁶ Unter anderem wurden folgende Begriffe von den Ärzt:innen genannt: psychische Erkrankung, Einsamkeit, Antriebslosigkeit, Motivationslosigkeit, Angststörung, Sozialphobie, Alzheimer, Überforderung, ADHS.

⁵⁷ Unter anderem wurden folgende Begriffe von den Ärzt:innen genannt: Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Thrombosen, Migräne, Rheuma, Hypertonie, Atemprobleme.

⁵⁸ Folgende Begriffe wurden von den Mediziner:innen als Überweisungsgrund angeführt: Hilfe bei Antrag, Wohnung, sehr geladen, viele Baustellen, Energydrink.

⁵⁹ Hier erfolgt ein erneuter Hinweis auf die Diskussion betreffend Diskrepanz zwischen Ausbildung und Tätigkeitsbereich der eingesetzten Link Workerin (siehe 4.1.2 und 5).

⁶⁰ Es wurde von Mag.^a Knopp erhoben, welchen „Arbeitsbereichen“ die einzelnen Termine zuzuordnen sind: Entlastungsgespräch, sozialarbeiterische Tätigkeit und/oder SP (siehe 3.2.1).

Relevanz sein, um zukünftige Umsetzungen dieses Konzeptes zu verbessern – denn ein gut implementierter Prozess ist wichtig, da dieser die Ausführung und das Ergebnis positiv beeinflussen kann (vgl. Pescheny et al. 2018a:86f).

Nachfolgende Ergebnisse basieren auf der Auswertung der primär internationalen Literatur und den Fragebögen aus dem österreichischen Kontext der PVEs. Basierend auf diesen Good Practices werden im Anschluss daran Empfehlungen für die allgemeine Umsetzung sowie für die Umsetzung in der Dr. Ouhadi - Dr.ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin und die zukünftige PVE abgeleitet.

4.3.1 Erkenntnisse aus der Dokumentenanalyse

Fischer Maria

Es folgt die Darstellung der Erkenntnisse, welche im Zuge der vorangegangenen Dokumentenanalyse (siehe 3.2.2) gesammelt wurden. Die Erkenntnisse werden gebündelt in den Kategorien Zielgruppe(n), Soziales Rezept, Link Worker:in und Nahtstellenmanagement vorgestellt.

4.3.1.1 Zielgruppe(n)

Singh Devi

Das Hauptmerkmal von SP liegt darin, einen ganzheitlichen Ansatz von Gesundheit zu verfolgen. SP ist für Menschen relevant, bei denen nicht-medizinische, aber gesundheitsrelevante Bedürfnisse bestehen, und kann somit für Menschen, die unter sozialer Ausgrenzung leiden, benachteiligte und vulnerable Gruppen sowie Menschen mit psychischen Problemen von Nutzen sein (vgl. Haas et al. 2019:2; vgl. Kimberlee 2013:15). Außerdem profitieren Menschen, die sich mehr Selbstbestimmung und Gesundheitskompetenz wünschen (vgl. Brandling / House 2009:455). Das NHS hat sich zum Ziel gesetzt, dass bis 2023/24 mindestens 2 500 000 Menschen in Großbritannien von SP profitieren sollen (vgl. Barnes 2020:640).

Die meisten SP-Konzepte richten sich an Menschen mit Langzeiterkrankungen und sozialen Problemlagen (vgl. Hanlon et al. 2019:2). Allen voran sollen Personen mit leichten oder langfristigen psychischen Problemen, mit multiplen Problemlagen, vulnerable Gruppen, sozial isolierte Personen und Personen, die häufig die primäre oder sekundäre Gesundheitsversorgung aufsuchen, durch SP unterstützt und betreut werden (vgl. Buck / Ewbank 2020)

Polley et al. (vgl. 2017b:10) sehen SP als eine nicht-medizinische Option für Personen mit Bedürfnissen, welche mit sozioökonomischen und psychosozialen Aspekten zusammenhängen. Besonders häufig werden in der Literatur nachfolgende Zielgruppen ausfindig gemacht (vgl. Healthy London Partnership 2017:15):

- Menschen mit psychischen Problemen
- sozial isolierte, benachteiligte und ausgeschlossene Menschen

- Menschen, die oft Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen
- Menschen mit einer oder mit mehreren chronischen Beschwerden
- Menschen, deren Problemlagen durch die bestehenden Gesundheits- oder Pflegedienste nicht verbessert werden können (z. B. Menschen mit dem Asperger-Syndrom)
- Menschen, die zusätzliche Unterstützung für Lebensstilveränderungen benötigen

Vom NHS werden als Zielgruppen vor allem Menschen mit chronischen Krankheiten, mit Unterstützungsbedarf im Bereich der psychischen Gesundheit, einsame oder isolierte Menschen sowie Personen mit komplexen das Wohlbefinden beeinflussenden sozialen Bedürfnissen genannt (vgl. Antosik 2020:47f). Im Sinne der Auffassung, dass soziale, ökonomische oder psychologische Risikofaktoren oft zur Entstehung von Gesundheitsproblemen führen, spielen dabei oftmals auch Suchtkrankheiten und Arbeitslosigkeit eine Rolle und tragen zu einer Verschlechterung von bereits bestehenden Gesundheitsproblemen und Krankheiten bei (vgl. Thew et al. 2017:523).

Zusammenfassend kann SP vor allem geeignet sein (vgl. Brandling / House 2007:26):

- für Personen, bei denen medizinische Interventionen eher nicht zu einer Verbesserung der Gesundheit oder des Wohlbefindens führen werden
- wenn soziale Interventionen angemessener erscheinen (anstatt oder in Kombination mit medizinischen Interventionen)
- für Personen, die Wege benötigen, um ihre Energie zu kanalisieren
- für Personen, die Anschluss an eine Community und Möglichkeiten für Veränderungen brauchen
- wenn die eigene Gesundheitskompetenz und das Selbstwirksamkeitsgefühl der Person gestärkt werden sollen

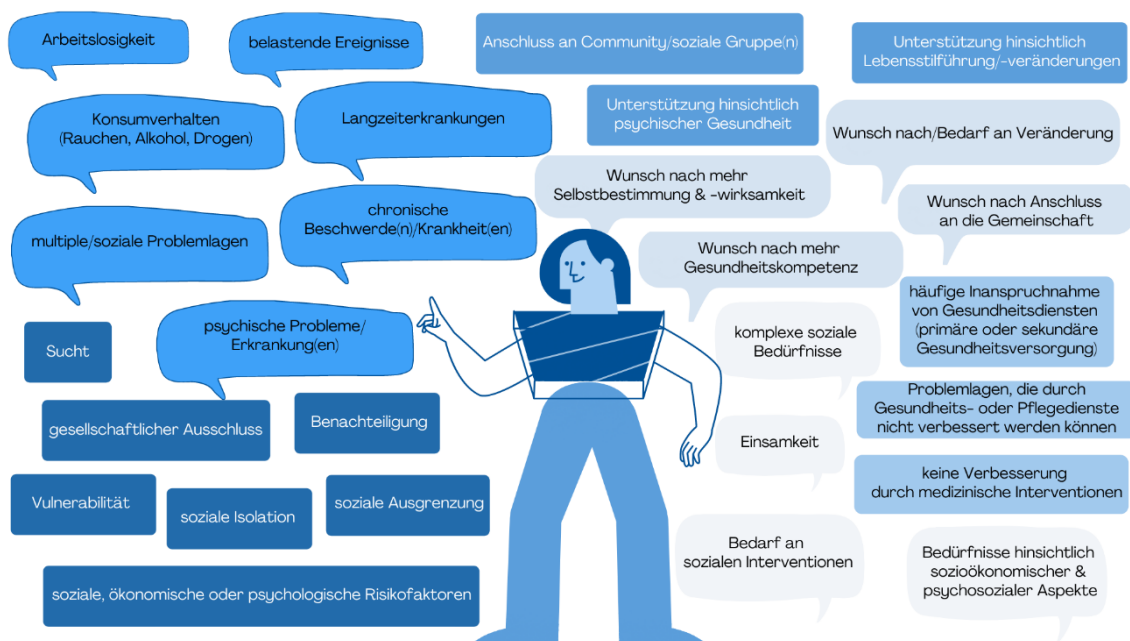


Abbildung 26: Zielgruppen von SP

Quellen: vgl. Antosik 2020:47f; vgl. Brandling / House 2007:26; vgl. Brandling / House 2009:455; vgl. Buck / Ewbank 2020; vgl. Fixsen et al. 2020:6f; vgl. Hanlon et al. 2019:2; vgl. Healthy London Partnership 2017:15; vgl. Heijnders / Meijis 2018:224-228; vgl. Kimberlee 2013:15; vgl. Moffatt et al. 2017:9; vgl. Polley et al. 2017b:10; vgl. Thew et al. 2017:523, eigene Darstellung

In diversen Studien und Evaluationen wurde die Umsetzung von SP-Konzepten näher betrachtet. Im Folgenden werden diese Ergebnisse im Zusammenhang mit den Zielgruppen erläutert.

Eine qualitative Studie in West Newcastle upon Tyne (Großbritannien) ergab, dass psychische Probleme und soziale Isolation die häufigsten Gründe für eine Überweisung zu SP darstellten (vgl. Moffatt et al. 2017:9). Brandling und House (vgl. 2009:455) konstatieren, dass bei fast allen der von ihnen analysierten Überweisungen an SP die Patient:innen von psychischen Problemen betroffen waren. Weiters litten viele unter chronischen Erkrankungen, Einsamkeit, Reizdarmsyndrom, Fibromyalgie, chronischer Müdigkeit oder unter Problemen mit sozialen Beziehungen. In der Studie von Fixsen et al. (vgl. 2020:6f) wurde von Jänner 2018 bis Juli 2019 ein SP-Modell in Shropshire, England, untersucht. Häufig wurden hier Personen mit Depressionen, Angstzuständen, Einsamkeit, Isolation und chronischen Krankheiten an SP überwiesen. In einem SP-Programm in den Niederlanden wurden Personen als Zielgruppe definiert, welche den:die Allgemeinmediziner:in aufgrund von psychosozialen Problemen aufsuchen, für die keine medizinische Ursache gefunden wurde. Häufige Gründe für die Inanspruchnahme der ärztlichen Leistung waren Einsamkeit, chronische Krankheiten, psychosoziale Probleme oder stabile psychiatrische Erkrankungen (vgl. Heijnders / Meijs 2018:224). In einer Studie zu dem Programm stellte sich heraus, dass die meisten der an SP überwiesenen Patient:innen in den letzten ein bis zwei Jahren vor der Überweisung ein oder mehrere belastende Ereignisse durchlebt hatten (Umzug, Arbeitsverlust, Krankheit, Tod eines: einer Nahestehenden etc.) (vgl. ebd.:228). Laut Wildman et al. (vgl. 2019:2) werden Patient:innen zwischen 40 und 74 Jahren wegen eines oder mehrerer der folgenden Faktoren an SP überwiesen: Diabetes, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Asthma, koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Epilepsie und Osteoporose, teilweise auch in Kombination mit Angststörungen und/oder Depression.

4.3.1.1.1 Soziodemographische Merkmale der Klient:innen

Singh Devi

In einer Evaluation des SP-Angebotes *Rotherham Social Prescribing Service* (Großbritannien) von April 2016 bis März 2018 wurden die Daten der Personen ausgewertet, welche mittels SP betreut wurden. Die größte Gruppe stellten mit 36 % die 80- bis 89-Jährigen dar, die kleinste Gruppe bildeten die unter 50-Jährigen mit nur 5 %. Die Mehrheit der Klient:innen war über 70 Jahre alt. 60 % der Klient:innen waren Frauen, 40 % Männer. Mit 98 % war die überwiegende Mehrheit der Klient:innen „from a White ethnic background“ (Dayson / Damm 2020:4), während lediglich 2 % einen anderen ethnischen Hintergrund aufwiesen (vgl. ebd.:3f).

In einer Studie von Woodall et al. (vgl. 2018:9) zeigt sich, dass speziell männliche Teilnehmer von SP profitieren können, da es einen geschützten, niederschweligen Raum bietet, in dem sie ihre Gefühle offen ausdrücken können. Einige befragte männliche Teilnehmer sahen den Faktor als relevant, dass die Interaktion mit einer weiblichen Link Workerin stattfand, da sie sich mit mehr Mitgefühl und Empathie behandelt fühlten.

4.3.1.1.2 Erreichbarkeit von Zielgruppen

Singh Devi

Vorteile von SP sind innerhalb dreier wichtiger Bereiche erkennbar: Verbesserung von psychischer Gesundheit, Verbesserung des Wohlbefindens der Community sowie Verminderung von sozialer Exklusion. Menschen in Kontakt mit lokalen Vereinen, Gruppen und Organisationen zu bringen, hat sowohl direkten Einfluss auf das psychische und physische Wohlbefinden als auch indirekten Einfluss durch mehr Sozialkontakte, verbesserten Zugang zu Leistungen und einem erweiterten Netzwerk innerhalb der Community (vgl. South et al. 2008:311). Die Zielgruppen von SP adäquat zu erreichen, stellt jedoch oftmals eine Herausforderung dar.

Fixsen und Polley (vgl. 2020:250) sehen in SP ein gutes Angebot für Männer, für junge Menschen mit psychischen Problemen sowie für junge Menschen, die von Einsamkeit betroffen sind. Unter jungen Menschen herrsche „an epidemic of loneliness [...], with one on four young people reporting feeling lonely“ (ebd.). Und vor allem junge Männer stellen eine Gruppe dar, die von Allgemeinmediziner:innen schwer zu erreichen ist.

Pescheny et al. (vgl. 2018a:96) sehen verschiedene Ursachen dafür, dass Zielgruppen schwer erreicht werden. Da das Konzept neuartig und ungewöhnlich ist, ist es für Patient:innen nicht immer verständlich bzw. nachvollziehbar. Weitere Gründe sind Desinteresse von Patient:innen, Skepsis am Nutzen von SP für die eigenen Probleme, Fokus auf medizinische Lösungen, niedrige Motivation selbst aktiv zu werden, Angst vor Stigmatisierung, mangelndes Selbstbewusstsein, finanzielle Gründe sowie fehlende/mangelnde mobile Erreichbarkeit der Angebote.

4.3.1.1.3 Maßnahmen zur besseren Erreichbarkeit von Zielgruppen

Singh Devi

Gesundheitsfördernde **Angebote** sollen Klient:innen die Möglichkeit bieten, Gesundheitskompetenzen durch ein gemeinsames Tun zu erwerben. Vor allem durch „freudbetonte oder erlebnisorientierte“ Angebote können Klient:innen erreicht werden (Große / Grande 2012:18f).

Große und Grande (vgl. ebd.:19) sehen **Stadtteilentwicklung** als einen hilfreichen Ansatz, um die Erreichbarkeit der Zielgruppen zu erhöhen. Das Einbeziehen von lokalen Interessenspartner:innen führt zu einem angepassten Angebot und erhöht den Zugang zu verschiedenen Ressourcen für Anbietende sowie für Klient:innen. Hindernisse können hier Unsicherheiten bzgl. der Förderung von Projekten, verschiedene, voneinander abgetrennte Communitys sowie die Faktoren Anreise und Entfernung darstellen (vgl. Barry / Jenkins 2007:258f). Um eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung zu gewährleisten, müssen die verschiedenen wichtigen Akteur:innen zusammenarbeiten. Es gilt, die jeweiligen gesundheitsbezogenen Problemlagen sowie die Gesundheitspotentiale und Handlungsstrategien auszuarbeiten und lokal angepasste Maßnahmen kooperativ

umzusetzen. Dabei ist es besonders wichtig, auch die relevanten Verwaltungsabteilungen zu involvieren, beispielsweise jene für Gesundheit, Jugend, Soziales, Wohnen etc. (vgl. Große / Grande 2012:19).

Ein Miteinbeziehen der relevanten lokalen Akteur:innen und Bewohner:innen erhöht die Annahme von gesundheitsfördernden Angeboten sowie deren Nachhaltigkeit.⁶¹ Durch **Kooperationen, zielgruppenorientierte Angebote und ehrenamtliche Multiplikator:innen** können auch **sozial benachteiligte Personen** erreicht werden. Ehrenamtliche Multiplikator:innen können Erfahrungen und Wissen „zielgruppengerecht und alltagsnah im Stadtteil weitergeben“ (ebd.:18). Sie können auf informellem Weg Einfluss auf Personengruppen nehmen, die sonst nicht erreicht werden können (vgl. ebd.). Barry und Jenkins (vgl. 2007:317f) sehen insbesondere **Freiwillige aus den jeweiligen Zielgruppen** als einen weiteren wichtigen Faktor für die Erreichbarkeit. Link Worker:innen sollten zudem grundlegendes Wissen über die Zielgruppen besitzen und mit Freiwilligen zusammenarbeiten, um passende Materialien zu erstellen und Angebote zu finden.

Die „frühzeitige **Beteiligung der anvisierten Zielgruppen**“ wird auch von Altgeld (2012:7) als entscheidendes Kriterium für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung genannt. „Je früher die Zielgruppen an der Problemdefinition und Programmgestaltung partizipieren, desto niedriger sind die Schwellen der Inanspruchnahme und Veränderung von gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen“ (ebd.). Auch Polley et al. (vgl. 2020:28) sehen das Miteinbeziehen der Bedürfnisse und Wünsche der jeweiligen Communitys als einen wichtigen Gelingensfaktor an. Auf diese Art wird einerseits ein lokales Angebot gefördert und andererseits kann das Konzept von SP dadurch in verschiedene Kontexte und Communitys Eingang finden.

Große und Grande (vgl. 2012:19) sehen weiters die **Kommunalpolitik und Verwaltung** als verantwortlich, um dauerhafte Strukturen zu schaffen. Gesundheit müsse als ein Querschnittsthema in die lokale Verwaltung und Politik integriert werden, um Rahmenbedingungen für die Beteiligung von Bewohner:innen, Ehrenamtlichen und lokalen Akteur:innen zu schaffen. Aufseiten der einzelnen Akteur:innen spielt **Netzwerkfähigkeit**⁶² eine große Rolle zur Erreichung der Zielgruppen (vgl. Staar / Atzpodien 2017:25).

Um **ältere Menschen** zu erreichen, sind ein niederschwelliger Zugang zu Angeboten sowie deren partizipative Ausrichtung wichtig. Weiters ist ein barrierefreier Zugang (Räumlichkeiten, Sprachkenntnisse etc.) auch zu den Angeboten zu beachten, welche bevorzugt in unmittelbarer örtlicher Umgebung verortet sind (vgl. Antony / Gaiswinkler 2019:42). Eine Einbindung in Nachbarschaftshilfen ist vor allem für hochbetagte Menschen hilfreich, um Isolation und Einsamkeit entgegenzuwirken (vgl. Antony et al. o.A.:30).

⁶¹ Ein Beispiel für ein solches Vorgehen stellt das „Gesundheit Plus-Treffen“ des Gesundheitsbüros Haslach dar. Gemeinsam mit Bürger:innen und Expert:innen aus dem lokalen Gesundheitszentrum sollen Lösungen für Gesundheitsfragen überlegt werden (vgl. Eder 2019).

⁶² Staar und Atzpodien (2017:30) verstehen darunter die „Fähigkeit, sich in interpersonalen Bezügen sinnvoll zu positionieren, sinnvolle Beziehungen mit anderen aufzubauen und diese zielführend zur Durchsetzung von Interessen zu nutzen.“

Um **Mütter (mit Kleinkindern)** besser zu erreichen, sollte es Angebote und Anlaufstellen an mehreren verschiedenen Orten geben, sodass weniger lange Wegstrecken zurückgelegt werden müssen. Weiters sollten sich die verschiedenen zielgruppenbezogenen Angebote in der Nähe voneinander befinden, um die Angebote attraktiver zu machen (vgl. Barry / Jenkins 2007:264). Weiters sind ein Austausch auf Augenhöhe, eine wertschätzende Betreuung und unterstützende Strukturen wichtige Faktoren, um Mütter zu erreichen (vgl. ebd.:266f).

Verschiedene Studien haben gezeigt, dass für **Familien**, vor allem jene, die in benachteiligten Regionen leben, aus Minderheitengruppen stammen oder asylsuchend sind, Hausbesuche besonders wichtig sind. Dadurch werden sie im Alltag unterstützt, Krisen innerhalb der Familie werden minimiert und es wird ermöglicht, das Familienleben als etwas Freudvolles zu erleben. In vielen Fällen werden Familien vermittelt, welche verschiedenen Stressfaktoren ausgesetzt sind. Meist handelt es sich um Einsamkeit, Zwillings- oder Drillingskinder, finanzielle Probleme, Depression, Beziehungsprobleme, Isolation, Krankheit, Behinderung, Alleinerziehende, fehlende Erziehungskompetenzen, Verhaltens- sowie psychische Probleme (vgl. ebd.:268f). Erfolgsfaktoren für eine bessere Erreichbarkeit von Familien sind (vgl. ebd.:291):

- partnerschaftliches Arbeiten mit den Familien und lokalen Communitys sowie ein Empowerment-Ansatz
- Zugang, der die Lebenswelt miteinbezieht: Kinder oder Erwachsene werden als Teil der Familie gesehen, welche wiederum Teil der Community ist
- Hausbesuche
- Fokus auf Familien mit hohem Bedürfnislevel: junge, wenig unterstützte Familien, von Armut betroffene Familien, Kinder mit erhöhtem Bedarf
- verständliche Angebote, die den Bedürfnissen angepasst sind und in denen verschiedene Methoden verwendet werden
- gegenseitiger Respekt und Aufbau von vertrauensvollen Beziehungen
- Angebote, die psychische und physische Ziele kombinieren, wie Sportangebote
- Erleichterung des Zugangs zu sozialen Diensten und Bildungsangeboten
- nicht-stigmatisierende, niederschwellige Angebote
- professionell ausgebildetes Personal

Wohnungslose und obdachlose Menschen leiden oft besonders unter physischen und psychischen Gesundheitsproblemen sowie Suchterkrankungen, da der Zugang zur PV für sie schwieriger ist. Häufige Hürden sind Versicherungslosigkeit, Probleme bei der Einhaltung von Terminen, schlechte Erfahrungen und Angst vor Diskriminierung sowie dringlichere Bedarfe wie Unterkunft und Ernährung. Von Obdachlosigkeit betroffene Menschen wenden sich eher an Notaufnahmen in Krankenhäusern und meist erst dann, wenn sich der Gesundheitszustand bereits stark verschlechtert hat. Eine Integration in die PV verbessert die Behandlung von chronisch Erkrankten und reduziert Krankenhausaufenthalte (vgl. Jago et al. 2018:2).

Um **Kinder und Jugendliche** adäquat zu erreichen, sind flexible Öffnungszeiten, leicht erreichbare Standorte, eine Vielzahl von Anlaufstellen für Unterstützung und Beratung sowie angepasste Ressourcen wichtig. Außerdem sollten verschiedene Zugangs- und

Kontaktmöglichkeiten zur Verfügung gestellt werden (online, telefonisch etc.) und eine gute Vernetzung mit der Community stattfinden (vgl. Healthy London Partnership 2017:34). Wildman et al. (vgl. 2019:8) weisen darauf hin, dass es oft nicht viele Angebote für Kinder und Jugendliche gibt. SP-Anbieter:innen müssen sich daher innerhalb der jeweiligen Bezirke und Gemeinden darüber informieren, welche Ressourcen es für Kinder und Jugendliche gibt, welche Orte von ihnen frequentiert werden und mit welchen Personen sie in Kontakt kommen. Auf diese Weise kann ein Verweisen effektiv gestaltet werden. Als Schlüsselaspekt wird die Vernetzung mit der Community betrachtet. Weiters sollten möglichst viele Personengruppen über die Informationen zu SP verfügen (Bildungspersonal, Eltern und Erziehungsberechtigte, Krankenpersonal, Vereinspersonal, mobile Jugendarbeiter:innen, Familienhilfepersonal, Berufsgruppen innerhalb der Glaubensgemeinschaften etc.). So kann eine Brücke zwischen den Link Worker:innen und den einzelnen Kindern und Jugendlichen geschlagen werden. Vor allem auf digitalem Weg können Kinder und Jugendliche gut erreicht werden, daher sollten die relevanten Informationen online bzw. digital erhältlich sein und die Zugänge zu SP ermöglicht werden (vgl. Healthy London Partnership 2017:35f). Kinder und Jugendliche zu erreichen ist von Relevanz, da in diesem Alter das Gesundheitsverhalten geprägt werden kann, welches einen Einfluss auf das restliche Leben hat. Frühe Intervention und Prävention greifen in diesen Altersgruppen am besten. Kinder und Jugendliche sind mit vielen Problemen konfrontiert, die durch soziale Determinanten verursacht werden. Durch SP können diese Probleme bearbeitet und es kann auf die Bedürfnisse und Bedarfe der Kinder und Jugendlichen eingegangen werden. Kinder und Jugendliche sowie deren Betreuungspersonen und Familien sollten daher separat von anderen Zielgruppen betrachtet werden, um SP möglichst erfolgreich anzuwenden. In London sind etwa 40 % der Patient:innen bei Allgemeinmediziner:innen Kinder und Jugendliche. Sie stellen somit auch zahlenmäßig eine wichtige Zielgruppe dar (vgl. ebd.:32).

Um Zielgruppen möglichst gut zu erreichen, sollen PVEs auf struktureller Ebene folgende Anforderungen erfüllen (vgl. Bachler / Bertsch 2018:407):

- örtliche Erreichbarkeit: gute Verkehrsanbindung
- zeitliche Erreichbarkeit: den regionalen Bedarfen angepasst, auch am Wochenende sollte eine Einrichtung erreichbar sein sowie eine Notfallnummer für Akutfälle, die rund um die Uhr erreichbar ist
- Telefon- und Webdienste
- aufsuchende Arbeit
- Hausbesuche bei Personen mit eingeschränkter Mobilität
- generelle Barrierefreiheit

Ein einflussreicher Faktor in der Annahme des Konzeptes unter den Zielgruppen scheint auch die physische Anwesenheit von Link Worker:innen direkt in den PV-Einrichtungen (vgl. Skivington et al. 2018:e490).

In der nachfolgenden Grafik sind Maßnahmen und Faktoren hinsichtlich der Erreichbarkeit von Zielgruppen zusammengefasst, die in strukturelle Aspekte und Aspekte der LW-Arbeit unterteilt werden können (siehe Abbildung 27).



Abbildung 27: Maßnahmen und Faktoren hinsichtlich der Erreichbarkeit von Zielgruppen

Quelle: vgl. Altgeld 2012:7; vgl. Bachler / Bertsch 2018:407; vgl. Brandling / House 2007:5; vgl. Drinkwater et al. 2019:3; vgl. Fixsen / Polley 2020:253; vgl. Große / Grande 2012:18f; vgl. Heijnders / Meijs 2018:224; vgl. NHS England / NHS Improvement 2020a:8; vgl. Pescheny et al. 2018b:5; vgl. Polley et al. 2020:18, vgl. ebd.:28; vgl. Wildman et al. 2019:7–9; vgl. Woodall et al. 2018:10, eigene Darstellung

4.3.1.2 Soziales Rezept

Fischer Maria

Soziale Verschreibungen werden vom NHS England als Schlüsselkomponente der personalisierten Versorgung angesehen (vgl. Thomson et al. 2020:278), können jedoch sehr unterschiedlich gestaltet sein. Hinsichtlich dieser unterschiedlichen Ausgestaltung finden sich verschiedene Kategorisierungen in der Literatur wieder – Kimberlee (vgl. 2015) kategorisiert z. B. nach den vier SP-Modellen (siehe 2.2.2.4), wohingegen Husk et al. (vgl. 2016:2) den möglichen Ablauf von SP-Prozessen mittels folgender sechs unterschiedlicher **Transfermodelle**, welche im Laufe von Workshops des Bromley Primary Care Trusts⁶³ etabliert wurden, beschreiben:

- „information service“: Hier handelt es sich um einen reinen Informationsdienst, welcher Anzeigetafeln und Verzeichniszugriffe beinhaltet, jedoch keine persönliche Beratung.
- „information and telephone line“: SP wird mittels unterschiedlicher Anzeigen beworben und die Klient:innen nehmen in weiterer Folge telefonisch Kontakt auf.
- „primary care referral“: Mitarbeiter:innen der PV untersuchen ihre Klient:innen und vermitteln diese bei Bedarf an SP.
- „practice-based generic referral worker“: SP-Gruppen werden in Hausärzt:innenpraxen abgehalten und die Überweisung an SP kann entweder durch eine Selbstüberweisung oder durch eine Überweisung von einem:einer Mitarbeitenden erfolgen.
- „practice based specialist referral worker“: Die Arbeit des „specialist referral workers“ ist auch hier direkt in der jeweiligen Hausärzt:innenpraxis verankert. Neben direkten Formen der Beratung kann eine Verweisung an den 3. Sektor durchgeführt werden.
- „non-primary care based“: Klient:innen werden von den unterschiedlichen Berufsgruppen der PV oder auch von anderen Einrichtungen des 3. Sektors an sogenannte „referral centers“, welche aufsuchende Dienste oder Eins-zu-Eins-Beratung anbieten, verwiesen.

Ein für den **österreichischen Kontext** idealtypischer SP-Pfad wird, angelehnt an die GÖG, folgendermaßen dargestellt:

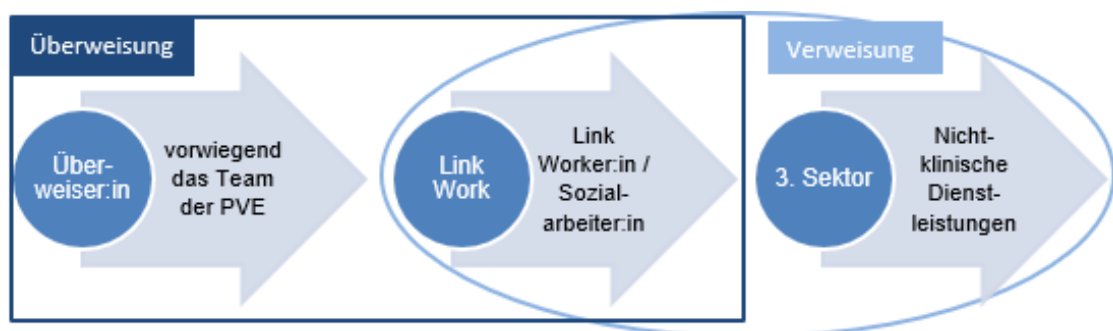


Abbildung 28: Prozess der Sozialen Verschreibung

Quelle: vgl. Haas et al 2019:1, eigene Darstellung

⁶³ Bromley Primary Care Trust war bis 1. April 2013 für die Verbesserung von (Dienst-)Leistungen, die für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen im Bezirk Bromley (Großbritannien) bedeutsam sind, verantwortlich. Seit 1. April 2013 ist hierfür die NHS Bromley Clinical Commissioning Group zuständig (vgl. Department of Health 2013:3).

SP startet gewöhnlich durch eine Überweisung, d. h. beispielsweise erkennt eine Berufsgruppe innerhalb der PVE (primär Allgemeinmediziner:innen) einen nicht-medizinischen Bedarf bei einem:einer Patient:in und überweist den:die jeweilige Patient:in an den:die Link Worker:in. Der:die Link Worker:in erarbeitet gemeinsam mit dem:der Klient:in einen individuellen Plan, sucht geeignete Aktivitäten, die den:die Klient:in auf dem Weg zum Wohlergehen unterstützen und verweist bei Bedarf – nach Absprache mit dem:der Klient:in und nach dessen:deren Bedürfnissen sozialer, emotionaler oder praktischer Art – an lokale Angebote bzw. Akteur:innen des 3. Sektors. Es geht darum, die Klient:innen auf ihrem **personalisierten Weg zu Gesundheit und Wohlbefinden** zu unterstützen (vgl. Haas et al. 2019:1f; vgl. Taylor et al. 2019:25).

Die Unterscheidung zwischen Über- und Verweisung zeigt sich in der Literatur nicht immer eindeutig und ist in Abhängigkeit des jeweiligen SP-Projektes und SP-Modelles zu betrachten. Und auch die Art der Über- bzw. Verweisung bzw. der SP-Pfad variiert je nach Projekt und angewandtem Modell (siehe 2.2.2.3).

In der vorliegenden Masterarbeit wird unter dem Begriff der **Überweisung** das Erkennen eines nicht-medizinischen Bedarfes (meist) durch eine Fachkraft aus dem Gesundheitsbereich sowie die konkrete interne Weiterleitung des:der Patient:in zum:zur Link Worker:in verstanden. Das Vermitteln des:der Patient:in von dem:der Link Worker:in an Akteur:innen bzw. Angebote des 3. Sektors wird als **Verweisung** bezeichnet (vgl. Halder et al. 2018:347).

Unabhängig von der Durchführungsart der Verschreibungen müssen die **Über- bzw. Verweisungskriterien** so gestaltet werden, dass sie zu den Anliegen der Klient:innen passen. Unterschiedliche Über- bzw. Verweisungssysteme zeigen verschiedene Kriterien und Ziele auf, je nach dem jeweiligen lokalen Bedarf des SP-Projektes. Die Kriterien gilt es mit allen Partner:innen der PV (u. a. Einrichtungen des 3. Sektors) auszuarbeiten, um in der Zusammenarbeit für Transparenz zu sorgen (vgl. Polley et al. 2017b:31).

4.3.1.2.1 Einsatz von Link Worker:innen

Fischer Maria

Allgemeinmediziner:innen stehen oft weder die Zeit noch die entsprechende Expertise für Soziale Verschreibungen zur Verfügung (vgl. Fixsen / Polley 2020:249; vgl. Local Government Association 2010:11; vgl. Popay et al. 2007:968). Demnach erweist sich der **Einsatz eines:einer Link Worker:in⁶⁴ zur Umsetzung von SP als bedeutsam**. Wie Pescheny et al. (vgl. 2020:665) betonen, nehmen Klient:innen eher eine Aktivität auf, wenn eine unterstützende Struktur wie z. B. ein:e Link Worker:in vorhanden ist. Unterstrichen wird die Sinnhaftigkeit bzw. der Nutzen eines:einer Link Worker:in auch basierend auf den von Popay et al. (vgl. 2007:974) identifizierten Hindernissen, mit denen Klient:innen in den lokalen Systemen oftmals konfrontiert sind. So sind die Wege der Klient:innen durch lokale Systeme oft schwer zugänglich bzw. unzugänglich, werden als

⁶⁴ Der Einsatz von Link Worker:innen steht in Abhängigkeit zum jeweiligen gewählten SP-Modell. Die Modelle *Social Prescribing Medium* und *Social Prescribing Holistic* sehen den Gebrauch von Link Worker:innen vor (siehe 2.2.2.4).

fragmentiert und/oder unzureichend erlebt. Auch (zunehmende) Bürokratisierung und versäulte Strukturen erschweren Klient:innen den entsprechenden Zugang (vgl. Brandling / House 2007:15; vgl. Popay et al. 2007:974).

Laut Farenden et al. (vgl. 2015:50) ist die **Stationierung des:der Link Worker:in in den Hausärzt:innenpraxen/PVEs** ein entscheidender Faktor für den Erfolg des Dienstes und fördert eine kooperativere Beziehung zum:zur Klient:in (vgl. Frostick / Bertotti 2019a:538). Der physische Standort in der Hausärzt:innenpraxis/PVE macht es Überweiser:innen zudem leicht, Patient:innen an den:die Link Worker:in zu überweisen (vgl. NHS England / NHS Improvement 2020b:12). Durch die unmittelbare Nähe ist aus Sicht der Zuweiser:innen in der Regel wenig Mehraufwand erforderlich (vgl. Frostick / Bertotti 2019a:539). Gleichzeitig soll dadurch das SP-Angebot für die Patient:innen zugänglich(er) gemacht werden (= Niederschwelligkeit) und der:die Zuweiser:in demonstriert die Vertrauenswürdigkeit und Glaubwürdigkeit des Angebots. Durch die institutionelle Anbindung des:der Link Worker:in an die Hausärzt:innenpraxis/PVE, als zentrale Anlaufstelle für Patient:innen, soll die Erreichbarkeit schwer greifbarer Patient:innen (siehe 4.3.1.1) gefördert und der Erstkontakt erleichtert werden (vgl. Skivington et al. 2018:e489). Es gibt aber auch SP-Projekte – z. B. *Cotswold District Council's Social Prescribing Service* (Großbritannien) – bei denen der:die Link Worker:in über die Woche verteilt in unterschiedlichen Hausärzt:innenpraxen ist (vgl. Local Government Association 2010:10f).

4.3.1.2.2 Überweisungswege

Fischer Maria

Damit sozial verordnete Interventionen erfolgreich sind, müssen Klient:innen erfolgreich von der PV in die entsprechende Ressource „überführt“ werden (Husk et al. 2016:2). Der Hauptzuweisungsweg („main referral route“) sollte gemäß den Empfehlungen von Farenden et al. (2015:50) über die Hausärzt:innen gehen – **interne Überweisung**. Und auch Antosik (vgl. 2020:90f) führt basierend auf den Interviews mit Expert:innen aus dem Gesundheitsbereich aus, dass es die Zuweisung von dem:der Ärzt:in zum:zur Link Worker:in zu forcieren gilt, welche ident ist mit jener Vorgehensweise im *Bromley by Bow-Centre* (siehe 2.2.2.6).

Gründe dafür können sein, dass Patient:innen der Meinung sind, dass eine Überweisung über die Professionist:innen (= Gatekeeper-Rolle) mehr Gewicht habe als eine eigene Anfrage. Aber auch die Qualität der Beziehung der Patient:innen zu ihrem:ihrer Hausärzt:in (als nicht-stigmatisierende Dienstleistung), geprägt durch gegenseitiges Vertrauen, kann ein wichtiger Faktor für die Entscheidung sein, diese bei nicht-medizinischen Bedürfnissen zu konsultieren (vgl. Local Government Association 2010:10f). Diesbezüglich kann auch das bereits seitens des:der Hausärzt:in/des Fachpersonals der PVE gesammelte personelle Wissen (d. h. sie sind mit den intimen Details des Lebens der Patient:innen vertraut) einen Grund darstellen, weshalb Patient:innen das medizinische Personal als Expert:innen für die weitere Vorgehensweise was die eigenen Bedürf-

nissen betrifft sehen (vgl. Popay et al. 2007:975). Es würde, basierend auf den Ausführungen in der Literatur, dem Dienst Glaubwürdigkeit verleihen, die den Angehörigen der Gesundheitsberufe seitens der Patient:innen bereits entgegengebracht wird. Das Erkennen des nicht-medizinischen Bedürfnisses und die interne Überweisung des:der Ärzt:in unterstreicht nach Brandling und House (vgl. 2007:14) die Bedeutsamkeit des Problems bzw. Anliegens des:der Patient:in.

Hausärzt:innen bzw. medizinisches Fachpersonal nehmen folglich eine Schlüsselrolle bei der Zuweisung an den:die Link Worker:in als nicht-medizinische Unterstützungsquelle ein. Sie fungieren als Gatekeeper für den Zugang zu sekundären Dienstleistungen (vgl. Tobin-Schnittger et al. 2018:211). Dies bestätigen auch die Studien von Woodall und South (vgl. 2005) und Wakefield et al. (vgl. 2020:4), welche Hausärzt:innen und „practise nurses“ – mit jeweils über 90 % der Überweisungen – als wichtigste Überweisungsquelle identifizieren. Für PVE-interne Verweisungen ist es vorteilhaft, wenn die unterschiedlichen Berufsgruppen praxisintern gut vernetzt sind und wissen, ob die verschriebenen Leistungen in Anspruch genommen werden (vgl. Antosik 2020:99).

Die Dokumentenanalyse zeigt weiters, dass neben den Überweisungen von Ärzt:innen und anderen Fachkräften innerhalb der PVE auch die Möglichkeit besteht, dass sogenannte **Selbstüberweisungen** von den Klient:innen vorgenommen werden. Halder et al. (vgl. 2018:347) halten für das SP-Projekt in Nottingham (Großbritannien) fest, dass Broschüren und Poster in den Hausärzt:innenpraxen die Personen ermutigen sich selbst zum:zur Link Worker:in zu überweisen. Fixsen und Polley (vgl. 2020:253f) empfehlen hinsichtlich der Selbstüberweisung die Einführung eines Online-Self-Referral-Systems bzw. einer entsprechenden App.

Innerhalb der Literatur wird in Bezug auf **externen Überweisungen** nicht unterschieden, ob es sich um Überweisungen an den:die Link Worker:in oder aber direkt an Angebote aus dem 3. Sektor handelt.

Moffatt et al. (vgl. 2017:5) weisen auf ein SP-Projekt in Newcastle (Großbritannien) hin, bei dem Link Worker:innen einen leicht zugänglichen, flexiblen Service anbieten, in dem eine Überweisung jeglicher Art täglich (Montag bis Freitag) zwischen neun und 17 Uhr möglich ist.

4.3.1.2.3 Voraussetzung für mögliche Zuweisung

Fischer Maria

Erste Voraussetzung für eine mögliche Zuweisung bildet die Kenntnis des SP-Angebotes seitens der potenziellen Zuweiser:innen. Nach White et al. (vgl. 2017:13) ist das bloße Wissen über diese nicht-medizinische Unterstützungsquelle jedoch nicht ausreichend, damit eine medizinische Fachkraft den:die Klient:in an den:die Link Worker:in überweist. So kann ein begrenztes Verständnis des SP-Pfades bei den Überweiser:innen zu Unsicherheit darüber führen, wie SP den Patient:innen gegenüber erklärt werden soll, was sich wiederum negativ auf die Anzahl der Überweisungen auswirken und/oder

ggf. falsche Erwartungen bei den Patient:innen wecken kann. Schließlich kann mangelndes Verständnis auf Seiten der Überweiser:innen zu unangemessenen Überweisungen führen, wodurch zusätzliche (zeitliche, personelle und finanzielle) Ressourcen verschlungen werden (vgl. Pescheny et al. 2018a:94f). „Identifying a need“ – unter diesem „Motto“ sprechen White et al. (vgl. 2017:10f) die Tatsache an, dass Soziale Rezepte es erfordern, dass medizinisches Fachpersonal den nicht-medizinischen Bedarf des:der Patient:in erkennt. Die seitens White et al. befragten „health professionals“ (ebd.) beschreiben ihre Rolle darin, einen Bedarf zu erkennen und eine Lösung wie z. B. die Überweisung an den:die Link Worker:in vorzuschlagen.

Diesbezüglich spricht Pryke (vgl. 2020:566) die **Wichtigkeit des richtigen Zeitpunktes der Überweisung** an. So benötigen Klient:innen möglicherweise im Vorfeld mehrere Gespräche (z. B. über mögliche Optionen) mit dem:der Überweiser:in, bevor diese sich bereit fühlen das Angebot des:der Link Worker:in in Anspruch zu nehmen. Hier braucht es das Feingefühl des:der Überweiser:in. „I mentioned seeing our link worker, but you seem unsure today. The best time to make that referral is when you feel ready. Let me know at your next appointment if the time is right for us to set up that conversation“ (ebd.), dient hier als Beispiel.

Wenn Angehörige der Gesundheitsberufe SP nicht als wertvoll oder relevant erachten, werden sie dieses Konzept bzw. Angebot wahrscheinlich nicht nutzen (vgl. White et al. 2017:19). Jene Gesundheitsprofessionist:innen, die sich im Vorfeld intensiver mit diesem Service beschäftigten, hatten tendenziell auch ein höheres Vertrauen in den:die Link Worker:in, was sich wiederum positiv sowohl auf die Anzahl der Überweisungen als auch in weiterer Folge auf die Verweisungen auswirkte (vgl. Farenden et al. 2015:43). Folglich ist es für die Überweisungsrate von zentraler Bedeutung, dass es eine **gute Beziehung zwischen Zuweiser:innen und Link Worker:in** gibt (vgl. Davison et al. 2019:9). Ein (zu) geringes oder kein Engagement des Praxis- bzw. PVE-Personals ist ein wesentliches Hindernis für die Implementierung und Durchführung von SP, da der SP-Pfad oft mit einer Überweisung ihrerseits beginnt (vgl. Pescheny et al. 2018a:86).

Nach Frostick und Bertotti (vgl. 2019a:539) erweist es sich aus Sicht der Ärzt:innen anfänglich zwar als „Mehraufwand“ Klient:innen an den:die Link Worker:in zu überweisen bzw. besteht die Herausforderung darin, zu Beginn daran zu denken und diese Überweisungen durchzuführen. Sobald die Soziale Verschreibung jedoch angewendet wird, zeigt sie sich als Brücke zwischen der medizinischen Expertise im Gesundheitswesen und der sozialen Expertise der Gemeinschaft.

4.3.1.2.4 Ablauf von Über- und Verweisungen

Fischer Maria

Nicht nur hinsichtlich der Art und Weise, wie Klient:innen an die Link Worker:innen überwiesen werden und wie diese weiterverweisen, zeigt die Literaturrecherche **zahlreiche**

unterschiedliche Vorgehensweisen, sondern u. a. auch bezüglich der direkten Kontaktaufnahme der Link Worker:innen mit den Klient:innen, der Dauer und der Anzahl der Termine mit den Link Worker:innen und der Dokumentation.

Anstatt Klient:innen zu sagen, dass sie zu SP überwiesen werden, berichten Mediziner:innen, dass sie ihre Patient:innen an die Person, die für SP zuständig ist, überweisen, indem sie diese beim **Namen nennen und nicht mit der jeweiligen Berufsbezeichnung**. „Go and see X, who can explain what might be available locally to try and help“ (Hutt 2017:93). Betreffend Überweisungssatz an den:die Link Worker:in zeigt die Dokumentenanalyse auch folgendes Beispiel: „There are several options to consider. Would it be ok to refer you to our link worker for you to find out more about the options?“ (Pryke 2020:566).

Polley et al. (vgl. 2017b:45) identifizieren sechs Elemente, die es für Überweisungen an Link Worker:innen zu berücksichtigen gilt:

- klare Einwilligung/Zustimmung von dem:der Klient:in, der:die überwiesen wird
- den Überweisungsgrund aus Sicht des:der Überweisenden
- den Grund der Überweisung aus Sicht des:der Klient:in
- jeglichen Gesprächsbedarf, den der:die Klient:in haben könnte
- „Risikobereiche“ – In komplexen Fällen bzw. kritischen Situationen soll der:die Link Worker:in vorab wichtige und notwendige Informationen erhalten, um für eine schnelle Stabilisierung bzw. Sicherheit sorgen zu können.
- Klarheit darüber, wie und wann der:die Überweisende Rückmeldung erwartet
- Klarheit über alle relevanten Themen, für welche der:die Link Worker:in nun die Hauptverantwortung trägt

Überweisungen innerhalb der PVE können durch direkte Begleitung des:der Überweisenden oder durch die Kontaktaufnahme durch den:die Link Worker:in mittels Telefonates oder per E-Mail erfolgen. In weiterer Folge werden bei einem Erstgespräch zwischen Link Worker:in und Klient:in meist die Ziele, Erwartungen und Wünsche des:der jeweiligen Klient:in geklärt (vgl. Moffatt et al. 2017:5). Dieses Ausarbeiten der Wünsche des:der jeweiligen Klient:in wird als wichtiges Element von SP angesehen. Als Link Worker:in gilt es die Prioritäten, Interessen, Werte und Motivationen der Klient:innen sowie deren Erwartungen an den 3. Sektor gemeinsam zu erarbeiten (vgl. NHS England 2019:o.A.).

In Nieuwegein (Niederlande) erhalten Klient:innen im Zuge der Überweisung neben dem Sozialen Rezept auch gleichzeitig eine Broschüre mit allgemeinen Informationen über *Welzijn op Recept* („Wohlbefinden auf Rezept“) zur Verfügung gestellt (vgl. Heijnders / Meijs 2018:224f).

Der **Zeitpunkt der Kontaktaufnahme** zwischen Link Worker:in und Klient:in variiert je nach Projekt. Ein SP-Projekt aus Großbritannien führt beispielhaft an, dass die Kontaktaufnahme innerhalb von sieben Tagen nach der Überweisung stattfindet (vgl. South et al. 2008:312). Im Vergleich dazu wird bei der Überweisung an sogenannte Family Health

Teams⁶⁵ in Ontario (Kanada) zwischen **dringenden und nicht dringenden Überweisungen** unterschieden. Bei dringenden Überweisungen erfolgt eine Kontaktaufnahme innerhalb von zwei bis sechs Tagen, bei weniger dringenden nach rund 21 Tagen. Dringende Überweisungen betreffen in diesem Fall u. a. Themen wie Suizidalität, Selbstverletzung, Missbrauch, Psychosen und palliative Versorgung (vgl. Ashcroft et al. 2018:112).

Betreffend **Klient:inneninformationen**, welche den Link Worker:innen von den Zuweiser:innen zur Verfügung gestellt werden, zeigen sich in der Literatur unterschiedliche Vorgehensweisen. Farenden et al. (vgl. 2015:10f) verweisen mit Bezug auf ein SP-Projekt (*Community Navigation Journey*, Brighton & Hove, Großbritannien) darauf, dass Link Worker:innen keinen Zugang zu den Krankenakten der Patient:innen haben. In der Studie von Taylor et al. (vgl. 2019:31) heißt es etwa, dass Nicht-Gesundheitsfachleuten nicht alle bzw. nicht dieselben Informationen zur Verfügung stehen wie dem Gesundheitsteam. In Nieuwegein (Niederlande) werden Zuweiser:innen gebeten, bei der Überweisung nicht nur ihre Diagnose ordnungsgemäß im Hausärzt:innen-Informationssystem zu registrieren, sondern auch den Code WOR (*Welzijn op Recept*) anzugeben (vgl. Heijnders / Meijs 2018:224f). Wie Hutt (vgl. 2017:92) ausführt, gibt es aber auch SP-Projekte, in denen Link Worker:innen Zugriff auf die Krankenakte des:der Patient:in haben – entweder mit oder ohne Einschränkungen.

Was den **Ersttermin** betrifft heißt es bei Kilgarrieff-Foster und O’Cathain (vgl. 2015:131), dass Klient:innen zunächst einen 40- bis 90-minütigen Termin haben, bei dem die spezifischen Bedürfnisse und geeigneten Aktivitäten eruiert werden, bevor dann ggf. eine kleine Anzahl von Nachsorgeterminen erfolgt. Heijnders und Meijs (vgl. 2018:224f) sprechen für das *Welzijn op Recept*-Projekt (Niederlande) von einem einstündigen Ersttermin. Für die weiterführenden Termine verweisen Brandling und House (vgl. 2007:10), unter Bezugnahme des SP-Projektes in Bradford South & West *PCT* (Großbritannien), auf bis zu 45-minütigen Terminen.

Hinsichtlich der **Zeitspanne der Betreuung** beschreiben Woodall et al. (vgl. 2018:3), dass die Termine durchschnittlich in einem Zeitraum von circa 16 Wochen abgehalten werden und die Anzahl der Sitzungen oftmals auf sechs beschränkt wird, um aktiv zu vermeiden, dass Klient:innen von ihrem:ihrer Link Worker:in abhängig werden. In weiteren SP-Projekten zeigt sich, dass die Kontaktfrequenz zwischen Link Worker:innen und Klient:innen in der Anfangsphase höher ist und mit der Zeit oftmals abnimmt. Bei erhöhtem Bedarf kann es erneut zu einem Anstieg der Kontakthäufigkeit kommen (vgl. Moffatt et al. 2017:5). In anderen Projekten erfolgt die Anzahl der Kontakte ohne jegliche Vorgabe und wird an den jeweiligen Bedarf der Klient:innen angepasst (vgl. Polley et al. 2017b:41).

In jenem Projekt aus Newcastle (Großbritannien) aus der Studie von Moffatt et al. (vgl. 2017:6) umfasst die Betreuungsdauer bis zu zwei Jahre und darüber hinaus, wodurch

⁶⁵ Family Health Teams sind interprofessionelle Teams bestehend aus Ärzt:innen, Pflegepersonal, Sozialarbeiter:innen und weiteren medizinischen Fachkräften, die die primäre Gesundheitsversorgung in Ontario stärken (vgl. Ashcroft et al. 2018:109f).

die langfristigen und komplexen Bedürfnisse der Klient:innen, welche auch Schwankungen unterlagen, abgedeckt werden sollen. Den Studienautor:innen zufolge wäre ein kurzfristiger Ansatz unzureichend. Wildman et al. (vgl. 2019:7–9) betonen den längerfristigen Charakter der Intervention im Hinblick auf die Integration von Veränderungen in die Alltagsroutine. Farenden et al. (vgl. 2015:29) wiederum stellten bei den telefonischen Folgeinterviews innerhalb ihrer Analyse fest, dass eine kürzere Phase (drei bis sechs Termine) mit dem:der Link Worker:in dazu führte, dass sich die Patient:innen stärker befähigt fühlten die nächsten erforderlichen Schritte zu unternehmen. South et al. (vgl. 2008:321) beziehen sich auf ein SP-Projekt namens *Community Health Advice Team* (Bradford, Großbritannien), innerhalb dessen drei Termine vorgesehen sind, in dem die spezifischen Bedürfnisse des:der Klient:in besprochen werden, um eine geeignete Quelle für lokale Unterstützungsmöglichkeiten zu identifizieren. Es gibt jedoch noch einen Folgetermin, bei dem der Fortschritt des:der Klient:in überprüft wird und die individuelle Meinung zu den besuchten Aktivitäten ermittelt wird. Beim Community Navigation Journey sprechen Farenden et al. (vgl. 2015:10f) von bis zu sechs persönlichen Terminen mit dem:der Link Worker:in. Woodall et al. (vgl. 2018:3) verweisen in ihrer Analyse auf ein SP-Programm in Nordengland, bei dem die meisten Klient:innen den Dienst innerhalb von 16 Wochen verlassen, wobei die durchschnittliche Kontaktdauer zehn Wochen beträgt.

Die **Häufigkeit des Kontaktes** mit dem:der Link Worker:in wird in dem von Moffatt et al. (vgl. 2017:2) einbezogenen SP-Projekt in Newcastle (Großbritannien) einvernehmlich mit dem:der Klient:in vereinbart und variiert je nach aktuellem Bedarf und Umständen bei einzelnen Klient:innen. Zudem ist ersichtlich, dass der Kontakt in der Anfangsphase intensiver ist und mit der Inanspruchnahme der Unterstützung abnimmt – insgesamt konnten die Klient:innen jedoch den:die Link Worker:in so oft wie gewünscht sehen. Kellezi et al. (vgl. 2019:11) sprechen in ihrer Analyse von wöchentlichen Terminen mit den Klient:innen, wobei die Gesamtdauer der Sozialen Verschreibung auf maximal acht Wochen begrenzt ist. Diesbezüglich wird jedoch gleichzeitig auch die Wichtigkeit der **regelmäßigen Überprüfung des Fortschritts** des:der Klient:in betont.

Woodall et al. (vgl. 2018:9) führen anhand von zwei Klient:innenzitaten aus, dass die Einführung einer maximalen Terminanzahl kontraproduktiv für die Wirkung von SP sein kann. Aufgrund einer Begrenzung bzw. des Abbruchs der Unterstützungstermine mit dem:der Link Worker:in können einzelne Klient:innen nicht den maximalen Nutzen aus SP, also eine Steigerung der Gesundheit und des Wohlbefindens, ziehen. Polley et al. (vgl. 2017b:21) halten ebenso fest, dass die **Termindauer und -frequenz den Bedürfnissen des:der Patient:in angepasst** werden sollte, was folgendes Zitat unterstreicht:

„In practice, the level of engagement with people will depend on their individual support needs when they are referred to the scheme. Commissioners may wish to consider the best way to deal with this variation in order to make the scheme as effective as possible and not impose arbitrary cut-off points” (ebd.:41).

Die Studienergebnisse zeigen deutlich auf,

„wie schwierig es ist, bei einem so komplexen und subjektiven Konzept eine Linie zu ziehen und zu entscheiden, [für welche:n Klient:in] [...] SP [nutzbringend ist] und ab welchem Zeitpunkt die Treffen mit [dem:der Link Worker:in] nicht mehr förderlich sind, weil sie eine Abhängigkeit erzeugen“ (Antosik 2020:57).

Je nach Erfordernis der Situation können laut OBDS (vgl. 2017b:3) u. a. Hausbesuche, Helfer:innenkonferenzen, das Einbeziehen des sozialen Umfelds des:der Klient:in, die Erstellung eines individuellen Perspektivenplans und die Vermittlung an Einrichtungen zur weiterführenden Betreuung einen Teil der inhaltlichen Arbeit darstellen. Mit Verweis auf Moffatt et al. (vgl. 2017) spricht auch Antosik (vgl. 2020:56) die möglichen Örtlichkeiten für die Treffen zwischen Klient:in und Link Worker:in an. Diese können an die Präferenzen des:der Patient:in dahingehend angepasst werden, dass das Büro in der Ordination bzw. PVE eine Option, aber kein Muss, darstellt. Alternativ dazu können die Treffen z. B. auch in einem Kaffeehaus oder im regionalen Gemeindezentrum stattfinden (vgl. Moffatt et al. 2017:5; vgl. Polley et al. 2017b:34).

SP hat sich als Mechanismus herausgebildet, um Menschen durch die PV mit dem 3. Sektor zu verknüpfen. SP-Projekte nutzen üblicherweise ein Verweisungssystem, und größtenteils erfolgt die **Verweisung an Angebote des 3. Sektors**. Verweisungswege werden mit Hilfe von SP geschaffen, um Klient:innen der PV mit nicht-klinischen Anliegen an Organisationen des 3. Sektors weiterzuleiten (vgl. Kimberlee 2015:104)

Dabei hat der:die Link Worker:in in der Regel die Möglichkeit auf eine breite Palette von Unterstützungsmöglichkeiten zuzugreifen (vgl. Pescheny et al. 2020:665). Der Umgang mit Verweisungsmöglichkeiten spiegelt dabei die breit verfügbaren Ressourcen der Gemeinschaft wider (vgl. Howarth et al. 2020:295). Zu den Verweisungsmöglichkeiten bzw. Aktivitäten, die die sozialen Determinanten von Gesundheit fokussieren, zählen u. a (vgl. Buck / Ewbank 2020; vgl. Healthy London Partnership 2017:37; vgl. Heijnders / Meijs 2018:224f; vgl. Kilgariff-Foster / O’Cathain 2015:131; vgl. Kimberlee 2013:15; vgl. Leavell et al. 2019:297; vgl. Pescheny et al. 2020:665; vgl. Rásky / Groth 2020:21; vgl. Taylor et al. 2019:25; vgl. Thomson et al. 2018:29; vgl. Wallace et al. 2020:2):

- kreative/künstlerische Aktivitäten bzw. kulturelle Aktivitäten (z. B. Gesangsgruppen, Museumsbesuche, Strickgruppen, Malkurse)
- körperliche/sportliche Angebote (z. B. Bewegungskurse, Wandergruppen, Aktivitäten im Fitnessstudio, Schwimmkurse, Mannschaftssportarten, Tanzunterricht, T’ai Chi)
- Beratungsdienste (z. B. in Schulden-, Wohnungs- und Beschäftigungsfragen, zu Sozialleistungen)
- Soziale Aktivitäten/Gemeinschaftsaktivitäten (z. B. Kochkurse/Food-Clubs, Reparaturtreffen, Bingo, Demenz-Cafés)
- Freiwilligenarbeit/Freundschaftsdienste (z. B. Nachbarschaftshilfeprogramm, Besuchsprogramme) bzw. Peer-Unterstützung (bei der sich Personen mit gleichen Bedürfnissen austauschen und gegenseitig unterstützen)
- Lernen/Bildung (z. B. diverse Kursaktivitäten zum Nachholen eines Schulabschlusses, Erlernen einer Fremdsprache)

- „grüne“ Aktivitäten (z. B. Gartenbau, Anbau von Nahrungsmitteln, Holzarbeiten, Spaziergänge in Parks oder auf dem Land, Naturschutzaktivitäten und grüne Gyms)
- Initiativen für ein gesundes Leben (z. B. Raucherentwöhnung, Drogenberatung, gesunde Ernährung, Gesundheitschecks)

Es gilt das **Wissen über die Angebote des 3. Sektors** seitens des:der Link Worker:in (siehe 4.3.1.4.2) zu nutzen, um dem:der Klient:in mögliche Optionen für die Steigerung des eigenen Wohlbefindens aufzuzeigen. Der entscheidende Faktor ist, dass der:die Klient:in immer die Wahl hat, und der Beginn einer Aktivität mit der Zustimmung des:der Klient:in einhergeht. Link Worker:innen treffen keine Entscheidung im Namen des:der Klient:in, sondern befähigen die Person, eine adäquate Wahl zu treffen. Der:die Link Worker:in sollte in diesem Schritt vor allem für den:die Klient:in verfügbar sein, um sich alle Bedenken und Hürden, welche der:die Klient:in bezüglich einer erfolgreichen Verweisung haben könnte, anzuhören bzw. sich dieser anzunehmen (vgl. Polley et al. 2017b:52). Aus der Literatur geht betreffend der Identifizierung der passenden Angebote für den:die Klient:in hervor, dass es gilt, einen schrittweisen Ansatz zu verfolgen, der sich auf die Vorlieben des:der Klient:in bezieht. Im Fokus steht die Er- und Vermittlung von “[a]ctivities people want to do and services that meet their needs” (Davison et al. 2019:9). Diese Vorgehensweise zielt darauf ab, die Selbstwirksamkeit und Eigenständigkeit des:der Klient:in durch soziale Aktivierung zu stärken. Klient:innen sollen jene Aktivität auswählen, die für sie am attraktivsten wirkt und von der sie am wahrscheinlichsten profitieren werden bzw. die ihren Bedürfnissen entspricht (vgl. ebd.; vgl. Heijnders / Meijs 2018:224f).

Halder et al. (vgl. 2018:347) halten für das SP-Projekt in Nottingham (Großbritannien) fest, dass Klient:innen regelmäßig zu Kontrollzwecken erneut kontaktiert werden. Farenden et al. (vgl. 2015:31) weisen in ihrer Studie aus, dass sich die Klient:innen durch diese Folgeanrufe zusätzlich unterstützt und ermutigt fühlten, weiterhin zur Verbesserung ihrer Gesundheit und ihres Wohlbefindens beizutragen. Und auch Payne et al. (vgl. 2020:39) verweisen auf die wichtige Ressource im Hintergrund, d. h. dass sich die Klient:innen bei Bedarf erneut an den:die Link Worker:in wenden können.

Diese Verschreibungen von Angeboten des 3. Sektors können für eine bestimmte Zeit vorgesehen werden. In Luton (Großbritannien) etwa wird seitens der Link Worker:innen ein Zwölf-Wochen-Rezept ausgestellt. Dort erhalten die Klient:innen darüber hinaus eine Smartcard, die bei der Teilnahme an den Aktivitäten gescannt wird, um den individuellen Fortschritt zu verfolgen (vgl. Local Government Association 2010:9f). Im SP-Programm in Rotherham (Großbritannien) können die verschriebenen Aktivitäten eine Dauer von acht bis 16 Wochen umfassen (vgl. ebd.). Die Ausübung des Sozialen Rezeptes kann im SP-Programm in Merseyside und Cheshire (Großbritannien) zwischen vier und zwölf Wochen dauern (vgl. ebd.:8), wobei jedes Rezept auf den Fünf Wegen zum Wohlbefinden basiert (siehe 2.2.2.4.4). Fixsen et al. (vgl. 2020:8) verweisen in ihrem Beitrag auf Klient:innen-Beispiele, deren Verweisung (fixierter Zeitraum) zu Ende war, bevor die Klient:innen jedoch einen Nutzen daraus ziehen konnten. Der Local Government Association (vgl. 2010:4) nach behalten die Klient:innen ihre neue Aktivität in vielen Fällen auch nach Abschluss der Verschreibung bei.

Das NHS England betont auch die Wichtigkeit der ergänzenden Möglichkeit, dass neben Hausärzt:innenpraxen auch andere Einrichtungen wie z. B. Behörden und Krankenhäuser Patient:innen bzw. Klient:innen an SP über- bzw. verweisen können. Auch die Möglichkeit der Selbstüber- bzw. Verweisung soll gegeben sein, um eine effiziente Koordination der Unterstützungen rund um die jeweilige Person zu ermöglichen. Dieser Über- bzw. Verweisungsprozess sollte so einfach wie möglich gestaltet sein (vgl. NHS England 2019:o.A.).

Damit eine SP-Intervention zielführend ist, gilt es die Klient:innen erfolgreich von der PV hin zur entsprechenden bzw. benötigten Ressource zu überführen, die Teilnahme muss auch über einen gewissen Zeitraum aufrechterhalten werden. Der Weg hin zur Inanspruchnahme bzw. die Art und Weise der Verweisung beeinflusst deren Erfolg. Ohne geeignete Struktur der Verweisung ist es unwahrscheinlich, dass die Verweisung von dem:der Klient:in aufgegriffen wird (vgl. Husk et al. 2016:2). Dabei gilt es im Zuge der Verweisung bestimmten Aspekten einen besonderen Stellenwert einzuräumen. So gibt es auf Klient:innenseite sowohl physische (z. B. lange Anfahrtsdauer, als unsicher erlebter Durchführungsort der Aktivität, unangemessener/unpassender Zeitpunkt der Aktivität wie etwa während der Arbeitszeit) als auch persönliche Hindernisse (z. B. Ausrichtung vieler Angebote auf die ältere Klientel bei gleichzeitigem Fehlen von Angeboten für jüngere Teilnehmer:innen, bei ethnischen Minderheiten v. a. Sprachbarrieren, Fehlen kulturell angemessene Angebote und nur für Frauen). Ebenso wichtig ist eine gute Kommunikation an der Schnittstelle zwischen PV und Sekundärversorgung, um Verzögerungen in der Versorgung, Frustration der Klient:innen und ungenaue Informationen zu vermeiden. Hierbei ist die Bedeutung von qualitativ hochwertigen Verschreibungen zu erwähnen (vgl. Tobin-Schnittger et al. 2018:211). Zu den Schwierigkeiten bei der Verweisung an den 3. Sektor zählen Fragen zur Finanzierung, zum Zugang zu dem jeweiligen Angebot selbst und auch der fehlende Überblick über die regionalen Angebote (vgl. Rojatz et al. 2019:10).

Link Worker:innen nehmen beim Prozess der Sozialen Verschreibung im Hinblick auf die Verweisung – „the ‘prescribing’ of non-medical activities to patients” (Whitelaw et al. 2017:113) – eine wichtige **Brückenfunktion zwischen der PV und der weiteren Unterstützung** ein (vgl. Skivington et al. 2018:e493). Sie spielen eine essenzielle Rolle bei der Identifizierung von Bedürfnissen und der ggf. daran anschließenden Verweisung der Klient:innen, die sonst möglicherweise nicht mit geeigneten lokalen, nicht-klinischen Aktivitäten des 3. Sektors verbunden worden wären (vgl. Fixsen / Polley 2020:250; vgl. Local Government Association 2010:13f).

Im *Claremont SP-Projekt* in London (Großbritannien) gibt es in der Regel drei Wochen nach einer Verweisung einen Termin, um die Verweisung zu reflektieren und eventuell anzupassen. Nach weiteren sechs Wochen sowie nach drei Monaten folgen weitere Termine, um den Fortschritt zu beobachten. Zwischen den Terminen ist eine telefonische Erreichbarkeit des:der Link Worker:in gegeben (vgl. Antony / Gaiswinkler 2019:35).

4.3.1.2.5 Form des Sozialen Rezeptes

Fischer Maria

Kimberlee (vgl. 2013:24) führt ein Projekt als Beispiel an, das für das Soziale Rezept ein Computersystem verwendet, das in drei Hausärzt:innenpraxen verwendet wird, während ein anderes Projekt ein spezifisches Formular mit Vorschlägen für zu berücksichtigende Aktivitäten verwendet. Auch in den englischen Städten Brighton und Hove finden sich unterschiedliche Arten von Über- bzw. Verweisungen wieder. Manche Praxen verwenden eine digitale Form, andere hingegen nutzen ein Formular in Papierformat. Wieder andere drucken die Kontaktinformationen des:der Klient:in aus bzw. füllen einen Zuweisungsbogen aus und fügen einen kurzen Überweisungsgrund an (vgl. Antony / Gaiswinkler 2019:35; vgl. Farenden et al. 2015:42). Nach Polley et al. (vgl. 2017b:45) verwenden bereits eine große Zahl an Allgemeinmediziner:innen **elektronische Formen der Über- bzw. Verweisung**. Elektronische Über- bzw. Verweisungen erlauben es, die Ergebnisse und Erfolge von SP besser zu dokumentieren.

Darüber hinaus kann es sein, dass bereits ein (elektronisches) System innerhalb der Hausärzt:innenpraxis/PVE vorhanden ist, wie mit Überweisungen umgegangen wird – hier gilt es zu prüfen, ob die Zuweisung zum:zur Link Worker:in eingebunden werden kann. Der Vorteil eines integrierten IT-Ansatzes liegt laut Polley et al. (vgl. 2017b:45) und Elemental Software (vgl. o.A.:44) in der besseren Nachverfolgung der Ergebnisse während des gesamten Pfades der Sozialen Verschreibung.

Elektronische Verschreibungen erweisen sich im Vergleich zu **Verschreibungen in Papierformat** nach verschiedenen Studien, die von Tobin-Schnittger et al. (vgl. 2018:213–220) zusammengefasst wurden, als überlegen. Vor allem hinsichtlich der Erfassung von Informationen rund um demographische Klient:innendaten oder der Anamnese zeigten sich Vorteile bei der elektronischen Form. Schwierigkeiten ergaben sich jedoch, wenn bei elektronischen Verschreibungen starre Informationsanforderungen verlangt wurden.

Shaw und Berker (vgl. 2007:224) überprüften ebenso elektronische und ausgedruckte Überweisungen und stellten fest, dass elektronische Formen der Überweisung im Vergleich zu manuellen Überweisungen effektiver bei der Aufnahme demographischer Daten waren, aber weniger effektiv bei klinischen Daten, die zu einer Diagnose führen würden. Als Stärken digitaler Sozialer Verschreibungen bzw. durch digitale Elemente unterstützter Verschreibungen werden die Möglichkeit zentrale, validierte Informationen bereitzustellen, die größere Reichweite und die effektive Verwaltung von Überweisungen über Organisations- und Sektorgrenzen hinweg genannt (vgl. Elemental Software o.A.:44). Whitelaw et al. (vgl. 2017:116) führen ebenso an, dass ein IT-basierter Überweisungsweg eine effektive Übertragung von Klient:innendaten erlaubt. Als Schwäche wird u. a. ein mögliches Defizit digitaler Fähigkeiten seitens der Überweiser:innen (welches ggf. auch negative Auswirkungen auf die Anzahl der Überweisungen hat) genannt (vgl. Elemental Software o.A.:44).

Antony und Gaiswinkler (vgl. 2019:35) zeigen die Vorgehensweise im *Claremont Social Prescribing Programme* (London, Großbritannien) auf, wo ein digitales Formblatt existiert, das seitens des:der Überweiser:in ausgefüllt und im Anschluss per E-Mail an die spezialisierte Fachkraft übermittelt wird. Aber auch die Möglichkeit, das Anmeldeformular in das Ablagefach/Postfach des:der Link Worker:in zu legen, existiert. Im SP-Programm in Cotswold (Großbritannien) füllen die Überweiser:innen ebenso ein Soziales Rezept aus, das in Folge an den:die Link Worker:in weitergegeben wird (vgl. Local Government Association 2010:10f).

Im SP-Programm von North Staffordshire (Großbritannien) wird beispielsweise von einer Empfehlung geeigneter lokaler Dienste statt einer formellen Überweisung gesprochen (vgl. Brandling / House 2007:9), während beim *Welzijn op Recept*-Programm (Niederlande) direkt eine Registrierung bei der gewünschten Aktivität erfolgt (vgl. Heijnders / Meijs 2018:224f).

4.3.1.2.6 Link Work-Termine

Fischer Maria

Die **Inhalte der Termine** mit Sozialarbeitenden bzw. Link Worker:innen gestalten sich unterschiedlich. Döbl et al. (vgl. 2015:335) führen als notwendige Phasen für die systematische Erreichung gesetzter Ziele mit Hilfe der Sozialarbeit die Überweisung, die Vorbereitung, den Beziehungsaufbau, das Assessment, die Zielsetzung und die Erstellung eines Plans mit den Klient:innen und bei Bedarf mit ihren Familien, die Interventionen, die Evaluation und den Abschluss an.

Die Zielabklärung sowie die Erstellung eines individuellen Unterstützungsplanes stellen zentrale Inhalte der Link Work-Termine dar (siehe 4.3.1.3.4).

Was ebenso als erfolgreiche Vorgehensweise bei Farenden et al. (vgl. 2015:42) als auch bei South et al. (vgl. 2008:312) deklariert wird, ist die bereits im Zuge der Überweisung erwähnte **Rückmeldung an den:die Zuweiser:in** seitens des:der Link Worker:in. Während Letztere auf einen schriftlichen Bericht verweisen, in dem festgehalten wird, welche Interventionen stattgefunden haben, sprechen Farenden et al. (vgl. 2015:10f) wiederum von einer kurzen Zusammenfassung der Betreuung (identifizierte Bedürfnisse und vorgeschlagene Aktivitäten), welche in die Krankenakte des:der Klient:in aufgenommen werden kann. Wichtig ist, dass diese Informationsweitergabe gegenüber den Klient:innen auch transparent gemacht wird.

Betreffend **Dokumentation** des SP-Prozesses konnten durch die Literaturrecherche nur wenige Erkenntnisse gewonnen werden. In manchen Projekten wird nach Abschluss der Betreuung durch den:die Link Worker:in eine kurze Zusammenfassung erstellt, die u. a. die bearbeiteten Themen und verwiesenen Stellen beinhaltet. Diese wird an den:die Ärzt:in übermittelt, welche:r sie in die Akte des:der Klient:in aufnimmt. In manchen Projekten gibt es für die Klient:innen die Möglichkeit, sich gegen diese Rückmeldung an die

Ärzt:innen auszusprechen, in anderen wiederum nicht (vgl. ebd.:10; vgl. South et al. 2008:312).

4.3.1.3 Link Worker:in

Singh Devi

Im Sinne einer ganzheitlichen Unterstützung können Link Worker:innen die Klient:innen an Einrichtungen und andere Angebote verweisen, die zu den Bedürfnissen der Klient:innen passen, aber auch direkt mit den Klient:innen arbeiten und deren Resilienz und Selbstbewusstsein steigern. Bei Bedarf sollen auch Hausbesuche durchgeführt werden. Nicht zuletzt im Laufe der Covid-19-Pandemie hat sich in Großbritannien gezeigt, dass es in der PV einen großen Bedarf an Link Worker:innen gibt, um die Nachfrage an Unterstützung zu decken (vgl. Barnes 2020:640).

Wird SP neu implementiert, so soll der:die Link Worker:in zu Beginn des SP-Angebots ein Netzwerk in der Umgebung aufbauen, welches die verschiedenen Hausärzt:innen, Fachärzt:innen, Sozialdienste, Sozialeinrichtungen, Vereine und Non-Governmental Organisations (NGOs) sowie andere relevante Partner:innen umfasst (vgl. Antony / Gaiswinkler 2019:35). Good Practice-Beispiele zeigen, dass diese Netzwerkarbeit einen besonders hohen Beitrag zum guten Gelingen von SP-Programmen leistet (vgl. ebd.:51). Auch der ÖSG sieht vor, dass PVEs in Österreich eng mit Institutionen und Partner:innen im Gesundheits- und Sozialbereich zusammenarbeiten, zum Beispiel mit mobilen Pflegediensten, sozialmedizinischen und psychosozialen Diensten, Apotheken und Sozialversicherungsträgern. Diese enge Vernetzung erleichtert die Funktion des:der Link Worker:in dahingehend, patientenbezogene Versorgungsprozesse zu ermöglichen (vgl. BMSGPK 2019:61) (siehe 4.3.1.4).

Eine Studie von Fixsen et al. (vgl. 2020:8) kommt zu dem Ergebnis, dass die Link Worker:innen von den meisten Klient:innen positiv wahrgenommen und geschätzt werden.⁶⁶ Ein Wechsel der Link Worker:innen wird allerdings von manchen Klient:innen als negativ betrachtet. Die ganzheitliche Beziehung zwischen den Link Worker:innen und Klient:innen wird zudem als besonders wichtig angesehen, einerseits um die Klient:innen in ihrer Verhaltensänderung entsprechend unterstützen zu können und andererseits, um den Umgang mit tief verwurzelten Problemen zu erleichtern (vgl. ebd.:8f).

Im beruflichen Alltag können sich für Link Worker:innen folgende Herausforderungen ergeben (vgl. ebd.:6f):

- Stress und emotionale Erschöpfung durch intensiven Face-to-Face-Kontakt, auch wenn dieser freiwillig gewählt wird
- Priorisierungsentscheidungen bei komplexen und multiplen Problemlagen, zum Beispiel: Welches Problem wird als erstes bearbeitet?
- Konfrontation mit heiklen Themen durch Klient:innen

⁶⁶ Es wurden folgende Beispiele genannt: „very helpful“, „supportive“, „listened carefully and came up with good suggestions“ (Fixsen et al. 2020:8).

- Umgang mit starken Emotionen von Klient:innen (Wut, Stress, Trauer etc.) – hier bedarf es spezieller Ausbildungen und Schulungen

Die Arbeit als Link Worker:in kann emotional kraftraubend sein, daher sind angemessene Unterstützung und Rahmenbedingungen nötig (vgl. Davison et al. 2019:14).

4.3.1.3.1 Rahmenbedingungen

Singh Devi

Der Erfolg von SP-Konzepten hängt von der Zusammenarbeit aller beteiligten Personen in der PV ab. Alle Berufsgruppen, welche an Link Worker:innen überweisen können, müssen ausreichend aufgeklärt sein über Ablauf, Verschwiegenheiten, allgemeine administrative Komponenten, Zuständigkeiten, Zugriff auf Notizen sowie allgemeine Ziele und die Rolle der:des Link Worker:in (vgl. Corney 1988:30) (siehe 4.3.1.4.1). Hier sind Link Worker:innen aufgefordert, ihre **Rolle und Tätigkeiten** klar an alle Stakeholder:innen zu **kommunizieren** (vgl. Döbl et al. 2015:335). **Vertrauen** in die Fähigkeiten und das Wissen der Link Worker:innen ist Grundvoraussetzung für Überweisungen durch Professionist:innen und Inanspruchnahme durch Klient:innen. Regelmäßiges Einholen von Klient:innenfeedback, Evaluationen sowie regelmäßige multiprofessionelle Teamsitzungen können das Vertrauen stärken. Im ersten Schritt liegt es an den überweisenden Professionist:innen, den:die Link Worker:in den Klient:innen gegenüber als professionelle und vertrauenswürdige Fachkraft vorzustellen (vgl. Tierney et al. 2020:55f).

SP ist laut Hutt (vgl. 2017:92) am effektivsten, wenn Link Worker:innen **innerhalb von Ärzt:innenpraxen bzw. PVEs angesiedelt** sind und **im multidisziplinären Team inkludiert** sind. So wird einerseits eine nahtlose Gesundheitsversorgung gewährleistet und andererseits das Team der Praxis bzw. PVE um eine weitere qualifizierte Profession ergänzt, um den komplexen Bedürfnissen und Problemen der Patient:innen angemessen begegnen zu können (vgl. Döbl et al. 2015:334). Unabhängig von der Ansiedlung von Link Worker:innen sind sie als bezahlte Angestellte einzustellen. Dies fördert das Verständnis aufseiten aller Stakeholder:innen und Klient:innen darüber, dass es sich bei Link Working um ein professionelles Angebot mit einer ausgebildeten Fachkraft handelt (vgl. Polley et al. 2017b:55). Von einem Einsatz von Freiwilligen als Link Worker:innen ist abzuraten, da dies zu einem organisatorischen Mehraufwand, einer höheren Fluktuation unter den Link Worker:innen sowie – nicht zuletzt – zu einer Qualitätsminderung führt. Für die angemessene Ausübung der LW-Tätigkeiten ist sowohl eine **entsprechende Ausbildung als auch Anstellung** geboten (vgl. Antosik 2020:64).

Damit SP gelingen kann, müssen Link Worker:innen auch gut unterstützt werden. Sie sollen in Teamsitzungen eingebunden werden und Möglichkeiten für **regelmäßige Fortbildungen** bekommen (vgl. Corney 1988:30). Zudem ist ein angemessener Zugang für Link Worker:innen zu **Supervision** unerlässlich, um der komplexen und oft herausfordernden Aufgabe entsprechend begegnen zu können (vgl. Polley et al. 2017b:55).

In Studien zeigte sich, dass viele Link Worker:innen ihren Arbeitstag **flexibel gestalten** und in Abstimmung mit den Klient:innen entscheiden können, ob Termine vor Ort stattfinden oder Hausbesuche durchgeführt werden sowie, ob Klient:innen zu Terminen begleitet werden (vgl. Beardmore 2019:45).

Farenden et al. (vgl. 2015:42f) definieren zusammenfassend folgende Aspekte, die nötig sind, um die **Basis für die Etablierung von SP** zu schaffen. Die Autor:innen verwenden dafür den Begriff „**navigator ready**“ (ebd.:42).

- Bei der Implementierung von SP soll vorab das gesamte Team der Praxis mit der:dem Link Worker:in bekannt gemacht werden, damit der Umfang des Angebotes, Informationen darüber, welche Patient:innen überwiesen werden können und wie ihnen geholfen werden kann sowie die Fähigkeiten und Kenntnisse der:des Link Worker:in allen bekannt sind.
- Eine Vereinbarung zwischen der:dem Link Worker:in und der Praxis soll abgeschlossen werden. Darin sollen Umfang der Leistung und Erwartungen beider Parteien festgehalten werden.
- Es sollen regelmäßige Überweisungen zum:zur Link Worker:in gemacht werden, gemäß den Kapazitäten, welche in einer Vereinbarung zwischen Praxis und Link Worker:innen festgehalten wurden.
- Link Worker:innen können am effektivsten arbeiten, wenn sie Teil des Praxisteam sind. Um dies zu ermöglichen, sind vonseiten der anderen Praxisangestellten folgende Aspekte wichtig:
 - alle Beteiligten sollen ein Verständnis der Rolle des:der Link Worker:in und des Angebotes haben
 - Bereitstellung eigener Räumlichkeiten für den:die Link Worker:in
 - Einweisung des:der Link Worker:in in die verfügbaren Einrichtungen, Sicherheitsvorkehrungen, Computeranmeldedaten und Telefonzugang
 - Einladen des:der Link Worker:in zu Meetings, zum Beispiel Teamsitzungen
 - Klärung einer Vorgehensweise des:der Link Worker:in, um bei Bedarf direkt mit dem:der Ärzt:in Kontakt aufzunehmen
 - Bereitstellung eines:einer leitenden Mitarbeiter:in als primäre Ansprechperson während den Dienstzeiten der:des Link Worker:in
 - Bereitstellung sicherer Räumlichkeiten zur Aufbewahrung von vertraulichen Unterlagen

Betreffend die **Arbeitszufriedenheit** von Link Worker:innen hat eine qualitative Studie in Westengland ergeben, dass diese zwar hoch sei, Link Worker:innen aber das Bedürfnis nach Unterstützung, vor allem in drei großen Bereichen, äußerten (vgl. Beardmore 2019:48f):

- emotionale Unterstützung im Umgang mit komplexen und herausfordernden Situationen: In größeren Organisationen war die Unterstützung für Link Worker:innen oft besser, da sich hierarchische Strukturen und klar strukturierte Vorgehensweisen positiv auswirkten. In kleineren gemeindebasierten Organisationen war die Unterstützung weniger ausgeprägt. Am geringsten fühlten sich Link Worker:innen in solchen Strukturen unterstützt, in denen neben klient:innenbezogenen Aufgaben auch Führungsaufgaben übernommen werden mussten.

- unterstützende Angestellte, die einen Teil des Arbeitspensums, administrative Aufgaben und Vertretungen übernehmen können: Viele Ärzt:innen und Berufsgruppen innerhalb PVEs, die SP anwenden, wünschten sich der Studie zufolge mehr LW-Personal oder administrative Unterstützung. Bislang gibt es keine Angaben über maximale Fallzahlen für Link Worker:innen, Arbeitgeber:innen sollten daher eigene Richtlinien festlegen, um die Einhaltung von Qualitätsstandards zu gewährleisten. Innerhalb des Teams sind zudem eine gute Zusammenarbeit, effektive Kommunikation, gegenseitiger Respekt und Kenntnisse der Arbeitsweisen der PVE sowie ein Austausch von Wissen und Erfahrungen nötig.
- Unterstützung und Fortbildung zum Thema Personalführung und Umgang mit Stakeholder:innen: Es sollten Vorkehrungen getroffen werden, um die Gesundheit und das Wohlbefinden der einzelnen Angestellten zu gewährleisten. Zudem sollten aber auch die Bedürfnisse nach Aus- und Weiterbildungen gestillt werden. Von Teilnehmenden der Studie wurde erwähnt, dass vor allem Schulungen zur Zusammenarbeit mit Stakeholder:innen fehlen, was einen wichtigen Aspekt von SP darstellt.

Neben den Rahmenbedingungen sind entsprechende Fertigkeiten und Erfahrungen für die Ausübung der LW-Rolle erforderlich (vgl. Davison et al. 2019:14). Im Fact Sheet für SP wird empfohlen, in den PVEs Link Worker:innen einzusetzen, welche die lokalen und regionalen Angebote recherchieren, sich mit ihnen vernetzen und in weiterer Folge die Klient:innen an passende Angebote verweisen (vgl. Haas et al. 2019:3).

4.3.1.3.2 Profession/Beruf

Singh Devi

Das Berufsbild eines:einer Link Worker:in umfasst verschiedenste Tätigkeiten und Aufgabengebiete. Link Worker:innen haben mehrere Termine mit den Klient:innen und klären dabei die passende Verweisung ab (siehe 4.3.1.2.6). Durch Gespräche und gemeinsame Zeit mit den Klient:innen wird ein ganzheitlicher Blick ermöglicht (vgl. Howarth et al. 2020:294). Link Worker:innen sind Personen, die nicht-klinisch ausgebildet sind und im Rahmen des SP-Angebots tätig sind. Klient:innen, die zu ihnen überwiesen werden, unterstützen und ermächtigen sie dazu, ihre Bedürfnisse zu eruieren und in Koproduktion Lösungen zu erarbeiten, indem sie die passenden lokalen Ressourcen miteinbeziehen und nutzen (siehe 4.3.1.4.2) (vgl. Polley et al. 2017b:5).

Im österreichischen Kontext gibt es in PVEs auch Sozialarbeit. Für sie gelten die allgemeinen ethischen Standards für Sozialarbeit, in denen Parallelen zu LW ersichtlich sind. Besonders relevant sind die Verpflichtung zur Wahrung der Menschenrechte, Offenheit und Transparenz im Betreuungsprozess, Achtung und Schutz der Privatsphäre, Verschwiegenheit, Dokumentation und Evaluation, Förderung von Selbstbestimmung der Menschen, Information über Möglichkeiten und Folgen von Hilfeleistungen, interdisziplinäre Kooperation sowie Qualitätssicherung durch Reflexion, Supervision sowie Weiterbildungen (vgl. Finker et al. 2017:4).

Der OBDS hat zudem methodische Vorgehensweisen der Sozialarbeit definiert, welche von Sozialarbeiter:innen in der gesundheitlichen PV angewendet werden (sollen). Als Basis hierfür dient das „Berufsbild der Sozialarbeit“. Je nach Situation und Angemessenheit werden folgende Methoden angeführt (vgl. OBDS 2017a:3):

- fokussierte Kurzberatung
- Abklärung von Gefährdungspotenzialen
- psychosoziale Problem- und Ressourcenanalyse (bezogen auf materielle Sicherheit, soziale Beziehungen und Netzwerke etc.)
- Krisenintervention
- Gruppeninterventionen für Klient:innen und Angehörige
- je nach Bedarf kommen Methoden des Casemanagements zum Einsatz:
 - Coaching und Beratung bezogen auf psychosoziale Belastungen im Zusammenhang mit der Erkrankung
 - Hausbesuche
 - Netzwerkkonferenzen
 - Einbeziehung des sozialen Umfeldes und aktive Intervention
 - Erstellen eines individuellen Perspektivenplans
 - Weitervermittlung an geeignete Einrichtungen
 - Monitoring

Es ist ersichtlich, dass Sozialarbeiter:innen mit ihrer Haltung und ihren Aufgaben besonders geeignet dafür sind, das Link Working zu übernehmen (siehe 2.3). Auch in der Literatur zeigt sich, dass der Grundberuf der Sozialen Arbeit – neben Ausbildungen im nicht-klinischen sowie Gesundheitsbereich – von Link Worker:innen als wichtig für LW erachtet wird. Weiters werden Psychotherapie, Coaching sowie Erfahrungen im 3. Sektor und im ehrenamtlichen Bereich genannt (vgl. Antosik 2020:53).

4.3.1.3.3 Anforderungen an Link Worker:innen

Singh Devi

Viele Arbeitgeber:innen schätzen Link Worker:innen aufgrund ihrer Lebenserfahrungen und persönlichen Qualitäten, wie Empathie und der Fähigkeit guten Zuhörens. Eine angemessene Ausbildung und regelmäßige Weiterbildungen sind aber für die Rolle als Link Worker:in ebenso unerlässlich (vgl. NHS England / NHS Improvement 2020b:13).

4.3.1.3.3.1 Qualifikation und Ausbildung

Singh Devi

Vonseiten des NHS (vgl. ebd.:24f) werden folgende **Qualifikationen** als **erforderlich** angeführt: „NVQ Level 3⁶⁷, Advanced level or equivalent qualifications or working towards“ (ebd.) sowie eine nachweisbare Bereitschaft zur professionellen und persönlichen

⁶⁷ NVQ steht für National Vocational Qualification. „[N]ational vocational qualifications regulated by OfQual are competence-based qualifications built on national occupational standards and criteria established by OfQual“ (Department

Weiterbildung. Als **wünschenswert** wird ein Training zu „motivational coaching and interviewing or equivalent experience“ (ebd.) genannt.

Neben den formalen Qualifikationen werden folgende **Berufserfahrungen** als **erforderlich** kategorisiert:

- direkte Arbeit in „a community development context, adult health and social care, learning support or public health/health improvement (including unpaid work)“ (ebd.)
- Unterstützung von „people, their families and carers in a related role (including unpaid work)“ (ebd.)
- Zusammenarbeit mit Freiwilligen-, gemeinschaftlichen sowie sozialen Organisationen
- kooperatives Arbeiten und Aufbau von Beziehungen zwischen unterschiedlichen Organisationen (vgl. ebd.)

Wünschenswerte Berufserfahrungen umfassen die Unterstützung von Menschen mit psychischen Problemen (auch in ehrenamtlicher oder informeller Funktion) sowie die Erfassung und Verarbeitung von Daten zum Zweck des Monitoring bzw. der Evaluation (vgl. ebd.).

Das NHS sieht zudem folgende professionsbezogene **Fähigkeiten und Kenntnisse** als **erforderlich** an:

- Verständnis über und Kenntnisse der sozialen Gesundheitsdeterminanten, einschließlich sozialer, wirtschaftlicher und umweltbezogener Faktoren und deren Auswirkungen auf Communitys (vgl. ebd.)
- Kenntnisse zu „community development approaches“ (ebd.)
- PC-Kenntnisse im Bereich Textverarbeitung, Nutzung von E-Mail-Diensten und Internet sowie Erstellen von Plänen und Berichten (vgl. ebd.)
- Kenntnisse in „motivational coaching and interview skills“ (ebd.)

Als **wünschenswert** definiert das NHS **Kenntnisse** über den „personalised care approach“ (ebd.) sowie über die örtliche Angebotslandschaft im Bereich der Freiwilligen-, gemeinschaftlichen und sozialen Organisationen (vgl. ebd.).

Im britischen Kontext konnten zwei bereits **bestehende Level-3-Schulungsangebote** ausfindig gemacht werden, die eine anerkannte Zertifizierung für Link Worker:innen darstellen.

Vom *Bromley by Bow Centre* wurde in Zusammenarbeit mit der University of East London und Connex Health eine Schulung für Link Worker:innen konzipiert, welche über eine Dauer von sieben Monaten stattfindet. Durch den Kurs sollen die praktischen Kenntnisse und das Wissen über SP erweitert sowie neueste Erkenntnisse aus der Forschung und von erfahrenen Praktiker:innen vermittelt werden (vgl. Bromley by Bow Centre o.A.; vgl. Bromley by Bow Centre et al. 2021:3). Zudem soll den Teilnehmer:innen vermittelt

for Business, Innovation and Skills 2016:5). Eine Level-3-Qualifikation beinhaltet: „competence, which involves the application of knowledge and skills in a broad range of varied work activities performed in a wide variety of contexts and most of which are complex and non-routine. There is considerable responsibility and autonomy, and control or guidance of others is often required.“ (ebd.).

werden, wie Klient:innen dabei unterstützt werden können, Zugang zu Angeboten des 3. Sektors zu bekommen (vgl. ebd.). Das Angebot richtet sich an „[A]nyone that is planning to, or is already delivering a social prescribing service, such as link workers, community navigators and health & wellbeing advisors“ (ebd.:5). Fachliche Vorkenntnisse sind für die Teilnahme nicht nötig. Inhalte der Schulung sind (ebd.:5–8):

- „Principles and Theory of Social Prescribing
- Delivering Community-based Solutions
- Measuring Outcomes and Improving Support Mechanisms
- Structures and Cultures within Communities
- Micro-commissioning for Social Prescribing
- Supervision and Professional Support
- Developing the Practical Skills for Supporting Behaviour Change“

Ein weiteres anerkanntes Schulungsangebot wird durch Need 2 Succeed in Zusammenarbeit mit *Merton Social Prescribing* und *Merton Voluntary Service Council* (Großbritannien) bereitgestellt (vgl. Need 2 Succeed et al. o.A.:3). Die Schulung dauert vier bis sechs Monate und wird durch Distance Learning (Online-Einheiten und E-Learning-Plattform) unterstützt (vgl. ebd.:1). Das Angebot richtet sich an Personen, „working within or looking to move to a role where elements of social prescribing are used as part of their work; such as public sector agencies, healthcare and the voluntary and community sector“ (ebd.) mit dem Ziel, deren Fähigkeiten und Wissen zu erweitern.

Die Schulung setzt sich aus folgenden verpflichtenden Einheiten zusammen (ebd.:2):

- „Delivering community based solutions through social prescribing
- Measuring outcomes and improving support mechanisms
- Structures and cultures within communities
- The principles and theory of social prescribing“

Zusätzlich müssen drei der folgenden fünf Einheiten gewählt werden (ebd.):

- „Managing caseloads within a social prescribing environment
- Micro-commissioning for social prescribing
- Motivational interviewing skills to support vulnerable adults
- Supervision and Professional Support
- Working with vulnerable adults to provide holistic support“

Die National Association of Link Workers⁶⁸ (NALW) (vgl. 2021) hat zum Ziel, professionelle Standards für LW-Fachkräfte festzulegen, die Vernetzung der Professionist:innen zu fördern und die Fähigkeiten der Link Worker:innen zu stärken. Eine an Link Worker:innen in Großbritannien gerichtete Online-Umfrage des Berufsverbandes im Jahr 2019 wurde von 105 Personen ausgefüllt und retourniert. Daraus wurden Fähigkeiten ersichtlich, die Link Worker:innen in ihrer Tätigkeit unterstützen. In den Ergebnissen der Umfrage wurden diese in drei Bereiche gegliedert (vgl. NALW 2019:9f):

⁶⁸ Dies ist der in Großbritannien einzige bestehende Berufsverband für Link Worker:innen im Rahmen des SP-Konzeptes (vgl. NALW 2021).

- **Skills learnt at work:** Hier standen den Teilnehmer:innen der Umfrage 16 Optionen an Fähigkeiten zur Auswahl, die sie während ihrer Tätigkeit als Link Worker:in entwickelt bzw. erlernt haben. Fähigkeiten wie aktives Zuhören (99 %), ein personenzentrierter Ansatz und Einfühlungsvermögen (98 %) sowie Zusammenarbeit (89 %) wurden am häufigsten ausgewählt.
- **Previous skills helping me in my role:** Die offen gestellte Frage nach Fähigkeiten und Kenntnissen aus früheren Dienstverhältnissen, Ausbildungen und/oder Lebenserfahrungen, die in der Rolle als Link Worker:in hilfreich erscheinen, wurde am häufigsten mit Zeit-, Projektmanagement, Geschäftsentwicklung, Moderationsfähigkeiten und partnerschaftlichem Arbeiten beantwortet. Zuhören, Empathie und Fähigkeiten im Umgang mit spezifischen Gruppen (älteren Menschen, Menschen mit substanzgebundenen Abhängigkeiten etc.) wurden ebenso mehrmals genannt.
- **Personal skills helping me in my role:** Die Frage nach den persönlichen Fähigkeiten, die Link Worker:innen in ihrer Tätigkeit unterstützen, konnte ebenso offen beantwortet werden. 51 % der Befragten gaben Empathie und Mitgefühl als bedeutend in dieser Kategorie an. Ehrlichkeit, ein respektvoller Umgang mit dem Gegenüber, Geduld und eine positive Einstellung finden sich mit 43 % im Bereich der zweithäufigsten Nennungen. Die persönliche Fähigkeit des Zuhörens wurde von 32 % erwähnt.

Die NALW unterstreicht, dass die professionellen und persönlichen Fähigkeiten, die es braucht, um ein:e gute:r Link Worker:in zu sein, je nach Klient:in variieren. **Schlüsselfähigkeiten und -kenntnisse** seien unabhängig davon aber aktives Zuhören, ein personenzentrierter Ansatz und Empathie. Hilfreich sind emotionale Kompetenz, Beratungs- und Coachingkompetenz, Fachwissen oder Erfahrungen zum Thema Verhaltensänderungen, Arbeitserfahrung in verschiedenen Bereichen (wie Demenz, Pflege, Alkohol- und Drogensucht) sowie Kenntnisse oder Erfahrungen im Bereich Motivationsförderung, Wohnungswesen, Sozialleistungen, Schuldenberatung und Gerichtsvollzug (vgl. ebd.:18).

Aus Studien (vgl. Fixsen et al. 2020:7; vgl. Fixsen / Polley 2020:251; vgl. Frostick / Bertotti 2019b:9f) geht hervor, dass Link Worker:innen oft **Vorerfahrung** im Bereich von Beratung oder Gesundheitsversorgung haben und über ein breites **Wissen** bzgl. verfügbarer günstiger oder kostenfreier Angebote in der Region verfügen. Frühere Erfahrungen in der direkten Arbeit mit Menschen und eigene Lebenserfahrungen werden zudem als wichtig erachtet und verleihen den Link Worker:innen oft nützliche Fähigkeiten. Link Worker:innen erhalten zudem **Schulungen** zu Motivational Interviewing und Verhaltensänderung – welche vonseiten der Link Worker:innen besonders geschätzt werden – sowie Schulungen zu aktivem Zuhören und Supervision. Weiters werden Trainings zu „safeguarding“ (Schutz von Personen) und Erster Hilfe bei psychischen Krisen von befragten Link Worker:innen als wertvoll erachtet. Schulungen zu Sozialleistungen und Beratungstraining werden als notwendig angesehen. Schulungen zum Leistungssystem werden ebenfalls als nützlich erachtet, um das Wissen über Anspruchsvoraussetzungen zu fördern, genauso wie Beratungsschulungen (vgl. ebd.:9f).

Das *Bromley by Bow Centre* (2021) bietet Trainingskurse für Link Worker:innen an (u. a. „Introduction to Social Welfare Advice & Welfare Benefits for Link Workers“ im Umfang

von siebeneinhalb Stunden, „Trauma, Bereavement and Mental Health Training for Link Workers and other Frontline Workers“ im Umfang von fünf Stunden, „Essential Skills and Knowledge for Social Prescribing Link Workers“ im Umfang von neun Stunden). Auch das NHS bietet eine Schulung für Link Worker:innen an.

Wallace et al. (vgl. 2020:1) haben in einer Studie den Versuch unternommen, einen konzeptionellen Rahmen für SP herauszuarbeiten, der als Grundlage für die Entwicklung eines SP-Curriculums dienen könnte. Hierfür wurden 85 Link Worker:innen nach Themen und Bereichen befragt, in denen sie **Fortbildungsbedarf** verspüren. Es ergaben sich aus den 120 Antworten fünf Kategorien (vgl. ebd.:7):

- Mitgefühl
- zwischenmenschliche Beziehungen
- sozioökonomische Benachteiligung
- Vernetzung
- Datenmonitoring

Die identifizierten Themenbereiche spiegeln den bio-psycho-sozialen Kontext von SP wider und können als Grundlage für Kompetenzrahmen für Aus-, Fort- und Weiterbildung und zur Ergebnisbewertung und Evaluierung dienen. Die Kategorien der 120 genannten Aussagen können verwendet werden, um kognitive, funktionale und ethische Kompetenzen für SP zu identifizieren und Bildungsangebote für Link Worker:innen dementsprechend aufzubauen (vgl. ebd.:12). Die Lernbedürfnisse wurden drei Phasen zugeordnet (vgl. ebd.:7):

- Einschulungsphase
- in den ersten drei Monaten als Link Worker:in
- im ersten Jahr als Link Worker:in

Zusätzlich wurden insgesamt 45 Lernbedürfnisse als „**ongoing**“ charakterisiert (ebd.:12). Darin enthalten sind u. a. die Themen professionelle Abgrenzung, aktives Zuhören, Messen und Darstellen von Gesundheitsverbesserungen, Coaching, Bewusstsein für psychische Gesundheit sowie Erste Hilfe bei psychischen Krisen, aber auch eigene Psychohygiene (Supervision, Vereinbarung von Arbeit und Familie) (vgl. ebd.:9–12).

Vor Beginn der Tätigkeit wünschen sich viele Link Worker:innen eine **Einschulungsphase**. In dieser Phase sind beispielsweise Trainings zu Beratung und Motivation, aktivem Zuhören sowie Fragen nach und Verstehen von „what matters to people“ (ebd.:9) gewünscht. **In den ersten drei Monaten** sind u. a. Fortbildungen zu den Themen Ungleichheiten im Gesundheitsbereich, Bedürfnisse von pflegenden Personen und Zusammenarbeit mit dem 3. Sektor gewünscht, während **im ersten Jahr** die Themen Lernbedürfnisse, Umgang mit qualitativ unzureichenden Angeboten des 3. Sektors, Aufbau und Erhalt guter Beziehungen zum 3. Sektor sowie professionelle Präsentation der eigenen Rolle gegenüber Kolleg:innen des Gesundheitssektors und Sozialbereiches relevant sind (vgl. ebd.:9–12).

Als besonders wichtig werden Fortbildungen zu Themen wie Unterstützung von Menschen, Umgang mit herausfordernden Situationen, Handeln mit Sorgfalt und Mitgefühl, Wissen über andere SP-Projekte in der Umgebung und Verweisungsmöglichkeiten, aktivem Zuhören, „What matters to me“-Ansatz (s. 4.3.1.3.6) und Zielplanung erachtet. Im Durchschnitt werden Nennungen der Kategorie Mitgefühl als am wichtigsten bewertet, Datenmonitoring als am wenigstens wichtig (vgl. ebd.:7).

Die häufige Kategorisierung von Lernbedürfnissen als „ongoing“ zeigt die **Wichtigkeit und Notwendigkeit von kontinuierlichen Schulungen**, um den komplexen und sich ändernden Bedürfnissen Rechnung zu tragen und Kompetenzen zur Bewältigung schwieriger Fälle und Multiproblemlagen aufzubauen und zu stärken. Die Autor:innen sehen darin eine Entwicklung von grundlegendem Wissen hin zu einem fortgeschrittenen und komplexen Verständnis der Ausführung von SP und somit einer **Professionalisierung** der Rolle der Link Worker:innen (vgl. ebd.:12). Weiterbildungen und Trainings sollen sowohl online als auch vor Ort angeboten werden (vgl. NALW 2019:22).

4.3.1.3.3.2 Persönliche Kompetenzen und Fähigkeiten

Singh Devi

Die zwischenmenschlichen Kompetenzen und Fähigkeiten der Link Worker:innen sind von großer Bedeutung für die Durchführung von SP-Angeboten und die Klient:innenzufriedenheit (vgl. Woodall et al. 2018:2). In der Literatur finden sich viele Informationen, darüber, welche Fähigkeiten Link Worker:innen mitbringen sollten. So hat eine qualitative Studie in Südwest-England ergeben, dass die meisten Link Worker:innen aus helfenden oder ganzheitlichen Professionen kommen, die ein enges Zusammenarbeiten mit Patient:innen, Schüler:innen bzw. Studierenden oder vulnerablen Personen erfordern (vgl. Beardmore 2019:48f).

Laut Hutt (vgl. 2017:93) kennzeichnen sich Link Worker:innen durch folgende **Fähigkeiten und Eigenschaften**:

- gute Kommunikationsfähigkeiten
- gut zuhören können
- kooperative Entscheidungsfindung
- Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung
- Empathie
- einfache Sprache
- nicht-klinischer, ganzheitlicher Ansatz
- spiegeln die lokale Community wider
- verfügen über aktuelles und tiefgehendes Wissen über Angebote
- Fähigkeit zu motivieren und ermächtigen
- Fähigkeiten und Kenntnisse, um Verhaltensänderungen zu erwirken

Link Worker:innen sollten Klient:innen zudem offen, geduldig, flexibel, urteilsfrei und empathisch gegenüberstehen (vgl. Woodall et al. 2018:11).

Polley et al. (vgl. 2017b:33) sehen die Fähigkeiten und Kenntnisse der Link Worker:innen als äußerst wichtig dafür, um Menschen bei Veränderungen zu unterstützen. Die Rolle der Link Worker:innen ist zentral in der Anwendung von SP. Sie arbeiten personenzentriert und benötigen eine Reihe von Fähigkeiten, um unabhängig und proaktiv arbeiten zu können (vgl. ebd.:36).

Link Worker:innen arbeiten in ihrer Funktion oft mit Menschen, die sich in schwierigen Situationen befinden. Daher müssen sie in der Lage sein, sich zu engagieren, empathisch zu sein, gut zuzuhören und Menschen zu ermächtigen und motivieren. Lösungen müssen immer in Koproduktion mit Klient:innen gesucht werden und die jeweiligen Bedürfnisse und Möglichkeiten sowie die örtlichen Gegebenheiten sollen berücksichtigt werden. Fähigkeiten im Bereich der motivierenden Gesprächsführung sind ebenso wichtig wie die Fähigkeit mit Menschen in akuten Krisen und bei Angstzuständen umzugehen (vgl. ebd.:38). Ein:e gute:r Link Worker:in zeichnet sich nach Polley et al. (vgl. ebd.:40) durch weitere **Kompetenzen und Qualitäten** aus:

- Fähigkeit, ein konstantes Arbeitspensum beizubehalten und genaue Dokumentation zu führen
- Fähigkeiten im organisatorischen Bereich, vor allem Computerkenntnisse wie Textbearbeitungsprogramme und Pflegen von Datenbanken
- Fähigkeit, Daten zum Zweck des Monitorings zu sammeln
- Kenntnisse der Informationsverwaltung sowie Wahrung der Vertraulichkeit und Einhaltung von Datenschutzrichtlinien
- ausgezeichnete Sprachkenntnisse; je nach lokalen Anforderungen sind Mehrsprachigkeit oder Fremdsprachenkenntnisse von Vorteil
- Fähigkeit mit verschiedenen Stakeholder:innen zu kommunizieren sowie Kompetenz in sozialen Interaktionen und Fähigkeit zuzuhören
- Fähigkeit sowohl im Team als auch selbstständig zu arbeiten
- Kenntnisse über Grundsicherung
- Schulung in Bezug auf Erkennen und Umgang mit Gefährdungen und Gefährdungsabwehr
- Sensibilität für die Bedürfnisse von Personen und Gruppen, die als schwer erreichbar gelten
- urteilsfreie und positive Einstellung gegenüber allen Menschen
- Ehrlichkeit und Integrität



Abbildung 29: Was zeichnet eine:n Link Worker:in aus?

Quelle: vgl. Fixsen et al. 2020:7; vgl. Fixsen / Polley 2020:251; vgl. Frostick / Bertotti 2019:9f; vgl. Hutt 2017:93; vgl. NALW 2019:9f; vgl. ebd. 18; vgl. NHS England 2020:24f; vgl. Polley et al. 2017b:38; vgl. ebd.:40; vgl. Woodall et al. 2018:11, eigene Darstellung

4.3.1.3.4 Aufgabenbereich von Link Worker:innen

Singh Devi

Link Worker:innen sind zentral für den Erfolg von SP-Maßnahmen und haben somit auch in PVEs eine wichtige Rolle inne. Link Worker:innen können in PVEs Werte wie Gleichheit, Vielfalt und Inklusion etablieren und somit eine grundlegende Basis für personalisierte Angebote legen (vgl. NHS England / NHS Improvement 2020b:6). In Anlehnung an Bourdieus Machtkonzept sehen Tierney et al. (vgl. 2020:61) allein schon das Treffen mit der:dem Link Worker:in als eine Möglichkeit, das soziale Kapital der Klient:innen zu erhöhen. Durch die Interaktion mit den Netzwerken werden Klient:innen leichter aktiviert und ihre Gesundheitskompetenz wird gestärkt. In weiterer Folge können sich dadurch die erwünschten Ergebnisse einstellen, wie ein erhöhtes Wohlbefinden und verminderte Abhängigkeit von Allgemeinmediziner:innen.

Üblicherweise umfasst die **Rolle der:des Link Worker:in** ein individuelles Assessment der Klient:innen, um nicht-medizinische Bedürfnisse ausfindig zu machen, das Anwenden von Motivational Interviewing, das **Verweisen der Klient:innen an den 3. Sektor** sowie Bereitstellen von durchgehender persönlicher Unterstützung und Evaluation (vgl. Pescheny et al. 2020:665). Die Hauptverantwortlichkeit von Link Worker:innen liegt jedoch darin, Klient:innen zu passenden Angeboten des 3. Sektors zu verweisen. Das Fact Sheet für SP in Österreich sieht Link Worker:innen als Lots:innen, die in Abstimmung mit den Klient:innen nicht-medizinische Angebote und Aktivitäten identifizieren, welche zu einer Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens beitragen könnten, und die Klient:innen dorthin vermitteln (vgl. Haas et al. 2019:1). Dies erfordert eine intensive Auseinandersetzung mit lokalen Gruppen und Aktivitäten, Netzwerken und Ressourcen des 3. Sektors (vgl. Morris et al. 2020:11). **Aufbau und Pflege eines Netzwerkes** mit den Akteur:innen des 3. Sektors sind oftmals zeitaufwändige, aber integrale Bestandteile der Arbeit und sollten in der Berechnung der alltäglichen Arbeitsauslastung Berücksichtigung finden (vgl. Frostick / Bertotti 2019a:538). Link Worker:innen sind zudem für **Qualitätsprüfungen** von lokalen Angeboten sowie für die **Entwicklung** neuer gemeinschaftlicher Gruppen zuständig, sollten Lücken im Angebot erkannt werden. Menschen mit ähnlichen Bedürfnissen sollen zusammengebracht werden, wodurch deren Sozialkapital erhöht wird (vgl. Tierney et al. 2020:61).

In der Arbeit mit den Klient:innen findet sich das **Erstellen eines individuellen Unterstützungsplanes** zur Steigerung des Wohlbefindens quer durch die Dokumentenanalyse immer wieder. Ein solcher Plan soll hervorheben, welche Aspekte für die jeweilige Person wichtig sind – ihre Prioritäten, Interessen und Motivation. Durch den Plan sollen Angebote des 3. Sektors, zu welchen der:die Klient:in verwiesen werden soll, sowie Antworten auf die Fragen, was die Person von dieser Verweisung erwarten kann, was sie selbst dazu beitragen kann, um das Wohlbefinden zu steigern, und worauf bereits zurückgegriffen werden kann (z. B. Hobbys, Freunde, Familie, Skills), ersichtlich werden (vgl. NHS England / NHS Improvement 2020b:14).

Eine weitere Aufgabe, über die Klient:innenarbeit hinaus, ist die **Aufklärung der klinischen und nicht-klinischen Kolleg:innen** in den PVEs darüber, wann und wie Klient:innen überwiesen werden können sowie die Sensibilisierung für nicht-medizinische Bedürfnisse allgemein (vgl. Haas et al. 2019:3, vgl. BMA 2019:1f). Dafür ist es nötig, eine gute Beziehung zu anderen über- und verweisenden Professionist:innen aufzubauen (Allgemeinmediziner:innen, Sozialarbeiter:innen, Gesundheitspersonal etc.). Ein solcher Austausch kann bereits durch multidisziplinäre Teamsitzungen innerhalb von PVEs (siehe 4.3.1.4.1) erzielt werden (vgl. ebd.:1f). Polley et al. (vgl. 2017b:32) sehen **Link Worker:innen als „communication hub“**, da sie sowohl mit dem überweisenden Gesundheitspersonal als auch mit dem 3. Sektor kommunizieren und daher über die aktuellen Informationen bzgl. Umfang und Qualität der verschiedenen Angebote verfügen.

Das NHS betont die **professionelle (Weiter-)Entwicklung** als eine Aufgabe von Link Worker:innen. Eine persönliche und berufliche Weiterentwicklung sowie eine aktive Beteiligung an der Überprüfung und Weiterentwicklung der eigenen Aufgaben und Verantwortlichkeiten sollen kontinuierlich verfolgt werden. Hervorgehoben wird eine regelmäßige Inanspruchnahme von Supervision (vgl. NHS England / NHS Improvement 2020b:23).

Die **Hauptzuständigkeiten** von Link Worker:innen werden vom NHS (vgl. 2019:10; vgl. NHS England / NHS Improvement 2020b:20f) wie folgt zusammengefasst:

- Entgegennehmen von Überweisungen durch Allgemeinmediziner:innen sowie andere Einrichtungen (z. B. Apotheken, multidisziplinäre Teams, Krankenhausentlastungsteams, Feuerwehr, Polizei, Arbeitsamt, soziale Einrichtungen etc.)
- Termine mit den Klient:innen
- Hausbesuche bei isolierten oder einsamen Klient:innen
- Koproduktion eines personalisierten Unterstützungsplans
- Vernetzung der Klient:innen mit den Communitys und lokalen freiwilligen Gruppen; Unterstützung zu selbständiger Entscheidung und Umgang mit der eigenen sozialen Situation
- Rückgriff auf und Stärkung von lokalen Communitys, Unterstützung für Partner:innen im 3. Sektor sowie Sicherstellen von Schutzmaßnahmen für vulnerable Personen
- Zusammenarbeit mit allen lokalen Partner:innen zur Schaffung nachhaltiger Angebote
- Unterstützung der Akteur:innen im 3. Sektor bei der Identifizierung und Steigerung des Entwicklungspotentials

Die typischen Aufgaben und Aktivitäten von Link Worker:innen lassen sich in drei große Bereiche aufteilen: **Zusammenarbeit mit überweisenden Professionist:innen, Klient:innenarbeit, Zusammenarbeit mit dem 3. Sektor** (vgl. Polley et al. 2017b:36). In der folgenden Tabelle werden die Aufgaben in den jeweiligen Bereichen im Detail beschrieben:

Tabelle 18: Schlüsselaufgaben von Link Worker:innen

Zusammenarbeit mit über- und verweisenden Professionist:innen	■ Link Worker:innen müssen Beziehungen zu an sie überweisende sowie anderen an den 3. Sektor verweisende Professionist:innen aufbauen und aufrechterhalten. Dafür soll bereits vor Beginn des SP-Angebotes ausreichend Zeit anberaumt werden. ■ Link Worker:innen sollten wöchentlich an Teamsitzungen der Ärzt:innenpraxen oder PVEs teilnehmen, in denen sie mitarbeiten. ■ Faktoren sollen identifiziert werden, die für eine verbesserte Über- und Verweisung nötig sind (z. B. Kriterien für die Überweisung zum:zur Link Worker:in, Kriterien für eine Rücküberweisung an Allgemeinmediziner:in, Kriterien für Vermittlung an Erwachsenenvertretung). ■ Durch Zusammenarbeit mit allen lokalen Einrichtungen soll das Bewusstsein für und der Bekanntheitsgrad von SP und dessen Vorteile erhöht werden. ■ Über-/Verweisende Einrichtungen sollen regelmäßige Updates über SP, Trainings und Weiterbildungen erhalten. ■ Regelmäßig sollen Rückmeldungen über Qualität der Leistung und Wirkkraft von SP eingeholt werden. ■ „Self-referrals“ sollen proaktiv bestärkt werden (siehe 4.3.1.2.2).
Klient:innenarbeit	■ Der Fokus in der Klient:innenarbeit liegt darauf, eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen und urteilsfreie Unterstützung zu leisten. Link Worker:innen arbeiten stärken- und ressourcenorientiert und orientieren sich an den Wünschen und Bedürfnissen der Klient:innen. ■ Klient:innenkontakt soll im Einzelsetting erfolgen. Einzeltermine dauern in der Regel 30 bis 60 Minuten. ■ Link Worker:innen informieren bezüglich Wohlbefinden und Präventionsansätzen. ■ Klient:innen sollen dabei unterstützt werden, Barrieren zu einer besseren Lebensqualität zu identifizieren. Dabei werden auch die sozialen Gesundheitsdeterminanten (siehe 2.3.2.1) in den Blick genommen (z. B. Armut, Arbeitslosigkeit, Einsamkeit etc.). ■ Mit den Klient:innen, deren Angehörigen und Betreuenden wird abgeklärt, wie sie durch SP unterstützt werden können. ■ Die Klient:innen geben das Tempo vor, die Link Worker:innen unterstützen sie. ■ Klient:innen sollen zu Unabhängigkeit sowie Kontrolle über Wohlbefinden und Gesundheitszustand befähigt werden. ■ In Koproduktion mit den Klient:innen wird ein persönlicher Unterstützungsplan erstellt. Dieser basiert auf persönlichen Interessen, Prioritäten und Werten der Klient:innen und beinhaltet individuell angepasste Schritte, um die jeweiligen Problemlagen zu bearbeiten. Hierzu gehört auch die Suche nach passenden Angeboten des 3. Sektors. ■ Zu Erstterminen bei Angeboten des 3. Sektors sollen Klient:innen bei Bedarf begleitet werden, um eine etwaige Hemmschwelle zu senken. ■ Klient:innen sollen im weiteren Verlauf hinsichtlich ihrer Zufriedenheit befragt werden.

	■ Sollte sich die Gesundheit bzw. das Wohlbefinden der Klient:innen zu verschlechtern drohen, soll der:die Link Worker:in eine Überweisung zurück zum:zur Allgemeinmediziner:in vornehmen.
Zusammenarbeit mit dem 3. Sektor	■ Zu Beginn des SP-Angebotes sollten Link Worker:innen eine Bestandsaufnahme der vorhandenen Partner:innen des 3. Sektors vornehmen und Kontakt mit ihnen knüpfen, da sie für zukünftige Verweisungen wissen müssen, welche Partner:innen es gibt und was diese anbieten. Für diese Aufgabe sollte der:die Link Worker:in bereits vor dem Start des SP-Angebotes Zeit bekommen. Im Rahmen der Vernetzung soll auf eventuell vorhandene Förderungsmöglichkeiten (für Vereine, Projekte o. Ä.) hingewiesen werden. ■ In manchen SP-Modellen können Link Worker:innen nur an bestimmte vorab vereinbarte Organisationen und Programme verweisen. In diesem Fall sollen die Link Worker:innen eingehend über diese Angebote Bescheid wissen. ■ Link Worker:innen sollen sicherstellen, dass Partner:innen des 3. Sektors Strategien anwenden, um die Sicherheit vulnerabler Personen zu gewährleisten und im Fall von Sicherheitsbedenken mit allen Partner:innen zusammenarbeiten, um Lösungen zu finden bzw. sollen solche inklusiven Strukturen und Vorgehensweisen gefördert werden, bevor an Partner:innen des 3. Sektors verwiesen wird. ■ Räumlichkeiten der Angebote sollen auf Gesundheits- und Sicherheitsstandards hin untersucht werden bzw. Partner:innen des 3. Sektors bei der Gewährleistung der Standards unterstützt werden. ■ In Zusammenarbeit mit den lokalen Partner:innen sollen nachhaltige Angebote gefördert werden. ■ In Zusammenarbeit mit Auftraggeber:innen und Partner:innen sollen Lücken in der Versorgungs-/Angebotslandschaft ausfindig gemacht werden. Im Bedarfsfall sollen lokale Partner:innen dabei unterstützt werden, neue Angebot und Gruppen zu entwickeln, um die Lücken zu schließen, z. B. durch Recherchieren von Förderungsmöglichkeiten, Klärung von Leitungsfragen etc. ■ Link Worker:innen sollen Klient:innen dazu ermuntern, sich in der Gemeinschaft zu engagieren, um deren Fähigkeiten und Selbstvertrauen wie auch die Resilienz der Community zu stärken. ■ Ein Team von Freiwilligen soll aufgebaut werden, die als Buddys fungieren, neue Gruppen gründen und kreative Lösungen für lokale Probleme finden können. ■ Klient:innen und deren Bezugspersonen sollen dazu ermutigt werden, sich gegenseitig zu unterstützen und zu vernetzen, wodurch gemeinsame Aktivitäten ermöglicht werden. ■ Bei Partner:innen des 3. Sektors sollen regelmäßige Umfragen durchgeführt werden, sodass die Nachhaltigkeit der Angebote und die Zufriedenheit bzgl. der erhaltenen Unterstützung gewährleistet wird.

Quelle: vgl. NHS England / NHS Improvement 2020b 21–23; vgl. Polley et al. 2017b:37–42, eigene Darstellung

4.3.1.3.5 Arbeitsweisen der Link Worker:innen

Singh Devi

Die **kollaborative Beziehung** zu Link Worker:innen soll den Menschen einen Raum dafür geben, Möglichkeiten zu erkunden und über weitere Vorgehensweisen mitzuentcheiden. Dabei wird das Selbstmanagement der Klient:innen gefördert (vgl. Farenden et al. 2015:33). Evaluationen von SP-Pilotprojekten haben gezeigt, dass Hausbesuche effektiv sind, um Patient:innen zu ermutigen, Termine wahrzunehmen und Angebote anzunehmen. Auch das Begleiten zu Erstterminen bei neuen Gruppen oder Angeboten steigert die Bereitschaft der Patient:innen (vgl. ebd.:49).

Link Worker:innen sollen prinzipiell einen **stärkenorientierten Zugang** zu Klient:innen haben und systematisch die Stärken und Ressourcen der Klient:innen identifizieren. Der Fokus soll darauf gelegt werden, herauszufinden, was den Klient:innen Freude bereitet und sie motiviert, um in weiterer Folge die Selbstwirksamkeit und das Selbstvertrauen des Gegenübers zu stärken. Zugleich gilt es, hinderliche Faktoren zu eruieren, um diese im Zuge des Prozesses bearbeiten zu können. Soziale Betätigungen im Rahmen von ehrenamtlichen Tätigkeiten oder Teilnahmen an diversen Aktivitäten (Kochkurs, Reparatur-Gruppen, Sport, Kultur etc.) ermöglichen den Menschen, in Kontakt mit anderen und der Gemeinschaft zu kommen (vgl. Heijnders / Meijs 2018:224f). Um dieses Wissen über die aktuellen lokalen Angebote auf dem neuesten Stand zu halten, benötigen Link Worker:innen ausreichend zeitliche Ressourcen.

Es hat sich gezeigt, dass jene Klient:innen, die schon zu Beginn des Prozesses motivierter und aktivierter sind, auch leichter gesundheitsfördernde Verhaltensweisen übernehmen. Um diese Eigenmotivation zu erhöhen, können **Interventionen** gesetzt werden, die die Fähigkeiten und Problemlösungskompetenz stärken. Link Worker:innen müssen hierbei jene Klient:innen besonders ermuntern und anleiten, die Probleme im Umgang mit Sozialkontakten haben (vgl. Tierney et al. 2020:57–60). Eine wichtige Interventionsform innerhalb von SP stellt das Motivational Interviewing dar. Sie zeigte Erfolge in der Arbeit mit Menschen mit Diabetes, Bluthochdruck und Adipositas. Bei Jugendlichen konnten durch die Methode in Kombination mit einer zielorientierten Behandlung eine Verbesserung der Blutzuckerwerte und Reduzierung von diabetesbedingtem Stress erzielt werden. Bei Erwachsenen kam es zu einer Milderung von Depressionen und Ängsten sowie einer besseren Einhaltung von Behandlungsschemata (vgl. Fenton 2011:345). Zur Darstellung der SP-Prozesse empfiehlt sich der Einsatz von qualitativen Verfahren, wie Instrumente zur visuellen Darstellung und Erhebung von Interaktionsmustern (Ecomaps, Netzwerkkarte etc.) (vgl. Dettmers 2011:9).

Folgende weitere Interventionen beobachten Döbl et al. (vgl. 2015:335) in ihrer Studie:

- Advocacy
- Case Management
- Kontaktaufnahme
- Überweisungen
- Informationsbeschaffung

- praktische und emotionale Unterstützung
- Beratung
- Gesundheitsaufklärung
- Kompetenzförderung
- Gruppenarbeiten

4.3.1.3.6 Elemente der Klient:innenarbeit

Singh Devi

In Gesprächen mit dem:der Link Worker:in haben Klient:innen die Möglichkeit, ihre Bedürfnisse zum Ausdruck zu bringen und in Koproduktion mit dem:der Link Worker:in einen Plan zu erstellen und mögliche Verweisungsoptionen zu besprechen (vgl. Fixsen et al. 2020:6). Dieser koproduzierte individuelle Unterstützungsplan soll den Klient:innen in Kopie überreicht werden und die folgenden Punkte enthalten (vgl. NHS England 2019:13):

- Was ist für den:die Klient:in wichtig?
- Wie kann der:die Klient:in am besten unterstützt werden? Was sollten andere über den:die Klient:in wissen?
- Welche gesundheitlichen Aspekte des:der Klient:in erscheinen für Gruppen bzw. Einrichtungen wissenswert?
- An welches Angebot soll der:die Klient:in verwiesen werden?
- Was kann der:die Klient:in selbst tun, um das Ziel/die Ziele zu erreichen?
- Wie verläuft der Prozess und welche Veränderungen sind passiert?
- Genehmigt der:die Klient:in die Weitergabe von bestimmten Daten? Besteht Interesse bzgl. der Teilnahme an Evaluationen und Zufriedenheitsumfragen?

Face-to-Face-Gespräche stellen eine wichtige Basis für eine gut funktionierende Kommunikation zwischen Klient:in und Link Worker:in dar. Es zeigte sich weiters, dass die **Beziehung** zwischen Link Worker:in und Klient:in einer der Hauptfaktoren für ein gelingendes SP und in weiterer Folge eine Verbesserung der Kontrolle und Handlungsmacht darstellt. Hierfür ist es wichtig, dass die Link Worker:innen qualifiziert und empathisch sind und über umfangreiches Wissen über lokale soziale Unterstützungsangebote verfügen. Art und Ausmaß der Interaktionen zwischen Klient:in und Link Worker:in hängen von den jeweiligen Bedürfnissen und Wünschen der Klient:innen ab. Eine positive Beziehung zwischen Link Worker:in und Klient:innen fördert das Gefühl der Selbstwirksamkeit, Kontrolle sowie Bereitschaft, sich schwierigen Aufgaben zu stellen. Die Unterstützung der:des Link Worker:in kann die Basis für Verhaltensveränderungen legen, wie die Teilnahme an Aktivitäten, und fördert allgemein die Aktivierung der Klient:innen (vgl. Bertotti et al. 2018:239f).

Link Worker:innen sollen Klient:innen dabei helfen, sich auf das zu konzentrieren, was ihnen wichtig ist, und ihnen ausreichend Zeit geben, sich zu äußern. Es sollen sowohl die **Wünsche und Anliegen der Klient:innen** als auch die Hindernisse, die diesen im

Weg stehen, ermittelt werden. Dabei können sich Link Worker:innen auf den auf die Klient:innenperspektive bezogenen „**What matters to me**“-Ansatz stützen (vgl. NHS England 2019:12):

- aktives Zuhören und verdeutlichen, dass die Anliegen des Gegenübers verstanden wurden
- urteilsfreie/nicht wertende Unterstützung
- Klient:innen wiedergeben, was sie gesagt haben, um zu überprüfen, ob es richtig verstanden wurde
- in den Mittelpunkt stellen, was für den:die Klient:in am wichtigsten ist
- Warmherzigkeit und Freundlichkeit
- würde- und respektvoller Umgang
- Klient:innen Möglichkeiten bereitstellen, Beschwerden einzubringen

Aus Sicht der Klient:innen sollen durch diesen Ansatz in der Interaktion mit den Link Worker:innen folgende Aspekte gegeben sein (vgl. ebd.):

- eigene Anliegen im Mittelpunkt, aktives Zuhören durch den:die Link Worker:in
- würde- und respektvollen Behandlung durch den:die Link Worker:in
- Schutz der eigenen (Menschen-)Rechte, ohne Diskriminierungserfahrungen
- herzliche, mitfühlende, individuelle Betreuung und Unterstützung
- schnelles Reagieren des:der Link Worker:in auf Anliegen oder Beschwerden

Die Beziehung zum:zur Link Worker:in wird auch in einer Evaluation von Farenden et al. (vgl. 2015:24f) als entscheidender Faktor für eine bestmögliche Unterstützung der Klient:innen mittels SP genannt, vor allem bei Klient:innen mit psychischen Krankheiten. Aufgrund der Vulnerabilität der Klient:innen und der oft länger andauernden Teilnahme an SP-Angeboten ist es wichtig, sensibel mit den Erwartungen und Wünschen umzugehen und ein Ende der Betreuung zeitgerecht bekanntzugeben (vgl. ebd.:47).

Die Zusammenarbeit zwischen Klient:in und Link Worker:in soll partnerschaftlich gestaltet sein. Link Worker:innen müssen flexibel im Umgang mit Klient:innen sein und deren Unabhängigkeit fördern. Hierfür ist es wichtig, eine Balance zwischen zu wenig und zu viel Beziehung zu finden (vgl. Davison et al. 2019:18). Durch den Aufbau vertrauensvoller Beziehungen zu den Klient:innen und das Angebot individueller Unterstützung werden in weiterer Folge auch die Resilienz der gesamten Community gestärkt sowie gesundheitsbezogene Ungleichheiten verringert, soziale Gesundheitsdeterminanten thematisiert und die aktive Beteiligung der Klient:innen in den lokalen Communitys gefördert (vgl. NHS England / NHS Improvement 2020b:13).

Die Studie von Moffatt et al. (vgl. 2017:6f) zeigt wesentliche Merkmale der Arbeit zwischen Link Worker:innen und Klient:innen innerhalb des SP-Konzeptes. Klient:innen berichteten davon, dass sie sich in Gegenwart des:der Link Worker:in entspannt fühlten und dies den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung erleichterte. Weiters wirkte sich der personenzentrierte und nicht-urteilende Ansatz positiv aus: Klient:innen erzählen von einem Gefühl der Kontrolle und der Offenheit, Gegebenheiten zu reflektieren und Veränderungen zu implementieren. Die Studie veranschaulicht die zentrale Bedeutung der

Beziehung zwischen Link Worker:innen und Klient:innen zur Verbesserung des Wohlbefindens und erfolgreichen Anbindung an relevante Partner:innen des 3. Sektors. Durch das Festlegen von realistischen, progressiven und individuellen Zielen, die Erarbeitung von Problemlösungsstrategien, regelmäßiges Feedback und soziale Unterstützung konnten Veränderungen im gesundheitsbezogenen Verhalten und im Umgang mit Langzeiterkrankungen erzielt werden. Entscheidend ist, dass die Klient:innen zeitgleich auch dabei unterstützt werden, soziale und wirtschaftliche Probleme zu bearbeiten. Der Einsatz von SP führte zu einem erhöhten Gefühl der Kontrolle und des Selbstbewusstseins, verringerte soziale Isolation und führte zu positiven (körperlichen) Veränderungen (mehr Bewegung, größere Resilienz, effektive Bewältigungsstrategien etc.) (vgl. ebd.:9).⁶⁹

4.3.1.4 Nahtstellenmanagement

Fischer Maria

Zusammenarbeit und Abstimmung sind zentral für eine PVE, sowohl intern als auch zwischen den in der PVE tätigen Berufsgruppen und den lokalen Akteur:innen. Die unterschiedlichen Berufsgruppen in einer PVE, welche dem Gesundheits- und Sozialbereich angehören, arbeiten unter regelmäßigem Austausch über gemeinsame Klient:innen zusammen und stehen in Kontakt mit diversen Einrichtungen, wie z. B. Schulen, Gemeinden, Beratungsstellen, Pflegeeinrichtungen und Fachärzt:innen (vgl. BMG 2014:16). Döbl et al. (vgl. 2015:327) beschreiben Sozialarbeitende als wichtiges Bindeglied, das zu einer kontinuierlichen und oftmals entscheidenden Kommunikation zwischen Klient:innen, unterschiedlichen Berufsgruppen und externen Stellen beiträgt.

Um Herausforderungen im heutigen Gesundheitssystem zu bewältigen, wird teambasiertes Arbeiten seit geraumer Zeit großgeschrieben. Ewers und Walkenhorst (vgl. 2019:62f) heben unterschiedliche **Teammodelle** hervor, die je nach Versorgungsherausforderung und Anwendungskontext in der Gesundheitsversorgung zur Verwendung kommen und unterschiedliche Vor- und Nachteile mit sich bringen:

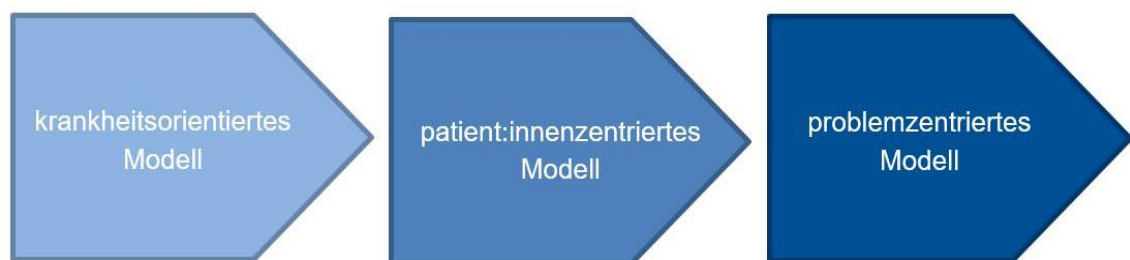


Abbildung 30: Teammodelle

Quelle: vgl. Ewers / Walkenhorst 2019:62, eigene Darstellung

- **krankheitsorientiertes Modell:** Dieses Modell ist hierarchisch strukturiert. Die Ärzt:innen stehen über den anderen Berufsgruppen, wie z. B. Pflegepersonal, Therapeut:innen und Sozialarbeitenden. Die Patient:innen und deren Angehörige stehen am unteren Ende dieses Modells.

⁶⁹ Ähnliche Ergebnisse zeigte auch eine qualitative Studie von Wildman et al. (vgl. 2019:6–11).

- patient:innenorientiertes Modell: Die Ausrichtung verschiedener, gleichrangiger und miteinander zusammenarbeitender Berufsgruppen des Gesundheitsbereiches auf die Patient:innen in ihrer jeweiligen Situation zeichnet dieses Modell aus.
- problemzentriertes Modell: Das Gesundheitsproblem der Patient:innen wird durch dieses Modell in den Mittelpunkt gerückt. Die Patient:innen und ihr Umfeld werden aktiv an der Definition und Bearbeitung des jeweiligen Problems beteiligt.

Die gemeinsame Klärung zwischen allen Mitgliedern, was unter Team bzw. Teamarbeit verstanden wird, kann die Förderung von Interprofessionalität vorantreiben (vgl. ebd.:63). Es gilt ein „nicht-hierarchisches Teamverständnis [...] [anzustreben], das auf einem gleichberechtigten und gleichrangigen Miteinander der verschiedenen Gesundheitsprofessionen basiert“ (ebd.).

Auf der zwischenmenschlichen Ebene führen „eindeutige Kommunikation, Vertrauen, gegenseitiger Respekt sowie die Bereitschaft zur Zusammenarbeit“ (Pham 2019:175) zu erfolgreicher interprofessioneller Teamarbeit.

4.3.1.4.1 Nahtstellenmanagement innerhalb der Primärversorgungseinheit

Fischer Maria

Die Zusammenarbeit in einer PVE erfolgt zwischen Gesundheits- und Sozialberufen unter der medizinischen Leitung der Ärzt:innen im Team. Als Mitglied dieses Teams hat jede Person bzw. jede Berufsgruppe Aufgaben in Bezug auf die jeweiligen Kompetenzen und die berufsrechtlich geregelten Befugnisse zu übernehmen. Die **Kooperation zwischen den Berufsgruppen** soll partnerschaftlich und synergetisch, fernab von Konkurrenz, erfolgen. Durch laufende Fortbildungen soll sich das PV-Team dementsprechend aus- und weiterbilden, sodass für eine umfassende Betreuung der Klient:innen gesorgt ist. Fortbildungen sind auch über die jeweiligen fachspezifischen Kompetenzen hinweg wichtig, um u. a. Verbesserungen in den Bereichen Nahtstellenmanagement und Gesundheitsförderung zu erzielen. Wissen über die Tätigkeiten und Ausbildungen der jeweils anderen Berufsgruppen innerhalb der PVE trägt ebenso zu einer besseren Zusammenarbeit bei (vgl. BMG 2014:17).

Nach Staar und Atzpodien (vgl. 2017:26) fehlt es in deutschen Gesundheitsnetzwerken während der Gründungsphase und Anfangszeit noch an Struktur hinsichtlich der Aufgaben und Rollen. Das **Bilden einer Organisationskultur** wird als bedeutsam für die Zusammenarbeit gesehen. Sowohl formelle als auch informelle Rollen, Wertevorstellungen und Aufgabenverteilung innerhalb eines Teams können erst im Laufe der Zeit bzw. der Zusammenarbeit entwickelt bzw. abgestimmt werden. In sogenannten vernetzten Kooperationen beeinflusst der **Führungsstil** die Zusammenarbeit wesentlich.

Beim Aufbau eines PV-Teams ist eine **umfassende Vorbereitung** zentral, um die Zusammenarbeit zu fördern. Die erfolgreiche Zusammenarbeit im Team kann durch Vorbereitungen auf unterschiedlichen Ebenen vorangetrieben werden. Unter anderem gilt

es vorab Themen wie administrative Angelegenheiten, Zugang zu Dokumentationssystemen, Verschwiegenheit, Verantwortungsbereiche, gemeinsame Ziele und Rollenverteilung zu bearbeiten. Regelmäßige Besprechungen, um auftretende Probleme zu besprechen bzw. zu vermeiden, sollen abgehalten werden. In Bezug auf Neueinstellungen gilt es motivierte Personen einzusetzen und diesbezüglich auch mit dem restlichen Team Rücksprache zu halten (vgl. Corney 1988:30).

Aus den Erfahrungen der interprofessionellen Zusammenarbeit im ambulanten Versorgungssektor der Schweiz lässt sich Grundlegendes für die Zusammenarbeit innerhalb einer PVE hinsichtlich Praxisstruktur und organisatorischer Abläufe ableiten. Die **räumliche Struktur** soll für regelmäßige Treffen, sowohl für den formellen als auch den informellen Austausch untereinander, geeignet sein. Offenheit für eine kritische Auseinandersetzung mit den eigenen Kompetenzen und der Verteilung der Rollen im Team fördert die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen. Hierfür gilt es Reflexionsmöglichkeiten zu schaffen. Zu einer erfolgreichen Kooperation trägt ebenso der Wille, sich Neues anzueignen, bei. Gegenseitiger Respekt und Wertschätzung stellen die Basis für eine gelingende Teamkultur dar. Diese Kultur kann mit Hilfe von regelmäßigen Treffen und Austausch innerhalb des Teams aufgebaut werden (vgl. Schoeb / Staffoni 2019:197f).

Ebenso zeigen Erfahrungen aus der Teamarbeit von sogenannten Familiengesundheitsteams in Ontario (Kanada) zentrale Elemente, die auf die Arbeit im PV-Team umgelegt werden können. Neun Aspekte zur erfolgreichen Zusammenarbeit wurden hierbei herausgearbeitet (vgl. Pham 2019:180):

- Vorhandensein gemeinsamer Vorstellungen von Teamarbeit
- Anerkennung und Nutzung der Handlungs- und Entscheidungsrahmen der jeweiligen Teammitglieder
- effektiver Einsatz elektronischer Krankenakten
- Bereitstellung von geeigneten Räumen und Zeit für die Teamarbeit
- Durchführung teambildender Maßnahmen
- wirksame Kommunikation, insbesondere bei der Konfliktbewältigung
- Umsetzung von Change-Management-Strukturen⁷⁰
- effektive Führung
- kontinuierliche Teamentwicklung

Die Führung, die Teamumgebung und die Kommunikation beeinflussen die Dimensionen besonders stark. Erfolgreiche Teams können sich auf die Führung verlassen, die Rollen sind klar definiert und Verantwortlichkeiten werden kritisch hinterfragt. Die Ansiedlung der unterschiedlichen Gesundheitsberufe unter einem Dach fördert erfolgreiche Teamarbeit durch den gegebenen Raum für Austausch und Zusammenarbeit. Die Kommunikation verläuft auf unterschiedlichen Ebenen. Elektronische Krankenakten dienen

⁷⁰ „Change Management ist die Strategie des geplanten und systematischen Wandels, der durch die Beeinflussung der Organisationsstruktur, der Unternehmenskultur und des individuellen Verhaltens zu Stande kommt, und zwar unter größtmöglicher Beteiligung der betroffenen Arbeitnehmer[:innen]. Die gewählte ganzheitliche Perspektive berücksichtigt die Wechselwirkung zwischen Individuen, Gruppen, Organisationen, Technologie, Umwelt, Zeit sowie die Kommunikationsmuster, Wertestrukturen, Machtkonstellationen usw., die in der jeweiligen Organisation real existieren“ (Leibundgut 2010:91).

als wirksames Kommunikationsmittel. Regelmäßige Besprechungen und u. a. Teamklausuren und Fallbesprechungen tragen zur Stärkung der Zusammenarbeit und Kooperation bei (vgl. ebd.:180f).

Auch Ulrich et al. (vgl. 2019:495) betonen, dass die Zusammensetzung eines Teams aus unterschiedlichen Professionen gegenseitigen **Respekt, Offenheit, Bereitschaft für Kompromisse und ein eindeutiges Rollenverstehen** verlangt. Genaue Beschreibungen der Tätigkeiten (z. B. Stellenbeschreibung) der einzelnen Berufsgruppen können klare Strukturen innerhalb des Teams schaffen. Die Qualität der (Zusammen-)Arbeit kann durch regelmäßige Besprechungen, die Raum für konstruktive Kritik bieten, verbessert werden. Neben den arbeitsbedingten Strukturen innerhalb eines Teams gilt es auch, Vertrauen sowohl auf beruflicher als auch zum Teil auf privater Ebene aufzubauen. Dies setzt voraus, dass sich alle Mitglieder auf die Teamarbeit einlassen und entsprechend Zeit und Bemühungen investieren.

Im Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären PV in Österreich (vgl. BMG 2014:19) werden folgende Kriterien für eine strukturierte Zusammenarbeit im Team der PVE zusammengefasst:

- Arbeits- und Aufgabenverteilungen im PV-Team
- regelmäßige betreuungsabhängige Team- und Fallbesprechungen
- regelmäßige Fort- und Weiterbildungen sowie Qualitätszirkel
- Abstimmung der zeitlichen Verfügbarkeit und örtlichen Erreichbarkeit
- elektronische standardisierte und multiprofessionelle Patient:innendokumentation
- kompatible IT-Systeme für ein strukturiertes Management der zu versorgenden Personen
- abgestimmte Angebote hinsichtlich Patient:inneninformationen
- Vereinbarung von Versorgungszielen innerhalb des PV-Teams
- gemeinsames Qualitäts- und Fehlermanagementsystem

Fällt der Blick auf die Zusammenarbeit zwischen Ärzt:innen und Link Worker:innen bzw. Sozialarbeitenden (siehe 2.3.), zeigt sich anhand der Literaturrecherche, dass fehlende zeitliche Ressourcen oftmals dazu führen, dass die Kommunikation zwischen diesen Berufsgruppen zu kurz kommt (vgl. Corney 1988:29). So können bei der Überweisung von Ärzt:innen an Link Worker:innen bzw. Sozialarbeiter:innen Unklarheiten auftreten. Frostick und Bertotti (vgl. 2019b:8f) betonen die Wichtigkeit darauf zu achten, dass sich Link Worker:innen nicht als Ablageplatz für alle schwierigen Klient:innen verstanden fühlen. Entsteht dieses Gefühl erst einmal, so kann sich dies sowohl auf die Zusammenarbeit zwischen Ärzt:innen und Link Worker:innen als auch auf die Klient:innen selbst negativ auswirken. Mangan et al. (vgl. 2014:54) ordnen der Beziehung zwischen Ärzt:innen und Sozialarbeitenden unterstützende und hinderliche Faktoren zu. Zu wenig gegenseitiges Verständnis für die andere Rolle und Arbeitsweise, unterschiedliche Prioritäten und fachliche Herangehensweisen zählen zu den beziehungshinderlichen Faktoren. Zu den beziehungsstärkenden Faktoren zählen hingegen der Fokus auf Vertrauensaufbau, die Schaffung von Bewusstsein für die Rolle des:der anderen, die Entwicklung von gemeinsamen Werten und Prioritäten sowie eine klare Sprache.

4.3.1.4.2 Nahtstellenmanagement mit lokalen Akteur:innen

Fischer Maria

Der **Aufbau und die Pflege von Kontakten auf professions- und organisationsbezogener Ebene** stellen eine Grundlage für eine gute Zusammenarbeit dar. Gegenseitige Anerkennung, Vertrauen und Gleichberechtigung sind entscheidend in Abstimmungsprozessen. Wissen über Organisationen, u. a. die Abläufe und Zuständigkeiten betreffend, sowie regelmäßiger Austausch werden als grundlegend für eine gelingende Kooperation identifiziert. Des Weiteren dienen Eigenschaften von Organisationen wie Verlässlichkeit, Zielsetzung und das Vorhandensein von Kompetenzen und Ressourcen einer guten Zusammenarbeit (vgl. Gahleitner / Homfeldt 2019:570).

Bauer (vgl. 2011:351–353) hebt den Unterschied zwischen organisationsbezogenen und professionsbezogenen Netzwerken hervor. Die Ausrichtung auf den einzelnen Fall wird als organisationsbezogenes Netzwerk verstanden. Im Gegensatz dazu zählt das Aushandeln **fallübergreifender Angelegenheiten zu den professionsbezogenen Netzwerken**. Der Aufbau und vor allem das dauerhafte Aufrechterhalten von professionsbezogenen Netzwerken werden als schwieriger betrachtet, da der laufende Wechsel der Professionist:innen und die damit einhergehenden Beziehungsabbrüche und Vertrauensverluste dies beeinflussen.

Nach Antosik (vgl. 2020:92) zählen das Netzwerken und das Kennen der lokalen Angebote und Umstände zu den charakteristischen Aufgaben der Sozialen Arbeit – dies deckt sich mit dem Aufgabenspektrum von Link Worker:innen (siehe 2.3.2.2). In Bezug auf den Aufbau von Netzwerken betont sie die Bedeutsamkeit, die gegebenen sozialen Ressourcen der jeweiligen Gemeinden bzw. Regionen zu kennen und diese auch zu nutzen. Auch Kenkre und Howarth (vgl. 2018:643) weisen darauf hin, dass PV-Teams profitieren, wenn sie über die unterschiedlichen Angebote und Aktivitäten des 3. Sektors informiert sind. Zusätzlich erweist es sich als nützlich zu wissen, ob es z. B. spezielle Zugangsvoraussetzungen gibt.

Der 3. Sektor ist ein wesentlicher Bestandteil von LW. Eine Zusammenarbeit zwischen PVE und lokalen Akteur:innen ist überhaupt nur dann möglich, wenn der lokale 3. Sektor vorhanden und ausreichend ausgebaut ist, sodass es seinen Akteur:innen möglich ist, auf Verweisungen zu reagieren (vgl. Polley et al. 2017b:77). Und so heben auch Davison et al. (2019:21) die Wichtigkeit eines ausgebauten 3. Sektors hervor, wenn sie schreiben: „If we don't invest in the voluntary sector there won't be social prescribing in 10 years' time.“ Skivington et al. (vgl. 2018:e488) betonen jedoch, dass die Bedeutsamkeit der Beteiligung des 3. Sektors an LW in der Literatur nur wenig diskutiert wird, obwohl dieser eine Schlüsselrolle zukommt. Der Erfolg der Verschreibungen der Link Worker:innen beruht auf dem gemeinsamen Handeln von verschiedenen Organisationen, ohne die bestimmte Interventionen erst gar nicht angeboten bzw. durchgeführt werden könnten. SP ist von einem breiten, regionalen und attraktiven 3. Sektor abhängig (vgl. South et al. 2008:316). Die Angebote des 3. Sektors und auch die notwendige Infrastruktur und

Transportmittel, die den Zugang zu diversen Angeboten erst ermöglichen, variieren zwischen den unterschiedlichen Regionen und Orten stark (vgl. Holding et al. 2020:1540). Auch die (fehlende) Finanzierung von ausreichenden Angeboten und Plätzen im 3. Sektor wird in der Literatur immer wieder diskutiert (vgl. Antosik 2020:93; vgl. Bertotti et al. 2018:239; vgl. Healthy London Partnership 2017:17). Lokale Akteur:innen könnten hinsichtlich ihrer Finanzierung von Verweisungen profitieren, indem sie das formelle Verweisungssystem nutzen, um ihre Finanzierung zu sichern (vgl. Fixsen et al. 2020:6).

Ein wichtiger Faktor im Aufbau von Kooperationspartnerschaften mit Akteur:innen des 3. Sektors ist das persönliche Aufsuchen der diversen Einrichtungen und Angebote durch z. B. Link Worker:innen (vgl. Davison et al. 2019:10). Um eine fortlaufende Kooperation zwischen einer PVE und dem 3. Sektor aufzubauen, gilt es Beziehungen auf individueller Basis zwischen den Link Worker:innen und den lokalen Akteur:innen zu etablieren. Nachhaltige Partnerschaften zwischen PVE und dem 3. Sektor können nur durch die **kontinuierliche Pflege von individuellen sozialen Bindungen und Vertrauen** erreicht werden (vgl. Skivington et al. 2018:e492f). Es gilt ebenso die lokalen Akteur:innen als gleichberechtigte Partner:innen anzusehen und ihnen nicht zu diktieren, was sie zu tun haben (vgl. Fixsen et al. 2020:6). In der Zusammenarbeit zwischen Link Worker:innen und den Akteur:innen des 3. Sektors muss auch geklärt werden, ob nach der Verweisung Rückmeldungen von den diversen Angeboten (z. B. über Abbrüche, Verlauf der Teilnahme) an die PVE erfolgen sollen. Generell sollen die Erwartungen an das jeweilige Angebot des 3. Sektors geklärt und auf ausreichend Transparenz in der Kooperation geachtet werden (vgl. Polley et al. 2017b:46).

4.3.1.4.3 Datenmanagement

Fischer Maria

Das Datenmanagement betreffend finden sich nur wenige Informationen anhand der Dokumentenanalysen, da sowohl der konkrete Umgang mit Daten innerhalb einer PVE als auch zwischen einer PVE und dem 3. Sektor in der Literatur kaum beleuchtet wird. Im folgenden Abschnitt werden die gewonnenen Eindrücke zusammengefasst.

Schoeb und Staffoni (2019:197f) greifen die Bedeutsamkeit von klinischen und administrativen Informationssystemen auf, „die den Ansprüchen interprofessioneller Zusammenarbeit entsprechen“. Digitale Informationssysteme führen zu Änderungen in der Dokumentation und auch in der Kommunikation. Diese Systeme können auf der einen Seite förderlich, auf der anderen Seite aber auch hinderlich auf die interprofessionelle Zusammenarbeit im ambulanten Sektor wirken. Allerdings sollen Informationssysteme grundsätzlich die Vernetzung und den Austausch sowohl zwischen den Berufsgruppen als auch über Organisationsgrenzen hinaus ermöglichen (vgl. ebd.). Neben der Kommunikation innerhalb des PV-Teams kann durch die Anwendung von elektronischen Klient:innenakten das Management der Gesamtversorgung profitieren (vgl. Pham 2019:172).

In Großbritannien ist eine große Anzahl an unterschiedlichen Patient:innen-Datenbanken bei Ärzt:innen in Verwendung. Organisationen des 3. Sektors haben Schwierigkeiten, Wege zu finden, auf die Daten der Ärzt:innen zuzugreifen. Diese Herausforderungen werden von Bedenken hinsichtlich Vertraulichkeit und Datenschutz begleitet. Das *East Merton Social Prescribing Project*, ein Pilotprojekt in London (Großbritannien), setzte in diesem Zusammenhang eine:n SP-Koordinator:in in einer hausärztlichen Praxis ein und kam zu dem Schluss, dass ein früher Zugang zum Versorgungssystem der Klient:innen ein bedeutsamer Erfolgsfaktor ist. Es ermöglicht Link Worker:innen, Klient:innentermine effizient zu buchen und die aktuellen Umstände und Probleme der Klient:innen zu verstehen bzw. zu erfassen. Um die Barrieren in der Zusammenarbeit niedrig zu halten bzw. im besten Fall abzubauen, dient ein **Vernetzen der unterschiedlichen Berufsgruppen mithilfe einer gemeinsam genutzten Technologie**. Als gutes Beispiel ist hier das IT-System des *Bogside and Brandywell Health Forum Projects* (Nordirland) anzuführen. Hier haben die Ärzt:innen die Möglichkeiten, neben anderen Behandlungen auch Soziale Verschreibungen vorzunehmen oder sich direkt an Link Worker:innen zu wenden (vgl. Davison et al. 2019:11).

Die Verknüpfung von elektronischen Patient:innenakten mit Aufzeichnungen von z. B. Gruppenaktivitäten und anderen Leistungen, an denen der:die Klient:in im 3. Sektor teilnimmt, erweist sich nach Polly et al. (vgl. 2017b:32) als schwierig. Jedoch bieten Firmen unterschiedliche Software an, welche unter Berücksichtigung des Datenschutzes die Dokumentation von Klient:innen von der PV bis hin zum Angebot des 3. Sektors erlauben.

Die Investition in digitales Engagement wird, neben der Stärkung der Patient:innenaktivierung und Personalentwicklung, von der Healthy London Partnership (vgl. 2017:23) als besonders bedeutsam hervorgehoben. Die Entwicklung digitaler Ressourcen ist zentral für die Entwicklung von SP. Die Rolle der Technologie zeigt sich auch in Verbesserungen für die Patient:innen selbst. Die Kommunikation zwischen Bürger:innen und dem Fachpersonal kann durch passende Technologien verbessert werden und Entscheidungsfindungen unterstützen sowie Ressourcen schonen (vgl. ebd.).

Bertotti et al. (vgl. 2018:242) zeigen, dass die Überweisungsraten von Allgemeinmediziner:innen durch die Einführung eines digitalen Systems mit Pop-Up-Meldungen gesteigert werden können. Das niederländische Projekt *Welzijn op Recept* weist hingegen auf die Notwendigkeit eines standardisierten und professionalisierten Prozesses hin. Ein solcher Prozess kann u. a. durch ein elektronisches Klient:innensystem sowie ein Überweisungssystem erreicht werden (vgl. Heijnders / Meijs 2018:230). Fixsen et al. (vgl. 2020:7) betonen, dass es in Großbritannien Zeit brauchte, bis Link Worker:innen als Teil der Praxislandschaft akzeptiert wurden. In Anbetracht von Datenschutzverordnungen in der SP-Landschaft gilt es sowohl den Zugriff auf als auch die Speicherung von Patient:innenakten weiter auszuhandeln.

4.3.2 Erkenntnisse aus den Fragebögen

Schinnerl Melanie

Die Rücklaufquote bei den Fragebögen belief sich auf 53 %. Das heißt, nachfolgende deskriptive Ausführungen beziehen sich auf jene neun (von insgesamt 17) Fragebögen, die seitens der Link Worker:innen vollständig ausgefüllt wurden. Die nicht vollständig ausgefüllten Fragebögen wurden für die Auswertung nicht berücksichtigt.

Hinsichtlich der Organisationsform sind von den neun befragten PVEs acht als PVZs organisiert, und lediglich eine PVE ist als PVN aufgebaut. In den neun PVEs finden sich insgesamt elf unterschiedliche Berufsgruppen wieder: Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben gibt es in allen PVEs (zwischen zwei und fünf) Ärzt:innen für Allgemeinmedizin, (zwischen zwei und 14) DGKPs und (zwischen zwei und neun) Ordinationsassistent:innen. Entsprechend der Auswahl der PVEs für die Befragung finden sich in den neun PVEs auch Sozialarbeiter:innen. In acht der neun PVEs arbeiten zudem (zwischen einem:einer und drei) Diätolog:innen und (zwischen einem:einer und vier) Physiotherapeut:innen. Am dritthäufigsten sind (ein:e bis zwei) Ergotherapeut:innen, (ein:e bis zwei) Logopäd:innen und auch (ein:e) Psychotherapeut:innen in den befragten PVEs beschäftigt. Lediglich in zwei PVEs gibt es (eine:n bis zwei) Psycholog:innen. Eine Hebamme⁷¹ gibt es nur in einer PVE. In keiner der befragten PVEs sind Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendheilkunde vorhanden.

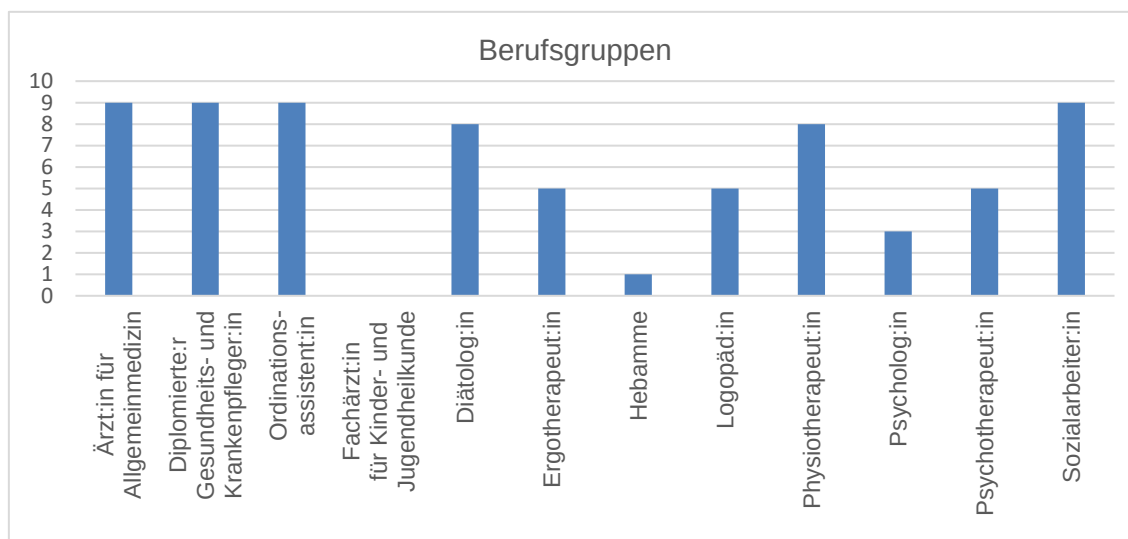


Abbildung 31: Berufsgruppen in den befragten PVEs

Quelle: eigene Darstellung

Auf die Frage, ob das SP-Konzept in der PVE Anwendung findet, antworten sieben Expert:innen mit „Ja“. Zwei befragte Link Worker:innen⁷² geben an, dass dieses Konzept nicht angewandt wird.

⁷¹ Die Bezeichnung Hebamme gilt für alle Geschlechter gleichermaßen.

⁷² Aus den Antworten der befragten Sozialarbeiter:innen zeigt sich, dass alle eine Link Working-Funktion einnehmen, demnach wird in diesem Abschnitt ausschließlich von Link Worker:innen gesprochen.

4.3.2.1 Zielgruppe(n)

Holzinger-Grath Sabine

In zwei Drittel der befragten PVEs gibt es eine einheitliche Bezeichnung für Personen, welche die Angebote der PVE in Anspruch nehmen. In diesen sechs PVEs wird berufsgruppenübergreifend der Patient:innen-Begriff verwendet. In drei PVEs gibt es keine einheitliche Bezeichnung, jedoch nutzen die Link Worker:innen den Klient:innenbegriff.

4.3.2.1.1 Kapazitäten

Holzinger-Grath Sabine

Betreffend die Kapazitäten der gesamten PVEs geben alle fünf Expert:innen – die eine Einschätzung hinsichtlich der Betreuungsanzahl treffen können – an, dass wöchentlich mehr als 200 Personen durch die verschiedenen Berufsgruppen betreut werden; teilweise sogar bis zu 1 000 Personen wöchentlich, wie ein:e Befragte:r anmerkt. Durch die Link Worker:innen werden mehrheitlich (fünf PVEs) zwischen sechs und 15 Klient:innen pro Woche betreut. In 22,2 % (zwei PVEs) der Fälle sind es bis zu fünf Klient:innen und in ebenso 22,2 % werden zwischen 16 und 30 Klient:innen betreut. Entsprechend ihrer Arbeitszeitverpflichtung sind sieben Link Worker:innen der Meinung, dass die jeweilige Anzahl an Klient:innen für eine optimale Betreuung angemessen ist. Jeweils ein:e Link Worker:in schätzt die Kapazitäten für eine optimale Betreuung höher bzw. niedriger in Bezug auf die tatsächliche Klient:innenanzahl ein.

Die Vorgehensweisen/Maßnahmen bei ausgeschöpften Kapazitäten, jedoch noch vorhandenem Bedarf reichen kurzfristig von längeren Wartezeiten auf Termine (2x⁷³) bzw. der Verkürzung der Dauer von Erstgesprächen auf die Hälfte oder dem Ausweichen auf telefonische Kontakte über das Einführen einer Warteliste, Überstunden, dem Abfangen von Kleinigkeiten durch Kolleg:innen (DGKP oder Ordinationsassistent:innen) bis hin zu vermehrten Verweisungen zu Sozialberatungsstellen oder anderen geeigneten Institutionen (4x). Längerfristig wird als Lösungsweg die Aufstockung der Stundenanzahl (2x) genannt. In fünf Fragebögen wird jedoch betont, dass der Bedarf und das Stundenkontingent des:der Link Worker:in bislang ausgeglichen sind bzw. das Angebot an LW (noch) nicht ausgeschöpft ist. Angemerkt sei, dass es in keiner der befragten PVEs eine vorgegebene Quote an Klient:innenkontakten gibt, die innerhalb eines bestimmten Zeitraumes erreicht werden muss.

Auf die Frage, ob es (eine) bestimmte Zielgruppe(n) gibt, die von der PVE angesprochen werden soll(en), antworten drei Expert:innen mit einem „Ja“, vier mit einem „Nein“ und zwei Expert:innen ist dies nicht bekannt. Als Zielgruppe(n) werden ältere Menschen (2x), Menschen mit Suchterkrankungen, Menschen mit Migrationsbiographie und Menschen mit sozialmedizinischen Bedürfnissen genannt, ebenso wie chronisch Kranke. In Covid-

⁷³ In diesem Abschnitt, den Erkenntnissen aus den Fragebögen, beziehen sich die Zahlen in Klammer auf die Häufigkeit der Nennung der jeweiligen Antworten seitens der befragten Link Worker:innen. Einmalige Nennungen werden nicht extra gekennzeichnet.

19 Zeiten hat sich in einer PVE vor allem die Zielgruppe der älteren, psychisch erkrankten und/oder einsamen Menschen herauskristallisiert. Maßnahmen seitens der PVEs, um diese Zielgruppen zu erreichen, reichen von aufsuchender Sozialarbeit über soziale Gruppenarbeit, Gemeinwesenarbeit, Hausbesuchen, community nursing, mobiler Wundversorgung, DSM-Programm⁷⁴ und verschiedenen Kommunikations- und Kooperationsmaßnahmen bis hin zu einer eigenen Hotline, bei der aktiv bestimmte Personen (u. a. positiv auf Covid-19 Getestete) angerufen werden, um nach deren Gesundheit und Wohlbefinden bzw. etwaigem Unterstützungsbedarf zu fragen. Ein:e Befragte:r merkt an, dass alle Patient:innen der PVE eine potenzielle Zielgruppe des LW-Angebotes darstellen.

4.3.2.1.2 Soziodemographische Merkmale der Klient:innen

Holzinger-Grath Sabine

Ein Blick auf die soziodemographischen Merkmale der Klient:innen, welche LW in Anspruch nehmen, zeigt hinsichtlich des **Alters** ein relativ homogenes Bild – vor allem Personen über 65 Jahre nutzen das LW-Angebot der PVEs. Angemerkt sei, dass in allen neun PVEs auch minderjährige Klient:innen an den:die Link Worker:in überwiesen werden können. Während in PVE 2, 4 und 9⁷⁵ die Altersstruktur der Klient:innen von LW der Altersstruktur der Klient:innen der gesamten PVE entspricht, ist dies in PVE 3, 6 und 7 nicht der Fall.

Tabelle 19: Altersstruktur der Klient:innen

Von insgesamt 100 % der Klient:innen sind...							
	unter 14 Jahren	15-17 Jahre	18-25 Jahre	26-40 Jahre	41-50 Jahre	51-65 Jahre	über 65 Jahre
PVE 1	5 %	10 %	15 %	15 %	20 %	15 %	20 %
PVE 2	0 %	5,7 %	5,16 %	4 %	10,14 %	21 %	54 %
PVE 3	5 %	5 %	10 %	20 %	20 %	10 %	30 %
PVE 4	0 %	5 %	20 %	25 %	20 %	20 %	10 %
PVE 5	0 %	4 %	6 %	10 %	20 %	30 %	30 %
PVE 6	0 %	1 %	5 %	15 %	20 %	25 %	34 %
PVE 7	0 %	5 %	10 %	20 %	20 %	40 %	5 %
PVE 8	2 %	3 %	5 %	15 %	15 %	20 %	40 %
PVE 9	5 %	0 %	10 %	20 %	15 %	20 %	30 %

Quelle: eigene Darstellung⁷⁶

Sechs Expert:innen geben an, dass das LW-Angebot von allen **Geschlechtern** gleichermaßen genutzt wird. In den drei PVEs, in denen das Angebot geschlechterspezifisch ungleich in Anspruch genommen wird, sind es in zwei PVEs Frauen, die das Angebot häufiger nutzen, in einer PVE sind es die Männer. Der Bedarf an LW wird in sieben der PVEs als geschlechterspezifisch ausgeglichen wahrgenommen, in einer PVE wird der

⁷⁴ Das DSM-Programm bildet das dominierende psychiatrische Klassifikationsmodell.

⁷⁵ Die Nummerierung erfolgt gemäß der von LimeSurvey automatisch generierten Abfolge.

⁷⁶ In diesem Abschnitt zeigen die in blau und fett markierten Daten innerhalb der Tabellen den jeweils höchsten Wert pro PVE an.

Bedarf bei Männern, in einer PVE bei Frauen als höher eingeschätzt. In vier der PVEs entspricht die Geschlechterverteilung der Klient:innen von LW nach subjektiver Einschätzung der Befragten jener Verteilung der Klient:innen der gesamten PVE, in einer PVE ist das nicht der Fall.

Der **Familienstand**, so die Analyse der Ergebnisse aus den Fragebögen, zeigt ein heterogenes Bild bezogen auf die Klient:innen von LW, wobei in drei PVEs ledige Personen die größte Klient:innengruppe bilden. In PVE 1, 2, 3 und 4 entspricht die Verteilung der Familienstände der LW-Klient:innen der Verteilung der Familienstände der Klient:innen, welche die PVE allgemein nutzen. In PVE 6 ist dies nicht der Fall.

Tabelle 20: Verteilung des Familienstandes

Von insgesamt 100 % der Klient:innen sind...						
	ledig	verheiratet/in eingetragener Partnerschaft	in einer Lebensgemeinschaft	geschieden	verwitwet	nicht bekannt
PVE 1	20 %	15 %	13 %	12 %	25 %	15 %
PVE 2	30 %	10 %	20 %	20 %	20 %	0 %
PVE 3	15 %	30 %	20 %	10 %	20 %	5 %
PVE 4	40 %	15 %	15 %	20 %	10 %	0 %
PVE 5	10 %	20 %	5 %	10 %	15 %	40 %
PVE 6	20 %	25 %	15 %	30 %	10 %	0 %
PVE 7	10 %	45 %	5 %	40 %	0 %	0 %
PVE 8	20 %	20 %	30 %	20 %	10 %	0 %
PVE 9	50 %	5 %	15 %	15 %	15 %	0 %

Quelle: eigene Darstellung

Die **Wohnsituation** der Klient:innen, welche das Angebot von LW wahrnehmen, ist weitestgehend gesichert, so die Expert:innen. Auf die Frage, ob die Verteilung der Wohnsituationen der LW-Klient:innen jener der Wohnsituationen der Klient:innen, welche die PVE allgemein nutzen, entspricht, antworten die Befragten aus PVE 1, 2, 4 und 7 mit „Ja“, die Link Worker:innen aus PVE 3, 5, 6 und 9 mit „Nein“.

Tabelle 21: Verteilung der Wohnsituation der Klient:innen

Von insgesamt 100 % der Klient:innen befinden sich...				
	in sicherer Wohnsituation	in unsicherer Wohnsituation	in wohnungslosem Verhältnis	nicht bekannt
PVE 1	70 %	25 %	5 %	0 %
PVE 2	70 %	25 %	5 %	0 %
PVE 3	70 %	20 %	0 %	10 %
PVE 4	55 %	30 %	15 %	0 %
PVE 5	50 %	10 %	0 %	40 %
PVE 6	70 %	25 %	5 %	0 %
PVE 7	90 %	5 %	0 %	5 %
PVE 8	50 %	20 %	0 %	30 %
PVE 9	80 %	15 %	5 %	0 %

Quelle: eigene Darstellung

Alleinlebende Klient:innen und solche, die bei/mit Familie bzw. (Ehe-)Partner:in leben, sind jene Klient:innengruppen, die hinsichtlich der **Wohnverhältnisse** verstärkt das Angebot von LW nutzen. Nach Einschätzung der befragten Link Worker:innen in PVE 1, 2, 4 und 7 entspricht die Verteilung der Wohnverhältnisse ihrer Klient:innen der Verteilung der Wohnverhältnisse der Klient:innen, welche die PVE allgemein nutzen. In PVE 3 und 6 ist dies nicht der Fall.

Tabelle 22: Verteilung der Wohnverhältnisse der Klient:innen

Von insgesamt 100 % der Klient:innen sind...						
	allein-lebend	in WG lebend (privat)	bei oder mit Familie bzw. (Ehe-)Partner:in lebend	in einer betreuten Wohnform lebend (z. B. Pflege- und Betreuungszentrum, WG, Übergangswohnen, Asylunterkunft)	nicht bekannt	andere
PVE 1	40 %	5 %	45 %	10 %	0 %	0 %
PVE 2	40 %	0 %	40 %	0 %	20 %	0 %
PVE 3	10 %	5 %	70 %	10 %	5 %	0 %
PVE 4	40 %	5 %	30 %	25 %	0 %	0 %
PVE 5	20 %	0 %	50 %	20 %	10 %	0 %
PVE 6	40 %	5 %	40 %	15 %	0 %	0 %
PVE 7	20 %	0 %	70 %	0 %	10 %	0 %
PVE 8	-	-	-	-	-	-
PVE 9	60 %	0 %	10 %	25 %	0 %	5 %

Quelle: eigene Darstellung

Der spezifische Blick auf die Zielgruppe hinsichtlich des **höchsten Bildungsabschlusses** zeigt, dass alle Bildungsschichten in Bezug auf die Nutzung des Angebotes von LW vertreten sind. In zwei PVEs (PVE 2 und 4) entspricht das Verhältnis der Bildungsstatus der LW-Klient:innen jenen Klient:innen, welche die PVE allgemein nutzen. Bei PVE 1, 3, 5, 6 und 9 ist dies nicht der Fall.

Tabelle 23: Verteilung der höchsten Bildungsabschlüsse der Klient:innen

Von insgesamt 100 % der Klient:innen haben...							
	keinen Pflichtschulabschluss	Pflichtschulabschluss	Lehrabschluss	Berufsbildende Mittlere Schule (BMS)	Matura (AHS/BHS)	Hochschulabschluss (Fachhochschule/Universität)	nicht bekannt
PVE 1	15 %	30 %	25 %	15 %	10 %	5 %	0 %
PVE 2	20 %	20 %	20 %	0 %	20 %	20 %	0 %
PVE 3	5 %	10 %	55 %	10 %	10 %	5 %	5 %
PVE 4	40 %	20 %	20 %	0 %	10 %	10 %	0 %
PVE 5	0 %	0 %	10 %	0 %	10 %	10 %	70 %
PVE 6	10 %	35 %	40 %	8 %	2 %	0 %	5 %
PVE 7	5 %	10 %	40 %	40 %	5 %	0 %	0 %
PVE 8	-	-	-	-	-	-	-
PVE 9	5 %	60 %	10 %	15 %	8 %	2 %	0 %

Quelle: eigene Darstellung

Auch die **Beschäftigungsverhältnisse** der Klient:innen von LW sind sehr breit gefächert, wobei insbesondere zwei Zielgruppen – Angestellte/Arbeiter:innen und Pensionist:innen – das Angebot nutzen. Das Verhältnis der Beschäftigungssituationen der Klient:innen entspricht in sieben Fällen (PVE 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9) nicht dem Verhältnis der Beschäftigungssituationen der Klient:innen, welche die PVE im Allgemeinen nutzen. Nur in PVE 4 gibt es hier ein übereinstimmendes Verhältnis.

Tabelle 24: Verteilung der Beschäftigungsverhältnisse der Klient:innen

Von insgesamt 100 % der Klient:innen sind...								
	Ange- stellte/Ar- beiter:innen	Stu- dieren- de	Schü- ler:innen	Pension- ist:innen	in Ka- renz	Rehageldbezie- her:innen/Invali- ditäts-Pensio- nist:innen	beschäf- tigungs- los	nicht be- kannt
PVE 1	25 %	5 %	5 %	30 %	5 %	10 %	20 %	0 %
PVE 2	30 %	5 %	5 %	30 %	5 %	20 %	5 %	0 %
PVE 3	20 %	5 %	5 %	40 %	5 %	15 %	10 %	0 %
PVE 4	30 %	7 %	3 %	17 %	3 %	10 %	30 %	0 %
PVE 5	35 %	0 %	5 %	30 %	0 %	10 %	20 %	0 %
PVE 6	5 %	0 %	5 %	40 %	5 %	15 %	30 %	0 %
PVE 7	55 %	0 %	5 %	20 %	0 %	20 %	0 %	0 %
PVE 8	25 %	2 %	1 %	40 %	10 %	2 %	20 %	0 %
PVE 9	10 %	5 %	5 %	40 %	5 %	15 %	20 %	0 %

Quelle: eigene Darstellung

4.3.2.1.3 Verständnisschwierigkeiten

Holzinger-Grath Sabine

Auf die Frage hin, ob es zu Verständnisschwierigkeiten (z. B. durch fehlende Sprachkenntnisse, Sinnesbeeinträchtigungen) mit Klient:innen in Bezug auf die Überweisung oder die Betreuung durch den:die Link Worker:in kommt, antworten zwei Expert:innen mit „Ja“ und fünf mit „Teilweise“. Lediglich zwei Expert:innen geben an, dass es zu keinerlei Verständnisschwierigkeiten kommt. Bei jenen sieben PVEs, wo Verständnisschwierigkeiten mit Klient:innen zumindest teilweise auftreten, kommt es gemessen an 100 Klient:innen sechsmal bei weniger als 25 Klient:innen und einmal bei 25 bis 50 Klient:innen zu diesen Schwierigkeiten. Die Strategien der PVEs im Umgang mit etwaigen Verständnisschwierigkeiten belaufen sich auf entsprechende Rücksichtnahme im Beratungssetting z. B. durch langsame, einfache, barrierefreie Kommunikation oder der Wahl persönlicher Gespräche anstatt telefonischer Kontakte (3x), die Heranziehung von Familienangehörigen und Bekannten der Klient:innen (3x) bzw. von Kolleg:innen aus der PVE, welche über die entsprechenden Kenntnisse verfügen (3x) sowie den Einsatz von Dolmetscher:innen oder nonverbaler Kommunikation. Hinsichtlich der Verständnisschwierigkeiten wegen Funktionsbeeinträchtigungen wird seitens eines:einer Befragten hinzugefügt, dass eine Strategie darin besteht, sich Zeit zu nehmen und individuell auf die Kommunikation einzulassen. Eine PVE gibt auch an, sich bei sprachlichen Barrieren

mittels *Google Translate* zu behelfen. Der Einsatz keiner spezifischen Strategie, stattdessen situationsspezifisch zu agieren, wird von einem:einer Expert:in erwähnt. In vier PVEs entspricht das Verhältnis von Verständnisschwierigkeiten bei LW-Klient:innen dem Verhältnis von Verständnisschwierigkeiten bei Klient:innen, welche die PVE allgemein nutzen. Drei Befragte geben an, dass das nicht der Fall sei.

4.3.2.1.4 Bedarf und Erreichbarkeit

Holzinger-Grath Sabine

Faktoren, die zur Erreichbarkeit der Zielgruppe(n) beitragen, beziehen sich laut Link Worker:innen erstens auf die Rahmenbedingungen, um auf das SP-Angebot aufmerksam zu machen. Dazu zählen sowohl das gezielte Ansprechen von unterschiedlichen Berufsgruppen (v. a. Ärzt:innen; 2x) und die Kontaktaufnahme zu Gemeinden bzw. dem wohnortnahen sozialen Umfeld als auch die breite Kommunikation über das Vorhandensein des SP-Angebotes bzw. Erstinformation der diversen Berufsgruppen und ein Social Media-Auftritt. Ein:e Befragte:r gibt dabei an, dass oft auch fehlendes Wissen über die Tätigkeiten bzw. allgemein über ihre Berufsgruppe (auch innerhalb des PVE-Teams) dazu führt, dass Klient:innen nicht überwiesen werden. Folder/Broschüren zum Tätigkeitsspektrum des:der Link Worker:in, Plakate und Visitenkarten werden ebenso als förderliche Faktoren im Hinblick auf das Aufmerksammachen auf das Angebot, und folglich für die Erreichung der Zielgruppe(n) genannt. Zweitens werden strukturelle Gegebenheiten in den Fragebögen thematisiert, die es überhaupt erst ermöglichen, die Klient:innen zu kontaktieren (Telefon mit eigener Durchwahl, eine eigene E-Mail-Adresse, Internetzugang aber auch die Mobilität der Link Worker:innen bzw. die Möglichkeit zu Hausbesuchen). Darüber hinaus werden von den Befragten Faktoren genannt, die sich explizit auf das LW-Angebot beziehen: Niederschwelligkeit (2x), Art der Erstkommunikation, nachgehendes Arbeiten, Beratungssetting (Einzelsetting, soziale Gruppenarbeit, Gemeinwesenarbeit; 2x), individuelle Zielsetzung wie auch die zeitliche Verfügbarkeit der Unterstützungsmöglichkeit (Vormittag und/oder Nachmittag) bzw. eine funktionierende „Komm-Struktur“. Ein:e Expert:in fügt hinzu, dass auch die eigene Motivation zur Veränderung seitens der Klient:innen eine wesentliche Rolle dabei spielt, ob man die Klient:innen erreicht.

Tabelle 25: Erreichbarkeit unterschiedlicher Zielgruppen

gut erreichbare Zielgruppen	schwer erreichbare Zielgruppen
■ ältere Personen/Pensionist:innen (6x) ■ Personen in (heraus)fordernden und außergewöhnlichen Lebenslagen (z. B. nach einer Trennung, bei Beziehungs- und Arbeitsproblemen, Burnout, Eltern von Kleinkindern; 4x), bzw. in Ausnahmesituationen/Krisen (3x) ■ Personen mit psychischen Erkrankungen/Beeinträchtigungen bzw. psychischer Instabilität (3x) und/oder physischen Beeinträchtigungen ■ Personen mit Suchtproblematik (3x) ■ Personen mit Multiproblemlagen (3x)	■ Kinder (5x) ■ Jugendliche (4x) ■ Familien, welche durch die Kinder- und Jugendhilfe betreut werden ■ Frauen in Gewaltbeziehungen bzw. mit Gewalterfahrungen (2x) ■ wohnungslose Personen ■ Personen mit Suchtproblematik ■ Menschen in speziellen Krisensituationen

■ arbeitslose Personen ■ einsame Personen ■ chronisch kranke Personen ■ Personen mit sozialen Themen(lagen) bzw. unterschiedlichen Bedarfen ■ Angehörige der Klient:innen	■ Menschen mit spezifischen Symptomen/Krankheitsbildern ■ durch Pflege überforderte Personen ■ Personen, die über viele Ressourcen verfügen

Quelle: eigene Darstellung

Zwei Expert:innen ist es wichtig zu betonen, dass prinzipiell alle Personen eine potenzielle Zielgruppe für das LW-Angebot darstellen – „Sozialarbeit ist keine Dienstleistung für die Armen und Schwachen“ heißt es in einem Fragebogen. Ein:e Befragte:r erwähnt jedoch, dass für manche Klient:innen die Kontakte mit der Sozialarbeit beschämend sind, und deswegen die Angebote häufig nicht in Anspruch genommen werden.

Maßnahmen, um die Zielgruppen, welche das LW-Angebot bislang selten bis nie nutzen, „besser“ zu erreichen, erstrecken sich vom stetigen Aufmerksammachen auf das Angebote bei den Zuweiser:innen (Teamsensibilisierung; 4x) und auch bei potenziellen Klient:innen (z. B. durch Elternarbeit; 2x) über bessere interne Vernetzung und gleichzeitig externen Austausch mit sozialen Institutionen (Netzwerkarbeit und Kooperationen; 2x), bis zum Setzen vermehrter Angebote für genau diese Gruppe(n) gemeinsam mit anderen Berufsgruppen der PVE. Auch das Erstellen und Auflegen/Verbreiten von Flyern bzw. Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Informationsfolder in den Warteräumen der Ordinationen aufhängen; 3x) zielen auf die bessere Erreichbarkeit der Zielgruppen. Als weitere Maßnahmen werden genannt: (institutioneller) Hürdenabbau, das Zurverfügungstellen von allgemeinen Informationen (z. B. Wohnen, Freizeit), niederschwellige Kontaktaufnahme und Kommunikation (z. B. Überweiser:in innerhalb der PVE holt Link Worker:in spontan dazu und vice versa – benötigt Flexibilität; Termine bei Link Worker:in werden von allen anderen Berufsgruppen vergeben; E-Mail- und Messenger-Kommunikation mit ausgewählten Klient:innen).

Allgemein sei angemerkt, dass laut einem:einer Expert:in die Zielgruppenanalyse im Arbeitsalltag aufgrund der Anzahl von Unterstützungsmöglichkeiten oft in den Hintergrund gerät. Diesbezüglich spielt laut einem:einer befragten Link Worker:in die räumliche Dimension (= das Einzugsgebiet der PVE) inhaltlich/konzeptionell eine wesentlich größere Rolle innerhalb der PVE als die Unterscheidung von Zielgruppen. Grundsätzlich geht es um die ganzheitliche Versorgung der Allgemeinbevölkerung in der PV.

Was jedoch deutlich wird – und auch von einem:einer Befragten angesprochen wird – ist, dass das Angebot kaum präventiv Anwendung findet. Dabei wäre es laut Expert:innen jedoch wichtig zu erkennen, dass Gesundheit mehr ist als die Abwesenheit von Krankheit, und dass Wohlbefinden durch mentale Stärke, Selbstfürsorge, Lebensveränderungen und Horizonterweiterungen deutlich verbessert werden kann, und damit körperlichen Beschwerden vorgebeugt werden kann.

4.3.2.2 Soziales Rezept

Schinnerl Melanie

Gemäß der Abbildung 28 behandelt dieser Unterabschnitt den Prozess, der bei der Überweisung seinen Ausgangspunkt nimmt, die Termine mit dem:der Link Worker:in der PVE umfasst und mit der Verweisung an die Akteur:innen bzw. Angebote des 3. Sektors oftmals seinen Abschluss findet.

4.3.2.2.1 Überweisung

Schinnerl Melanie

Der Blick auf den Prozess der Überweisung zum:zur Link Worker:in zeigt hinsichtlich der Vorgehensweise innerhalb der befragten PVEs zwei Varianten (interne Überweisungen): einerseits die Möglichkeit aller Berufsgruppen der PVE Klient:innen zu überweisen (sechs PVEs) und andererseits, dass eine Überweisung den Ärzt:innen für Allgemeinmedizin vorbehalten ist (drei PVEs). In drei der befragten PVEs sind darüber hinaus Überweisungen durch Externe möglich. Diese können laut zwei Expert:innen durch jede:n erfolgen, wenn ein Bedarf bei Klient:innen erkannt wird. Die extern überwiesenen Klient:innen können direkt, ohne Termin bei einer anderen Person bzw. Berufsgruppe der PVE wahrzunehmen, die Angebote des:der Link Worker:in in Anspruch nehmen. Wie ein:e Befragte:r anmerkt, kommt es im Zuge des Kontaktes der Klient:innen mit vernetzten Organisationen der PVE oft auch zu Selbstzuweisungen der Klient:innen. Self-Referrals sind in sechs befragten PVEs möglich.

Tabelle 26: Möglichkeiten der Überweisung

	interne Überweisungen	externe Überweisungen	Self-Referral
PVE 1	jede Berufsgruppe der PVE	ja	ja
PVE 2	jede Berufsgruppe der PVE	nein	ja
PVE 3	nur Ärzt:in für Allgemeinmedizin	nein	nein
PVE 4	jede Berufsgruppe der PVE	nein	ja
PVE 5	jede Berufsgruppe der PVE	nein	ja
PVE 6	nur Ärzt:in für Allgemeinmedizin	nein	nein
PVE 7	nur Ärzt:in für Allgemeinmedizin	nein	nein
PVE 8	jede Berufsgruppe der PVE	ja	ja
PVE 9	jede Berufsgruppe der PVE	ja	ja

Quelle: eigene Darstellung

Dass die Überweisungen primär durch den:die Ärzt:in für Allgemeinmedizin erfolgen, gefolgt von den anderen Berufsgruppen innerhalb der PVE und Selbstüberweisungen, zeigt das Verhältnis der Überweisungen.

Tabelle 27: Verhältnis der Überweisungen

	interne Überweisungen		externe Überweisungen	Self-Referral	andere
	Ärzt:in für Allgemeinmedizin	andere Berufsgruppen in der PVE			
PVE 1	69 %	15 %	5 %	10 %	1 %
PVE 2	90 %	5 %	0 %	5 %	0 %
PVE 3	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %
PVE 4	70 %	20 %	0 %	10 %	0 %
PVE 5	90 %	5 %	0 %	5 %	0 %
PVE 6	80 %	10 %	5 %	5 %	0 %
PVE 7	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %
PVE 8	50 %	30 %	10 %	5 %	5 %
PVE 9	85 %	10 %	0 %	5 %	0 %

Quelle: eigene Darstellung

4.3.2.2.2 Typischer Ablauf

Schinnerl Melanie

Acht der neun Link Worker:innen geben an, dass es einen standardisierten Ablauf bei der Zuweisung an ihn:sie gibt. Auf die Frage, wie den Klient:innen mitgeteilt wird, dass es eine Überweisung zum LW-Angebot gibt, antworten zwei Expert:innen, dass sie diesen Prozess nicht miterleben und somit nicht genau Auskunft darüber geben können. In den anderen sieben PVEs erfolgt die Information über das kostenlose und unverbindliche Angebot in der Regel im persönlichen Gespräch mit der überweisenden Person während des Termins. In Folge zeigen sich vier verschiedene Vorgehensweisen, die sich in den einzelnen PVEs jedoch meist nicht starr voneinander abgrenzen lassen:

- Der:die Klient:in wird direkt zum:zur Link Worker:in geschickt bzw. Link Worker:in wird direkt zum:zur Überweiser:in dazugeholt.
- Es wird direkt ein Termin bei dem:der Link Worker:in durch den:die Zuweiser:in bzw. Ordinationsassistent:innen vereinbart.
- Der:die Klient:in erhält Informationen und die Kontaktdaten bezüglich LW.
- Der:die Link Worker:in nimmt Kontakt mit dem:der Klient:in auf (z. B. bei Überweisung während seiner:ihrer Abwesenheit), um einen gemeinsamen Termin zu vereinbaren (aufsuchende Sozialarbeit).

Zwar geben acht der Befragten – neben einmal „nicht bekannt“ – an, dass es keinen „Überweisungssatz“ (= teil-standardisierter Satz für die Überweisung zum:zur Link Worker:in) gibt, dennoch geben die Expert:innen Hinweise darauf, mit welchen Worten die Überweisung erfolgt. So wird im Gespräch seitens der Überweiser:innen beispielsweise darauf hingewiesen, dass bei ihren jeweiligen Anliegen/Herausforderungen der:die Link Worker:in unterstützen kann, oder ihnen vermittelt, dass den Überweiser:innen Wissen zu einem bestimmten Thema fehlt, über welches der:die Link Worker:in jedoch verfügt – also der Verweis auf eine andere Expertise aufgrund der besonderen Thematik, die

z. B. medizinisch nicht zu lösen ist. Diese Überweisung stellt gegenüber den Klient:innen ein unverbindliches Angebot dar.

Die Frage nach der konkreten Form bzw. Ausgestaltung der Überweisung zeigt – in Übereinstimmung mit den Antworten auf die Frage, wie den Klient:innen die Überweisung mitgeteilt wird –, dass in allen befragten PVEs eine formlose Überweisung zur Anwendung kommt – es bedarf keiner offiziellen bzw. formellen Überweisung mittels Dokument. Das heißt, die Überweisung erfolgt entweder in persönlicher Form (Klient:in wird direkt zum:zur Link Worker:in geschickt oder Link Worker:in wird ins Behandlungszimmer geholt; 5x) oder durch eine indirekte Terminvereinbarung durch den:die Zuweiser:in bzw. interne Dokumentation, welche anschließend z. B. im EDV-System/Kalender aufscheint (8x), teils inklusive der Verlinkung zum Klient:innenakt. Ein:e befragte:r Link Worker:in fügt hinzu, dass sich entweder beim Kalendereintrag eine kurze Notiz zum Anlass der Überweisung befindet oder im Akt selbst aufscheint, aus welchem Grund oder mit welcher Bitte der:die Klient:in an den:die Link Worker:in überwiesen wird. In einer anderen PVE gibt es ggf. auch ein persönliches Gespräch oder einen E-Mail-Austausch mit dem:der Überweiser:in über die Hintergründe und den Auftrag. Eine Überweisung kann auch erfolgen, indem der:die Überweisende gegenüber dem:der Klient:in einen Termin bzw. die Kontaktaufnahme durch den:die Link Worker:in ankündigt (Hausbesuch, Termin in der PVE, Telefonkontakt; 2x).

Die erste Kontaktaufnahme mit dem:der Klient:in durch den:die Link Worker:in erfolgt in acht befragten PVEs dadurch, dass der:die Klient:in direkt nach dem Termin bei dem:der Überweiser:in die Fachkraft eigenständig aufsucht, gefolgt von sechs PVEs, wo der:die Link Worker:in aktiv Kontakt mit dem:der Klient:in aufnimmt. An dritter Stelle finden sich, mit jeweils fünf Nennungen, die Vorgehensweisen der Begleitung des:der Überweiser:in direkt nach dem Termin in das Büro des:der Link Worker:in, das Dazuholen des:der Link Worker:in in das Behandlungszimmer des:der Überweiser:in und/oder ein Anruf seitens des:der Klient:in, um einen Termin zu vereinbaren. – Diese Antworten decken sich mit den jeweiligen Überweisungsabläufen. Aber auch das Erscheinen des:der Klient:in zum Ersttermin kann der erste Kontakt zwischen Link Worker:in und Klient:in sein (z. B. wenn der Termin von einer anderen Berufsgruppe in der PVE vereinbart wurde), wie fünf Expert:innen anmerken. Zur ersten Kontaktaufnahme kommt es gelegentlich aber auch durch eine E-Mail seitens des:der Klient:in.

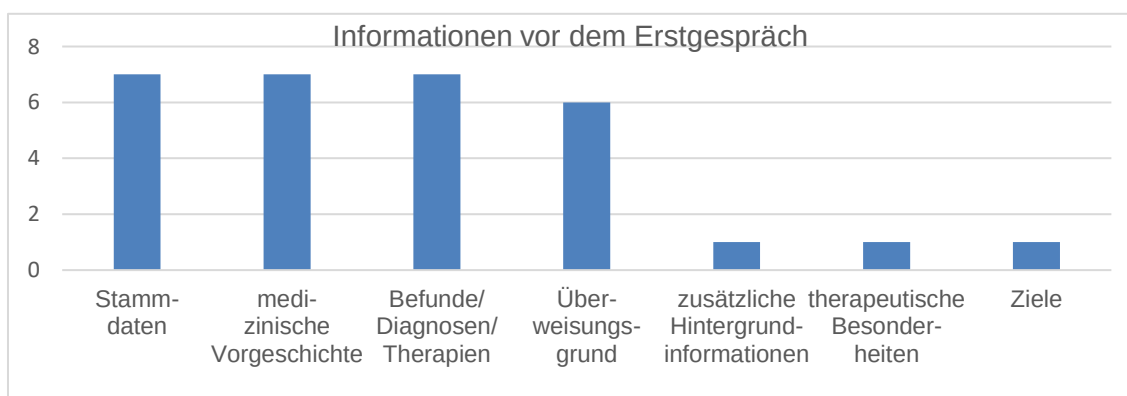


Abbildung 32: Informationen vor dem Erstgespräch

Quelle: eigene Darstellung

Wenn der:die Klient:in zum Ersttermin erscheint, verfügen die Link Worker:innen in der Regel bereits über einige klient:innenbezogene Informationen. Die häufigsten Informationen (7 PVEs) sind die Stammdaten des:der Klient:in, ebenso wie dessen:deren medizinische Vorgeschichte/Befunde/Diagnosen/Therapien, welche über das PVE-interne EDV-System/Dokumentationssystem bzw. den elektronischen Patient:innenakt der PVE abgefragt werden können bzw. von der Ordinationsassistenz oder dem:der Überweiser:in bereitgestellt werden. In sechs PVEs ist den Link Worker:innen auch der Überweisungsgrund bereits vor dem Ersttermin bekannt. Über zusätzliche Hintergrundinformationen, wie z. B. die familiäre Situation, Wohnsituation oder therapeutische Besonderheiten und Ziele verfügt jeweils eine PVE durch ein Gespräch mit der überweisenden Person oder durch Teambesprechungen. Die fehlenden Informationen/Daten erhalten die Link Worker:innen dann direkt von den Klient:innen selbst.

Als Herausforderungen bei der Überweisung thematisieren die befragten Link Worker:innen

- den unvollständigen Informationsfluss und die notizartige Formulierung des Überweisungsgrundes, sodass manchmal wichtige Informationen verloren gehen, die für den:die Link Worker:in hilfreich gewesen wären (2x)
- das Fehlen und die Nicht-Übereinstimmung von Informationen (z. B. Überweisungsgrund stimmt nicht mit dem tatsächlichen Thema/Klient:innenanliegen überein; 2x)
- die Instrumentalisierung der spezialisierten Fachkraft für LW; Klient:innen haben teils unterschiedliche Ziele bei den Kontakten mit den unterschiedlichen Berufsgruppen – die Informationen an Ärzt:innen und Link Worker:innen fallen oft unterschiedlich aus
- die unterschiedlichen Arbeitszeiten der Berufsgruppen in der PVE, sodass es erschwert wird persönliche Gespräche mit den internen Überweiser:innen zu führen; ausschließlich über das PVE-interne System vorgenommene Überweisungen hinterlassen bei Link Worker:innen teils Fragen, die durch die unterschiedlichen Arbeitszeiten nicht persönlich geklärt werden können
- das Fehlen offener Beratungsstunden aufgrund der geringen Wochenstundenanzahl, die dem:der Link Worker:in zur Verfügung steht
- Widersprüche in der alltäglichen Arbeit (z. B. niederschwelliger Zugang mit Terminsystem für alle Gruppen)
- dass Ärzt:innen oft wenig Zeit dafür haben, die Bedürfnisse ihrer Patient:innen herauszufiltern, wenn diese nicht direkt durch den:die Patient:in angesprochen werden – folglich werden manche Patient:innen mit entsprechendem Bedarf nicht an das Angebot des:der Link Worker:in überwiesen

Verbesserungswünsche bei der Überweisung von Klient:innen beziehen sich, neben dem Wunsch nach mehr Überweisungen, sowohl auf die Bereitstellung von Informationen seitens der Überweiser:innen (Wunsch nach ausführlicher Situationsbeschreibung und Hintergrundinformationen vor dem Erstgespräch mit dem:der Klient:in) bzw. mehr Allgemeininformationen in der PVE, als auch auf die Ausweitung interner Überweisungswege (Wunsch, dass alle Berufsgruppen direkt an den:die Link Worker:in überweisen können; 2x). Auch die erleichterte Kontaktaufnahme mit den Klient:innen (Wunsch nach einer eigenen Durchwahl, um in direkten telefonischen Kontakt mit dem:der Klient:in zu

treten und eine etwaige zusätzliche Hürde auf Klient:innenseite zu überwinden) und eigene Überweisungsmöglichkeiten zu anderen Fachärzt:innen werden hinsichtlich des Verbesserungspotenzials genannt.

4.3.2.2.3 Erster Termin

Schinnerl Melanie

Beim ersten Termin, dem Erstgespräch, stehen in zwei PVEs der Beziehungsaufbau und das Kennenlernen im Vordergrund, gefolgt von einer ausführlichen Sozialanamnese, der Identifizierung von „Problemgebieten“, der Formulierung von Aufträgen an den:die Link Worker:in, der Festlegung gemeinsamer Ziele und des Partizipationsgrades durch den:die Klient:in sowie der Klärung offener Fragen. Auch eine Belastungs- und Ressourcenerhebung findet in einer PVE beim Erstgespräch Anwendung. Zwei Expert:innen führen an, dass auch die Kurzdarstellung des Überweisungsgrundes beim ersten Termin mit dem:der Klient:in besprochen wird. In vier PVEs wird aber auch angesprochen, dass das Erstgespräch je nach Bedarf des:der Klient:in genutzt wird – so können bereits beim ersten Termin Anliegen aufgegriffen (z. B. gemeinsames Ausfüllen von Anträgen, Infos zu anderen Institutionen) bzw. Themen bearbeitet werden. Es kann auch als Entlastungsgespräch genutzt werden, oder um die Bedarfe und Bedürfnisse des:der Klient:in zu erfassen, das weitere Vorgehen zu planen bzw. weitere Handlungsstrategien/Interventionen zu erarbeiten und die Dauer der Unterstützung abzuklären.

Vier der neun befragten Link Worker:innen geben an, dass es einen standardisierten Erhebungs-/Anamnesebogen für den ersten Termin gibt. Dessen Informationsdichte unterscheidet sich sehr stark zwischen den befragten PVEs. Ein:e Expert:in gibt an, dass darin Hintergrundinformationen zum Leben des:der Klient:in (z. B. Beschäftigung, materielle Absicherung, Familie/Sozialkontakte/soziales Umfeld, Wohnen, Freizeit, Gesundheit/Sucht) Platz finden. Ein:e andere:r Befragte:r gibt ähnliche Inhalte an, fügt jedoch noch Aspekte der Unterstützung (d. h. welche Unterstützung hilft schnell und intensiv) und Partizipation(möglichkeiten) sämtlicher Beteiligter im SP-Prozess hinzu. Der standardisierte Erhebungs-/Anamnesebogen umfasst in einer anderen PVE wiederum die Ressourcen und Belastungen des:der Klient:in. In einer der befragten PVEs gibt es mehrere Anamnese-Vorlagen – eine Kurz- und eine Langversion. In der Kurzversion werden neben Stammdaten (Name, Geburtsdatum, SV-Nummer, Krankenkasse) auch der Kontext der Zuweisung, das „Presented Problem“, bisherige Lösungsvorschläge, relevante Helfer:innen, sonstige Informationen und Interventionen festgehalten. Die Langversion umfasst darüber hinaus, neben einer detaillierteren Unterteilung, auch physische und psychische Erkrankungen/Beeinträchtigungen, eine etwaige Erwachsenenvertretung, konsumierte Sucht- und Genussmittel, Informationen zu Ausbildung/Arbeitssituation, Wohnen, Finanzen, sozialem Umfeld/Lebenswelt und dem Hilfesystem des:der Klient:in, ebenso wie eine Netzwerkkarte.

Um die oben genannten Aspekte im Erstgespräch zu behandeln, werden seitens der Link Worker:innen zwischen 16 und 60 Minuten für den ersten Termin eingeplant, wobei

mit 66,7 % der PVEs mehrheitlich ein Zeitslot von 46-60 Minuten seitens der Link Worker:innen einkalkuliert wird.

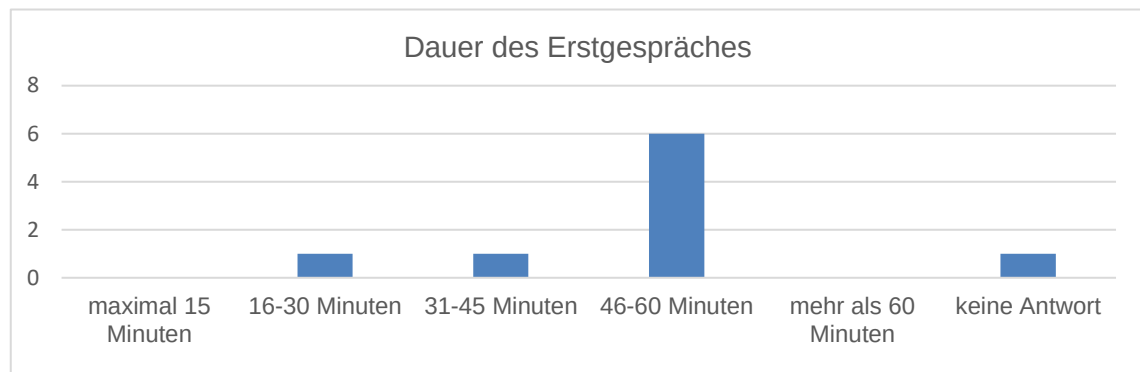


Abbildung 33: Geplante Zeit für das Erstgespräch

Quelle: eigene Darstellung

Die Frage, welche nächsten Schritte nach dem Erstgespräch mit dem:der Klient:in bis hin zum Betreuungsende erfolgen, beantworten die Link Worker:innen mehrheitlich mit dem Hinweis, dass dieser Prozess bzw. die weitere Vorgehensweise individuell nach den Klient:innenbedürfnissen erfolgt. Grob lassen sich in den befragten PVEs zwei Abläufe nachzeichnen:

- Erstens gibt es Klient:innen, welche lediglich **einen oder maximal zwei Termine** mit dem:der Link Worker:in haben. Dabei werden einmalige/kurzfristige Anliegen (z. B. administrative Tätigkeiten, wie gemeinsames Ausfüllen von Anträgen) geklärt, oder aber es gibt eine rasche Verweisung an Angebote des 3. Sektors. Auch wenn es nur einen Termin mit dem:der Klient:in gibt, wird das Angebot ausgesprochen, im Bedarfsfall/bei weiteren Fragen erneut Kontakt mit dem:der Link Worker:in aufzunehmen.
- Zweitens kann der Klient:innenkontakt in eine **intensive Betreuungsphase** münden, welche ggf. ebenfalls in eine Verweisung münden kann. Es wird gemeinsam mit dem:der Klient:in ein Ziel festgelegt und in einem Unterstützungsplan festgehalten, wie dieses erreicht werden kann. Ein:e Expert:in gibt an, dass den Klient:innen weitere Kontaktadressen/Broschüren und teils Ressourcenübungen für zu Hause mitgegeben werden. Entsprechend dem Bedarf kommt es dann zu Folgeterminen (je nach Dauer der Bearbeitung des Themas) mit dem:der Link Worker:in, welche sehr unterschiedlich ausgestaltet sein können (z. B. Hausbesuche, Begleitung bei Behörden-gängen, Termine im Freien) – diese Folgetermine können zur Stabilisierung und/oder Entlastung der Klient:innen beitragen. Folgetermine können aber auch erfolgen, wenn Link Worker:innen bestimmte Informationen einzuholen haben (z. B. Eigenrecherche von Unterstützungsangeboten für den:die jeweilige Klient:in), es weiterer Ressourcenarbeit bedarf oder der:die Klient:in weitere Unterlagen mitbringen soll, um an den Anliegen weiterzuarbeiten. Bei unterstützenden Gesprächen, Perspektivenentwicklung und Konfliktlösungen in den Folgeterminen werden die relevanten Themen angesprochen. Wenn ersichtlich ist, dass es längerer oder spezifischer Unterstützung bedarf, dann erfolgt eine Verweisung an andere Sozial- oder Gesundheitseinrichtungen. Das heißt, bei Bedarf verweisen die Link Worker:innen im Betreuungsverlauf zu

weiterführenden lokalen Angeboten (LW-Funktion) – dabei gibt es Unterschiede hinsichtlich der möglichen Verweisungen seitens der Link Worker:innen. In einer PVE heißt es, dass es nach der teils intensiven Betreuungsphase ein Abklingen und dann auch ein Abschlussgespräch nach sechs bis acht Monaten gibt. Nach Erreichung des Ziels und wenn kein weiterer Unterstützungsbedarf gegeben ist, wird die Betreuung beendet.

Ein:e Link Worker:in fügt an, dass er:sie sich in der glücklichen Lage befindet, seitens der PVE viel Freiheit zu haben, wie die Termine mit den Klient:innen gestaltet werden.

4.3.2.2.4 Termine im Allgemeinen

Schinnerl Melanie

Die Terminvereinbarungen mit den Klient:innen erfolgen am häufigsten (sieben PVEs) durch den:die jeweilige Überwiser:in – er:sie vereinbart den Termin, gefolgt von direkter Terminvereinbarung zwischen Link Worker:in und Klient:in durch Anruf, E-Mail oder persönlichen Kontakt (sechs PVEs). In vier PVEs erfolgt die Terminvereinbarung in der Regel über die Ordinationsassistent:innen. In allen neun befragten PVEs kommt ein zentrales Termineingabesystem zur Anwendung.

Drei Expert:innen geben an, dass es oft vorkommt, dass Klient:innen vereinbarte Termine nicht wahrnehmen. Den Umgang aller drei Link Worker:innen damit bildet die aufsuchende Sozialarbeit. Das heißt, Klient:innen werden – sofern sie sich nicht von selbst melden – angerufen, um nachzufragen, ob alles in Ordnung ist (insbesondere bei bestimmten Klient:innengruppen wie z. B. psychisch erkrankten oder einsamen Menschen), weshalb der Termin nicht wahrgenommen wurde (z. B. Grund für die Unterstützung fällt weg, Krankheit, Terminkollision, Vergessen, Überforderung), und um ggf. einen neuen Termin zu vereinbaren. In sechs PVEs kommt das Fernbleiben der Klient:innen nur selten vor. Maßnahmen seitens der Link Worker:innen, um der mangelnden Termineinhaltung im Vorfeld vorzubeugen gibt es in vier PVEs keine. In den anderen PVEs finden zwei Strategien Anwendung: einerseits die Erinnerung vor dem Termin mittels Anrufs und andererseits mittels schriftlicher Information beim Termin über den darauffolgenden Termin.

Durchschnittlich gibt es (über die neun PVEs hinweg) 3,52 Termine zwischen Klient:in und Link Worker:in. Hier zeigt sich jedoch ein enormer Unterschied zwischen den einzelnen PVEs.

Tabelle 28: Durchschnittliche Terminanzahl pro Klient:in

PVE 1	PVE 2	PVE 3	PVE 4	PVE 5	PVE 6	PVE 7	PVE 8	PVE 9
5	1,7	3	2	1	5	5	3	6

Quelle: eigene Darstellung

Acht der befragten Link Worker:innen geben an, dass es keine maximale Terminanzahl pro Klient:in gibt. Nur in einer PVE wird ein Maximum von zehn Terminen pro Klient:in erwähnt.

In Bezug auf die Kontaktfrequenz (sofern es Folgetermine gibt) zeigt sich in den befragten PVEs ein heterogenes Bild – in drei Einrichtungen finden die meisten Klient:innen-termine wöchentlich statt, an zwei Standorten primär im Abstand von zwei Wochen und wiederum in drei PVEs ist die mehrheitliche Kontaktfrequenz ein Termin pro Monat.

Tabelle 29: Kontaktfrequenz mit den Klient:innen

Von insgesamt 100 % der Klient:innen kommen...					
	mehrmals pro Woche	1 x pro Woche	alle 2 Wochen	1 x pro Monat	seltener
PVE 1	10 %	40 %	30 %	15 %	5 %
PVE 2	0 %	20 %	30 %	40 %	10 %
PVE 3	0 %	20 %	60 %	15 %	5 %
PVE 4	0 %	40 %	30 %	20 %	10 %
PVE 5	-	-	-	-	-
PVE 6	10 %	10 %	20 %	40 %	20 %
PVE 7	0 %	15 %	75 %	10 %	0 %
PVE 8	0 %	10 %	30 %	40 %	20 %
PVE 9	5 %	70 %	20 %	5 %	0 %

Quelle: eigene Darstellung

Alle neun befragten Link Worker:innen geben im Fragebogen an, dass ihnen die Möglichkeit offen steht Hausbesuche zu machen, und sie im Arbeitsalltag diese auch durchführen. Ein:e Befragte:r merkt an, dass die PVE aufgrund der sehr effizienten Arbeitsmethodik froh über die Möglichkeit der Hausbesuche durch die Link Worker:innen ist. In fünf PVEs gibt es hinsichtlich der Hausbesuche keine Vorgaben seitens der PVEs, es liegt alleine in der Verantwortung des:der Link Worker:in (z. B. wann und wie oft Hausbesuche gemacht werden). In den anderen PVEs werden als Vorgaben die Eintragung im System/Kalender bzw. die Bekanntgabe der Abwesenheit, das Führen eines Fahrtbuches und das nicht alleine Durchführen von Hausbesuchen (Vernetzung mit Kolleg:innen in der Region) genannt.

Allgemein sei angemerkt, dass die Termine nicht immer persönlich stattfinden – es kann z. B. auch telefonisch Kontakt aufgenommen werden, wenn der:die Klient:in nur bestimmte Auskünfte benötigt.

Link Worker:innen verfügen über eine bereichsspezifische, fachliche Expertise und können mit den Klient:innen bestimmte Aspekte innerhalb ihrer Arbeit in der PVE abdecken (internes Angebot = „klassische“ Sozialarbeit⁷⁷). SP-Konzepte sehen in der Regel darüber hinaus eine Weiterverweisung an Angebote des 3. Sektors vor (externes Angebot). Folglich wurden die Link Worker:innen nach dem Verhältnis der internen Betreuung bzw. Verweisung an Angebote aus dem 3. Sektor befragt. Die Antworten zeigen, dass in vier PVEs vor allem interne Angebote eine Rolle spielen und lediglich in einer PVE die Verweisungen an externe Angebote überwiegen. In drei PVEs dominiert eine Kombination aus internen und externen Angeboten.

⁷⁷ Angemerkt sei an dieser Stelle, dass dieses Angebot aufgrund der zugrundeliegenden Profession der befragten Link Worker:innen, d. h. Sozialarbeiter:innen, möglich ist.

Tabelle 30: Betreuungssetting

Von insgesamt 100 % der Klient:innen werden...			
	ausschließlich durch Angebote von dem:der Link Worker:in betreut (internes Angebot)	ausschließlich an Angebote aus dem 3. Sektor weiterverwiesen (externes Angebot)	durch eine Kombination aus internen und externen Angeboten betreut
PVE 1	15 %	25 %	60 %
PVE 2	20 %	20 %	60 %
PVE 3	50 %	20 %	30 %
PVE 4	40 %	20 %	30 %
PVE 5	20 %	70 %	10 %
PVE 6	10 %	30 %	60 %
PVE 7	40 %	30 %	30 %
PVE 8	40 %	20 %	40 %
PVE 9	50 %	20 %	30 %

Quelle: eigene Darstellung

Interne Angebote, welche von den Link Worker:innen bereitgestellt werden, sind breit gefächert, lassen sich jedoch in drei Kategorien fassen: Information, Beratung und Betreuung/konkrete (Hilfs-)Angebote.

- Information: Information über weiterführende Hilfs- und Unterstützungsangebote, Vermittlung von Kontaktadressen bzw. Verweisung an andere Professionen (4x), Clearing⁷⁸
- Beratung: Beratung bei Erziehungsfragen, zu Erwachsenenvertretung, bei Versorgung und Lebensgestaltung von geriatrischen Personen (z. B. Unterbringungen in Pflege- und Betreuungszentren, Organisation unterschiedlicher Dienste – mobiler Dienste, 24-Stunden-Hilfen, Freizeitassistenz), Organisation, Unterstützung bei arbeits- und sozialrechtlichen Fragestellungen (3x) bzw. individuelle Beratung in unterschiedlichen Lebenssituationen (3x)
- Betreuung/konkrete (Hilfs-)Angebote: Unterstützung bei diversen Antragstellungen (3x), Ressourcenarbeit/-übungen (2x), Krisenintervention, eigene Angebote (z. B. Musiktherapie, Bewegungsgruppe), Entlastungsgespräche, konkrete Hilfsangebote bei finanziellen Herausforderungen, Perspektivenfindung, psychosoziale Begleitung durch Krankheitsphase mit unterschiedlichen therapeutischen Aufgaben im Sinne klinischer Sozialarbeit, Case Management

Angelegenheiten/Themenbereiche, für welche Link Worker:innen ihre Klient:innen an externe Angebote **verweisen**, reichen von gesundheitspräventiven Angeboten über Gruppenaktivitäten/Freizeitaktivitäten (z. B. mit dem primären Ziel das soziale Miteinander zu stärken) bis hin zu allen Angelegenheiten/Problemlagen, die einer intensiveren Unterstützung oder spezifischen Versorgung bedürfen. Spezifische Problem- oder The-

⁷⁸ In der Sozialen Arbeit umfasst der Begriff Clearing „alle organisatorischen Vorgänge und Handlungen [...] [mittels derer] rasch und fachlich [geklärt wird], welche soziale Institution oder andere Ressource sich für die präsentierte Problemstellung der Klient[inne]n als adäquat erweist“ (Fürst 2018:59).

menstellungen, welche spezialisierte Organisationen und Einrichtungen bzw. Beratungsstellen zu einzelnen Schwerpunktthemen erfordern (z. B. Schuldenberatung, Suchtberatung/Entwöhnung, spezielle Therapieeinrichtungen, Obdachlosentagesstätten/-einrichtungen, psychische Gesundheit/Psychotherapie, Rehabilitation, Existenzsicherung, Bewerbungstraining, Jobsuche, Einsetzen einer Pflegekraft, rechtliche Detailfragen) erfordern laut Expert:innen oftmals eine Verweisung. Insbesondere bei Detailfragen einer Fachrichtung werden die Klient:innen an externe Angebote verwiesen (z. B. auch an Fachärzt:innen). Hinzugefügt sei, dass Verweisungen auch bei sogenannten „Inkompetenzfeldern“⁷⁹ der Link Worker:innen erfolgen.

4.3.2.2.5 Verweisung

Schinnerl Melanie

Der Blick auf die Verweisungen seitens der Link Worker:innen in den befragten PVEs zeigt, dass die neun PVEs auch alle **drei „Verweisungswege“** nutzen. Das heißt, es wird nicht nur an institutionalisierte Angebote verwiesen, sondern auch informelle Aktivitäten werden den Klient:innen im Zuge der Verweisung angeboten, ebenso kann eine Verweisung an andere Berufsgruppen innerhalb der PVE erfolgen. Das Verhältnis der Verweisungen in diese drei Bereiche zeigt jedoch, dass in sieben PVEs die Verweisungen an formelle Angebote (teils sehr stark) überwiegen.

Tabelle 31: Verhältnis der Verweisungen

	formelle Angebote des 3. Sektors (institutionelle Angebote wie z. B. Schuldner- oder Familienbe- ratung)	informelle Angebote des 3. Sek- tors (nicht-institutionalisierte An- gebote wie z. B. lokale Kreativ- gruppen, Sportvereine)	andere Berufs- gruppe(n) inner- halb der PVE
PVE 1	25 %	50 %	25 %
PVE 2	20 %	50 %	30 %
PVE 3	60 %	10 %	30 %
PVE 4	50 %	20 %	30 %
PVE 5	70 %	20 %	10 %
PVE 6	50 %	20 %	30 %
PVE 7	70 %	20 %	10 %
PVE 8	50 %	30 %	20 %
PVE 9	45 %	15 %	40 %

Quelle: eigene Darstellung

Die (Themen-)Bereiche des 3. Sektors, in welche die Klient:innen überwiesen werden sind vielfältig. Prozentuell gemessen an den Verweisungen sind die „Top 3“: An erster Stelle Sozialleistungen und Finanzen, gefolgt von Erwerbsarbeit/Bildung/Ausbildung und Weiterbildung auf Platz zwei und soziale Kontakte, Gemeinschaftsaktivitäten auf Platz drei.

⁷⁹ Darunter sind spezialisierte Themenebereiche zu verstehen, in denen sich die befragten Link Worker:innen nicht als Expert:innen sehen.

Tabelle 32: Verweisungen nach Themenbereichen

Von 100 % der Klient:innen...								
	Wohnen	Sozialleistungen und Finanzen	Erwerbsarbeit, Bildung/ Ausbildung, Weiterbildung	Gesunder Lebensstil und körperliche Aktivität, Bewegungsprogramme	Kunst, Gartenarbeit, kreative Aktivitäten	Freiwilligenarbeit	soziale Kontakte, Gemeinschaftsaktivitäten	sonstige Beratungen
PVE 1	5 %	10 %	20 %	15 %	10 %	5 %	15 %	20 %
PVE 2	15 %	15 %	20 %	10 %	10 %	0 %	30 %	0 %
PVE 3	0 %	10 %	30 %	20 %	0 %	0 %	10 %	30 %
PVE 4	10 %	20 %	20 %	20 %	10 %	10 %	10 %	0 %
PVE 5	5 %	70 %	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	0 %
PVE 6	15 %	35 %	15 %	10 %	5 %	0 %	15 %	5 %
PVE 7	10 %	30 %	30 %	10 %	0 %	5 %	10 %	5 %
PVE 8	5 %	30 %	15 %	10 %	5 %	5 %	10 %	20 %
PVE 9	10 %	20 %	15 %	15 %	5 %	5 %	15 %	15 %

Quelle: eigene Darstellung

Acht der befragten Link Worker:innen geben an, dass es in Bezug auf die Verweisung an den 3. Sektor kein standardisiertes Verfahren gibt. Ein:e Befragte:r merkt jedoch an, dass sich bei bereits bekannten Kooperationspartner:innen und Abläufen inzwischen Standards und Routinen entwickelt haben. Lediglich in einer PVE hat sich eine standardisierte Vorgehensweise etabliert. Auf die Frage, wie die Klient:innen an weiterführende Angebote des 3. Sektors verwiesen werden, wird in fünf PVEs primär die Vorgehensweise gewählt, den Klient:innen die Kontaktdaten der Ansprechperson bzw. Folder oder anderweitige Informationsmaterialien (z. B. Ausdrucke von Informationen auf der Website) auszuhändigen. In drei PVEs ist auch davon die Rede, dass gemeinsam bzw. im Beisein des:der Klient:in Kontakt zum Angebot (z. B. mittels Anruf) hergestellt bzw. ein Termin vereinbart wird. Explizit hingewiesen auf die unterschiedlichen Vorgehensweisen bei der Verweisung wird in drei befragten PVEs, welche das „Verweisungsverfahren“ individuell an den jeweiligen Klient:innen festmachen. Laut einem:einer Expert:in hängt die Vorgehensweise davon ab, als wie selbstständig der:die Klient:in bezüglich der Kontaktaufnahme mit dem Angebot des 3. Sektors eingeschätzt wird – das reicht von der Aushändigung der Kontaktdaten und der Adresse an den:die Klient:in bzw. vorheriger Kontaktaufnahme mit dem weiterführenden Angebot bis hin zur Begleitung durch den:die Link Worker:in zum (ersten Termin des) Angebot(es). Ein:e Expert:in gibt an, dass es ausschließlich eine persönliche Kontaktaufnahme mit den Akteur:innen des 3. Sektors gibt. In zwei Fragebögen heißt es darüber hinaus, dass der Klient:innenkontakt auch nach Kontaktaufnahme mit dem Angebot des 3. Sektors fortgeführt werden kann. Dabei wird von einer Seite erwähnt, dass es bezüglich des Erstkontaktes mit dem weiterführenden Angebot sowohl eine Vor- als auch eine Nachbesprechung mit dem:der Klient:in gibt – dabei wird u. a. entschieden, ob es zum Abschluss von LW kommt oder eine parallele Begleitung (v. a. bei Multiproblemlagen im Sinne einer „Arbeitsteilung“ und gemeinsamer Fallbearbeitung) erfolgt.

In fünf PVEs kommt es im Zuge der Verweisung zur Weitergabe von Klient:inneninformationen (mit deren Zustimmung) an Akteur:innen des 3. Sektors. Die Link Worker:innen sprechen von relevanten Informationen, die Voraussetzung für eine „reibungslose“ Verweisung sind. Die Spannbreite der weitergegebenen Informationen ist dabei enorm: Sie reichen von den Stammdaten (Name und ggf. Telefonnummer) über eine kurze Vorgeschichte zum Überweisungsgrund bis hin zu Hintergrundinformationen, welche auch die soziale/materielle Situation des:der Klient:in und dessen:deren Sozialkontakte/Familie beinhalten. Zwei Expert:innen weisen darauf hin, dass gemeinsam mit dem:der Klient:in besprochen wird, welche Informationen weitergegeben werden (z. B. Vorgeschichte bzw. Informationen über Erkrankungen/Katamnese⁸⁰/Anamnese, Einschätzung sozialer Problemlagen, Informationen über soziale Kontaktfähigkeit) – potenziell können in Absprache mit dem:der Klient:in alle Informationen weitergegeben werden, in der Regel erfolgt jedoch eine Auswahl verweisungsrelevanter Informationen. Die Form der Informationsweitergabe erfolgt mehrheitlich mittels Anruf (5x), gefolgt von E-Mail oder persönlichem Gespräch. In keiner der befragten PVEs werden die Informationen über ein EDV-System weitergegeben.

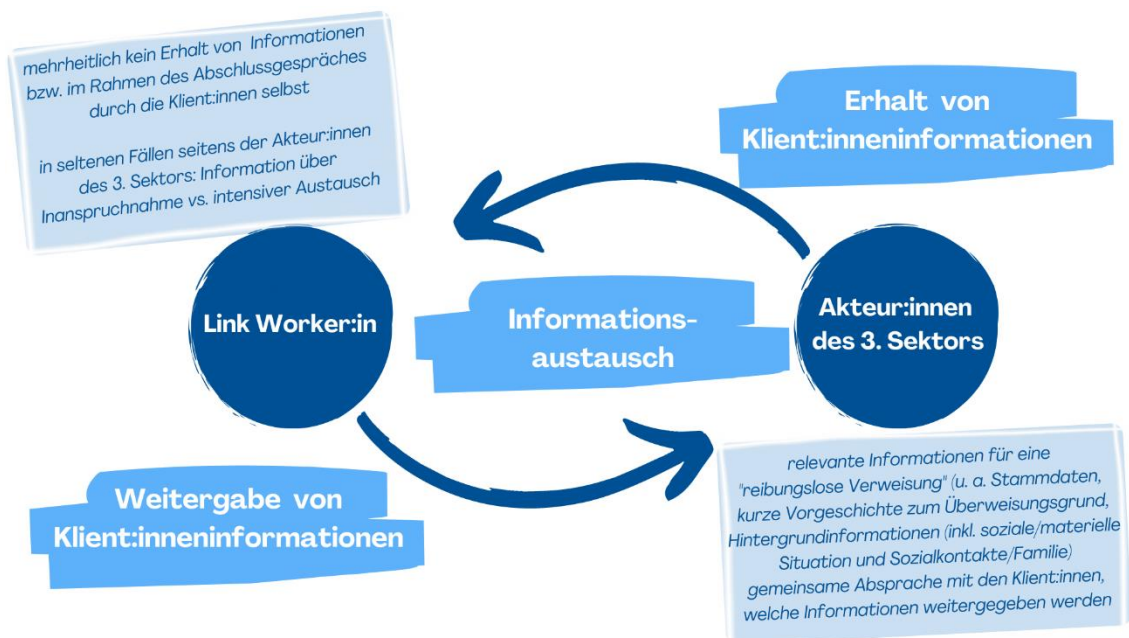


Abbildung 34: Weitergabe und Erhalt von Klient:inneninformationen an den/vom 3. Sektor

Quelle: eigene Darstellung

Während die Link Worker:innen in fünf PVEs nach der Verweisung von den Akteur:innen des 3. Sektors keinerlei Informationen über die Aktivitäten bzw. den weiteren Verlauf von den Akteur:innen des 3. Sektors erhalten – bzw. in einer davon in seltenen Fällen Rückmeldung zur Inanspruchnahme des Angebotes durch den:die Klient:in gegeben wird – erhalten die Link Worker:innen in zwei dieser fünf PVEs jedoch Informationen bzw. eine Rückmeldung durch den:die Klient:in – entweder bei einem persönlichen Folgetermin oder durch Anrufen bei dem:der jeweiligen Klient:in. In einer PVE wird diesbezüglich

⁸⁰ Katamnese ist die Beschreibung des Krankheits- und Therapieverlaufs im Anschluss an die Behandlung des:der Patient:in.

erwähnt, dass es in der „klassischen Sozialarbeit“ ein Übergabe-, allenfalls Abschlussgespräch (mit Klient:in oder Einrichtungsvertretung) gibt, im eingesetzten SP-Prozess stellt dies aus Ressourcengründen (noch) keinen Standard dar, jedoch wird der:die Klient:in bei Gelegenheit bezüglich der (Nicht-)Teilnahme an weiterführenden Angeboten des 3. Sektors befragt. Ein:e Expert:in gibt an, dass der Informationsaustausch abhängig von der geplanten Unterstützung ist und folglich variieren kann, von überhaupt keinen Informationen bis hin zur Information über die Nutzung des Angebotes seitens des:der Klient:in. Nur in einer PVE wird angegeben, dass häufig ein aktiver Informationsaustausch über den Verlauf erfolgt und auch Rücksprache gehalten wird, ob weitere Unterstützung durch den:die Link Worker:in gegeben ist. Während in einer PVE unbekannt ist, ob es für den Informationsaustausch mit den Akteur:innen des 3. Sektors einer Klient:innenzustimmung bedarf, wird dies in den anderen acht PVEs bejaht.

Als Herausforderungen bei der Verweisung thematisieren die Link Worker:innen:

- den Informationsverlust zwischen der PVE und dem 3. Sektor, sodass der Informationsfluss mit der Verweisung oftmals endet und der:die Link Worker:in keinen Einblick hat, wie sich der Fall weiterentwickelt und ob die Unterstützung tatsächlich den erwarteten Erfolg gebracht hat (sofern keine parallelen Termine erfolgen) – Es gibt keine (standardisierten) Rückmeldungen auf Seiten der Akteur:innen des 3. Sektors (3x), was häufig auch durch den Datenschutz erschwert/verhindert wird.
- die Rahmenbedingungen der Angebote des 3. Sektors – Ziele/Finanzierung von sozialen Dienstleistungen haben Einfluss auf deren Verfügbarkeit, unterschiedliche Ziele der Angebote des 3. Sektors, Klient:in beginnt in der zugewiesenen Einrichtung „von vorne“ (3x)
- Zeit – teilweise längere Wartezeiten auf Termine (wobei in manchen Fällen keine Wartezeit tolerierbar ist/wäre z. B. Sozialpsychiatrie bei akuten psychischen Krisen) bzw. Kontaktaufnahme dauert lange (z. B. oft, wenn Angebote nur per E-Mail erreichbar sind; 2x)
- dass die Zusammenarbeit mit den Akteur:innen des 3. Sektors von einzelnen Personen abhängt
- unterschiedliche Beurteilung der Problemlage und Arbeitsweise (mit anderen Zielen in Verbindung stehend) der Akteur:innen des 3. Sektors im Vergleich zum:zur Link Worker:in
- die Verweisung an sich, wenn die professionelle Helfer:innenbeziehung tragfähig und relevant für den:die Klient:in ist, und als Beziehungsabbruch erlebt werden könnte („Verweisen ist auch Abweisen“)
- „Competition“ von Akteur:innen des 3. Sektors

Verbesserungswünsche beziehen sich auf eine Standardisierung der Verweisung, die Gestaltung der Verweisung mit dem:der Klient:in bzw. dem institutionellen Übergang von LW an das weiterführende Angebot (Informationsfluss bzw. Abstimmungsprozess, einfache Kontaktaufnahme/Erreichbarkeit), die organisationsunabhängige Verwendung der Verweisungen, professionelles Netzwerkmanagement und die direkte Leistungsver- und -abrechnung.

4.3.2.3 Link Worker:in

Tritta Claudia

Die Fragen zum:zur Link Worker:in beziehen sich auf die Position der Fachkraft, welche im Sinne von SP einerseits mit der Verweisung an Akteur:innen und Angebote des 3. Sektors betraut ist, gleichzeitig aber oft auch – so zeigen die Ausführungen zur Sozialen Verschreibung im vorherigen Unterkapitel – Aufgaben der „klassischen“ Sozialarbeit übernimmt.

4.3.2.3.1 Link Work-Funktion

Tritta Claudia

Alle neun Expert:innen geben an, dass ihre Funktion in der PVE als Sozialarbeit betitelt wird. Dabei sind drei Link Worker:innen noch kein halbes Jahr, zwei zwischen einem halben Jahr und einem Jahr, eine:r zwischen einem und zwei Jahren und drei zwischen zwei und drei Jahren in dieser Funktion tätig.

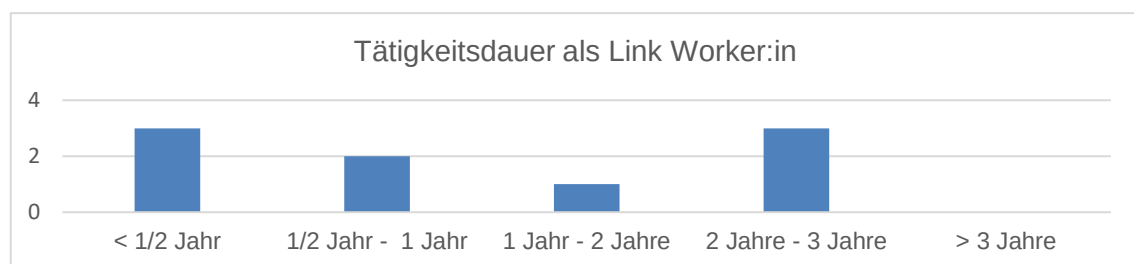


Abbildung 35: Tätigkeitsdauer als Link Worker:in

Quelle: eigene Darstellung

Jene Expert:innen, die diese Funktion innerhalb der PVE allein ausführen (6 PVEs), sind zwischen sechs und 40 Wochenstunden beschäftigt. In drei der befragten PVEs arbeiten mehr als ein:e Link Worker:in. In diesen drei PVEs gibt es laufenden Austausch zwischen den Link Worker:innen: in zwei PVEs wöchentlich (bzw. je nach Bedarf) und in einer PVE monatlich. In einer jener drei PVEs mit mehr als einem:einer Link Worker:in führen auch Personen die LW-Funktion aus, die keine Sozialarbeitsausbildung haben, sondern den Professionen Ergotherapie, Diätologie und Gesundheits- und Krankenpflege angehören.

Tabelle 33: Anzahl der Wochenstunden der Link Worker:innen

	PVE 1	PVE 2	PVE 3	PVE 4	PVE 5	PVE 6	PVE 7	PVE 8	PVE 9
Wochenstundenanzahl des:der befragten Link Worker:in	20	10	10	40	6	10	5	20	20
Anzahl Link Worker:innen	2	1	1	1	1	1	2	1	mehr als 3
Gesamtwochen- stundenanzahl	30	10	10	40	6	10	10	20	45

Quelle: eigene Darstellung

Die Frage zu den Aufgaben der Link Worker:innen zeigt die **Vielfalt des Tätigkeitsspektrums**. Dieses reicht vom internen und externen Link Working (7x) bzw. der Information zu/Klärung von weiterführenden Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten (5x) und die Kontaktherstellung zu externen Professionist:innen/Terminvereinbarung für Klient:innen (2x) über die Sensibilisierung des PVE-Teams betreffend soziale Gesundheitsdeterminanten, die Vernetzung mit Angehörigen/Familiengesprächen, bis hin zu „klassischen“ sozialarbeiterischen Tätigkeiten (Unterstützung bei Antragstellungen und Leistungsgewährung 6x, Beratung zu sozial- und arbeitsrechtlichen Fragestellungen und finanziellen Hilfen 5x, Beratung bei verschiedensten sozialen Themen wie z. B. Sucht und Gewalt 3x, Entlastungsgespräche 2x, Begleitung und Unterstützung in Überlastungssituationen, Krisenintervention 2x, Konfliktgespräche, Ressourcenübungen/Erstellung von Problem- und Ressourcenleistungen, Organisation von Heimunterbringung/mobilen Diensten). Auch Hausbesuche, Recherchen zu diversen Themen, Case Management (2x), Klinische Sozialarbeit, Soziale Gruppenarbeit, Sozialdiagnostik, Einholen und Weitergabe von Informationen, psychosoziale Begleitung, (Mit-)Abwicklung von Projekten sowie Netzwerkarbeit und Netzwerkmanagement (2x) werden im Rahmen der Frage nach den Aufgaben des:der Link Worker:in genannt. Das Angebot richtet sich nach den Bedürfnissen und Bedarfen der Klient:innen aus.



Abbildung 36: Aufgabenspektrum der Link Worker:innen
Quelle: eigene Darstellung

Alle befragten Link Worker:innen geben an, dass ihr tatsächliches Aufgabengebiet auch den Angaben der Stellenbeschreibung als Link Worker:in entspricht.

Kritisch merkt ein:e befragte:r Link Worker:in darüber hinaus an, dass er:sie sich durch die Anwendung des SP-Konzeptes und die damit einhergehende starke Betonung von

Verweisungen in der Rolle als Sozialarbeiter:in verunsichert fühle, da implizit angenommen werden könnte, dass Sozialarbeit in der PVE lediglich verweist und nicht selbst in der Fallbegleitung aktiv werden soll. Dadurch könnte laut Expert:in der Sozialarbeit in den PVEs ein wesentliches Qualitätsmerkmal abhandenkommen (z. B. nur mehr sozialrechtliche Kurzberatungen und Verweisungen), wohingegen der größte „Impact“ laut Expert:in durch Begleitungen im interdisziplinären Kontext, d. h. durch die umfassende Begleitung des multiprofessionellen Teams der PVE, entsteht.

4.3.2.3.2 Aus- und Fortbildung

Tritta Claudia

Alle neun Expert:innen haben eine (Berufs-)Ausbildung zum:zur Sozialarbeiter:in absolviert. Darüber hinaus haben zwei Link Worker:innen auch noch Gesundheitsmanagement bzw. Sozialpädagogik und Elementarpädagogik studiert.

Auf die Frage, welche Schwerpunkte/Inhalte der Berufsausbildung für ihre aktuelle Tätigkeit besonders hilfreich sind, nennen die Link Worker:innen vermehrt Gesprächsführung/Gesprächstechniken (4x), rechtliche Lehrveranstaltungen bzw. Lehrveranstaltungen zu materieller Sicherung (3x) und Themen der klinischen Sozialarbeit (2x). Auch zielgruppenspezifisches Wissen über ältere Personen (2x), Krisenintervention, Gesundheitsförderung und Prävention, ebenso wie diverse Methodenkenntnisse (Case-, Groupwork, Gemeinwesenarbeit) und Reflexion sind im Hinblick auf die Ausübung der aktuellen Funktion wesentliche Inhalte innerhalb der Ausbildung.

Diese Fähigkeiten und Kenntnisse sind laut Befragten, über die Ausbildungsinhalte hinaus, besonders wichtig: Kenntnisse der Soziallandschaft bzw. zu den verschiedenen Handlungsfeldern und zur Vernetzung mit lokalen Angeboten (4x) inklusive der Einschätzungen darüber, wie Organisationen „ticken“ – d. h. Erfahrung mit dem lokalen 3. Sektor (insbesondere mit Einrichtungen im Medizinsystem und in der Pflege), Organisationsfähigkeit, Beziehungsarbeit, Zuhören können, Empathie (2x), Lebenserfahrung (2x), Flexibilität (2x), Spontaneität, Ehrlichkeit, Achtsamkeit, Wertschätzung, Ressourcenorientierung, Problemlösungsfähigkeit, Geduld/„Dranbleiben“, Kommunikationskompetenz, Soziale Kompetenz im Umgang mit verschiedenen Klient:innengruppen sowie mit anderen Berufsgruppen.

Ein:e Link Worker:in betont die Wichtigkeit eines „allumfassenden Wissens“ aufgrund der Heterogenität der Zielgruppe. Fähigkeiten und Kenntnisse, die in der Ausbildung und darüber hinaus erworben werden und für die Ausübung des Jobs unerlässlich sind, seien etwa ein breites Wissen zu Sozialarbeit, Soziallandschaft, Methoden, Anträgen, Unterstützungsleistungen, Partnerorganisationen und weiterführenden Stellen.

Sieben der Befragten geben an, dass sie für die Ausübung ihrer aktuellen LW-Funktion in der PVE keine Zusatzausbildung absolviert haben. Nur in zwei Fällen wurde(n) die Link Worker:innen-Schulung der GÖG bzw. zwei kurze Schulungen, innerhalb derer das SP-Konzept vorgestellt wurde und auf die Link Worker:innen-Rolle vorbereiten werden sollte, absolviert.

Über die Möglichkeit an Fortbildungen teilzunehmen verfügen alle neun befragten Link Worker:innen, wobei ein Drittel der Befragten diese verpflichtend zu absolvieren hat. Das vorgesehene jährliche Stundenausmaß für Fortbildungen ist in drei Fällen mit dem Ausmaß der Wochenstundenanzahl des:der Link Worker:in ident, in zwei Fällen sind es acht Stunden, welche für Fortbildungen vorgesehen sind. In ebenfalls zwei Fällen gibt es keine Einschränkung diesbezüglich und zwei Link Worker:innen haben über die ihnen zur Verfügung stehende Stundenanzahl für Fortbildungen noch keine Kenntnis.

4.3.2.3.3 Klient:innenarbeit

Tritta Claudia

In sieben der neun befragten PVEs werden von dem:der Link Worker:in gemeinsam mit dem:der Klient:in Zielvereinbarungen getroffen.

Als besonders wichtige Aspekte der Klient:innenarbeit⁸¹ nennen die Befragten Vertraulichkeit und Transparenz/Klarheit (3x), Hilfe zur Selbsthilfe/Empowerment/Lösungsmöglichkeit durch Klient:innen (3x), Raum und Zeit für die Anliegen der Klient:innen (2x), Wertschätzung (2x), Empathie und Beziehungsarbeit (2x) sowie Ressourcenorientierung/Arbeiten an den gesunden Aspekten der Klient:innen (2x). Darüber hinaus werden auch Aspekte wie Kommunikation, Aufgeschlossenheit/Gerechtigkeit, partizipative und kongruente Zielvereinbarung, Professionalität, Menschenrechte, Akzeptanz (wertfreier Raum), Flexibilität, Vertrauen/Datenschutz, persönliches und professionelles Beziehungsangebot, Aktivität zum Leben, lösungsorientierte Struktur (in der Kommunikation sowie im Erarbeiten von Schritten), Möglichkeiten zur Recherche, Verstehen, Gespräche auf Augenhöhe, Handlungsmöglichkeiten schaffen, Authentizität, gute Vernetzung (mit anderen Disziplinen, intern und extern), Unterstützung/Rückhalt vom Team, Gesprächstechniken, Hausbesuche, Verbindlichkeit (im Hinblick auf die oft erlebten Beziehungsabbrüche der Klient:innen), Grenzen setzen, Eigenverantwortung der Klient:innen, Abklärung einer Gefährdung, unbürokratische und rasche Unterstützung thematisiert.

Unter zehn vorgegebenen Aspekten, die nach ihrer Wichtigkeit im Rahmen der Klient:innenarbeit gereiht werden sollten, stand die Beziehungsarbeit an oberster Stelle, gefolgt von Vertraulichkeit und Niederschwelligkeit. Die Wahrung der Autonomie des:der Klient:in, die Möglichkeit zur Mitbestimmung auf Seiten des:der Klient:in, die Bereitschaft des:der Klient:in zur aktiven Mitarbeit und Transparenz finden sich auf den Plätzen vier bis sieben. Einen geringeren Stellenwert in der Klient:innenarbeit nehmen laut Expert:innen die Kreativität hinsichtlich Methodenwahl und die Nachhaltigkeit des Angebotes ein. An letzter Stelle findet sich die Kontaktfrequenz.

Als sozialarbeiterische Methoden bei der Arbeit mit Klient:innen kommen bei allen Link Worker:innen Einzelfallhilfe und Angehörigenarbeit zur Anwendung. Von sieben Link Worker:innen wird auch Case Management eingesetzt. Gendersensible Arbeit wird laut Befragten in fünf PVEs und Soziale Gemeinwesenarbeit in drei PVEs herangezogen.

⁸¹ Diese Frage war als offene Frage (ohne Antwortvorgaben) konzipiert.

Unter der Kategorie „andere“ nennen die Befragten über die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten hinaus auch noch die Soziale Gruppenarbeit, Vernetzung, akzeptanzorientierte Suchtberatung und Motivational Interviewing.

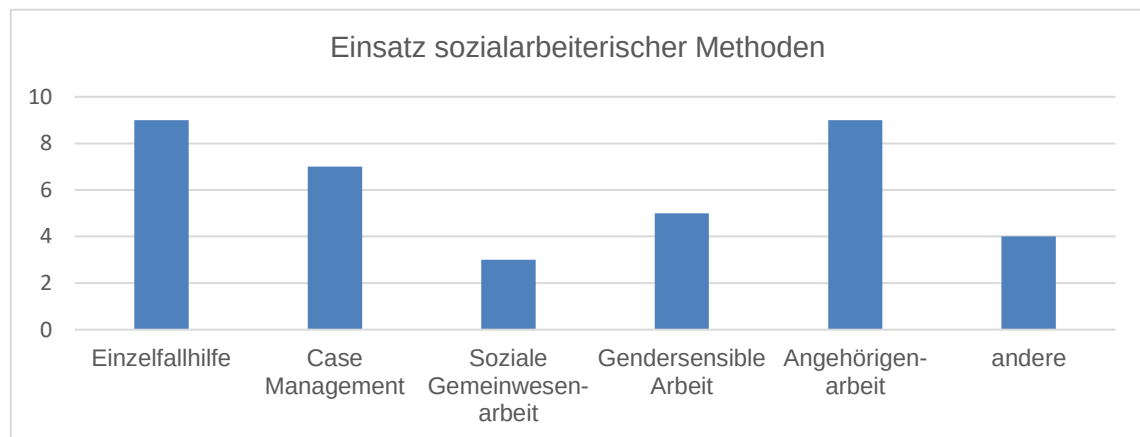


Abbildung 37: Einsatz von sozialarbeiterischen Methoden

Quelle: eigene Darstellung

Von den abgefragten Diagnostikinstrumenten für die Klient:innenarbeit kommt keines in allen PVEs zur Anwendung. Das am häufigsten eingesetzte Tool ist die Netzwerkkarte (7 PVEs), gefolgt vom Biografischen Zeitbalken (5 PVEs). Unter der Kategorie „andere“ werden seitens der Link Worker:innen Skalierungen, RAI-HC⁸², WHOQOL-BREF⁸³ und Uhren 3er⁸⁴ genannt.

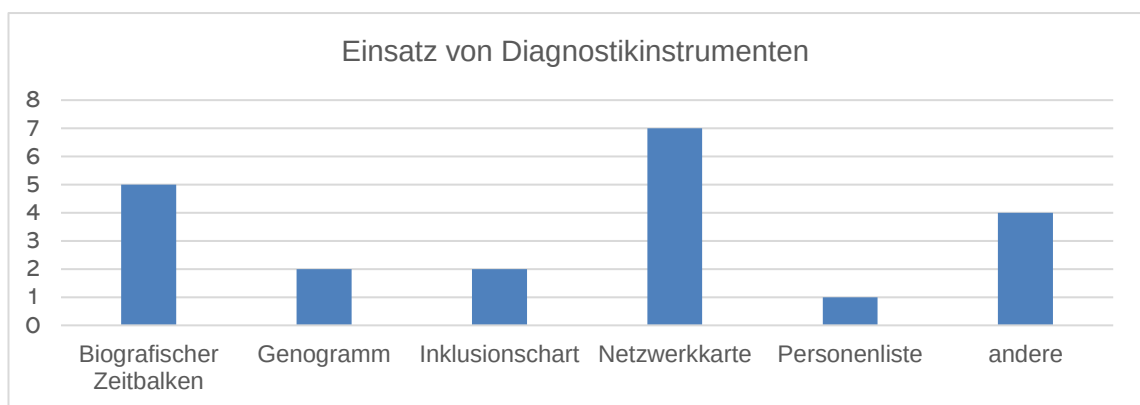


Abbildung 38: Einsatz von Diagnostikinstrumenten

Quelle: eigene Darstellung

⁸² Das RAI-HC (Resident Assessment Instrument - Home Care) ist ein Beurteilungsinstrument für den Bedarf der pflegerischen Versorgung. Es beinhaltet ein schrittweises Vorgehen: Zustandsfeststellung, Ermittlung von Problemen und Potentialen sowie deren Abklärung und Aufnahme in den Pflegeplan (vgl. Amt der Steiermärkischen Landesregierung 2010:3).

⁸³ Der WHOQOL-BREF ist ein Instrument der kulturübergreifenden Bewertung der Lebensqualität und gliedert sich in die vier Bereiche: „physical health“, „psychological“, „social relationships“ und „environment“. Er ist eine verkürzte Version des WHOQOL-100 (vgl. WHO 1998:42,44).

⁸⁴ Der Schnelle Uhren-Dreier ist ein Test, um einen Demenzverdacht abzuklären. Er prüft Kurzzeitgedächtnis und Abstraktionsvermögen. Dem:der Patient:in werden drei Wörter gesagt, welche er:sie sich merken soll. Im Anschluss wird der:die Patient:in aufgefordert, das Ziffernblatt einer Uhr aufzuzeichnen und darin die Zeit 11:10 Uhr einzutragen. Zuletzt soll sich der:die Patient:in an die zu Beginn aufgezählten Wörter erinnern (vgl. Grimm 2005:767).

4.3.2.3.4 Rahmenbedingungen

Tritta Claudia

Sieben der neun Befragten steht für Gespräche mit den Klient:innen ein eigener Raum innerhalb der PVE zur Verfügung. Ein:e Link Worker:in bezeichnet sich als „Raum-Springer:in“ und ein:e Link Worker:in nutzt einen Ordinationsraum an den Nachmittagen, an denen keine ärztliche Ordination stattfindet. Prinzipiell besteht unter den Befragten Zufriedenheit mit den ihnen derzeit zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten: Vier Expert:innen beantworten die Frage nach der Zufriedenheit mit einem „Ja“, fünf Befragte mit „Eher Ja“. Als Aspekte, welche den Link Worker:innen im räumlichen Arbeitsumfeld besonders wichtig sind, werden neben einem eigenen Raum (7x), der adäquat gestaltet werden kann (Settingsmöglichkeiten, angenehme Sitzmöglichkeit für Gespräche), auch eine ruhige und ansprechende Atmosphäre, freundliche und helle Räumlichkeiten, die Vertraulichkeit schaffen (2x) und der Zugang zu Arbeitsmitteln wie Computer/Internet, Telefon und Drucker genannt.

4.3.2.3.5 Psychohygiene

Tritta Claudia

„Haben Sie die Möglichkeit Supervision in Anspruch zu nehmen?“ – Diese Frage wird von vier der Link Worker:innen mit „Nein“ und von fünf Link Worker:innen mit „Ja, freiwillig“ beantwortet. Bei jenen fünf Befragten, welchen Supervision zur Verfügung steht, werden in drei PVEs Einzelsupervision, in einer PVE Teamsupervision mit allen Berufsgruppen in der PVE und in einer PVE eine Form der Supervision, die dem:der Befragten selbst überlassen ist, abgehalten.

Die Zufriedenheit mit den seitens der PVE gegebenen Maßnahmen zur Psychohygiene fällt heterogen aus, wobei sich die größte Zufriedenheit bei den Teambesprechungen zeigt. Die Möglichkeiten der Psychohygiene sind teils stark eingeschränkt: In 77,8 % der befragten PVEs finden keine Klausuren statt, und in 44,4 % gibt es weder Intervention noch Supervision.

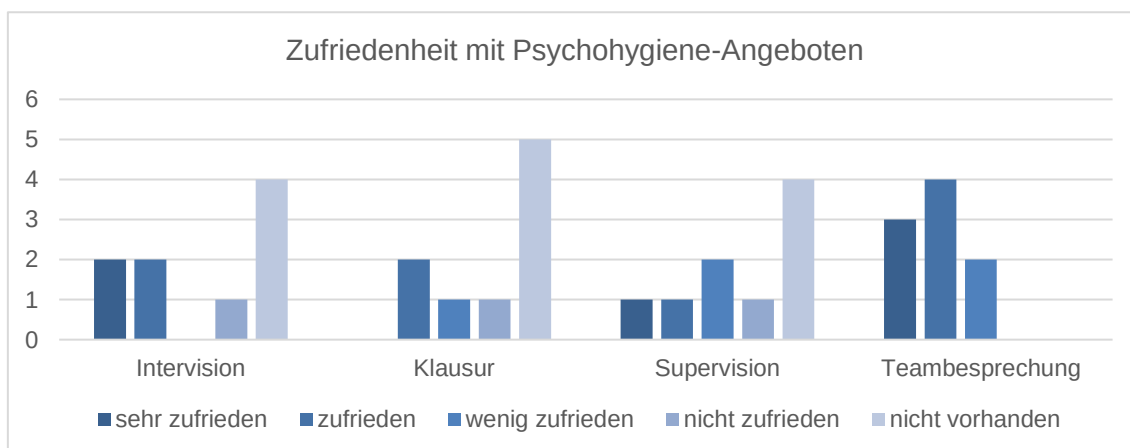


Abbildung 39: Zufriedenheit mit Angeboten der Psychohygiene

Quelle: eigene Darstellung

4.3.2.4 Nahtstellenmanagement

Holzinger-Grath Sabine

Unter Nahtstellenmanagement werden jene Fragen subsumiert, die sich mit dem Netzwerk rund um den:die Link Worker:in befassen.

4.3.2.4.1 Zusammenarbeit innerhalb der PVE

Holzinger-Grath Sabine

Bezüglich der fünf wichtigsten Faktoren in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen innerhalb der PVE nennen die befragten Link Worker:innen mehrheitlich den regelmäßigen Austausch/regelmäßige Fallbesprechungen/Austausch über „herausfordernde“ Klient:innen (7x) bzw. auch die Möglichkeit zu Gesprächen zwischendurch (z. B. in der Kaffeepause). Mehrmals genannt werden auch eine offene/niederschwellige Kommunikation bzw. unterschiedliche Arten der Kommunikation (z. B. Erreichbarkeit auch per Messenger; 5x), ebenso wie Kommunikation auf Augenhöhe/flache Hierarchie leben (jede:r kann fallbezogen wichtig sein; 2x), Wertschätzung (3x), Vertraulichkeit (2x), Transparenz (soweit der Datenschutz dies ermöglicht; 2x), gegenseitiger Respekt (2x) und Wissen zu den Tätigkeiten und Möglichkeiten der anderen Berufsgruppen/gegenseitiges Wissen/Wissen über Zuständigkeiten (3x). Daneben werden hinsichtlich der PVE-internen Zusammenarbeit auch die Aspekte Ehrlichkeit, Erreichbarkeit, Verbindlichkeit, Konfliktmanagement, Lösungsorientierung, Zusammenarbeit (gemeinsames Ziel), Inhalt vor Emotion, Vielfalt der Meinungen, persönliche (nicht nur professionelle) Beziehung, Niederschwelligkeit, gegenseitiges Verständnis, Überschneidungen der Arbeitszeiten und gemeinsame Dokumentation angeführt. Zusammenfassend ist eine wertschätzende Zusammenarbeit mit regelmäßigem Austausch die Basis für die gemeinsame, gelingende Arbeit innerhalb der PVE.

Der Austausch mit den anderen Berufsgruppen innerhalb der PVE erfolgt in den neun befragten PVEs meist durch gemeinsame Teambesprechungen und gemeinsame Intervention. Gemeinsame Klausuren und gemeinsame Supervision finden in den befragten PVEs kaum statt. Während gemeinsame Interventionen in jeweils einer PVE wöchentlich, monatlich bzw. in einem anderen zeitlichen Abstand stattfinden, erfolgen sie in zwei befragten PVEs jeweils nach Bedarf. Gemeinsame Teambesprechungen erfolgen hingegen in geringeren Intervallen – in vier der befragten PVEs monatlich, in drei PVEs wöchentlich und in jeweils einer PVE nach Bedarf bzw. in einem anderen zeitlichen Abstand.

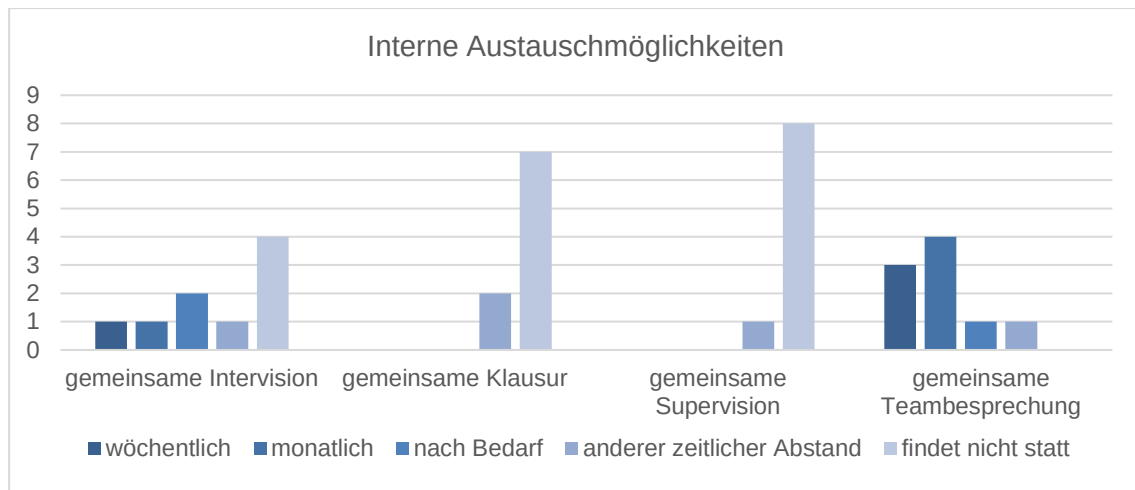


Abbildung 40: Häufigkeit des Austausches zwischen den Berufsgruppen

Quelle: eigene Darstellung

Der Zugriff auf die Klient:innen-Dokumentation durch die einzelnen Berufsgruppen innerhalb der PVE wird jeweils sehr unterschiedlich gehandhabt. In nur drei PVEs haben alle Berufsgruppen Zugriff auf die gesamte Dokumentation (in einer PVE mit Ausnahme der:des Psychotherapeut:in). In ebenso drei PVEs haben die Link Worker:innen Zugriff auf die Ordinationsdokumentation bzw. den Teil der Dokumentation über medizinische Diagnosen und Notizen der Ärzt:innen und anderen Berufsgruppen. Die Disziplinen Psychologie bzw. Psychotherapie und Sozialarbeit führen darüber hinaus eine eigene Dokumentation, die für die anderen Berufsgruppen nicht einsehbar ist. Ein:e Befragte:r fügt hinzu, dass es zwar Zugriff auf den gemeinsamen Server gibt, es durch Updates aber vorkommen kann, dass Daten, die nicht am gemeinschaftlichen Server abgespeichert sind (Psychologie und Sozialarbeit), verloren gehen, und der:die Befragte aus diesem Grund handschriftliche Aufzeichnungen führt. In einer befragten PVE haben alle Berufsgruppen Zugang zu den Stammdaten des:der Klient:in und zur aktuellen Doku, wobei jede Berufsgruppe für sich eine detailliertere Dokumentation erstellt. Lediglich in einer PVE gibt es einen jeweils berufsgruppenspezifischen Zugang zur eigenen Dokumentation, und nur die Ärzt:innen haben Zugriff auf alle Informationen.

4.3.2.4.2 Austausch mit Akteur:innen des 3. Sektors

Holzinger-Grath Sabine

Alle Befragten beziehen ihr Wissen über Akteur:innen des 3. Sektors und deren Angebot über persönliche Treffen mit diesen, ebenso wie über deren Websites. Auch der telefonische Kontakt und diverses Informationsmaterial der Akteur:innen des 3. Sektors (z. B. Flyer, Newsletter) wird in acht PVEs herangezogen, um Informationen einzuholen. In jeweils einer PVE wird auch die Fremdeinschätzung Dritter und die Empfehlung von Kolleg:innen als Informationsbasis genutzt.

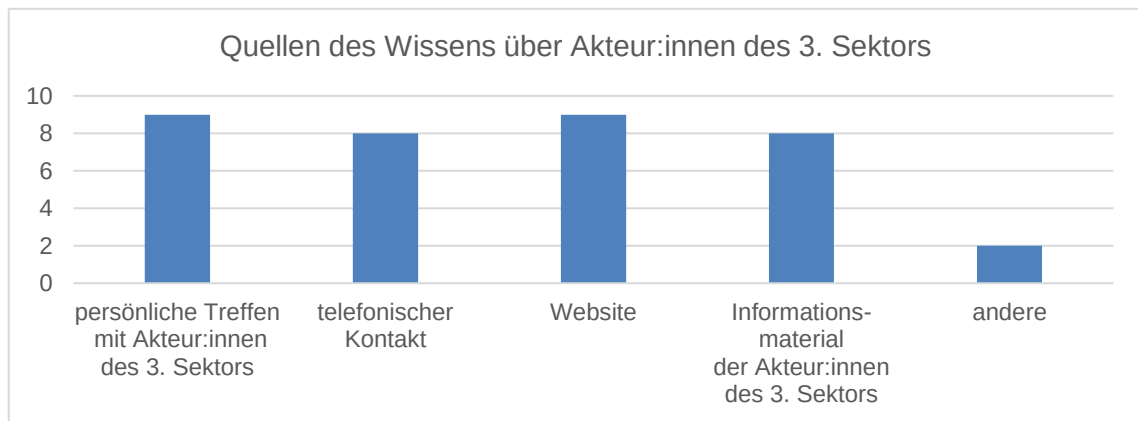


Abbildung 41: Quellen des Wissens über Akteur:innen des 3. Sektors

Quelle: eigene Darstellung

Das Wissen, über das Link Worker:innen hinsichtlich der Akteur:innen des 3. Sektors verfügen, reicht in einer PVE vom Wissen über Zielgruppen, das Angebot, Zugangsvoraussetzungen, die Kontaktdaten und Ansprechpartner:innen bis hin zu den anfallenden Kosten. Eine weitere PVE nennt die Zielgruppe, Finanzierung/Kostenübernahme neben grundsätzlichen Sichtweisen, Ethik und Moral der NGO bzw. Organisation/Unternehmung. Ein:e Befragte:r gibt an, dass Wissen über die Zielgruppe besteht, die Kapazitäten jedoch telefonisch abgefragt werden. Dass alle wichtigen Informationen über die relevanten Institutionen vorhanden sind und bei Nicht-Wissen per Telefon nachgefragt oder im Internet recherchiert wird, merkt ein:eine Link Worker:in an. Ein:e Expert:in fügt hinzu, dass das Wissen unterschiedlich ausgestaltet ist, aber mit der Berufspraxis in Kooperation mit den weiterführenden Angeboten steigt. In der Regel besteht jedoch Wissen über Abläufe und Funktionen der Angebote des 3. Sektors, ebenso wie über einzelne Personen und Angebote der Einrichtung. In allen neun PVEs nehmen die Link Worker:innen auch von sich aus aktiv Kontakt mit den Akteur:innen des 3. Sektors auf, um sich über deren Angebot zu informieren.

Zwei Drittel der befragten Expert:innen nehmen an Austauschtreffen (Sozialarbeitskreis, Runde Tische, Vernetzungstreffen) mit Akteur:innen des 3. Sektors teil. Diese finden in zwei Fällen einmal im Quartal, in einem Fall monatlich, vier Mal nach Bedarf und einmal sehr unregelmäßig statt. In zwei Fällen heißt es, dass dem:der Befragten keine Treffen bekannt sind bzw. dass derzeit keine stattfinden. Drei Link Worker:innen übernehmen auch die Organisation von Austauschtreffen mit Akteur:innen des 3. Sektors, welche einmal im Quartal bzw. nach Bedarf (2x) stattfinden.

4.3.2.4.3 Dokumentation von Informationen über Akteur:innen des 3. Sektors

Holzinger-Grath Sabine

Die Erfassung von Daten und Informationen über die Akteur:innen des 3. Sektors führen die Link Worker:innen einerseits in Papierform (Flyer, Informationsmaterial) andererseits digital am PC (Ordner mit Word-Dokumenten) durch. In fünf PVEs gibt es eine Kombination aus beiden Formen. In einer PVE werden darüber hinaus Soziallandkarten zu den

einzelnen Gemeinden im Einzugsgebiet erstellt. In einer PVE werden auch eigens Informationsblätter, basierend auf den zur Verfügung stehenden Informationen aus dem Internet bzw. Kontakten, zusammengestellt. In einer PVE spielen primär Weblinks, die nach Kategorien sortiert werden, eine Rolle, in einer anderen PVE werden die Informationen in den persönlichen Arbeitsheften festgehalten. Lediglich in einer PVE erfolgt die Dokumentation von Informationen über Akteur:innen des 3. Sektors über eine Datenbank. Diese Datenbank ist nach Themenbereichen strukturiert, wird monatlich aktualisiert und alle Berufsgruppen innerhalb der PVE haben darauf Zugriff. Die Akteur:innen des 3. Sektors werden auch über die Aufnahme in die Datenbank informiert.

Ein:e Befragte:r fügt hinzu, dass ein umfangreiches Wissen über die Angebote des 3. Sektors essenziell ist, ebenso wie das Bestellen diverser Broschüren und Informationsmaterialien. Einen Überblick zu bekommen ist jedoch laut Expert:in äußerst herausfordernd. Zwischendurch gilt es ebenso, auf dem aktuellen Stand zu bleiben.

4.3.2.4.4 Akteur:innen des 3. Sektors und deren Angebote

Holzinger-Grath Sabine

Auf die Frage, ob es Akteur:innen oder Angebote gibt, die für eine Verweisung benötigt würden, die durch den 3. Sektor jedoch nicht ausreichend abgedeckt werden können, antworten fünf Expert:innen mit „Nein“. Jene vier Link Worker:innen, die ein Fehlen von Akteur:innen/Angeboten des 3. Sektors feststellen, nennen folgende fehlende Angebote: Angebote zum Thema Burnout, Angebote mit spezifischen Voraussetzungen, Kinderpsychotherapie, Kinderpsychiatrie, Sozialpsychiatrie, Psychotherapie bei posttraumatischen Belastungen, ambulante Pflegedienste und Entwöhnungstherapien. Das Fehlen von Akteur:innen/Angeboten des 3. Sektors begründen die Befragten primär mit den zu geringen Kapazitäten (3x) und den zu hohen Kosten (3x). Auch die Hochschwelligkeit der Angebote und das Nicht-Vorhandensein in der Region stehen einer Verweisung entgegen.

In acht der neun PVEs werden etwaige Kosten bei der Vermittlung von Klient:innen an Akteur:innen/Angebote des 3. Sektors berücksichtigt. In sieben Fällen erfolgt dies, indem nach Angeboten gesucht wird, die den Einkommensverhältnissen des:der Klient:in angepasst sind bzw. indem die Klient:innen primär an kostenfreie Angebote verwiesen werden (7x). Ein:e Expert:in betont, dass gewisse Angebote durch die anfallenden Kosten für eine mögliche Verweisung wegfallen. Drei Expert:innen geben an, dass die Kosten von anderen Stellen (z. B. sozialen Vereinen) übernommen werden. Auch die Informationsweitergabe an die Klient:innen bezüglich möglicher Kosten, damit diese selbst entscheiden können, wird in einer PVE bei der Kostenfrage berücksichtigt.

Der Einzugsbereich von Akteur:innen des 3. Sektors ist in sieben PVEs regional und in zwei bezirksübergreifend.

4.3.2.4.5 Qualität der Angebote von Akteur:innen des 3. Sektors

Holzinger-Grath Sabine

Als Kriterien, welche erfüllt sein müssen, damit die befragten Link Worker:innen ihre Klient:innen an Akteur:innen/Angebote des 3. Sektors überweisen, werden primär der persönliche Zugang zu allgemeinen Kontaktdaten und Informationen über die Akteur:innen/Angebote genannt (7x), gefolgt von Einrichtungen/Institutionen, die hinter dem Angebot stehen (5x). Als weniger wichtig erweisen sich die Aspekte, dass der:die Link Worker:in die Ansprechperson persönlich kennt (2x), und dass die er:sie bereits persönlich bei den Akteur:innen/dem Angebot vor Ort war. Darüber hinaus werden auch kollegiale Informationen und die persönliche Überzeugung von der Qualität des Angebotes als Qualitätskriterien für eine Verweisung genannt.

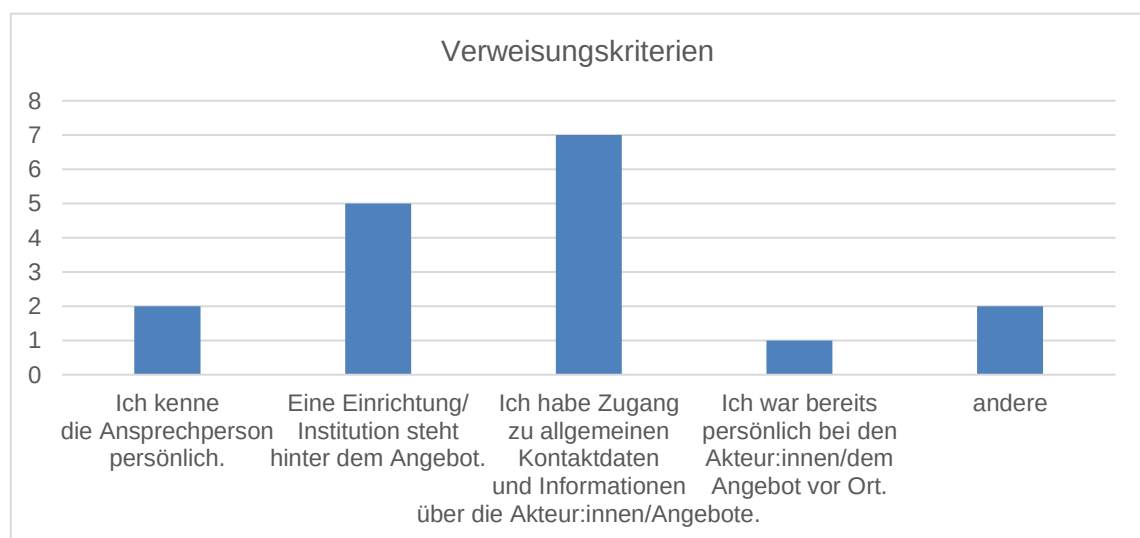


Abbildung 42: Kriterien für eine Verweisung

Quelle: eigene Darstellung

4.3.2.4.6 Anbindung von Klient:innen an Akteur:innen/Angebote des 3. Sektors

Holzinger-Grath Sabine

Die Anbindung der Klient:innen an Akteur:innen/Angebote des 3. Sektors gestaltet sich mehrheitlich durch die Weitergabe von deren Kontaktdaten (9x) und die Aushändigung von Foldern/Informationsmaterialien an die Klient:innen (9x). Auch die telefonische Kontaktaufnahme, stellvertretend für den:die Klient:in erfolgt in acht PVEs. In fünf PVEs findet bei Bedarf eine persönliche Begleitung der Klient:innen zu Terminen statt. Auf die gezielte Frage, ob der:die Link Worker:in ggf. stellvertretend für Klient:innen Kontakt mit Akteur:innen des 3. Sektors aufnimmt, antworten alle Befragten mit einem „Ja“. Sechs befragte Expert:innen haben die Möglichkeit den:die Klient:in bei Bedarf zu den weiterführenden Angeboten zu begleiten. In drei PVEs steht den Klient:innen dieses Service nicht zur Verfügung.

Die Entscheidung, an welche nicht-klinischen Dienstleistungen der:die Klient:in verwiesen wird, trifft in sechs Fällen der:die Link Worker:in gemeinsam mit dem:der Klient:in. In einer PVE wird zudem erwähnt, dass teils auch Ärzt:innen und/oder andere Berufsgruppen der PVE in die Entscheidung miteingebunden werden. In einer anderen befragten PVE trifft jene Profession die Entscheidung der Verweisung, welche gerade in den Fall involviert ist - bei Bedarf gibt es eine Absprache im Team.

Ein:e Befragte:r merkt an, dass PVEs zwar jung sind, aber für andere Einrichtungen attraktiv, da es erstens in diesem Bereich (trotz Austeritätspolitik) Innovation gibt, zweitens der Bedarf für inter-/multiprofessionelle PV gegeben ist, wobei insbesondere die Vorteile für die Patient:innen zu betonen sind, und drittens, da Allgemeinmediziner:innen von einer breiten Bevölkerungsschicht aufgesucht werden (generischer Versorgungsauftrag), während das Gesundheits- und Sozialsystem ansonsten sehr fragmentiert arbeite und teilweise hohe Konkurrenz besteht (mit entsprechend negativen Auswirkungen).

4.3.2.5 Mitbestimmung, erneute Inanspruchnahme, Abbrüche und Evaluierung

Tritta Claudia

Mitbestimmung, die erneute Inanspruchnahme des LW-Angebotes, ebenso wie Abbrüche und Evaluation stellen wichtige Aspekte im Hinblick auf die Konzipierung eines SP-Angebotes dar.

4.3.2.5.1 Mitbestimmung

Tritta Claudia

Wie viel von den Klient:innen im gesamten Prozessverlauf selbst entschieden werden kann, wurde durch die Expert:innen anhand einer Skala von 1 (= Klient:in kann nichts entscheiden) bis 10 (= Klient:in entscheidet alles selbst) dargestellt. Die Ergebnisse mit zweimal 8, vier Mal 9 und drei Mal 10 zeigen, dass die Klient:innen über sehr viel Entscheidungsmacht verfügen. Bei der Frage, welche Aspekte im Entscheidungsrahmen der Klient:innen liegen, wird mehrmals in den Fragebögen auf die Freiwilligkeit des Angebotes und damit auf die freien Entscheidungen der Klient:innen verwiesen – hinsichtlich Inanspruchnahme des SP-Angebotes bzw. Termine bei Link Worker:in und 3. Sektor, Art der bevorzugten Kontaktaufnahme, Kontakthäufigkeit/Kontaktfrequenz, Beratungssetting, Art/Inhalt und Ausmaß der Unterstützung, Intensität der Unterstützung (Information, Beratung, Begleitung, Betreuung), Interventionstiefe der Unterstützung sowie Form der Unterstützung (z. B. digital, persönlich, telefonisch). In vier PVEs werden jedoch auch Einschränkungen bei der Mitbestimmung thematisiert: bei Klient:innen, die Medikamente erhalten, die unter das Suchtmittelgesetz fallen, kann es sein, dass ein Termin bei der Drogenambulanz notwendig wird (damit die Medikamente weiter verordnet werden); bei etwaigem Vorliegen von Gefährdungen des:der Klient:in kann die volle Entscheidungsmacht eingeschränkt sein; zwei Mal wurde angeführt, dass der einzige Aspekt, den Klient:innen nicht selbst bestimmen können, jener sei, welche Angebote ihnen vorgestellt werden (z. B. wird von professioneller Seite gefiltert).

4.3.2.5.2 Erneute Inanspruchnahme des Angebotes

Tritta Claudia

Acht der neun Expert:innen geben an – wobei einem:einer Befragten dies nicht bekannt (n. b.) ist –, dass es bei Klient:innen vorkommt, dass diese das LW-Angebot zu einem späteren Zeitpunkt erneut wahrnehmen. Die Spannweite der Prozentzahl an Klient:innen, welche das Angebot öfter als einmal in Anspruch nehmen, reicht von 10 % bis 80 %. Die Verteilung der Gründe, aus welchen es zur erneuten Inanspruchnahme kommt – aufgrund desselben Anliegens (gl. Anl.) oder aufgrund eines anderen Anliegens (a. Anl.) – ist in vier PVEs teils sehr unterschiedlich. In drei PVEs erfolgt die erneute Nutzung des LW-Angebotes häufiger aufgrund eines anderen Anliegens als im Fall der ersten Inanspruchnahme. In vier PVEs ist dies ausgeglichen.

Tabelle 34: Erneute Inanspruchnahme des LW-Angebotes

PVE 1		PVE 2		PVE 3		PVE 4		PVE 5	
30 %		30 %		30 %		30 %		n. b.	
gl. Anl.	a. Anl.	gl. Anl.	a. Anl.	gl. Anl.	a. Anl.	gl. Anl.	a. Anl.	gl. Anl.	a. Anl.
50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %	40 %	60 %	n. b.	n. b.

PVE 6		PVE 7		PVE 8		PVE 9	
67 %		10 %		80 %		40 %	
gl. Anl.	a. Anl.	gl. Anl.	a. Anl.	gl. Anl.	a. Anl.	gl. Anl.	a. Anl.
25 %	75 %	50 %	50 %	70 %	30 %	10 %	90 %

Quelle: eigene Darstellung

4.3.2.5.3 Abbrüche

Tritta Claudia

Eine sehr breite Streuung zwischen den einzelnen PVEs zeigt sich in der Prozentzahl der Klient:innen, welche die Betreuung innerhalb des gesamten Prozessverlaufes abbrechen: zwischen 5 % und 60 %.

Tabelle 35: Prozentzahl der Abbrüche

PVE 1	PVE 2	PVE 3	PVE 4	PVE 5	PVE 6	PVE 7	PVE 8	PVE 9
10 %	10 %	60 %	20 %	35 %	10 %	10 %	20 %	5 %

Quelle: eigene Darstellung

Als „kritische“ Prozessschritte in Bezug auf Abbrüche der Klient:innen werden vor allem zwei Übergänge identifiziert: zwischen der Verweisung zum 3. Sektor und der tatsächlichen Inanspruchnahme (8 PVEs) und zwischen der Überweisung zum:zur Link Worker:in und der tatsächlichen Inanspruchnahme des Angebotes (6 PVEs).

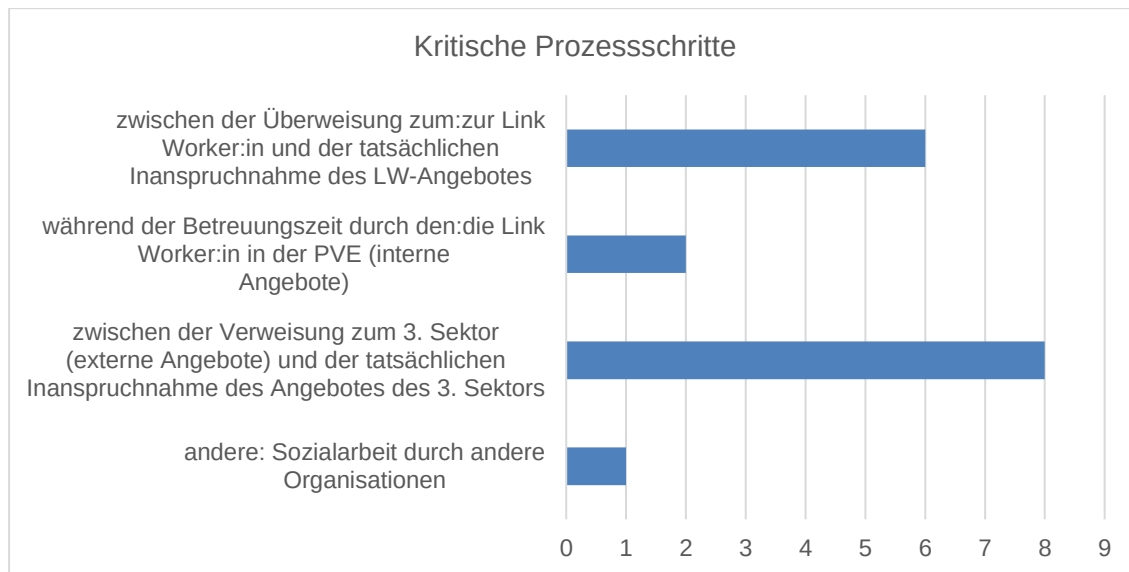


Abbildung 43: Kritische Prozessschritte in Bezug auf Abbrüche

Quelle: eigene Darstellung

Als Faktoren, die zu Abbrüchen der Betreuung seitens der Klient:innen führen, nennen die Link Worker:innen der befragten PVEs neben allgemeinen Schwierigkeiten bei der Kontaktaufnahme mit weiterführenden Angeboten durch die Klient:innen auch die fehlenden zeitlichen Ressourcen für eine Begleitung zu den Angeboten des 3. Sektors. Als Gründe für Abbrüche werden auch das Gefühl der Klient:innen, nicht an das „richtige“ Angebot vermittelt worden zu sein, ebenso wie andere Erwartungen des:der Klient:in an die Betreuung/Unterstützung, angesprochen. (Zu) Lange Wartefrequenzen, inkongruente Zielsetzungen und Hochschwelligkeit werden ebenso als Abbruchgründe identifiziert. Auch therapeutische Gründe (z. B. Bevorzugung von ambulanter gegenüber stationärer Behandlung bei gefährdetem:r Klient:in) werden von einem:einer Expert:in im Hinblick auf einen Abbruch der Betreuung genannt. Daneben werden in sechs PVEs auch intrinsische Aspekte für Betreuungsabbrüche genannt: fehlende Eigenmotivation (z. B. wenn Klient:in von jemandem „geschickt“ wurde) bzw. Compliance⁸⁵, Änderung der Problemlage bzw. der Sichtweise auf die Problemlage seitens des:der Klient:in, persönliche Veränderungen bzw. Veränderung der Lebensumstände sowie emotionale Belastungen. Allgemein wird darauf hingewiesen, dass die Inanspruchnahme des LW-Angebotes und Abbrüche sehr von der privaten Situation des:der Klient:in abhängig sind und teilweise auch mit „Klient:innengruppen“ in Zusammenhang gebracht werden (z. B. bei psychiatrischen Problemlagen kommen Abbrüche häufiger vor). Der Umgang von Link Worker:innen mit Abbrüchen ist sehr homogen. In mehr als der Hälfte der PVEs erfolgt eine telefonische Kontaktaufnahme mit dem:der Klient:in. Wenn kein Kontakt hergestellt werden kann bzw. der:die Klient:in den Kontakt ablehnt, wird dies von den Fachkräften akzeptiert, teils wird Feedback betreffend den Abbruch eingeholt oder ein Abschlussgespräch geführt. Durch den:die Link Worker:in erfolgt das Angebot, sich bei Bedarf wieder zu melden. Teilweise gibt es bei den Maßnahmen jedoch Unterschiede, je

⁸⁵ Compliance bezeichnet die Fähigkeit und die Bereitschaft einer Person den Verordnungen und dem gesundheitlichen Rat des:der Ärzt:in (dem Gegenüber) zu folgen. Dies impliziert die Ansicht, Patient:innen/Klient:innen seien passive Empfänger:innen von (Therapie-)Vorschriften. Es ist jedoch ein Wandel vom Modell der Compliance zu Adhärenz in der Sozialarbeiter:innen-Klient:innen-Beziehung zu verzeichnen (vgl. Franz 2019).

nachdem, ob bereits Kontakt zum:zur Klienten:in bestanden hat, oder worin der Grund für den Abbruch gesehen wird – Angebot nicht mehr notwendig vs. Grund liegt in der Arbeitsweise der Fachkraft. Nehmen Personen erneut Kontakt auf, versucht man besonders bei diesen Klient:innen motivierend zu wirken.

4.3.2.5.4 Evaluierung

Tritta Claudia

In fünf der neun PVEs findet eine Evaluierung des Prozesses der Sozialen Verschreibung statt: In zwei PVEs gibt es eine Evaluierung innerhalb der PVE, in zwei anderen PVEs gibt es eine Evaluierung mit Klient:innen und in einer PVE finden beide Formen der Evaluierung Anwendung. Ein:e Befragte:r fügt hinzu, dass die Evaluierung nicht strukturiert vorgenommen wird, sondern stichprobenartig und nach Bedarf erfolgt. Ebenso hält ein:e Expert:in fest, dass Evaluation in seiner:ihrer PVE einen Standard darstellt, wobei sie entweder via Rückmeldungen durch den:die Klient:in und/oder durch ein Gespräch mit der Kontaktperson des Angebotes des 3. Sektors erfolgt.

Im Hinblick auf die Evaluierung innerhalb der PVEs wird einerseits die Datenerhebung durch die ÖGK, andererseits die Evaluierung im Rahmen des Projektes *Social Prescribing* (LW wird nicht evaluiert) erwähnt. Aspekte, die mit dem:der Klient:in evaluiert werden, sind laut den drei Link Worker:innen die Erreichung der Zielvereinbarung (3x), die Zufriedenheit mit den Angeboten innerhalb der PVE (2x), die Zufriedenheit mit den Angeboten des 3. Sektors (2x) und die Zufriedenheit mit dem gesamten Prozess der Sozialen Verschreibung. Die Evaluierung, welche mit den Klient:innen durchgeführt wird, wird in allen drei Fällen als persönliches Gespräch mit dem:der Klient:in beschrieben, wobei einmal explizit darauf hingewiesen wird, dass darin die Erreichung des gemeinsamen Zieles (z. B. Bewilligung des Reha-Antrages) betrachtet wird. Der/Die Zeitpunkt/e, zu dem/denen eine Evaluierung erfolgt, variiert/variiieren zwischen den beiden PVEs folgendermaßen:

Tabelle 36: Evaluierungszeitpunkte

In 100% der Fälle erfolgt eine Evaluierung...		
	PVE 4	PVE 6
während des Prozesses der Sozialen Verschreibung	10 %	10 %
nach Abschluss der gemeinsamen Termine (internes Angebot)	30 %	50 %
nach Abschluss des Angebotes des 3. Sektors (externes Angebot)	40 %	5 %
nach Abschluss des Gesamtprozesses der Sozialen Verschreibung	20 %	0 %
bei Bedarf	0 %	35 %

Quelle: eigene Darstellung

In zwei der vier PVEs, in denen es keine Form der Evaluierung gibt, existiert jedoch eine Feedbackmöglichkeit, welche in beiden Fällen durch ein persönliches Gespräch erfolgt.

Kritisch wird seitens eines:einer Expert:in insgesamt angemerkt, dass derzeit verschiedenste Forschungsprojekte existieren, deren Gesamtausrichtung den Praxisakteur:innen in den PVEs nicht bekannt ist. Dementsprechend wird der Wunsch geäußert,

relevante Akteur:innen innerhalb der Praxis stärker in übergeordnete Bereiche (z. B. Forschung und Politik) – mit entsprechender Entscheidungsmacht – hinsichtlich Sozialer Arbeit in PVEs einzubinden.

4.4 Vorstellungen und Rahmenbedingungen zur Umsetzung von Social Prescribing in der Praxis – Inhalte aus dem Versorgungskonzept

Holzinger-Grath Sabine

Nachstehend erfolgt eine Erläuterung der Inhalte des von Dr. Ouhadi und Dr.ⁱⁿ Pilz ausgefüllten Versorgungskonzeptes, welches die Grundlage für die Erweiterung ihrer Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin zu einer PVE darstellt. Der Aufbau des Unterkapitels basiert auf dem zur Verfügung stehenden Musterkonzept, etwaige Überschriften wurden unverändert übernommen (vgl. Wachabauer / Ivansits 2019:2; ausgefüllt durch Ouhadi / Pilz).

Seitens der GÖG wurde im Zuge eines Bundesgesundheitsagentur - Projektes in Kooperation mit den Zielsteuerungspartner:innen ein Musterdokument zur konzeptionellen Vorbereitung und folglich zur Umsetzung einer PVE formuliert. Das Papier versteht sich als unverbindlicher Entwurf und dient als Hilfestellung bei der Etablierung einer PVE nach § 2 PrimVG (siehe 2.1.4.2). Die Basis des Muster-Versorgungskonzeptes bilden der ÖSG 2017 sowie die Qualitätssicherungsverordnung (QS-VO) 2018. Die exemplarische Vorlage ist an die Anforderungen der jeweiligen PVE-Gründung zu adaptieren und bedarf eventuell einer Erweiterung. Elementare Tools der Bereiche Leistungen und Organisation sowie regionale Versorgungsprofile stellen die Inhalte des Muster-Versorgungskonzeptes dar. Zudem steht ein Manual zur näheren Erklärung der einzelnen im Muster-Versorgungskonzept enthaltenen Punkte zur Verfügung (vgl. ebd.).

Das Primärversorgungsgesetz bildet die juristische Basis für PVEs. Dieses beinhaltet u. a. den Aspekt des Versorgungskonzeptes, welches die Voraussetzung für die Tätigkeit in einer PVE bildet. Das Versorgungskonzept als verpflichtende Grundlage zur Errichtung einer PVE dient als Hilfestellung zur Benennung standortabhängiger Ansprüche und bietet folglich die Möglichkeit der Vorbereitung auf künftige Aufgaben. Der Fokus liegt dabei auf der intensiven Beschäftigung mit der PVE als Organisation sowie den damit einhergehenden Leistungen unter Berücksichtigung der örtlichen Ansprüche (vgl. ebd.:1). Diese sind in der folgenden Grafik aufgelistet:

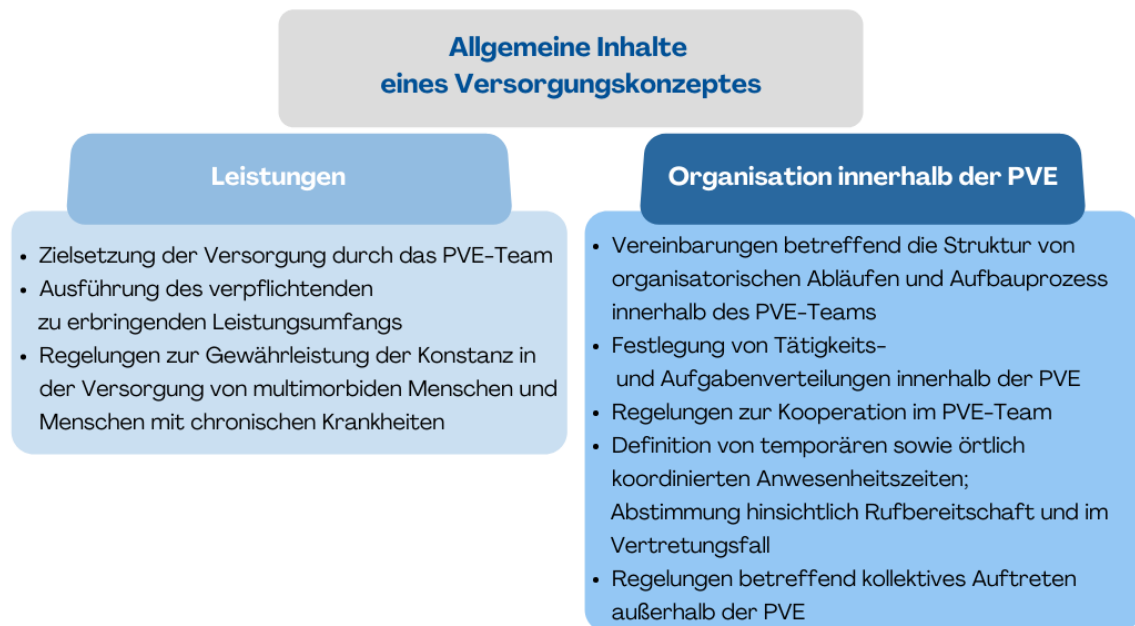


Abbildung 44: Inhalte eines Versorgungskonzeptes

Quelle: vgl. Wachabauer / Ivansits 2019:1; ausgefüllt durch Ouhadi / Pilz, eigene Darstellung

Von der GÖG wird empfohlen, einen umfassenden zeitlichen Rahmen zur Vorbereitung und Ausarbeitung des Versorgungskonzeptes unter Einbeziehung der Expertise von Professionist:innen einzuplanen. Zudem dient das Versorgungskonzept den Gebietskrankenkassen sowie anderen Krankenversicherungsträgern als Beurteilungsnorm und wesentliches Signum in der Bewerber:innenauswahl. Bei einem erfolgreichen Abschluss des Versorgungsvertrages sind post festum stattfindende Abänderungen des PV-Vertrages gemäß § 6 Abs. 2 PrimVG dem verantwortlichen Krankenversicherungsträger zu melden (vgl. ebd.:2).

4.4.1 Versorgungsziele des Teams in der Primärversorgungseinheit

Holzinger-Grath Sabine

Die **Formulierung von Versorgungszielen** des PVE-Teams stellt einen Teil des Versorgungskonzeptes dar. Für die Ausarbeitung werden Parameter, welche die regionalen Gegebenheiten abbilden, herangezogen. Diese umfassen die Gestaltung der zu versorgenden Region, die Bewohner:innenzahl sowie die Altersverteilung der Bevölkerung im Einzugsgebiet. Zudem liegt der Fokus darauf, einen Überblick über bestehende Angebote im Gesundheits- und Sozialbereich zu gewinnen und Versorgungslücken zu benennen. Das Gesundheitsverhalten, der in der Region zu bedienenden Population wird analysiert und daraus ein entsprechender Zielgruppen - Schwerpunkt formuliert (vgl. ebd.:3).

Im Versorgungskonzept von Dr.ⁱⁿ Pilz und Dr. Ouhadi wird nach dem RSG das Einzugsgebiet mit „Auf der Schmelz, Johnstraße/Kardinal-Rauscher-Platz“ und „Stadthalle Nibelungen“ definiert. Die Schwerpunktsetzung liegt unter Berücksichtigung der örtlichen Anforderungen auf chronisch Kranken und multimorbiden Patient:innen, älteren Menschen, Patient:innen mit einem Bedarf an psychosozialer Unterstützung sowie auf Kindern- und

Jugendlichen in Kooperation mit Ärzt:innen im Fachgebiet Pädiatrie (vgl. ebd.). Die von Dr.ⁱⁿ Pilz und Dr. Ouhadi formulierten Versorgungsziele für die geplante PVE umfassen folgende Kernelemente:

Tabelle 37: Versorgungsziele PVE

Steigerung der Zufriedenheit der Bevölkerung
■ erweitertes Leistungsspektrum: längere Öffnungszeiten und Erreichbarkeit, wertschätzender Umgang mit Patient:innen unter Anwendung von Kommunikations-Skills
■ Stärkung der Gesundheitskompetenz: ausführliche Aufklärung und Unterstützung der Patient:innen nach dem Bio-Psycho-Sozialen Konzept
Prävention
■ Vorsorgeuntersuchungen
■ Impfberatung und Durchführung von Impfungen
■ Unterstützung in der Lebensstiländerung
Versorgung bestimmter Zielgruppen
■ chronisch Kranke (insbesondere Diabetiker:innen, Hypertoniker:innen)
■ Menschen mit niedrigem Bildungs- und Sozialstatus und/oder Sprachbarrieren
■ Menschen mit Migrationsbiographie

Quelle: vgl. Wachabauer / Ivansits 2019:3; ausgefüllt durch Ouhadi / Pilz, eigene Darstellung

4.4.2 Organisatorische Informationen zur geplanten PVE

Holzinger-Grath Sabine

Von Dr.ⁱⁿ Pilz und Dr. Ouhadi wird, ausgehend von der Gruppenpraxis, ein PVZ mit Sitz in 1150 Wien angestrebt. Für den Start der PVE gibt es keinen klar definierten Zeitpunkt, lediglich die Perspektive “ nach baulicher Fertigstellung” (vgl. ebd.:4).

Als Gesellschafter:innen fungieren Dr.ⁱⁿ Pilz sowie Dr. Ouhadi. Beide verfügen über die berufliche Qualifikation im Fachbereich Allgemeinmedizin und weisen zudem zusätzliche Ausbildungen in den Bereichen Akupunktur und Nuklearmedizin auf (vgl. ebd.)

Das Kernteam der geplanten PVE umfasst neben Ärzt:innen für Allgemeinmedizin Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege mit der Zusatzqualifikation Wundmanagement sowie Mitarbeiter:innen aus dem Fachbereich Ordinationsassistenten. Darüber hinaus sind Stellen für Professionist:innen im Feld Sozialer Arbeit, Diätologie, Physiotherapie sowie Psychotherapie geplant. Das Beschäftigungsausmaß umfasst für die Stellen der Ärzt:innen für Allgemeinmedizin drei Planstellen, aufgeteilt auf drei Personen. Die Positionen von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege werden mit einer wöchentlichen Stundenanzahl von 38 festgelegt, während die Tätigkeit der Ordinationsassistenten im Umfang von 100 Wochenstunden zur Besetzung gelangt. Prospektiv geplante Berufsgruppen der Diätologie, Psychotherapie, Physiotherapie sowie der Sozialen Arbeit werden mit je 20 Wochenstunden konzeptioniert. Sobald eine Eigenfinanzierung gewährleistet werden kann, wird eine Erweiterung um eine:n klinische:n Pharmazeut:in sowie eine labortechnische medizinische Assistenz angedacht (vgl. ebd.:4–7).

Für die PVE im 15. Wiener Gemeindebezirk ist eine Zusammenarbeit mit Kooperationspartner:innen wie Labor, Röntgen, Apotheke, Fachambulanzen, Fachärzt:innen, Fonds Soziales Wien, Frauengesundheitszentrum FEM, Fit to Work, Anton-Proksch-Institut, Bandagist sowie Psychosozialen Diensten geplant (vgl. ebd.:8).

Eine adäquate Verkehrsanbindung stellt für die Umsetzung der PVE ein zentrales Element dar. Die geplante PVE von Dr.ⁱⁿ Pilz und Dr. Ouhadi ist mit der U3 sowie mit der Straßenbahn 49 gut erreichbar. Zusätzlich wird es Parkplätze für die Anreise mit dem PKW geben.

Gemäß § 4 PrimVG hat eine PVE die Anforderungen eines barrierefreien Zugangs und bedarfsgerechter Sprachdienstleistungen zu erfüllen. Bezogen auf die geplante PVE von Dr.ⁱⁿ Pilz und Dr. Ouhadi tragen Dolmetschleistungen von Mitarbeiter:innen sowie ein elektronisches Dolmetschprogramm zur Verständigung bei.

Die zeitliche Erreichbarkeit der geplanten PVE wird mit einem Ausmaß von 50 Stunden pro Woche definiert.

4.4.2.1 Ablauforganisation

Holzinger-Grath Sabine

Die Ablauforganisation umfasst alle innerhalb der PVE stattfindenden strukturellen Vorgänge der Zusammenarbeit. Dabei liegt der Fokus explizit auf dem organisatorischen Prozess, nicht auf der Abbildung medizinischer Abläufe in der Versorgung. In der geplanten PVE von Dr.ⁱⁿ Pilz und Dr. Ouhadi finden von der Kontaktaufnahme bis zum Verlassen der PVE die persönlichen Lebensumstände der Patient:innen Berücksichtigung, sodass die Möglichkeit gegeben ist, die gesamte Expertise des Teams bei der Betreuung miteinzubeziehen (vgl. ebd.:14).

Die Klärung von Rollen sowie das Wissen über etwaige Aufgaben und Zuständigkeitsbereiche der einzelnen Teammitglieder ist für eine Zusammenarbeit wesentlich. Im folgenden Abschnitt werden Aufgaben und Zuständigkeitsbereiche der einzelnen Berufsgruppen innerhalb der geplanten PVE dargestellt.

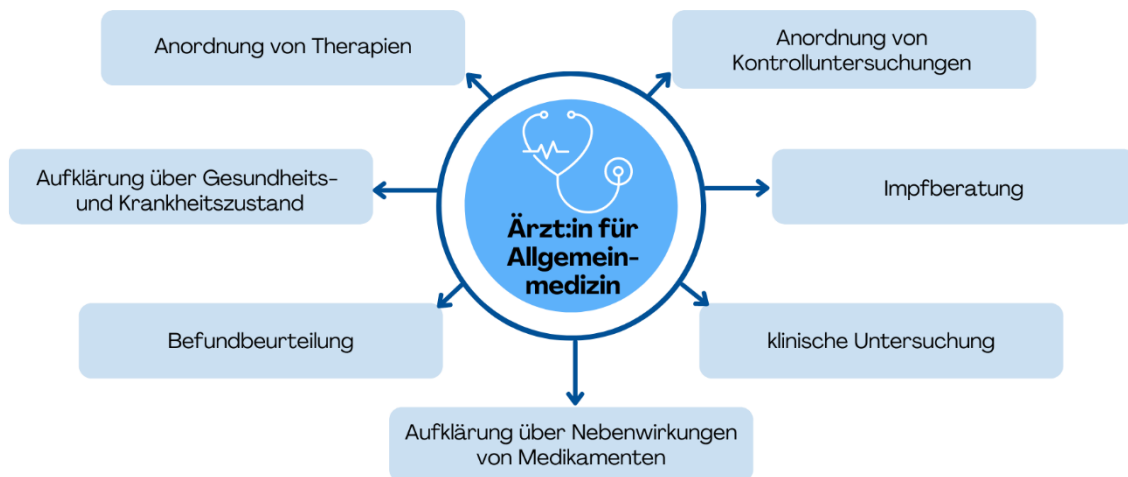


Abbildung 45: Aufgaben und Zuständigkeiten Ärzt:in für Allgemeinmedizin

Quelle: Wachabauer / Ivansits 2019:14; ausgefüllt durch Ouhadi / Pilz, eigene Darstellung

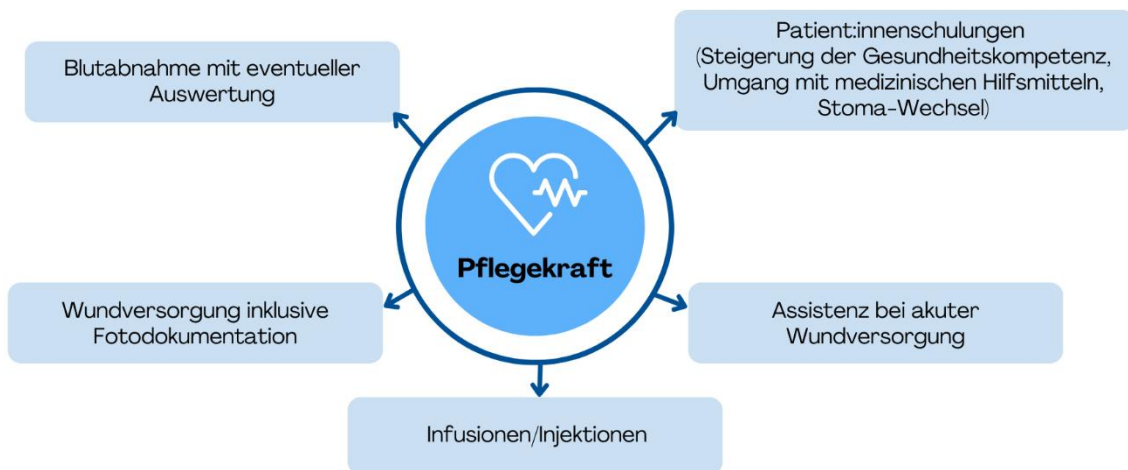


Abbildung 46: Aufgaben und Zuständigkeiten Pflegerkraft

Quelle: Wachabauer / Ivansits 2019:14; ausgefüllt durch Ouhadi / Pilz, eigene Darstellung



Abbildung 47: Aufgaben und Zuständigkeiten Ordnationsassistent:in

Quelle: Wachabauer / Ivansits 2019:14; ausgefüllt durch Ouhadi / Pilz, eigene Darstellung

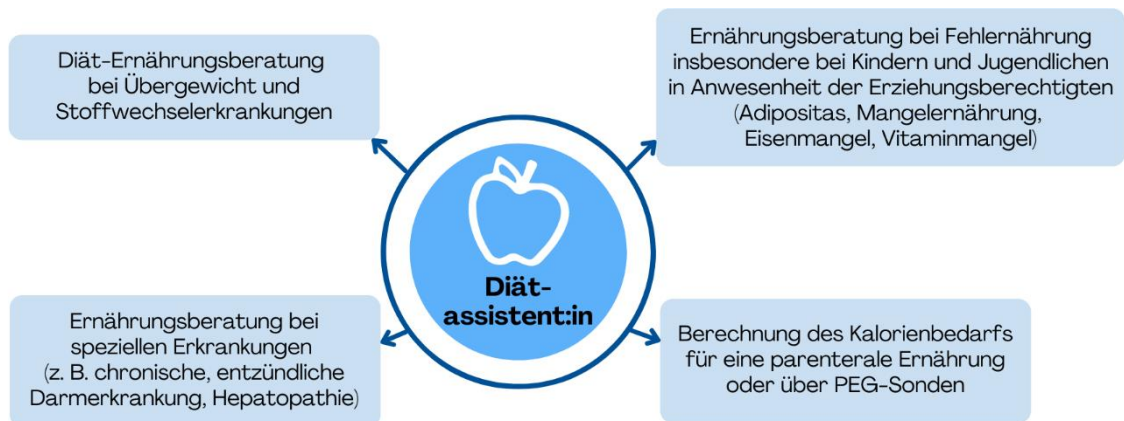


Abbildung 48: Aufgaben und Zuständigkeiten Diätassistent:in

Quelle: Wachabauer / Ivansits 2019:14; ausgefüllt durch Ouhadi / Pilz, eigene Darstellung

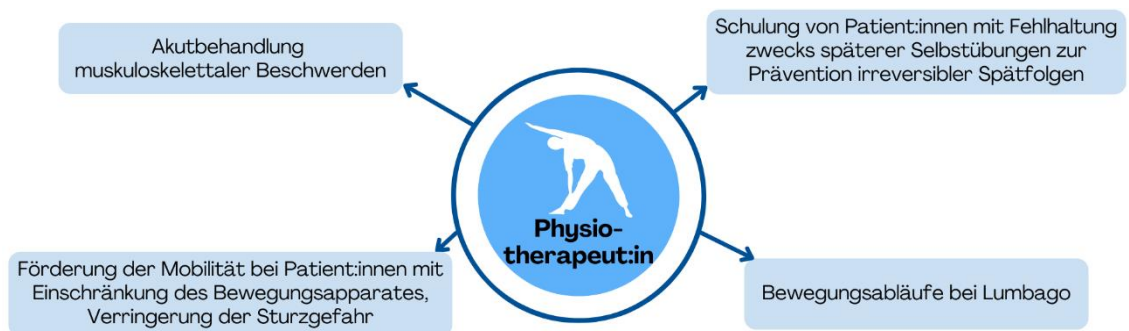


Abbildung 49: Aufgaben und Zuständigkeiten Physiotherapeut:in

Quelle: Wachabauer / Ivansits 2019:14; ausgefüllt durch Ouhadi / Pilz, eigene Darstellung

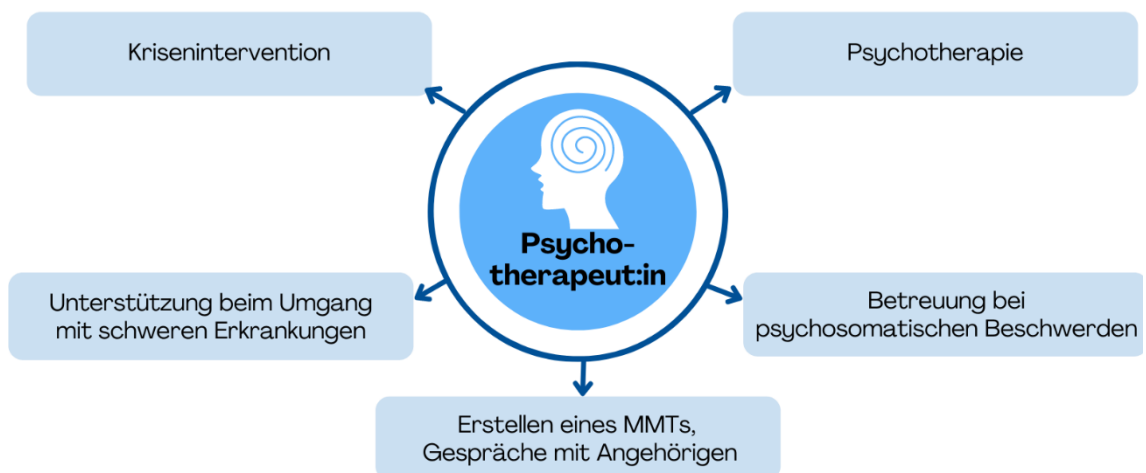


Abbildung 50: Aufgaben und Zuständigkeiten Psychotherapeut:in

Quelle: Wachabauer / Ivansits 2019:14; ausgefüllt durch Ouhadi / Pilz, eigene Darstellung

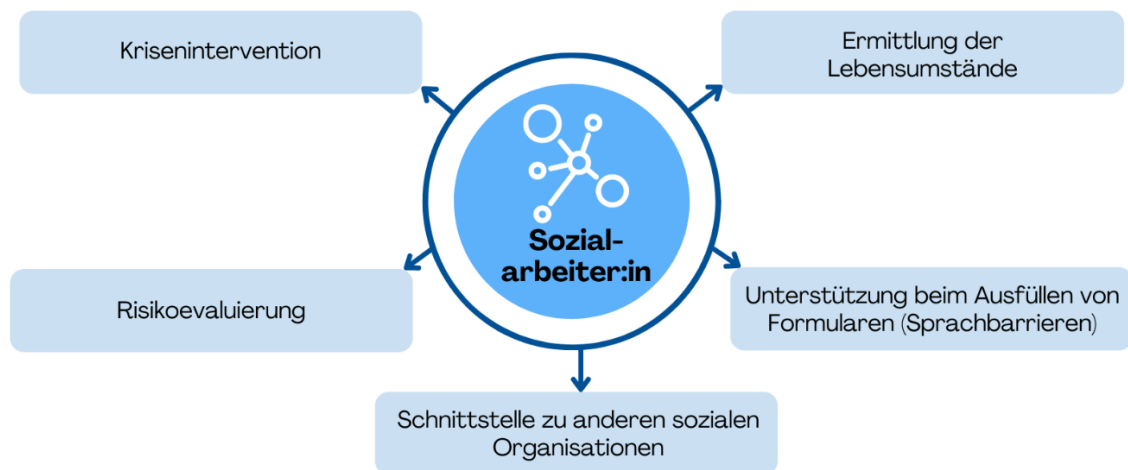


Abbildung 51: Aufgaben und Zuständigkeiten Sozialarbeiter:in

Quelle: Wachabauer / Ivansits 2019:14; ausgefüllt durch Ouhadi / Pilz, eigene Darstellung



Abbildung 52: Aufgaben und Zuständigkeiten Ordinationsmanager:in

Quelle: Wachabauer / Ivansits. 2019:14; ausgefüllt durch Ouhadi / Pilz, eigene Darstellung

Der Austausch zwischen den einzelnen Teammitgliedern umfasst die persönliche, telefonische sowie elektronische Ebene. Die Überweisung von Patient:innen erfolgt PVE-intern über ein EDV-System, welches die Möglichkeit der farblichen Kodierung in Abhängigkeit von der Urgenz des Patient:innenanliegens bietet.

Dem interprofessionellen Austausch stehen in der geplanten PVE unterschiedliche Formate in differenten zeitlichen Intervallen zur Verfügung. Neben einmal monatlich sowie nach Bedarf stattfindenden persönlichen Teambesprechungen, steht eine Software zur Verfügung, die allen Berufsgruppen das Einbringen von Anliegen und Herausforderungen ermöglicht. Zudem finden ggf. Fallbesprechungen mit in einem gemeinsamen Fall involvierten Professionist:innen statt. Die Planung von Teammeetings obliegt dem Orga-

nisationsmanagement, ebenso die Adaptierung neuer Regelungen von Arbeitsanweisungen sowie deren Weiterleitung an die einzelnen Teammitglieder. Für Besprechungen werden die örtlichen Gegebenheiten der PVE genutzt (vgl. ebd.:15).

Zum Umgang mit Konflikten und Herausforderungen kommen Instrumente wie Supervision, Teambesprechungen und ein anonymes Beschwerdesystem für Klient:innen zum Einsatz. Darüber hinaus findet jährlich die Erhebung der Zufriedenheit der Mitarbeiter:innen statt (vgl. ebd.).

Für die geplante PVE werden Regeln im Vertretungsfall definiert. Fehlende zeitliche Ressourcen machen eine durchgängige persönliche Übergabe von Patient:innen im Vertretungsfall nicht möglich, wesentliche Daten sind jedoch in der Kartei abrufbar. Eine Akutversorgung ist jederzeit möglich (vgl. ebd.).

Die im ÖSG 2017 definierten Tätigkeiten der Link Worker:innen, nämlich jene der Lots:innenfunktion für Klient:innen und der Zusammenarbeit mit Netzwerkpartner:innen, finden in der geplanten PVE Umsetzung (vgl. ebd.).

4.4.2.2 Qualitätsmanagement

Tritta Claudia

Das Qualitätsmanagement⁸⁶ der geplanten PVE fußt auf zwei wesentlichen Grundlagen: der QS-VO 2018 und dem Zielsteuerungsbericht zu Mindestanforderungen von Qualitätsmanagementsystemen (vgl. ebd.:16).

Im Rahmen des ÖSG 2017 sind „organisatorische Aufgaben in der (teambasierten) Primärversorgung“ (BMSGPK 2019:82) definiert. Diese werden in vier Bereiche gegliedert, wobei auf das **Qualitätsmanagement als Grundlage für Versorgung „state of the art“ mit Fokus auf Teamarbeit** an dieser Stelle näher eingegangen wird. Die folgende Auflistung stellt laut Versorgungskonzept Aufgaben der PVE innerhalb des Qualitätsmanagements dar. Ergänzt werden sie durch Erklärungen basierend auf dem Manual des Versorgungskonzeptes (vgl. GÖG o.A.b:6; vgl. (vgl. Wachabauer / Ivansits 2019:16; ausgefüllt durch Ouhadi / Pilz):

- „Klären der **Rollen- und Aufgabenteilung im Team**“ (siehe 4.4.2.1)
- „Regelung der **Kommunikation im Team**“ (siehe 4.4.2.1)
- Führen eines teambezogenen **Qualitäts- und Fehlermanagementsystems** einschließlich Bereitschaft zur begleitenden Evaluierung
- Möglichkeit zum **Patient:innen-Feedback** einschließlich Beschwerdemanagement
- Teilnahme an bzw. Organisation von regelmäßigen **Qualitätszirkeln**: Im Rahmen dieser findet ein strukturierter Austausch zwischen Fachkräften der Gesundheits- und Sozialberufe über ihre praktische Tätigkeit und über bestimmte Themen statt. Das

⁸⁶ Dies meint koordinierte Tätigkeiten zum Lenken und Leiten einer Organisation hinsichtlich Qualität. Dies bezieht üblicherweise das Definieren der Qualitätspolitik und der Qualitätsziele, die Qualitätsplanung, die Qualitätslenkung, die Qualitätssicherung und die Qualitätsverbesserung mit ein (vgl. GÖG o.A.b:5).

direkte Lernen voneinander innerhalb des multiprofessionellen Teams soll gewährleistet werden. Unter der Anleitung eines/einer Moderator:in beschäftigt sich die Arbeitsgruppe, für gewöhnlich bestehend aus sechs bis zwölf Teilnehmer:innen, mit der Bearbeitung von und Lösungsfindung für Fragestellungen und/oder Probleme. Verschiedene Methoden des Qualitätsmanagements finden Anwendung.

- regelmäßige fachspezifische **Aus-, Fort- und/oder Weiterbildungen für PVE-Teammitglieder**: Das Team der PVE soll sich regelmäßig fortbilden, bezogen auf die Basisaufgaben, und um besondere Aufgaben erkennen und behandeln zu können. Diesbezüglich sind Nachweise für durchgeführte Vorträge, Seminare, Kurse oder Ähnliches vorzulegen. Zusätzlich zur regelmäßigen Teilnahme an Aus-, Fort- und Weiterbildungen sollen Kompetenzen ausgebaut bzw. gefestigt werden. Dies soll die Basis für den Umgang mit Aufgaben wie Gesundheitsförderung, Prävention und Nahtstellenmanagement bilden.
- Berücksichtigung **evidenzbasierter Leitlinien**
- Erfüllen der Kriterien zur **Aus- und Weiterbildungstätigkeit** (Lehrpraxis und Praktika) (siehe 4.4.2.5)
- Organisation der **Einhaltung rechtlicher Auflagen** (z. B. Hygienerichtlinien/-verordnung, Medizinproduktegesetz)
- „**Erheben, Nutzen und Bereitstellen von Daten** und Informationen zur Wissensgenerierung als Grundlage für die evidenzbasierte Analyse und Steuerung des Gesundheitssystems“

Diese genannten Aufgabenbereiche werden in der geplanten PVE Anwendung finden, da diese sowohl im stationären als auch im ambulanten/niedergelassenen Bereich unbedingt umzusetzen sind (vgl. GÖG o.A.b:5).

Aus dem Versorgungskonzept wird ersichtlich, wie die aufgelisteten Aufgaben planmäßig umgesetzt werden. Die Mitarbeiter:innen der PVE nehmen an Qualitätszirkeln bzw. Fortbildungen teil. Prozesse innerhalb der PVE werden stetig evaluiert. Sowohl ein System mit Fokus auf Fehlermanagement als auch eines bezogen auf Beschwerden der Patient:innen und Mitarbeiter:innen werden etabliert. Interne Prozesse der PVE sollen mittels PDCA-Zyklus⁸⁷ einem regelmäßigen Verbesserungsprozess unterliegen (vgl. Wachabauer / Ivansits 2019:17; ausgefüllt durch Ouhadi / Pilz).

Innerhalb des Teams der PVE werden Aufgaben, wie die Überprüfung der Strukturqualität (z. B. Wartung und Aufbewahrung von Instrumenten und Medikamenten), Hygienestandards und Brandschutzverordnung, klar definiert und verteilt. Die Ergebnisqualität wird durch ein internes EDV-Tool mit Unterstützung des ICPC-2⁸⁸ gemessen (vgl. ebd.).

⁸⁷ Dieser Prozess besteht aus einem vierstufigen Regelkreis. Der Zyklus, auch Deming-Kreis genannt, setzt sich zusammen aus den vier Schritten: Plan, Do, Check und Act. Die ersten beiden Bereiche gewährleisten, dass Maßnahmen zur Steuerung wirksam und korrekt eingesetzt werden. Ein weiterer Vorteil dieses Instrumentes ist, dass gewonnene Erkenntnisse erfasst werden und zur kontinuierlichen Verbesserung des Systems beitragen (vgl. Angermeier 2016).

⁸⁸ International Classification of Primary Care ist eine medizinische Klassifikation für die Primärversorgung, die sorgfältig an die ICD-10, die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, angepasst wurde (vgl. Heckenthaler 2017).

4.4.2.3 Informations- und Datenmanagement

Tritta Claudia

Bezüglich des Informations- und Datenmanagements werden im Versorgungskonzept seitens des ÖSG 2017 organisatorische Anforderungen an die PVE gestellt. Relevante Aufgabenbereiche im Zusammenhang mit SP und die geplante Umsetzung dieser Anforderungen innerhalb der PVE finden nachfolgend ihre Ausführung (vgl. ebd.):

- Es soll eine **elektronische Patient:innendokumentation** etabliert werden, die von allen Mitgliedern des multiprofessionellen Teams genutzt wird. Mit Blick auf den Datenschutz kann beispielsweise mit Zugangsberechtigungen und Codierungen gearbeitet werden. Hier soll laut Versorgungskonzept die ICPC-2-Codierung Anwendung finden. Der Austausch medizinischer Daten mit anderen Gesundheitsdienstleistern (Befundabfrage und -weiterleitung) soll über das geschlossene Kommunikationsnetzwerk MedicalNET laufen (vgl. CompuGroup Medical 2022).
- Weiters spielt die **Sicherung von Daten** eine Rolle bei der Erhebung, Nutzung und Bereitstellung von Daten und Informationen für die Vernetzung mit Versorgungspartner:innen. Diesbezüglich merken Dr.ⁱⁿ Pilz und Dr. Ouhadi Folgendes an: Die Erfüllung des Ärzt:in-Patient:in-Vertrages setzt für die Erstellung von Diagnose und Therapie die Verarbeitung von Patient:innendaten voraus. Weiters unterliegen Ärzt:innen und ärztliches Personal der Schweigepflicht.
- Die Etablierung von Zusatzprogrammen, wie beispielsweise eines **Erinnerungssystems**, soll laut Versorgungskonzept mit dem entsprechenden Softwareanbieter der künftigen PVE besprochen werden (vgl. Wachabauer / Ivansits 2019:17; ausgefüllt durch Ouhadi / Pilz). Mittels eines Systems für Terminerinnerungen können Patient:innen via SMS, E-Mail, Brief, Anruf oder internetbasierte Anwendung (z. B. WhatsApp) an Termine erinnert werden (vgl. GÖG o.A.b:9).

4.4.2.4 Gemeinsamer Auftritt nach außen

Tritta Claudia

Das Versorgungskonzept von Dr.ⁱⁿ Pilz und Dr. Ouhadi lässt darauf schließen, dass der gemeinsame Auftritt nach außen als PVE von großer Bedeutung für die Akteur:innen ist. Alle angeführten Punkte im Versorgungskonzept bezüglich des gemeinsamen Auftritts der PVE sollen Umsetzung finden und nach außen getragen werden:

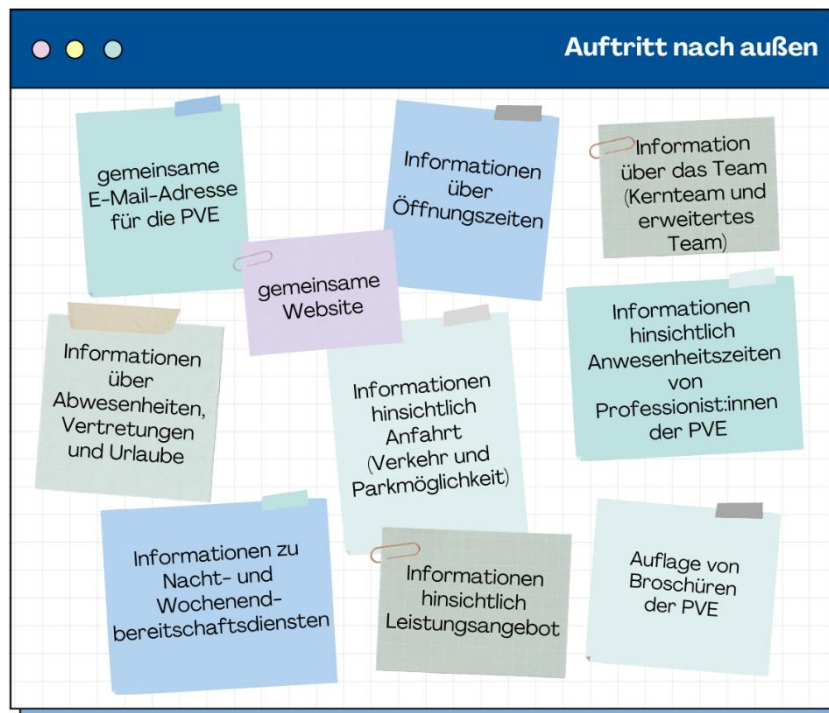


Abbildung 53: Auftritt der PVE nach außen

Quelle: vgl. Wachabauer / Ivansits 2019:17; ausgefüllt durch Ouhadi / Pilz), eigene Darstellung

4.4.2.5 Ausbildung – lehrende Organisation

Tritta Claudia

Dem Versorgungskonzept kann entnommen werden, dass die künftige PVE als Aus- und Weiterbildungsstätte für die praktische Ausbildung von Ärzt:innen und Fachkräften von Gesundheitsberufen dienen soll. Die Möglichkeit für Lehrpraxis und Praktika soll gegeben sein, was im Konzept mit *geplant* definiert wurde. Die Anzahl der zur Verfügung stehenden jährlichen Ausbildungsplätze wurde zum Zeitpunkt des Ausfüllens des Versorgungskonzeptes noch nicht schriftlich festgelegt (ebd.:18).

4.4.2.6 Aufgabenprofil/medizinisches Leistungsspektrum

Tritta Claudia

Die medizinischen Aufgaben der PVE werden im Versorgungskonzept unterteilt in Basisaufgaben und spezielle Aufgaben. Erstere umfassen die Bandbreite des Fachbereiches, welche aufgrund der Ausbildung der Mitarbeiter:innen und fachbereichsspezifischen Grundausstattung der PVE geleistet werden kann. Spezielle Aufgaben reichen über das Spektrum der Basisaufgaben hinaus und sind mit zusätzlichen Qualifikationen und/oder Infrastruktur verbunden (vgl. ebd.:19).

4.4.2.6.1 Basisaufgaben

Tritta Claudia

Die im Versorgungskonzept beschriebenen **Basisaufgaben der PVE** werden in acht Kategorien unterteilt:

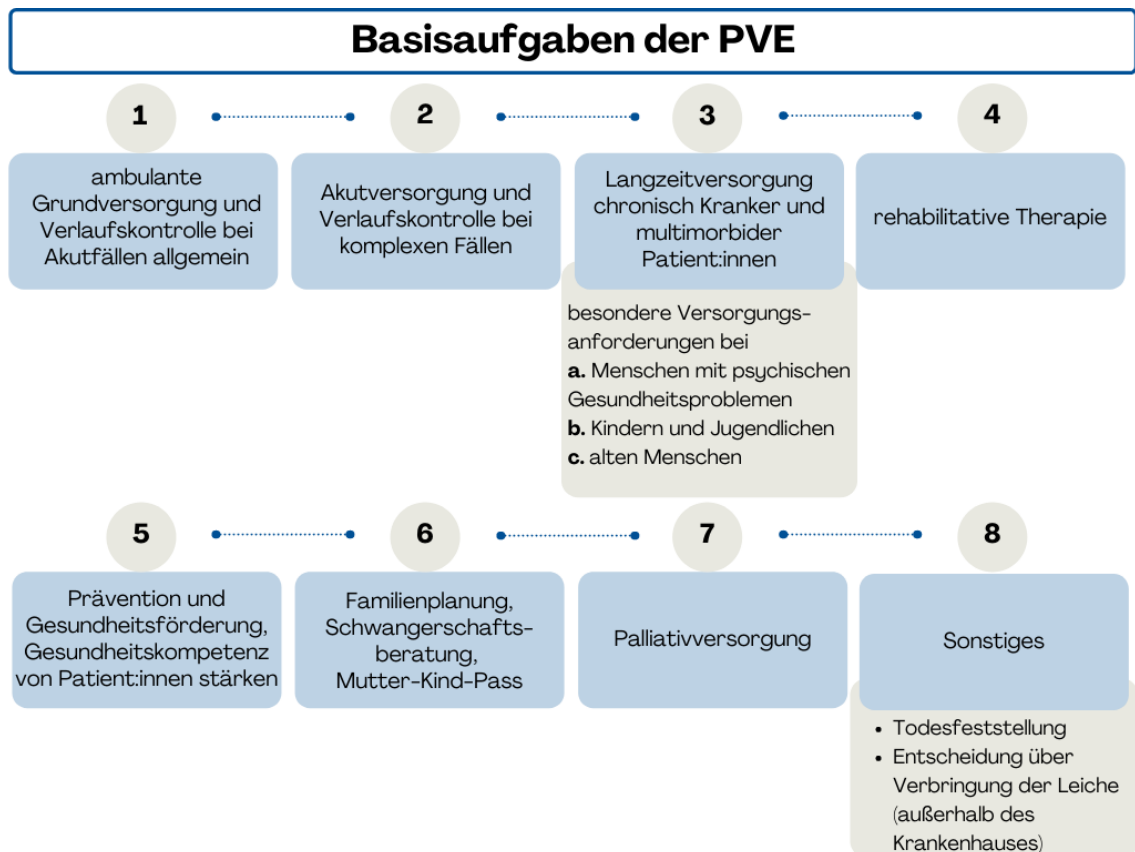


Abbildung 54: Basisaufgaben der PVE

Quelle: Wachabauer / Ivansits 2019:20–24; ausgefüllt durch Ouhadi / Pilz, eigene Darstellung

In jedem der oben dargestellten Bereiche sind die Aufgaben Hausbesuche und aufsuchende Dienste ausgewiesen, d. h., bei Bedarf werden Patient:innen in deren Wohnumfeld aufgesucht. Die Organisation von aufsuchenden Diensten aus dem Gesundheits- und/oder Sozialbereich, angepasst an die individuellen Bedürfnisse der Patient:innen, wird ebenso als Teil der Aufgabenbeschreibung angeführt (vgl. ebd.:20–24).

Im Folgenden wird auf jene Aufgabenbereiche eingegangen, die für die PVE in Bezug auf SP und die multidisziplinäre Zusammenarbeit im Team von Bedeutung sind. Im Konzept wird nicht klar definiert, welche Berufsgruppe für welche Aufgabe zuständig ist bzw. sein soll.

Im Bereich der **Akutversorgung und Verlaufskontrolle bei komplexen Fällen (2)** wird die Sicherstellung der psychosozialen und sozial-medizinischen Versorgung genannt. Die Mitarbeiter:innen der PVE tragen die Aufgabe der „Koordination bedarfsspezifischer erforderlicher Gesundheits- und Sozialberufe bzw. Dienste“ (ebd.:20).

Zur **Langzeitversorgung chronisch Kranker und multimorbider Patient:innen (3)** gehört das multidimensionale (bio-psycho-soziale) Assessment zum individuellen Versorgungsbedarf. Hierzu zählen, dem Manual des Muster-Versorgungskonzeptes zu entnehmen, neben der Erhebung und Einschätzung verschiedener Aspekte des Gesundheitszustandes, der -risiken und -ressourcen auch die Fokussierung auf die soziale und familiäre Lage der Patient:innen (vgl. Gesundheit Österreich GmbH o.A.:10). Weiters wird die Aufgabe der Anleitung zum selbstbestimmten Umgang mit Erkrankungen (Empowerment) angeführt. Dieser Ansatz findet sich, wie in 2.2 geschildert, im SP-Konzept wieder (vgl. Barnes 2020:638). Auch die Versorgung chronisch Kranker und multimorbider Patient:innen beinhaltet eine psychosoziale und sozial-medizinische Versorgung. Der Kontakt zu erforderlichen Gesundheits- und Sozialberufen bzw. Diensten soll aufgenommen bzw. organisiert werden (vgl. Wachabauer / Ivansits 2019:21; ausgefüllt durch Ouhadi / Pilz).

In der Kategorie **Besondere Versorgungsanforderungen bei Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen (3a.)** (vgl. ebd.:22), als untergeordnetem Bereich der Langzeitversorgung, wird das Erkennen und Behandeln von Suchterkrankungen bzw. die Weiterleitung im Bedarfsfall angeführt. Dies trifft auch auf Patient:innen mit psychosomatischen Erkrankungen und beispielsweise Schlafstörungen, Angsterkrankungen, Depressionen, Essstörungen, psychotischen Erkrankungen und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen zu.

Die speziellen **Anforderungen die Versorgung von Kindern und Jugendlichen (3b.) betreffend** belaufen sich auf die Einschätzung des physischen und psychischen Entwicklungsstandes und psychosozialer Auffälligkeiten, das Erkennen von Auffälligkeiten und deren Therapie. Im Bedarfsfall soll eine Weiterleitung zu Fachkräften gewährleistet werden. Unter Berücksichtigung des Schutzes des Kindeswohls sollen falls erforderlich Gesundheits- und Sozialberufe kontaktiert werden (vgl. ebd.:23).

Im Unterabschnitt **Versorgungsanforderungen bei alten Menschen (3c.)** werden geriatrisches Basis-Assessment zum spezifischen Versorgungsbedarf, Einschätzung bei psychosozialen Problemen und die Behandlung angeführt. Auch die Diagnostik und Behandlung von Demenz sind als Aufgabenbereiche definiert. Im Bedarfsfall soll, wie bei den anderen Zielgruppen, ebenso an Fachkräfte weiterverwiesen werden (vgl. ebd.:24).

Prävention (5) wird im Manual des Muster-Versorgungskonzeptes wie folgt definiert: „Prävention umfasst alle Interventionen (auf der Verhaltens- und Verhältnissebene), die zur Vermeidung oder Verringerung des Auftretens, der Ausbreitung und der negativen Auswirkungen von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen beitragen.“ (GÖG o.A.b:11) Weiters zielt, laut Ottawa-Charta der WHO, **Gesundheitsförderung (5)** „auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (ebd.:11). Praktisch wird ersteres durch Hausbesuche bei Patient:innen und deren Familien mit hohem psychosozialen Risiko, beispielsweise bei Alkoholmissbrauch und Gewaltbereitschaft, umgesetzt. Im Sinne der Gesundheitsförderung werden Patient:innen zur Selbstversorgung angeleitet. Motivation und Empowerment sind wichtige Ansätze für die Förderung

des Selbstmanagements. Zur Festigung der Gesundheitskompetenzen von Patient:innen, Familien und Gruppen kann die patientenzentrierte Gesprächsführung als bedeutende Methode genannt werden. Die Sichtweisen der:des Patient:in werden miteinbezogen, Informationen werden für das Gegenüber nachvollziehbar und verständlich transportiert und Entscheidungen werden gemeinsam getroffen. Um die Gesundheit der Patient:innen fortlaufend positiv zu beeinflussen, werden Gesundheitsförderungsprogramme für verschiedene Zielgruppen angeboten (vgl. Wachabauer / Ivansits 2019:25; ausgefüllt durch Ouhadi / Pilz).

4.4.2.6.2 Spezielle Aufgaben und Leistungen

Tritta Claudia

Im Versorgungskonzept für die geplante PVE werden hinsichtlich spezieller Aufgaben und Leistungen von Dr.ⁱⁿ Pilz und Dr. Ouhadi in der Kategorie öffentliche Gesundheitsaufgaben die Beurteilung der Fahrtauglichkeit gemäß § 5 der Straßenverkehrsordnung, die Mitwirkung beim Management von Infektionskrankheiten und Epidemien und Tuberkulosedagnostik ausgewählt. Weiters zählen Begutachtungen und Beurteilungen bezüglich der Rechtfertigung von Aufnahmen in psychiatrische Krankenanstalten gegen den Willen der Patient:innen (Unterbringung ohne Verlangen) und hinsichtlich der Haftfähigkeit außerhalb von Justizvollzugsanstalten oder polizeilichen Anhaltezentren zu den Aufgabengebieten. Voraussetzung dafür ist die Qualifizierung eines:einer Mitarbeiter:in als Amtsärzt:in (vgl. ebd.:29).

4.4.3 Ausblick

Tritta Claudia

Das Versorgungskonzept schließt mit einem Ausblick – Entwicklungsperspektiven der PVE werden festgehalten. Derzeit sind zwei Ärzt:innen für Allgemeinmedizin in der Ordination, die zu einer PVE ausgebaut wird, tätig. Die Anstellung eines:einer dritten Ärzt:in ist kurzfristig, innerhalb des ersten Jahres, geplant. Künftige Schritte bezüglich kurzfristiger, mittelfristiger (zwei bis fünf Jahre) und langfristiger Planung (sechs bis zehn Jahre) werden laut Versorgungskonzept von der Entwicklung der PVE-Inanspruchnahme abhängig gemacht (vgl. ebd.:30).

4.5 Empfehlungen für die praktische Anwendung

Fischer Maria

Vor dem Hintergrund der sektorübergreifenden Zusammenarbeit, wie es bei SP der Fall ist, ist neben der gesicherten Finanzierung vor allem auch ein gemeinsames Verständnis des SP-Programmes, von Zielen und Erwartungen zwischen allen beteiligten Akteur:innen unabdingbar (vgl. Davison et al. 2019:31; vgl. Drinkwater et al. 2019:3; vgl. Farenden

et al. 2015:50; vgl. Pescheny et al. 2018a:90; vgl. Polley et al. 2017b:73). Daher ist es im Vorfeld der Implementierung von SP von Bedeutung, einige Aspekte abzuklären:

- Zielsetzung: Ist allen Beteiligten das Ziel des SP-Projektes klar?
- Verständnis des SP-Pfades: Ist allen beteiligten Akteur:innen der Ablauf von SP klar? Wer kann Patient:innen an den:die Link Worker:in überweisen? Wie erfolgt die Kommunikation zwischen den beteiligten Akteur:innen?
- Ausrichtung auf spezifische Bedingungen oder Bevölkerungsgruppen: Wer wird als Zielgruppe von SP gesehen und wie werden Personen identifiziert, auf die das SP-Projekt abzielt?
- LW-Funktion: Welche Rolle und Fähigkeiten hat der:die Link Worker:in und welches Aufgabenspektrum umfasst dessen:deren Tätigkeit? Wie kann der:die Link Worker:in (räumlich) integriert werden und wie kann die Erreichbarkeit seitens der Patient:innen/Klient:innen gewährleistet werden?
- Netzwerk und Verweiskriterien: Welche Akteur:innen bzw. Angebote des 3. Sektors finden sich in der Region bzw. an welche Angebote des 3. Sektors kann überwiesen werden? Welche spezifischen Kriterien (z. B. Kosten, Zielgruppe) müssen dabei mitgedacht werden?
- klient:innenbezogene Aspekte: Wie kann die Wirkung von SP überprüft werden? Inwiefern können die Wünsche der Klient:innen einbezogen werden?

Essenziell im Gesamtprozess der Sozialen Verschreibung ist darüber hinaus, dass die Informationen über das SP-Angebot auch der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden (vgl. Fixsen / Polley 2020:253f). All das bedarf Zeit (vgl. Whitelaw et al. 2017:119) – dementsprechend ist eine entsprechende Vorlaufzeit bei der Implementierung des Dienstes einzuplanen. Ein gut implementierter Prozess ist nach Pescheny et al. (vgl. 2018b:2f) besonders wichtig, da er die Ausführung und das Ergebnis positiv beeinflusst. Dementsprechend werden nachfolgend Empfehlungen, welche aus internationalen als auch nationalen Erfahrungen abgeleitet werden können, präsentiert⁸⁹. Angemerkt sei, dass es sich bei der Umsetzung um ein ganzheitliches SP-Modell handeln soll (siehe 2.2.2.4.4). Das heißt ein Modell, das die personalisierten Versorgungsansätze fördert indem es den:die individuelle:n Patient:in/Klient:in berücksichtigt und salutogenetische Ansätze verwendet, die das Wohlbefinden – anstatt dem defizitären Blick auf die Abwesenheit von Gesundheit – in den Mittelpunkt stellt (vgl. Antonovsky 1980; vgl. Bertotti et al. 2018:233; vgl. Howarth / Leigh 2020:578).

Abgesehen von der Fokussierung auf die Dr. Ouhadi - Dr.ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin (Stufe 1) und der Ableitung von Empfehlungen durch den Einbezug des Versorgungskonzeptes für die Überführung von SP in die PVE (Stufe 2) werden auch allgemeine Empfehlungen (Allgemein) abgeleitet, die ordinationsunabhängig eine Richtlinie zur Umsetzung von SP bilden sollen⁹⁰.

⁸⁹ Da nachfolgende Empfehlungen – im Sinne der praktischen Anwendung – hinsichtlich ihrer Aussagekraft für sich stehen sollen, werden einzelne wichtige Aspekte aus 4.3.1, 4.3.2 und in 4.4 erneut aufgegriffen, welche oberhalb bereits detailreicher ausgeführt wurden. Zudem wird aufgrund der Einteilung der Themenbereiche – eine Person zu je einem Bereich – in diesem Unterkapitel auf die Erwähnung der Verfasserin nach jedem (Unter-)Abschnitt verzichtet.

⁹⁰ Da die Kategorien der Dokumentenanalyse nicht ident mit den einzelnen Aspekten aus den Fragebögen waren, erfolgte in einem zweiten Schritt eine zusätzliche Literaturrecherche nach spezifischen Aspekten. Diese zusätzlichen Dokumente flossen nicht in die Anzahl der analysierten Dokumente und der angegebenen Codes (siehe 3.2.2) ein.

4.5.1 Zielgruppe(n)

Singh Devi

Die Wichtigkeit, Zielgruppen zu definieren, wird quer durch die Literatur erwähnt (vgl. Altgeld 2012:7; vgl. Antony / Gaiswinkler 2019:51; vgl. Polley et al. 2020:28). Zielgruppen können anhand bestimmter (medizinischer oder psychosozialer) Gesundheitsprobleme definiert werden.

Eine regionale Einschränkung kann hilfreich sein, ebenso der Fokus auf jene Menschen, die bereits die PV in Anspruch nehmen (vgl. Drinkwater et al. 2019:3; vgl. Polley et al. 2017b:73). Es sollen jene Gruppen priorisiert werden, die besonders vulnerabel und isoliert oder von komplexen sozialen Problemen betroffen sind (vgl. Fixsen / Polley 2020:53f). Im Folgenden werden Kapazitäten in der Betreuung von Klient:innen, soziodemographische Merkmale, Verständnisschwierigkeiten sowie Bedarf und Erreichbarkeit von Zielgruppen behandelt.

4.5.1.1 Kapazitäten

Aus der Dokumentenanalyse und den Fragebogenergebnissen resultieren Empfehlungen für Link Worker:innen bezüglich der maximalen Zahl an Klient:innen(kontakten) pro Woche sowie betreffend Maßnahmen, welche im Falle einer Ausschöpfung der Ressourcen sinnvoll sein können.

Tabelle 38: Kapazitäten

Teil-aspekt		
Zahl der LW-Klient:innen/Woche		Es wird empfohlen, Link Worker:innen zu überlassen, ihre Terminauslastung selbst zu gestalten und Fälle nach Dringlichkeit zu priorisieren (vgl. NHS England / NHS Improvement 2020a:1 Annex C).
	Dokumentenanalyse	In der Literatur findet sich aber eine durchschnittliche Fallauslastung von 250 Klient:innen pro Jahr, abhängig von der Komplexität der Problemlagen und der Bestehensdauer des SP-Angebotes (vgl. NHS England / NHS Improvement 2020b:13). Hierbei ist zu beachten, dass für die Klient:innen vonseiten der Link Worker:innen ausreichend personelle und zeitliche Kapazitäten eingeplant werden müssen (vgl. Skivington et al. 2018:e491).

	Fragebogen		Das Ausmaß der Wochenstundenanzahl und der betreuten Klient:innen variiert in den befragten PVEs. Mehrheitlich wird angegeben, dass sechs bis 15 Klient:innen pro Woche angemessen betreut werden können, wobei das Ausmaß der Wochenarbeitszeit der Link Worker:innen zwischen zehn und 20 Stunden variiert. In einer PVE werden bei 40 Wochenstunden des:der Link Worker:in zwischen 16 und 30 Klient:innen angemessen betreut. Im Durchschnitt ergibt das eine Zahl von (gerundet) 0,44 bis max. 1,07 Klient:innen, die pro Wochenarbeitsstunde angemessen betreut werden können. In keiner der PVEs, die am Fragebogen teilgenommen haben, gibt es eine vorgegebene Quote zu Klient:innenkontakten pro Woche.
	Empfehlung	Allgemein	Die Wochenarbeitszeit soll nicht zur Gänze durch Klient:innenkontakte ausgeschöpft werden. Es empfiehlt sich, ausreichend Zeit für die verschiedenen anderen LW-Tätigkeiten einzuplanen (Dokumentation, Vernetzungsarbeit, Teambesprechungen etc.). Bei der Planung der Klient:innenkontakte soll dies berücksichtigt werden. Die Zahl der Klient:innenkontakte soll zudem von den Link Worker:innen selbst organisiert werden. Es sollen also keine Quoten vorgegeben werden.
		Stufe 1	Aus den Fragebogenergebnissen und den Wochenarbeitsstunden von Mag. ^a Knopp ergibt sich eine Empfehlung von max. 13 Klient:innen(kontakten) pro Woche im Rahmen der neun Wochenstunden. Die genaue Auslastung soll Mag. ^a Knopp obliegen.
		Stufe 2	In der PVE soll betreffend die Klient:innenzahl wie in Stufe 1 vorgegangen werden. Gleiches gilt (aliquot) bei Veränderung der Wochenarbeitszeit und/oder Einstellung von zusätzlichem LW-Personal.

Quelle: eigene Darstellung

Bei hohem Bedarf bzw. hoher Inanspruchnahme des SP-Angebotes kann es zu Ausschöpfung der Kapazitäten der Link Worker:innen kommen. Aus den Ergebnissen der Fragebögen sind verschiedene Maßnahmen ersichtlich, die im Falle einer Überlastung des:der Link Worker:in eingesetzt werden können.

Tabelle 39: Maßnahmen bei Ausschöpfung der Kapazitäten

Teil- aspekt		
Maßnahmen bei Ausschöpfung der Kapazitäten	Dokumentenanalyse	Basierend auf dem Kategoriensystem konnten diesem Teilaspekt keine entsprechenden Ausführungen in der Dokumentenanalyse zugeordnet werden, eine ergänzende Literaturrecherche ergab, dass die Ausarbeitung und Anwendung von klaren Überweisungskriterien dazu, wann zum:zur Link Worker:in überwiesen werden soll, für einen klar definierten SP-Prozess sorgen kann, was sich auf die Auslastung des:der Link Worker:in auswirkt (vgl. Polley et al. 2017b:36).
	Fragebogen	Aus den Fragebögen gehen verschiedene Vorgehensweisen im Falle einer Ausschöpfung der Kapazitäten im LW hervor. Häufig wird an andere geeignete (Sozialberatungs-)Stellen und Institutionen verwiesen, außerdem werden Verkürzungen der Erstgespräche, längere Wartezeiten auf Termine, die Einführung einer Warteliste und ein Ausweichen auf telefonische Termine genannt. „Kleinere Tätigkeiten“ könnten zwischenzeitlich auch von Kolleg:innen (DKGP, Ordinationsassistenten) in der PVE übernommen werden. Weiters werden Überstunden bzw. langfristig eine Aufstockung der Arbeitsstunden genannt. Fünf Expert:innen weisen darauf hin, dass bislang das Angebot an LW nicht ausgeschöpft ist.
	Empfehlung	<i>Allgemein</i>
		<i>Stufe 1</i>
		<i>Stufe 2</i>
		Es sollte bereits vor einer Ausschöpfung der Kapazitäten eine Vorgehensweise für den Eventualfall bekannt sein. Diese richtet sich nach internen (Möglichkeiten der Stundenaufstockung, Überstundenregelungen, Anzahl der Link Worker:innen etc.) und lokalen Gegebenheiten (Anzahl geeigneter anderer Anlaufstellen). Zudem ist zwischen kurzfristigen und langfristigen Lösungen zu unterscheiden. Anzudenken sind ein Priorisierungssystem sowie eine interne Abklärung von Überweisungskriterien zu Link Worker:innen.
		Mag. ^a Knopp soll auf ihre Auslastung achten und diese selbst organisieren. Ein Plan sollte frühzeitig erstellt werden, wie bei Überlastung vorgegangen wird. Es bieten sich die Konzipierung eines Priorisierungssystems, Verlängerung der Wartezeiten auf Termine für Klient:innen sowie das Heraussuchen anderer geeigneter Stellen an, an die bei Bedarf verwiesen werden kann.
		Es empfiehlt sich, bereits vor Öffnung der PVE eine geeignete Vorgehensweise für den Umgang bei Auslastung der Kapazitäten festzulegen. Mögliche Maßnahmen sind gleich wie in Stufe 1 sowie die Ausarbeitung interner Überweisungskriterien an den:die Link Worker:in.

Quelle: eigene Darstellung

4.5.1.2 Soziodemographische Merkmale der Klient:innen

Soziodemographische Merkmale können einen großen Einfluss auf den Zugang zu Ressourcen und Informationen, und dadurch in weiterer Folge auf Gesundheit und Wohlbefinden haben (vgl. Antony et al. o.A.:13). Es ist daher sinnvoll, im Rahmen der Zielgruppenarbeit soziodemographische Merkmale in den Blick zu nehmen. Der 15. Wiener Gemeindebezirk ist sehr dicht besiedelt und weist ein niedriges Durchschnittsalter auf (39,6 Jahre, Stand 2020). Bezogen auf den höchsten Bildungsabschluss ist mit Stand 2018 der Pflichtschulabschluss mit 26,77 % am häufigsten vertreten, gefolgt von Hochschulabschluss mit 24,2 % und Lehrabschluss mit 21,91 % (weitere Abschlüsse sind in absteigender Reihenfolge AHS, BMS, BHS und Kolleg). Während der Anteil der Akademiker:innen dem Wiener Durchschnitt entspricht, liegt die Zahl der arbeitslos gemeldeten Personen mit 131,3 Personen pro 1 000 Einwohner:innen weit über dem Wiener Durchschnitt von 107,6 Personen pro 1 000 Einwohner:innen (Stand 2019). Der Bezirk ist wienweit auch jener mit dem niedrigsten Durchschnittseinkommen (18 528 Euro Netto) (vgl. Stadt Wien o.A.). Es zeigt sich außerdem, dass 42 % der Einwohner:innen im wahlfähigen Alter des Bezirks nicht wahlberechtigt und somit von demokratischen Prozessen ausgeschlossen sind (vgl. Stadt Wien 2021:25). Die statistischen Daten ermöglichen Rückschlüsse auf die soziodemographischen Daten der Klient:innen von Mag.^a Knopp, welche in der Bedarfserhebung nicht in dieser Breite erfasst werden konnten. Aus der Bedarfserhebung geht hervor, dass bis zum Ende des Erhebungszeitraumes vorwiegend Frauen zwischen 26 und 50 Jahren das Angebot bei Mag.^a Knopp in Anspruch genommen haben. Bezogen auf die Zielgruppen der PVE wurde aus soziodemographischer Sicht ein Fokus auf alte Menschen, Kinder und Jugendliche sowie Mütter und Familien gelegt (vgl. Wachabauer / Ivansits 2019:20–24; ausgefüllt durch Ouhadi / Pilz). Als Versorgungsziele wurde u. a. die „Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund, Patient[:innen] mit niedrigerem Bildungs- und Sozialstatus und/oder Sprachbarriere“ definiert (vgl. ebd.:3).

Tabelle 40: Soziodemographie allgemein

Teil- aspekt		
Soziodemogra- phie allgemein		
	Dokumentenanalyse	Es gibt bislang keine umfassende Statistik bzgl. soziodemographischer Daten der SP-Klient:innen. Aus qualitativen Studien zu SP-Angeboten geht hervor, dass SP-Klient:innen in den meisten Fällen zwischen 40 und 80 Jahre alt sind (vgl. Dayson / Damm 2020:3f; vgl. Wildman et al. 2019:2) und der Anteil an Frauen überwiegt (vgl. Dayson / Damm 2020:3f). Ältere Menschen und ethnische Minderheiten sehen sich oft mit mobilen Einschränkungen, Sprachbarrieren oder Angeboten konfrontiert, die nicht der „cultural appropriateness“ (bzgl. Essgewohnheiten, reine Frauengruppen etc.) (Wildman et al. 2019:8) entsprechen. Ein Fehlen von Angeboten, die ausschließlich für Frauen konzipiert sind,

			kann ebenso einschränkend wirken (vgl. Antony / Gaiswinkler 2019:42; vgl. Wildman et al. 2019:8). Von der PV allgemein schwer zu erreichen sind auch junge Männer sowie junge Menschen, die von Einsamkeit oder psychischen Problemen betroffen sind (vgl. Fixsen / Polley 2020:250). Eine weitere Gruppe, die oft schwer erreicht wird, sind wohnungslose und obdachlose Menschen (vgl. Jego et al. 2018:2).
	Fragebogen		In den Ergebnissen der Fragebögen zeigt sich, dass vor allem Personen über 65 Jahre das SP-Angebot nutzen. Diese Altersverteilung deckt sich laut drei Expert:innen mit der Altersverteilung der Klient:innen, die die PVE allgemein nutzen. In drei PVEs divergieren die Verhältnisse. Zwei Drittel der Befragten gaben an, dass das Angebot von LW von allen Geschlechtern gleich häufig in Anspruch genommen wird, laut einem Drittel der Befragten ist die Inanspruchnahme unausgeglichen. Davon nehmen in zwei PVEs mehr Frauen das Angebot an. In einem Fall entspricht dies nicht der Geschlechterverteilung der Klient:innen, welche die PVE allgemein nutzen. Im anderen Fall ist der Vergleich mit der allgemeinen Nutzung der PVE nicht bekannt. In einer PVE nehmen mehr Männer das Angebot an. Auch hier ist nicht bekannt, ob dies auch der allgemeinen Nutzung der PVE entspricht. Den Bedarf an SP nehmen sieben Expert:innen als geschlechterspezifisch ausgeglichen wahr. Ein:e Expert:in schätzt den Bedarf bei Frauen höher ein, ein:e andere:r bei Männern. In allen neun PVEs können auch minderjährige Klient:innen an Link Worker:innen überwiesen werden.
	Empfehlung	Allgemein	Vor Öffnung der PVE sollte überlegt werden, welche Strategien hilfreich sein können, um möglichst viele Menschen bzw. die definierten Zielgruppen zu erreichen (siehe 4.5.1.4 Relevante Faktoren und Maßnahmen zur besseren Erreichbarkeit). Im Rahmen von Evaluationen soll darauf geachtet werden, ob die definierten Zielgruppen auch erreicht werden bzw. welche Maßnahmen für eine höhere Reichweite gesetzt werden sollten. Das SP-Angebot soll auch für Kinder und Jugendliche zugänglich sein. In der PVE ist auf einen barrierefreien Zugang zu achten. Bei der Verweisung an Angebote soll besonders auf passende Angebote hinsichtlich der soziodemographischen Lage der Klient:innen geachtet werden.
		Stufe 1	Aus der Bedarfserhebung geht hervor, dass die Klient:innen bei Mag. ^a Knopp eine eher homogene Gruppe darstellen (vorwiegend Frauen zwischen 26 und 50). Es sollte überprüft werden, ob dies auch dem in der Ordination erkennbaren Bedarf entspricht. Es sollten Strategien ausgewählt und eingesetzt werden, die hilfreich sein könnten, um jene Menschen mit Bedarf besser zu erreichen (siehe 4.5.1.4 Relevante Faktoren und Maßnahmen zur besseren Erreichbarkeit). Das Angebot sollte auch für Kinder und Jugendliche zugänglich sein. Bei der Verweisung an den 3. Sektor ist besonders auf die jeweiligen Bedürfnisse und passende Angebote hinsichtlich der soziodemographischen Lage zu achten.

		Stufe 2	Vor Öffnung der PVE sollten Maßnahmen gesetzt werden, um die im Versorgungskonzept aus soziodemographischer Sicht definierten Zielgruppen möglichst gut zu erreichen. Im Rahmen von Evaluierungen soll ermittelt werden, ob die definierten Zielgruppen auch erreicht werden. Auf Barrierefreiheit innerhalb der PVE sowie bei Angeboten, an die verwiesen wird, ist zu achten. Zudem sind den individuellen Bedürfnissen entsprechende Angebote auszuwählen. Wie bereits unter Stufe 1 genannt, soll das SP-Angebot auch für Kinder und Jugendliche zugänglich sein.

Quelle: eigene Darstellung

4.5.1.3 Verständnisschwierigkeiten

Der 15. Gemeindebezirk weist in Wien mit 54 % den höchsten Anteil an Einwohner:innen auf, die im Ausland geboren wurden oder nicht die österreichische Staatsbürgerschaft besitzen (vgl. Stadt Wien 2021:9). Folglich könnte es im SP-Angebot zu Verständnisschwierigkeiten mit Menschen kommen, die eine nichtdeutsche Erstsprache sprechen. Verständnisschwierigkeiten können sich aber auch aufgrund verschiedener Kommunikationseinschränkungen ergeben (z. B. körperliche oder kognitive Ursachen).

Tabelle 41: Maßnahmen bei Verständnisschwierigkeiten

Teil-aspekt		
Maßnahmen bei Verständnisschwierigkeiten	Dokumentenanalyse	Basierend auf dem Kategoriensystem konnten diesem Teilaspekt keine entsprechenden Ausführungen in der Dokumentenanalyse zugeordnet werden.
	Fragebogen	Im Falle keiner gemeinsamen Sprache wird auf den Einsatz nonverbaler Kommunikation, Unterstützung durch mehrsprachiges Personal oder Angehörige (sofern in der Situation passend) oder Software (wie Google Translate) zurückgegriffen. Ein:e Expert:in merkt an, dass der Einsatz von professionellen Dolmetscher:innen bei den Terminen mühsam zu organisieren sei. Bei Verständnisschwierigkeiten aufgrund von Funktionsbeeinträchtigungen ist es wichtig, dass sich Link Worker:innen ausreichend Zeit nehmen, um sich individuell auf die Kommunikation einzulassen. Wichtig ist eine möglichst barrierefreie Kommunikation (langsam, einfache Sprache). Ein persönliches Gespräch ist gegenüber einem Telefonat zu bevorzugen.

	Empfehlung	Allgemein	Im Sinne der Barrierefreiheit ist es prinzipiell wichtig, auf die individuellen Bedürfnisse der Klient:innen einzugehen und Rücksicht zu nehmen. Die Art der Kommunikation soll den Klient:innenbedürfnissen angepasst werden (vorwiegend persönlich, schriftlich, telefonisch). Es empfiehlt sich, auf diverse Bedürfnisse vorbereitet zu sein, um bei Verständnisschwierigkeiten auf geeignete Mittel zurückgreifen zu können. Kurzfristig sind je nach Ausmaß und Intensität des Gesprächs technische Hilfsmittel (Übersetzungsprogramme) und Übersetzungsleistungen von fachlich qualifizierten Kolleg:innen denkbar. Auf lange Sicht ist der Einsatz von mehrsprachigem Personal sowie von professionellen Dolmetscher:innen vorzuziehen. Bei Verweisungen an den 3. Sektor ist dieser Aspekt zu berücksichtigen und auf barrierefreie Angebote zu achten.
		Stufe 1	Bei Klient:innen, mit denen es zu Verständnisschwierigkeiten jedweder Art kommt, sollte auf die individuellen Bedürfnisse eingegangen werden. Wird keine gemeinsame Sprache gesprochen, so soll professionelles Personal eingesetzt werden (Kolleg:innen mit den jeweiligen Sprachkenntnissen, (Video-)Dolmetsch). Bei Verweisungen an den 3. Sektor ist besonders auf barrierefreie Angebote zu achten.
		Stufe 2	In der PVE soll bei Verständnisschwierigkeiten wie in Stufe 1 vorgegangen werden. Bei Erweiterung des LW-Personals sollte zudem auf Mehrsprachigkeit geachtet werden.

Quelle: eigene Darstellung

4.5.1.4 Bedarf und Erreichbarkeit

Ein besonderer Bedarf an SP zeigt sich oft bei vulnerablen Gruppen, einsamen oder sozial ausgegrenzten bzw. isolierten Menschen, Menschen mit psychischen und/oder chronischen Krankheiten sowie von komplexen Problemen betroffenen Menschen (vgl. Antosik 2020:47f; vgl. Kimberlee 2013:15). SP ist vor allem für Menschen sinnvoll, bei denen medizinische Interventionen zur Verbesserung des Wohlbefindens nicht ausreichen und soziale Interventionen angemessener erscheinen sowie für jene, die Anschluss an eine Community und Möglichkeiten zur Veränderung brauchen (vgl. Brandling / House 2007:26).

Im Versorgungskonzept der Dr. Ouhadi - Dr.ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin wird der Fokus auf chronisch Kranke und multimorbide Personen, Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und komplexen psychosozialen und sozial-medizinischen Problemen, Kinder und Jugendliche, alte Menschen sowie auf Prävention und Gesundheitsförderung gelegt (vgl. Wachabauer / Ivansits 2019: 20–15; ausgefüllt durch

Ouhadi / Pilz). In den Versorgungszielen ist zudem die Versorgung von „Menschen mit Migrationshintergrund, Patient[:innen] mit niedrigem Bildungs- und Sozialstatus und/oder Sprachbarriere“ genannt (ebd:3). Aus der Bedarfserhebung geht hervor, dass Mag.^a Knopp hauptsächlich Klientinnen mit komplexen Multiproblemlagen betreut. Als Überweisungsgründe werden u. a. Schlafprobleme/-störungen, Panikattacken, berufliche Schwierigkeiten, familiäre bzw. partnerschaftliche Probleme sowie Suchtproblematiken häufig genannt.

Tabelle 42: Gut erreichbare Zielgruppen

Teil- aspekt		
Gut erreichbare Zielgruppen	Dokumentenanalyse	In Evaluationen diverser SP-Projekte stellte sich heraus, dass häufig Personen mit psychischen Problemen (oft erwähnt werden Depressionen und Angstzustände), chronischen Krankheiten (Diabetes, Lungen- oder Herzerkrankungen etc.) sowie unter Einsamkeit, Problemen mit sozialen Beziehungen oder sozialer Isolation leidende Personen die Klientel darstellten (vgl. Brandling / House 2009:455; vgl. Fixsen et al. 2020:6f; vgl. Moffatt et al. 2017:9; vgl. Wildman et al. 2019:2). Zudem wurde in Evaluationen von SP-Programmen ersichtlich, dass sich eine frühzeitige Überweisung präventiv auswirkt (vgl. Brandling / House 2007:10).
	Fragebogen	Die Klient:innen, welche das LW-Angebot in den PVEs bislang in Anspruch nehmen, sind laut Fragebogenauswertung sehr heterogen. LW in den PVEs wird generell von Menschen in herausfordernden Lebenslagen und Angehörigen deprivierter Zielgruppen angenommen. Dazu gehören arbeitslose Menschen, ältere Menschen (mit Pflege- und Unterstützungsbedarf), vereinsamte Menschen, Menschen mit psychischen Erkrankungen, Menschen mit Suchtproblemen, Menschen mit Kleinkindern, Menschen in Ausnahmesituationen (wie Trennung), Menschen mit (chronischen) Krankheiten, Menschen mit Burnout, Menschen mit Behinderungen, Menschen mit Multiproblemlagen, Menschen mit sozialen Themen(lagen) sowie Angehörige von Klient:innen. Auch bei sozial- und arbeitsrechtlichen Fragen wird das Angebot aufgesucht. Ein:e Expert:in betont, dass LW kein Angebot für Arme und Schwache sein soll, sondern für alle Gruppen konzipiert ist. Darüber hinaus wird von einer:einem Expert:in die fehlende präventive Nutzung des Angebotes kritisch angemerkt. Es sei wichtig, Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit zu verstehen. Das Wohlbefinden könne durch mentale Stärke, Selbstfürsorge, Veränderungen des Lebensstils und neue Erfahrungen deutlich verbessert werden. Dies betont die Wichtigkeit eines präventiven Einsatzes von SP.

	Empfehlung	Allgemein	Es soll darauf geachtet werden, welche (der definierten) Zielgruppen gut erreicht werden können. Professionist:innen, die an Link Worker:innen überweisen, sollen auf einen präventiven Einsatz von SP achten, um Verschlechterungen der Gesundheit bzw. des Wohlbefindens entgegenzuwirken. Bei gut erreichbaren Zielgruppen ist darauf zu achten, diese an den individuellen Wünschen und Bedürfnissen entsprechende Angebote zu verweisen und diese Angebote regelmäßig zu evaluieren. Eine regelmäßige Kontaktaufnahme durch den:die Link Worker:in trägt zur (anhaltenden) Zufriedenheit und Motivation der Klient:innen bei.
		Stufe 1	Dr. Ouhadi und Dr. ⁱⁿ Pilz sollen darauf achten, Patient:innen möglichst präventiv an Mag. ^a Knopp zu überweisen. Um die Motivation und Zufriedenheit der Klient:innen, die das LW-Angebot bereits annehmen, aufrechtzuerhalten, ist besonders auf die Vermittlung an den Bedürfnissen und Wünschen der Klient:innen entsprechende Angebote zu achten. Durch Mag. ^a Knopp soll der Kontakt zu den Klient:innen aufrecht erhalten werden.
		Stufe 2	In der PVE soll betreffend den Teilaspekt gut erreichbarer Zielgruppen wie in Stufe 1 vorgegangen werden. Die Empfehlungen sind ggf. auf alle überweisenden Professionist:innen und Link Worker:innen umzulegen.

Quelle: eigene Darstellung

Es ist oft schwierig, jene Zielgruppen, die von SP profitieren können, auch zu erreichen (vgl. Pescheny et al. 2018a:96). Aus der Dokumentenanalyse sowie den Ergebnissen aus der Fragebogenauswertung lassen sich sowohl relevante Faktoren, welche die Erreichbarkeit der Zielgruppen beeinflussen, als auch Maßnahmen ableiten, die zu einer Verbesserung der Erreichbarkeit beitragen können. Hierbei handelt es sich um Aspekte, die nicht nur in der direkten Klient:innenarbeit zum Tragen kommen, sondern an den verschiedensten Stellen des SP-Prozesses relevant sind.

Tabelle 43: Relevante Faktoren und Maßnahmen zur besseren Erreichbarkeit

Teil- aspekt		
Relevante Faktoren und Maßnahmen zur besseren Erreichbarkeit	Dokumentenanalyse	In der Literatur finden sich relevante Faktoren und hilfreiche Maßnahmen zur Erreichung von Zielgruppen. Diese beziehen sich einerseits auf die strukturellen Gegebenheiten in PVEs bzw. Einrichtungen, die SP anbieten und andererseits auf die Arbeit und Aufgaben der Link Worker:innen (Aspekte der Klient:innenarbeit sowie Kooperation mit und Verweisung an den 3. Sektor). Auf struktureller Ebene ist eine generelle Barrierefreiheit sowie gute Erreichbarkeit (örtlich und zeitlich) erforderlich (vgl. Bachler / Bertsch 2018:2). Es zeigt sich auch die Wichtigkeit der physischen Anwesenheit von Link Worker:innen direkt vor Ort sowie ein möglichst geringer Wechsel ebenjener (vgl. Heijnders / Meijs 2018:2; vgl. Wildman et al. 2019:7–9). Der Schritt der Überweisung ist ein weiterer wichtiger Punkt. Dieser sollte ein gut definierter Prozess mit klaren Kriterien sein (vgl. Brandling / House 2007:5). Selbstüberweisungen von Klient:innen sollten auch möglich sein (vgl. Fixsen / Polley 2020:253). Bezogen auf die LW-Arbeit sind das Auswählen passgenauer Angebote, die Unterstützung, das aktive Aufsuchen und Beteiligen von Zielgruppen wie auch von Partner:innen im 3. Sektor sowie laufende Evaluierungen entscheidend (vgl. Drinkwater et al. 2019:3; vgl. Fixsen / Polley 2020:253; vgl. Große / Grande 2012:19; vgl. Polley et al. 2020:18; vgl. Wildman et al. 2019:7–9).
	Fragebogen	Laut Ergebnissen der Fragebögen sind folgende Faktoren und Maßnahmen relevant: Auf struktureller Ebene: ■ gute interne Vernetzung und Sensibilisierung ■ Erreichbarkeit von Link Worker:innen (Telefon, E-Mail, Internet) ■ Mobilität, Nähe zum Wohnort ■ alle Berufsgruppen in PVE sollen an Link Worker:innen überweisen können Bezogen auf Klient:innenarbeit: ■ aufsuchende Sozialarbeit ■ aktives Kontaktieren der Menschen

			■ Möglichkeit von Hausbesuchen ■ Angebot der mobilen Wundversorgung ■ vermehrte Angebote für spezielle Zielgruppen setzen ■ Niederschwelligkeit, funktionierende „Komm“-Struktur ■ Setting (Einzelberatung, Einzelfallhilfe, soziale Gruppenarbeit, Gemeinwesenarbeit) ■ Zeit der Unterstützungsmöglichkeit (vormittags, nachmittags) ■ Art der Erstkommunikation (persönlich vs. telefonisch), Art der Erstinformation durch andere Berufsgruppen ■ individuelle Ziele bzw. Zielsetzung, eigene Motivation zur Veränderung ■ nachgehendes Arbeiten ■ einzelfallbezogen Bezogen auf Öffentlichkeitsarbeit: ■ Aufmerksam machen auf das Angebot und die Tätigkeiten im Rahmen von SP – auch innerhalb des Teams ■ Elternarbeit ■ Netzwerkarbeit und Kooperationen ■ Informationsmaterial erstellen (Folder, Plakate, Broschüren) ■ Visitenkarte, eigene Durchwahl und E-Mail-Adresse der Link Worker:innen ■ Kontakt zu Gemeinden ■ Austausch mit sozialen Institutionen ■ Einfluss von Social Media
	Empfehlung	Allgemein	Allgemein soll das Angebot möglichst barrierefrei gestaltet werden, eventuelle Hürden sollen abgebaut und die Zielgruppen von Anfang an in die Konzeptionierung miteinbezogen werden. Wichtig ist es, die Informationen über Aufgaben und Inhalte von SP sowohl intern im Team als auch extern an Partner:innen und die Allgemeinbevölkerung verständlich und adressat:innengerecht zu kommunizieren. Informationsmaterial soll sowohl innerhalb als auch außerhalb der PVE an relevanten Stellen aufliegen. Eine niederschwellige Kontaktaufnahme zum:zur Link Worker:in sowie eine respektvolle, den individuellen Bedürfnissen der Klient:innen angepasste Kommunikation (schriftlich, persönlich, telefonisch) sollen möglich sein. Ein professionell ausgebildetes Personal, das möglichst konstant bleiben soll, ermöglicht eine stabile Beziehung zu den Klient:innen. Alle Berufsgruppen der PVE sollen Klient:innen hinsichtlich des SP-Angebotes

			ermutigen und an den:die Link Worker:in überweisen können. Hierfür ist empfohlen, Überweisungskriterien auszuarbeiten. Es bietet sich an, intern vermehrt Angebote für die Zielgruppen zu stellen sowie Freiwillige aus den jeweiligen Zielgruppen einzusetzen. Bei Verweisungen soll darauf geachtet werden, den Bedürfnissen entsprechende Angebote zu finden. Dies kann neben Wissen über die individuellen Präferenzen und Gegebenheiten auch ein Wissen über die Zielgruppen voraussetzen.
		Stufe 1	Intern: ■ leichte öffentliche Erreichbarkeit der Ordination ■ möglichst umfassende zeitliche Erreichbarkeit der Ordination ■ Barrierefreiheit ■ Sichtbarmachen von und niederschwelliger Zugang zu Mag.^a Knopp: Visitenkarte, Telefonnummer etc. ■ auf Website, Visitenkarte etc. sollten die Arbeitszeiten von Mag.^a Knopp und die Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit Mag.^a Knopp ersichtlich sein ■ direkte telefonische Erreichbarkeit von Mag.^a Knopp innerhalb ihrer Arbeitszeiten ermöglichen (eigene Durchwahl, eigene Nummer) ■ Online-Erreichbarkeit von Mag.^a Knopp (eigene E-Mail-Adresse, Online-Terminvereinbarungstool, per App o. Ä.) ■ Selbstüberweisung von Klient:innen an Mag.^a Knopp sollte möglich sein (auch telefonisch oder via Online-Tool) ■ Ermöglichung von Hausbesuchen ■ Ermöglichung Klient:innen bei ersten Terminen im 3. Sektor zu begleiten ■ Konzept und Ablauf von SP klar, verständlich und zielgruppengerecht aufbereiten und erklären ■ Teamsensibilisierung und Aufklärung bzgl. SP und LW-Aufgaben ■ vermehrt Angebote für die jeweilige Zielgruppe setzen ■ Terminerinnerungen für Klient:innen ■ Erarbeitung von Überweisungskriterien für SP Extern: ■ Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung über SP und LW: Konzept und Ablauf von SP klar, verständlich und zielgruppengerecht aufbereiten und erklären (Folder, Plakate etc. in Ordination und an relevanten Orten auflegen)

			■ Zielgruppen/Communitys möglichst früh aktiv in Planung und Prozess von SP miteinbeziehen (Bedürfnisse, Wünsche, Stärken etc.) ■ Kooperation und Vernetzung mit lokalen Partner:innen ■ zielgruppenorientierte Angebote finden/fördern ■ Gemeinwesenarbeit ■ Einsatz von ehrenamtlichen Multiplikator:innen ■ Information über SP und LW an jene Berufsgruppen weitergeben, mit denen Zielgruppen in Kontakt sind (Schulpersonal, Pflege, Jugendarbeit, Polizei, Rettung, Glaubensgemeinschaften etc.)
		Stufe 2	In der PVE soll betreffend den Teilaspekt relevante Faktoren und Maßnahmen zur besseren Erreichbarkeit wie in Stufe 1 vorgegangen werden. Zusätzlich soll darauf geachtet werden, dass es möglichst wenig Wechsel im LW-Personal gibt.

Quelle: eigene Darstellung

4.5.2 Soziales Rezept

Schinnerl Melanie

Wie anhand der Beschreibung der von Kimberlee (vgl. 2013:16–24) identifizierten SP-Modelle und der sechs Transfermodelle von Husk et al. (vgl. 2016:2) deutlich wird (siehe 2.2.2.4 und 4.3.1.2), gibt es beim SP-Pfad unterschiedliche Vorgehensweisen. Weitgehende Übereinstimmung besteht darin, dass der Prozessablauf an zwei Stellen sogenannte „referrals“ umfasst bzw. umfassen kann – von Überweiser:in zu Link Worker:in und von Link Worker:in zu einem Angebot des 3. Sektors (siehe Abbildung 28). Abhängig davon, wie das System der Sozialen Verschreibung ausgestaltet ist, können die Über- und Verweisungen hinsichtlich der Möglichkeit, wer überweisen kann bzw. an wen verwiesen werden kann, breiter oder enger ausgestaltet bzw. mehr oder weniger standardisiert sein (vgl. Polley et al. 2017b:44). In der folgenden Grafik wird jener SP-Pfad visualisiert, der in der Dr. Ouhadi - Dr.ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin zum Einsatz kommen soll. Im Anschluss daran erfolgt eine nähere Erläuterung der einzelnen Prozessschritte.

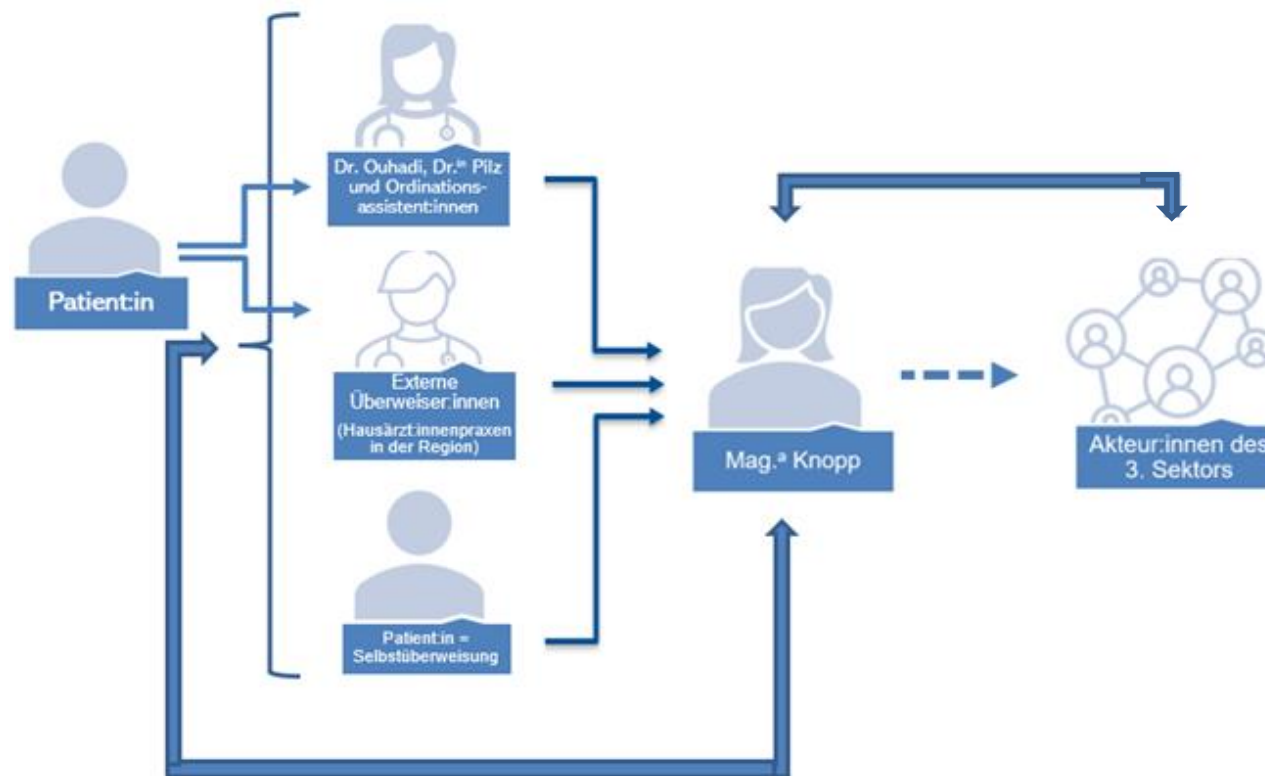


Abbildung 55: SP-Pfad in der Dr. Ouhadi - Dr. in Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin

Quelle: eigene Darstellung

4.5.2.1 Überweisung

In Bezug auf die Überweisung existieren in der SP-Praxis unterschiedliche Vorgehensweisen (vgl. Pescheny et al. 2018a:87), wobei die Möglichkeit solch unterschiedlicher Überweisungswege nach Woodall et al. (vgl. 2018:3) charakteristisch für SP-Systeme im Allgemeinen sind.

Tabelle 44: Rahmenbedingung der Überweisung

Teil- aspekt		
Rahmenbedingung der Überweisung	Dokumentenanalyse	
	Die „richtige“ Überweisung kann eine enorme Herausforderung darstellen, wenn medizinisch ausgebildetes Fachpersonal mit Patient:innen mit komplexen, nicht-medizinischen Bedürfnissen konfrontiert ist (vgl. Farenden et al. 2015:43) – eine Überweisung an eine:n Link Worker:in, als Expert:in für diese Belange, scheint folglich sinnvoll und hilfreich für alle Beteiligten. Argumente sowohl betreffend die fehlenden Zeitressourcen, geringe Expertise für nicht-medizinische Patient:innen-Bedürfnisse und die Verringerung der Arbeitsbelastungen auf Seiten der Ärzt:innen als auch (institutionelle) Barrieren, die Patient:innen gegenüber lokalen Systemen wahrnehmen, stärken die Notwendigkeit des Einsatzes von Link Worker:innen (vgl. Brandling / House 2007:15; vgl. Fixsen / Polley 2020:249; vgl. Local Government Association 2010:11; vgl. Popay et al. 2007:968–974). Bezüglich des Abbaus institutioneller Barrieren, der Schaffung einer förderlichen Arbeitsbeziehung zwischen den Professionist:innen, der Überwindung der beruflichen Isolation, der Vermeidung eines Mehraufwands durch die Überweisungen und der Schaffung eines niederschweligen Zugangs für die Klient:innen wird innerhalb der Literatur die Wichtigkeit der Integration des sozialen Gesundheitsmodells in das vorherrschende medizinische Modell, durch die Einbindung des:der Link Worker:in in die räumliche Umgebung der PV, betont (vgl. Brandling / House 2007:10f; vgl. NHS England / NHS Improvement 2020b:12; vgl. Skivington et al. 2018:e489) – auch wenn allgemein anerkannt ist, dass die Rolle des:der Link Worker:in keine klinische sein sollte (vgl. Frostick / Bertotti 2019a:538).	
	Fragebogen	
	Angemerkt sei an dieser Stelle noch einmal, dass die Auswahl der befragten PVEs nach dem Vorhandensein von Sozialarbeit in der PVE vorgenommen wurde. Inwiefern eine Stationierung der Link Worker:innen in der PVE gewährleistet ist, kann anhand der Antworten nicht beurteilt werden.	
Empfehlung	Allgemein	Es empfiehlt sich der Einsatz eines:einer Link Worker:in als spezialisierte Fachkraft für nicht-medizinische Bedarfe der Patient:innen, welche:r räumlich in die PVE eingebettet ist.
	Stufe 1	Durch den Einsatz von Mag. ^a Knopp als Link Workerin, sowie der Stationierung von Mag. ^a Knopp in der Gruppenpraxis soll einerseits eine bestmögliche Betreuung der Klient:innen im Rahmen von SP gewährleistet und andererseits die interprofessionelle Zusammenarbeit gefördert werden.

		<i>Stufe 2</i>	Auch in der PVE soll der:die Link Worker:in in die räumliche Umgebung eingebettet werden. Es gilt jedoch bezüglich der jeweiligen Kapazitäten einen Blick darauf zu werfen, inwiefern es einer Aufstockung der Stundenzahl bzw. einer zusätzlichen spezialisierten Fachkraft bedarf.

Quelle: eigene Darstellung

Die Ergebnisse aus der Dokumentenanalyse hinsichtlich der potenziellen Zuweiser:innen legen nahe, dass jene Strukturen genutzt werden sollen, die den diversen Berufsgruppen bereits zur Verfügung stehen. Weder die Klient:innen noch die Überweiser:innen sollten durch die Einführung von SP mit immensen Neuerungen konfrontiert werden (vgl. Antosik 2020:90).

Tabelle 45: Überweisungspfade (interne Überweisung, externe Überweisung, Selbstüberweisung)

Teil- aspekt		
Interne Überweisung	Dokumentenanalyse	Der SP-Pfad wird in der Regel – so zeigt die Durchsicht der Literatur – durch eine Überweisung von einem:einer Hausärzt:in bzw. einer anderen medizinischen Fachkraft innerhalb der PVE eingeleitet, welche einen entsprechenden Bedarf bei dem:der Patient:in feststellt (vgl. Taylor et al. 2019:25). Wie Popay et al. (vgl. 2007:975) festhalten, kommt es aber auch vor, dass sich Klient:innen bei persönlichen Herausforderungen gezielt an ihre:n Hausärzt:in bzw. Fachpersonal der PVE wenden, um im Anschluss ein Soziales Rezept zu erhalten (vgl. Local Government Association 2010:10f). Durch die Überweisung durch medizinisches Fachpersonal soll den Klient:innen eine gewisse Ernsthaftigkeit und Verbindlichkeit der Inanspruchnahme des Angebotes vermittelt werden (vgl. Hutt 2017:93). Außerdem fühlt sich eine interne Überweisung für die Patient:innen nicht wie eine Überweisung an einen externen Dienst an, sondern wie ein „anderer Service“ innerhalb der Praxis bzw. PVE (vgl. Brandling / House 2007:14). Gleichzeitig wird jedoch Besorgnis über die zusätzliche Arbeitsbelastung der Ärzt:innen geäußert, wodurch Soziale Verschreibungen sinnvollerweise auch von (Ordinations-)Assistent:innen und/oder PVE-Manager:innen eingeleitet werden sollen (vgl. Hutt 2017:93).
	Fragebogen	Betrachtet man die Praxis der österreichischen PVEs können zwei PVE-interne Überweisungspfade identifiziert werden: Einerseits die Möglichkeit der Überweisung ausschließlich durch den:die Allgemeinmediziner:in und andererseits (mehrheitlich) durch alle Berufsgruppen der PVE. Bezüglich des engeren Überweisungspfades, ausschließlich durch die Allgemeinmediziner:innen, wird seitens der befragten Link Worker:innen der Wunsch nach der Ausweitung interner Überweisungswege geäußert. Die prozentuelle Verteilung der Überweisungspfade zeigt, dass der Hauptzuweisungsweg über die PVE-internen Allgemeinmediziner:innen verläuft, gefolgt von anderen PVE-internen Berufsgruppen.

	Empfehlung	Allgemein	Im Sinne eines klaren und einfachen Überweisungsprozesses (vgl. NHS 2016:10) gilt es die vorhandenen Ressourcen in der PVE zu nutzen: Aufgrund ihres patient:innenbezogenen Wissens eignen sich insbesondere Allgemeinmediziner:innen dafür, bei ihren Patient:innen einen entsprechenden Bedarf zu erkennen. Im Sinne der Entlastung der Allgemeinmediziner:innen sollte auch der interne Überweisungspfad durch PVE-internes Personal ermöglicht werden.
		Stufe 1	Das gesamte praxisinterne Personal, insbesondere beide Allgemeinmediziner:innen (als medizinisches Fachpersonal) und Ordinationsassistent:innen sollen an die Gruppenpraxis-interne Link Workerin (Mag. ^a Knopp) überweisen können. Sie haben direkten Patient:innenkontakt und können so die nicht-medizinischen Bedarfe der Patient:innen erkennen.
		Stufe 2	Gemäß der verbreiteten Vorgehensweise in der österreichischen PVE-Praxis bzw. dem in den Fragebögen angesprochenen Verbesserungswunsch der PVEs nach der Ausweitung interner Überweisungswege und der Förderung der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit soll für alle Berufsgruppen in der PVE die Möglichkeit bestehen, eine Überweisung zu initiieren – für die drei Ärzt:innen für Allgemeinmedizin, die Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, die Ordinationsassistent:innen, den:die Diätolog:in, den:die Physiotherapeut:in und den:die Psychotherapeut:in (vgl. Wachabauer / Ivansits 2019: 5; ausgefüllt durch Ouhadi / Pilz).
Externe Überweisung	Dokumentenanalyse		Teilweise werden auch Überweisungen von anderen Quellen akzeptiert (vgl. Kilgarrieff-Foster / O'Cathain 2015:131). Allgemein finden sich in der Literatur Hinweise darauf, dass ein breites Spektrum von Stellen (einschließlich aller lokalen Hausärzt:innenpraxen), die Patient:innen zu dem SP-Angebot überweisen können, von Vorteil ist (vgl. NHS England / NHS Improvement 2020b:12). Dabei ist jedoch wichtig, dass die Überweisungsmechanismen für die potenziellen Überweiser:innen einfach zu handhaben und bei Bedarf flexibel auf das jeweilige System zugeschnitten sind (vgl. Farenden et al. 2015:50).
	Fragebogen		Ein Blick auf die Handhabe in den neun befragten PVEs zeigt, dass in drei neben internen Überweisungen auch Überweisungen durch Externe möglich sind. Davon können in zwei PVEs die externen Überweisungen durch jede:n erfolgen, sofern ein Bedarf bei den Patient:innen erkannt wird. Die extern überwiesenen Klient:innen können dabei direkt einen Termin bei dem:der Link Worker:in, ohne vorherigen Termin bei dem:der Allgemeinmediziner:in, wahrnehmen.
	Empfehlung	Allgemein	Es gilt einen möglichst breiten Überweisungspfad zu schaffen – dementsprechend sollte, ohne bürokratische Hürden für den:die individuelle:n Patient:in, auch die Möglichkeit der externen Überweisung gegeben sein.
		Stufe 1	Das Angebot der Überweisung soll – gemäß dem in der Literatur geforderten breiten Spektrum an Überweiser:innen sowie dem von den Allgemeinmediziner:innen der Gruppenpraxis geäußerten Wunsch – auch externen Hausärzt:innen in der Region zugänglich gemacht werden, sofern ein Bedarf bei Patient:innen erkannt wird. Die Wahrnehmung eines

			Termins bei Mag. ^a Knopp kann, zur Vermeidung von bürokratischen Hindernissen, ohne vorherigen Zwischenstopp bei dem:der praxisinternen Allgemeinmediziner:in erfolgen. Zu klären ist jedoch die Frage der Abrechnung.
		Stufe 2	Sofern es die Kapazitäten zulassen, und für die Frage der Abrechnung eine für alle Beteiligten zufriedenstellende Lösung gefunden werden kann, soll in der PVE betreffend die Möglichkeit von externen Überweisungen wie in Stufe 1 vorgegangen werden.
Selbstüberweisung	Dokumentenanalyse		Basierend auf der Literatursichtung ist die Möglichkeit der Selbstzuweisung weit verbreitet (vgl. Brandling / House 2007:10; vgl. Kimberlee 2013:24). Dies bietet Klient:innen eine unabhängige Nutzung des SP-Angebotes als nicht-medizinische Intervention (vgl. Kilgarriff-Foster / O'Cathain 2015:131). Maßnahmen wie z. B. das Anbringen von Postern in Hausärzt:innenpraxen, das Auflegen von Broschüren oder auch die Einführung einer Selbstüberweisungs-App sollen den eigenständigen Zugang zu SP fördern (vgl. Fixsen / Polley 2020:253f; vgl. Halder et al. 2018:347). Einigkeit besteht darüber, dass es einen klaren Prozess für die Selbstzuweisung geben muss (vgl. NHS England / NHS Improvement 2020b:13).
	Fragebogen		Self-Referrals sind in sechs der befragten PVEs möglich, und zwar in jenen, wo interne Überweisungen von allen Berufsgruppen der PVE getätigt werden können – damit wird versucht, breite Überweisungswege zu forcieren.
	Empfehlung	Allgemein	Selbstüberweisungen bieten Patient:innen die Möglichkeit, das SP-Angebot basierend auf einem selbst identifizierten Bedarf in Anspruch zu nehmen und stellen folglich einen besonders niederschweligen Zugang dar.
		Stufe 1	Auch in der Dr. Ouhadi - Dr. ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin soll im Sinne der Niederschwelligkeit eine Selbstüberweisung, ohne vorherigen Zwischenstopp bei den praxisinternen Allgemeinmediziner:innen, möglich sein.
		Stufe 2	In der PVE soll betreffend die Möglichkeit der Selbstüberweisung wie in Stufe 1 vorgegangen werden.

Quelle: eigene Darstellung

Studien (vgl. Farenden et al. 2015:43; vgl. Popay et al. 2007:975) zeigen, dass die Anzahl der Zuweisungen bzw. die Bereitschaft dafür in der Praxis variiert. Beeinflussende Aspekte beziehen sich neben der allgemeinen Kenntnis des SP-Angebotes auch auf das Wissen über den SP-Pfad und die Identifizierung eines entsprechenden Bedarfes bei den Patient:innen (vgl. White et al. 2017:10–13) – hier könnten Schulungen für (potenzielle) Überweiser:innen zum SP-Konzept und für eine Sensibilisierung für nicht-medizinische Bedarfe förderlich sein. Die durch Frostick und Bertotti (vgl. 2019a:539) identifizierte größte Herausforderung besteht jedoch darin, sich im Arbeitsalltag daran zu erinnern, dass diese Möglichkeit, Patient:innen an den:die Link Worker:in zu überweisen, besteht. Die Link Worker:innen in den österreichischen PVEs sehen als

alltägliche Herausforderung vor allem die fehlenden Zeitressourcen bei den Allgemeinmediziner:innen, um die nicht-medizinischen Bedürfnisse ihrer Patient:innen herauszufiltern, sofern diese nicht direkt durch den:die Patient:in kommuniziert werden.

Tabelle 46: Rückmeldung an die Überweiser:innen

Teil- aspekt		
Rückmeldung an die Überweiser:innen	Dokumentenanalyse	Mit Blick auf die praxisinterne Vernetzung bzw. Kommunikation zwischen Überweiser:in und Link Worker:in hinsichtlich der überwiesenen Klient:innen finden sich in der Literatur Hinweise darauf, dass sowohl seitens dem:der Überweiser:in als auch seitens der überwiesenen Klient:innen, die Rückkoppelung von Informationen – über das Andocken beim:bei der Link Worker:in (in Verbindung mit den gemachten Fortschritten) und in Folge, ob er:sie die verschriebene Leistung tatsächlich in Anspruch genommen hat – an den:die Zuweiser:in gewünscht wurde (vgl. Brandling / House 2007:14). Dieses regelmäßige Feedback zur Entwicklung der Klient:innen fördert nach Farenden et al. (vgl. 2015:50) zudem die Überweisungsrate und gewährleistet eine größere Angemessenheit der Empfehlungen seitens des:der Überweiser:in. Diese:r kann damit sicherstellen, dass das Soziale Rezept „funktioniert“ (vgl. Local Government Association 2010:10). Zugleich ist auch die direkte Kommunikation zwischen Überweiser:in und Klient:in wichtig, da diese Ernsthaftigkeit und Verbindlichkeit der Überweisung vermittelt (vgl. Antosik 2020:90f). Es zeigt sich hier deutlich, dass der SP-Pfad kein in sich abgeschlossener Prozess pro Berufsgruppe ist, sondern als Einheit fungieren soll.
	Fragebogen	Im Fragebogen wurde lediglich nach der Form der Evaluierung gefragt, wobei das Ergebnis zeigt, dass der SP-Prozess in drei PVEs intern evaluiert wird. An den Antworten ist jedoch abzulesen, dass es sich hier nicht um Rückmeldungen an den:die Überweiser:in bezüglich Klient:innenarbeit handelt.
	Empfehlung	<i>Allgemein</i>
		<i>Stufe 1</i>
		<i>Stufe 2</i>

Quelle: eigene Darstellung

4.5.2.2 Typischer Ablauf

Aus der Literatur geht hervor, dass die Voraussetzung für eine Überweisung an den:die Link Worker:in die Zustimmung bzw. „Erlaubnis“ der zu überweisenden Person bildet (vgl. Pryke 2020:566). Darüber hinaus ist es wichtig, den Grund der Überweisung für das Gegenüber transparent zu machen. Es bedarf für die Überweisung an den:die Link Worker:in einer übereinstimmenden Ansicht dessen, wofür die Unterstützung herangezogen wird. Ob sich der Unterstützungsbedarf durch die Gespräche mit dem:der Link Worker:in ausweitete, also auch an anderen Themen als dem „Überweisungsthema“ gearbeitet wird oder nicht, ist zum Zeitpunkt der Überweisung irrelevant. Durch die längere Kontaktzeit mit dem:der Link Worker:in im Vergleich zum Kontakt mit der Gesundheitsfachkraft können sich im Laufe der Betreuungszeit zusätzliche Herausforderungen bei den Klient:innen herauskristalisieren. Bei der Überweisung braucht es darüber hinaus Klarheit über alle relevanten Themen, für die der:die Link Worker:in die Hauptverantwortung trägt (vgl. Polley et al. 2017b:45).

Tabelle 47: Mitteilung der Überweisung („Überweisungssatz“)

Teil- aspekt			
„Überweisungssatz“	Dokumentenanalyse		Zur Frage, wie dem:der Klient:in die Überweisung zu einem:einer Link Worker:in mitgeteilt wird, finden sich in der Literatur zwei „Überweisungssätze“. Zum einen wird der:die Link Worker:in seitens des:der Überweiser:in namentlich erwähnt, anstatt den Patient:innen mitzuteilen, dass sie an einen SP-Dienst überwiesen werden (vgl. Hutt 2017:93). Zum anderen wird ein „Überweisungssatz“ eingesetzt, der auf die Expertise des:der Link Worker:in verweist (vgl. Pryke 2020:566). Darüber hinaus wird auf die Wichtigkeit hingewiesen, den Patient:innen eine Erklärung des angebotenen SP-Programmes zu geben. Es hat sich nach Drinkwater et al. (vgl. 2019:3) gezeigt, dass dies dazu beiträgt, die Erwartungen der Patient:innen an das Angebot zu erfüllen und gleichzeitig ihre Zufriedenheit zu erhöhen.
	Fragebogen		Aus den Ergebnissen der Fragebögen geht zwar hervor, dass keine standardisierten „Überweisungssätze“ eingesetzt werden, jedoch die Mitteilung gegenüber den Patient:innen ähnlich jener aus der Literatur herausgearbeiteten Aussagen ist. Auch in den befragten PVEs erfolgt die Überweisung durch Erwähnung der Expertise der Link Worker:innen für bestimmte Themenbereiche.
	Empfehlung	Allgemein	Der „Überweisungssatz“ vermittelt den Patient:innen einen ersten Eindruck über die weitere Betreuung durch den:die Link Worker:in, daher empfiehlt es sich, sowohl den Namen der spezifischen Fachkraft zu erwähnen als auch deren Expertise für gewisse Themenbereiche zu betonen. Darüber hinaus gilt es allgemein – im Sinne der Transparenz – gegenüber dem:der Patient:in näher auszuführen, was unter dem SP-Angebot zu verstehen ist.

		Stufe 1	Die Überweisung soll durch eine Kombination aus der namentlichen Erwähnung (anstatt der Berufsbezeichnung) und der spezifischen Rolle der Link Workerin erfolgen, um einen direkten Bezug zu Mag. ^a Knopp und ihrer Expertise herzustellen. Diese Vorgehensweise soll dazu beitragen, dass etwaige Hemmungen abgebaut werden und gleichzeitig das Vertrauen des:der Überweiser:in in die Link Workerin gegenüber dem:der Patient:in bekräftigt wird.
		Stufe 2	In der PVE soll betreffend die Formulierung der Überweisung wie in Stufe 1 vorgegangen werden.

Quelle: eigene Darstellung

Es existieren verschiedene Möglichkeiten, wie an die spezifische Fachkraft überwiesen werden kann. In der österreichischen PVE-Praxis haben sich in acht der neun befragten PVEs standardisierte Abläufe der Überweisung etabliert.

Tabelle 48: Form der Überweisung

Teil- aspekt		
Form der Überweisung	Dokumentenanalyse	So variabel die Zuweisungspfade sind, so divers sind auch die Formen der Überweisung. Einige Überweiser:innen verwenden ein digitales, andere wiederum ein physisches Formular – und übermitteln es direkt an den:die Link Worker:in –, oder aber es erfolgt lediglich eine mündliche Überweisung (vgl. Farenden et al. 2015:41). Nicht immer wird aber ein eigens erstelltes Formular für die Überweisung verwendet. So drucken manche Überweiser:innen die Kontaktinformationen des:der Klient:in aus, fügen einen kurzen Grund für die Überweisung hinzu und lassen sie dem:der Link Worker:in zukommen (vgl. ebd.; vgl. Heijnders / Meijs 2018:224f; vgl. Local Government Association 2010:13f; vgl. Moffatt et al. 2017:5; vgl. Polley et al. 2017b:45). Polley et al. (vgl. ebd.:45) weisen darauf hin, dass es wichtig ist, die jeweilige lokale Situation zu verstehen bzw. etwaige vorhandene Strukturen zu nutzen (z. B. über bestehendes internes IT-System), wo ggf. Überweisungen zum:zur Link Worker:in nahtlos eingebunden werden können, bevor eine Entscheidung getroffen wird, welche Form und Systeme eingesetzt werden. Zur Form der Überweisung auf Seiten des:der Klient:in lassen sich in der Literatur nur wenige Hinweise finden – teils bekommen Klient:innen ein Dokument (bzw. „Rezept“) ausgehändigt und/oder zusätzliche Informationen wie z. B. Broschüren über SP (vgl. Heijnders / Meijs 2018:224f). In Bezug auf die Selbstüberweisung sprechen South et al. (2008:312) von sogenannten „tear-off slip on leaflets“, welche in Hausärzt:innenpraxen und örtlichen Apotheken aufliegen und von Klient:innen ausgefüllt werden.
	Fragebogen	In den befragten PVEs in Österreich finden sich vier verschiedene Vorgehensweisen im Hinblick auf die Überweisungsform. Mehrheitlich erfolgt jedoch eine formlose Überweisung an den:die Link Worker:in, welche keines spezifischen

			Formulars bedarf. Zwei konkrete Vorgehensweisen lassen sich hier identifizieren: erstens die persönliche Überweisung durch den:die Überweiser:in, zweitens die indirekte Überweisung durch die Vereinbarung eines Termins bei dem:der Link Worker:in durch den:die Zuweiser:in.
	Empfehlung	Allgemein	Entsprechend der von Branding und House (vgl. 2007:15) geäußerten Warnung vor zunehmender Bürokratisierung des SP-Gesamtprozesses gilt es, die Überweisung an den:die Link Worker:in in ggf. bereits vorhandene Strukturen einzufügen (gemäß dem Nicht-Mehraufwand).
		Stufe 1	Gemäß dem seitens der befragten Link Worker:innen geäußerten Wunsch nach einer unbürokratischen Vorgehensweise soll in der Dr. Ouhadi - Dr. ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin primär die persönliche Überweisung zur Anwendung kommen. Das heißt, sofern möglich, und sofern es sich um eine interne Überweisung (innerhalb der Gruppenpraxis) handelt, soll der:die Klient:in im Anschluss an den Termin bei dem:der Allgemeinmediziner:in zu Mag. ^a Knopp gehen oder Mag. ^a Knopp direkt in das Behandlungszimmer dazugeholt werden. Dies soll einerseits davon abhängig sein, inwiefern die Link Workerin gerade „frei“ ist bzw. nach Wunsch des:der Patient:in. Sofern dies nicht möglich ist (z. B. bei Abwesenheit der Link Workerin) soll die Terminvereinbarung (mittels internen Systems) durch den:die Zuweiser:in erfolgen. Externe Überweisungen und Selbstüberweisungen sollen durch einen Anruf in der Gruppenpraxis erfolgen, sodass eine Terminvergabe im praxisinternen Terminsystem möglich ist.
		Stufe 2	Hinsichtlich der Form der Überweisung soll entsprechend dem im Versorgungskonzept geäußerten Wunsch nach einer direkten Kontaktaufnahme mit dem:der Link Worker:in, und sofern es durch das multiprofessionelle Team und die Anwesenheit des:der Link Worker:in möglich ist, der Ablaufprozess der primär persönlichen Überweisung beibehalten werden (vgl. Wachabauer / Ivansits 2019:16; ausgefüllt durch Ouhadi / Pilz). Gleichzeitig soll auf Seiten der Überweiser:innen die Weiterleitung der Patient:innen über das PVE-interne EDV-System erfolgen, wobei bei entsprechendem Bedarf auch die telefonische oder persönliche Form der Überweisung gewählt werden kann (vgl. ebd.:14).

Quelle: eigene Darstellung

Ashcroft et al. (vgl. 2018:112) erwähnen neben den „normalen“ Überweisungen auch die Möglichkeit von dringenden Überweisungen (siehe 4.3.1.2.4), mit entsprechenden Auswirkungen auf die Wartezeit bis zum ersten Termin. Vorerst (Stufe 1) wird jedoch angenommen, dass die Auslastung es ermöglicht, von einer Dringlichkeitsskala abzusehen und dies bei Bedarf individuell zu handhaben. Gemäß dem Versorgungskonzept soll in Stufe 2, durch die Weiterleitung der Patient:innen mittels EDV, auch ein Farbkodierungs-System – je nach Dringlichkeit des Anliegens auf Klient:innenseite – etabliert werden (vgl. Wachabauer / Ivansits 2019: 14; ausgefüllt durch Ouhadi / Pilz).

Tabelle 49: Informationserhalt durch Überweiser:in und erste Kontaktaufnahme

Teil- aspekt		
Informationserhalt durch Überweiser:innen (vor Erstkontakt mit Klient:in)	Dokumentenanalyse	Was den Zugang und die Verfügbarkeit von Informationen für die Link Worker:innen betrifft, zeigt ein Blick in die Literatur ein heterogenes Bild. In Abhängigkeit vom Service-Design verfügen Link Worker:innen vor dem Erstkontakt mit dem:der Klient:in über eine sehr unterschiedliche Informationsgrundlage. Darüber hinaus gibt es Unterschiede darin, wie die Link Worker:innen zu den relevanten Informationen gelangen. Die Informationsdichte ist teils abhängig vom Zugang zur Krankenakte des:der Patient:in ⁹¹ – entweder gibt es vollen/eingeschränkten Zugang für den:die Link Worker:in, was den Zugriff auf Klient:inneninformationen leicht handhabbar gestaltet, oder es gibt keinen Zugang zur Krankenakte (vgl. Farenden et al. 2015:10f; vgl. Talor et al. 2019:31). In einigen Projekten (vgl. Antony / Gaiswinkler 2019:35; vgl. Farenden et al. 2015:41) erhalten Link Worker:innen auch im Rahmen des Sozialen Rezeptes sowohl die Daten der zu kontaktierenden Personen als auch den Grund der Überweisung, bzw. wird auch der:die Überweiser:in im Überweisungsformular angeführt. Polley et al. (vgl. 2017b:45) betonen allgemein, dass sichergestellt werden muss, dass der:die Link Worker:in über alle relevanten Informationen verfügt – was zu den relevanten Informationen zählt, wird jedoch nicht näher ausgeführt.
	Fragebogen	Wie die Antworten der Link Worker:innen in Österreich zeigen, verfügen diese in der Regel über mehr Informationen als in der Literatur angegeben wird. Mehrheitlich verfügen die Link Worker:innen im Vorfeld über die klient:innenbezogenen Stammdaten, die medizinische Vorgeschichte, Befunde/Diagnosen und Therapien sowie über den Überweisungsgrund. Als Herausforderung werden diesbezüglich sowohl der unvollständige Informationsfluss als auch die notizartigen Erläuterungen zum Überweisungsgrund bzw. Abweichungen zwischen erhaltenen Informationen und der realen Situation angesprochen, sodass die vorhandene Informationsbasis vor dem Ersttermin teils als unzureichend eingestuft werden kann. Diesbezüglich wird von den Link Worker:innen der Wunsch sowohl nach einer ausführlichen Beschreibung der Klient:innensituation als auch der wesentlichen Hintergrundinformationen geäußert. Im Hinblick auf den Zugriff auf die Klient:innen-Dokumentation durch die einzelnen Berufsgruppen in der PVE zeigt sich, dass dies in den

⁹¹ Vesely (vgl. 2020) befasst sich im Rahmen ihrer Masterarbeit an der FH St. Pölten mit den Zugriffsrechten der Sozialarbeiter:innen auf die Dokumentation und stellt fest, dass es eine Rolle spielt welche Daten für die alltägliche Klient:innenarbeit notwendig sind, und welche zum Schutz der Klient:innen nicht für alle Berufsgruppen einsehbar sein sollten. Allgemein identifiziert sie drei Arten der Datenweitergabe: durch die Dokumentation, durch selbst vereinbarte interprofessionelle Gespräche und durch Teambesprechungen.

			einzelnen PVEs sehr unterschiedlich gehandhabt wird: In drei PVEs existiert ein uneingeschränkter Zugang zur Ordinationsdokumentation, in ebenso drei PVEs ist ein begrenzter Doku-Zugriff gegeben.
	Empfehlung	Allgemein	Im Sinne der interprofessionellen Zusammenarbeit bedarf es des Austausches klient:innenbezogener Informationen, die als relevant für die Weiterarbeit mit dem:der Klient:in identifiziert werden. Die Entscheidung, in welcher Form die Informationsweitergabe erfolgt (z. B. anhand des Zugriffs auf die PVE-Doku), ist vor dem Hintergrund vorhandener Strukturen (im Sinne der Vermeidung eines Mehraufwandes) zu treffen.
		Stufe 1	Entsprechend der durch die österreichischen Link Worker:innen thematisierten Herausforderungen und Wünsche, soll in der Dr. Ouhadi - Dr. ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin gemeinsam zwischen den beiden Allgemeinmediziner:innen und der Link Workerin abgesprochen werden, welche Informationen für die alltägliche Arbeit Relevanz besitzen. In welcher Form die Informationsweitergabe erfolgt, ist von den vorhandenen Strukturen in der Gruppenpraxis abhängig. Sowohl bei internen als auch externen Überweisungen sollten im Sinne des Informationsflusses jedoch mindestens die Stammdaten und der Überweisungsgrund transparent gemacht werden (durch Überweiser:in persönlich/EDV-System/durch kurze Nachricht).
		Stufe 2	In der PVE soll betreffend den Inhalt klient:innenbezogener Informationen (in Kooperation festgelegte relevante Klient:inneninformationen für die alltägliche Arbeit) wie in Stufe 1 vorgegangen werden, ggf. kann jedoch die Form der Weitergabe durch das implementierte EDV-System einen einfach handhabbaren Zugriff gewährleisten.
Erste Kontaktaufnahme	Dokumentenanalyse		In Bezug auf die erste Kontaktaufnahme mit dem:der Klient:in nach der Überweisung gibt es laut Literatursichtung keine einheitliche Vorgehensweise. Es existieren diverse Variationen hinsichtlich der Initiierung des Erstkontaktes: Während in einigen Projekten der:die Link Worker:in aktiv mit dem:der Klient:in in Kontakt tritt, um einen Ersttermin zu vereinbaren, gibt es auch SP-Projekte, wo Professionist:innen in Stellvertretung des:der Klient:in telefonischen oder E-Mail-Kontakt mit dem:der Link Worker:in aufnehmen, oder aber Klient:innen den Kontakt zum:zur Link Worker:in selbst aufnehmen (vgl. Heijnders / Meijs 2018:224f; vgl. Local Government Association 2010:13f; vgl. Moffatt et al. 2017:5).
	Fragebogen		In der österreichischen Praxis der PVEs wird dies mehrheitlich so gehandhabt, dass der:die Klient:in direkt nach Erhalt der Überweisung persönlichen Kontakt zum:zur Link Worker:in sucht. Im Sinne der alltäglichen Arbeit äußern österreichische Link Worker:innen einen Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Möglichkeit der direkten telefonischen Kontaktaufnahme mit den Klient:innen durch eine eigene Durchwahl. So würde eine zusätzliche Hürde auf Klient:innenseite überwunden.

	Empfehlung	Allgemein	Die vielfältige Handhabung der ersten Kontaktaufnahme zwischen Link Worker:in und Klient:in legt eine individuelle, den Klient:innenbedürfnissen entsprechende Vorgehensweise nahe. Die Hürde der ersten Kontaktaufnahme soll dabei durch eine Breite an direkten Kommunikationsmöglichkeiten mit dem:der Link Worker:in abgeschwächt werden.
		Stufe 1	Die erste Kontaktaufnahme mit Mag. ^a Knopp soll individuell (nicht standardisiert), in Absprache mit dem:der Klient:in, um seiner:ihrer Präferenz nachzukommen, ausgestaltet werden. In Bezug auf eine erleichterte Kontaktaufnahme auf Seiten der Klient:innen soll eine direkte Kontaktmöglichkeit (eigene Durchwahl und E-Mail-Adresse) zur Link Worker:in eingerichtet werden.
		Stufe 2	In der PVE soll betreffend der ersten Kontaktaufnahme wie in Stufe 1 vorgegangen werden.

Quelle: eigene Darstellung

4.5.2.3 Erster Termin

Die Kommunikation zwischen den Klient:innen und dem:der Link Worker:in kann laut Literaturanalyse auf unterschiedliche Weise erfolgen (vgl. Antosik 2020:55), wobei Pescheny et al. (vgl. 2018a:93) für den ersten Termin festhalten, dass ein persönliches Gespräch bevorzugt wird. Für die Vereinbarung des Erstgesprächs ist das Telefon der primäre Kommunikationsweg. Wie sowohl Pescheny et al. (vgl. ebd.:93f) als auch Woodall et al. (vgl. 2018:4–10) festhalten, ist diese Art der Kontaktaufnahme vor allem für jene Klient:innen vorteilhaft, die auf den Termin vergessen haben bzw. selbst in Bezug auf die Terminvereinbarung nicht aktiv geworden wären. Darüber hinaus wird in der Studie von Motffatt et al. (vgl. 2017:2) auch auf E-Mails und SMS als Kontaktaufnahme-Tools verwiesen.

In Bezug auf das Überweisungsverfahren ist auch die Wartezeit bis zum ersten Termin mit dem:der Link Worker:in relevant. Ashcroft et al. (vgl. 2018:112) sprechen davon, dass Klient:innen innerhalb von 21 Tagen von dem:der Link Worker:in kontaktiert werden, um einen Termin für ein erstes Gespräch zu vereinbaren. Nach Grayer et al. (vgl. 2008:5) haben Klient:innen ebenso in der Regel (ab der Zuweisung) innerhalb von vier Wochen einen Ersttermin mit dem:der Link Worker:in, wobei Kilgarrieff-Foster und O’Cathain (2015:131) darauf hinweisen, dass die „non-engagement rate“ bei jenen Klient:innen höher war, die länger auf einen Ersttermin warten mussten.

Tabelle 50: Aspekte des Ersttermins (Termindauer und Inhalte des Ersttermins)

Teil- aspekt		
Termindauer	Dokumentenanalyse	Bezüglich der Dauer des Ersttermins zeigt sich innerhalb der Literatur eine Spannweite von 40 bis 90 Minuten (vgl. Heijnders / Meijs 2018:224f; vgl. Kilgarriff-Foster / O'Cathain 2015:131). Die Analyse von South et al. (vgl. 2008:314) ergab, dass insbesondere die längere Termindauer (im Vergleich zu klinischen Beratungsgesprächen) von den Klient:innen geschätzt wurde.
	Fragebogen	Ein ähnliches Bild zeigt auch die Praxis in den österreichischen PVEs: Mehrheitlich planen Link Worker:innen zwischen 46 und 60 Minuten für den Ersttermin ein.
	Empfehlung	<i>Allgemein</i>
		<i>Stufe 1</i>
		<i>Stufe 2</i>
Inhalte des Ersttermins	Dokumentenanalyse	Beim Erstgespräch mit dem:der Klient:in geht es darum, den:die Klient:in kennenzulernen und eine erste Einschätzung über dessen:deren (soziale, emotionale oder praktische) Bedürfnisse und Interessen zu treffen (vgl. Polley et al. 2017b:52). Während des Erstgesprächs wird das Leben des:der Klient:in ganzheitlich anhand eines stärkenbasierten Ansatzes betrachtet (vgl. Heijnders / Meijs 2018:224f).
	Fragebogen	Auch die Mehrheit der befragten Link Worker:innen sehen den Beziehungsaufbau und ein Kennenlernen beim Ersttermin als prioritär an, gefolgt von einer ausführlichen Sozialanamnese. Entsprechend der Ausführungen in vier PVEs kann das Erstgespräch auch dafür genutzt werden, bereits (erste) Anliegen des:der Klient:in aufzugreifen. In vier der neun befragten PVEs gibt es in Bezug auf LW einen standardisierten Erhebungs-/Anamnesebogen für den ersten Termin, wobei dessen Informationsdichte zwischen den befragten PVEs stark variiert. Die integrierten Informationen reichen von klient:innenbezogenen Hintergrundinformationen über Unterstützungsaspekte sowie die Erfassung von Ressourcen und Belastungen bis hin zur Einbindung sozialdiagnostischer Tools (siehe 4.5.3.3 Methodik).

	Empfehlung	Allgemein	Es gilt den ersten Termin mit dem:der Klient:in gemäß seiner:ihrer Bedürfnisse und in Abhängigkeit von der weiteren geplanten Vorgehensweise (Nachfolgetermine ja/nein) zu gestalten. Ein erstes Kennenlernen (inkl. Gespräch über Überweisungsgrund) soll jedoch unabhängig davon stattfinden.
		Stufe 1	Im Rahmen der personenzentrierten Vorgehensweise soll das Erstgespräch mit dem:der Klient:in entsprechend seiner:ihrer Bedürfnisse gestaltet werden. Sofern es sich um einen einmaligen Termin handelt, soll der Fokus auf der Erledigung des Klient:innenanliegens liegen. Sofern es jedoch mehrere Termine geben wird, soll ein erstes Kennenlernen inklusive der Thematisierung des Überweisungsgrundes (im Sinne der Transparenz) im Zentrum des Ersttermins stehen. Je nach zeitlichen Ressourcen kann bzw. soll der standardisierte Erhebungs- und Anamnesebogen Platz im Erstgespräch finden. Im Sinne der Übersichtlichkeit und Standardisierung wird ein eigens für die Gruppenpraxis im 15. Wiener Gemeindebezirk erarbeiteter Sozialanamnesebogen erstellt (siehe Anhang B).
		Stufe 2	In der PVE soll betreffend die Inhalte des Erstgesprächs wie in Stufe 1 vorgegangen werden. Auch der standardisierte Sozialanamnesebogen wird in Stufe 2 übernommen.

Quelle: eigene Darstellung

Mit dem persönlich stattfindenden Ersttermin, der individuell auf die Bedürfnisse des:der Klient:in zugeschnitten ist, soll im Idealfall ein befähigender Prozess gestartet werden (sofern es sich um eine längerfristige Unterstützung handelt).

Tabelle 51: Weitere Vorgehensweise (nach dem Ersttermin)

Teil- aspekt			
Weitere Vorge- hensweise	Dokumentenanalyse		Die nächsten Schritte, welche an den ersten Klient:innentermin anschließen, erlauben sowohl laut Dokumentenanalyse als auch der befragten Expert:innen eine individuelle Vorgehensweise, entsprechend der jeweiligen Klient:innenbedürfnisse. Insbesondere Brandling und House (vgl. 2007:10) heben hervor, dass Klient:innen die individualisierte Vorgehensweise schätzen. Polley et al. (vgl. 2017b:28) sprechen diesbezüglich vom Eingehen auf die Bedürfnisse der Menschen und der Nutzung lokaler Ressourcen, im Gegensatz zu einem erzwungenen One-Size-Fits-All-Ansatz.
	Fragebogen		
	Empfehlung	Allgemein	Es gilt die weitere Vorgehensweise an den individuellen Klient:innenbedürfnissen auszurichten.

		Stufe 1	Die weitere Vorgehensweise soll abhängig von den jeweiligen Klient:innenbedürfnissen entschieden werden. Dementsprechend gilt es einen personalisierten Unterstützungsplan (= personenzentrierter Plan mit Etappen-Zielen) auszuarbeiten (siehe 4.5.3.3 Grundlagen der Arbeit mit Klient:innen).
		Stufe 2	In der PVE soll betreffend die weitere Vorgehensweise wie in Stufe 1 vorgegangen werden. Es gilt jedoch, sofern sich die Anzahl der Link Worker:innen verändert, eine Absprache hinsichtlich der Dokumentation und Informationsweitergabe des personalisierten Unterstützungsplans zu treffen.

Quelle: eigene Darstellung

4.5.2.4 Termine im Allgemeinen

Durch die Termine mit dem:der Klient:in lernt der:die Link Worker:in dessen:deren Bedürfnisse und Interessen kennen (vgl. Polley et al. 2017b:52). Es gilt in den gemeinsamen Terminen herauszufinden, was der:die Klient:in braucht, um ihn:sie im Anschluss darin zu unterstützen, den nächsten Schritt zu gehen (vgl. Farenden et al. 2015:29).

Tabelle 52: Terminvereinbarungen und Nicht-Wahrnehmen von Terminen

Teil-aspekt		
Terminvereinbarungen	Dokumentenanalyse	Die leichte Zugänglichkeit bzw. Niederschwelligkeit in Verbindung mit der Flexibilität des SP-Angebotes stellen wichtige Aspekte dar, wobei hier nach Moffat et al. (vgl. 2017:5) umfangreiche Öffnungszeiten unterstützend wirken können. Die Flexibilität der Sozialen Verschreibung wird auch seitens Woodall et al. (vgl. 2018:9) dahingehend als Stärke gesehen, dass sie den beteiligten Akteur:innen ermögliche, eigens die Kontrolle darüber zu haben, wann und wie auf das SP-Angebot zugegriffen wird.
	Fragebogen	In den österreichischen PVEs erfolgen die Terminvereinbarungen mit den Klient:innen mehrheitlich durch den:die jeweilige Überweiser:in. Aber auch die Terminvereinbarung durch den:die Klient:in selbst ist möglich. In allen neun PVEs findet ein zentrales Termineingabesystem Anwendung. Als Herausforderungen in der alltäglichen Praxis werden bezüglich der Terminvergabe einerseits das Fehlen offener Beratungsstunden (basierend auf der geringen Wochenstundenanzahl des:der Link Worker:in) und andererseits der Widerspruch zwischen Anspruch eines niederschweligen Zugangs und dem Zugang mittels Terminsystem genannt.

	Empfehlung	Allgemein	Entsprechend dem Anspruch auf Flexibilität und Niederschwelligkeit gilt es, die Terminvereinbarungen für die Klient:innen möglichst wenig komplex und für die Überweiser:innen und Link Worker:innen einfach handhabbar zu gestalten.
		Stufe 1	Zwei Möglichkeiten der Terminvereinbarung – durch den:die Überweiser:in (primär Ersttermin) oder durch den:die Klient:in (Folgetermine) – sollen zur Anwendung kommen. Zudem soll, im Sinne der Niederschwelligkeit und entsprechend den Verbesserungsvorschlägen aus den Fragebögen, eine offene Sprechstunde ohne vorherige Terminvereinbarung geschaffen werden.
		Stufe 2	In Stufe 2 soll zur Übersichtlichkeit (wie auch in allen neun befragten österreichischen PVEs) ein zentrales Termineingabesystem die Terminvereinbarung für die Professionist:innen erleichtern.
Nicht-Wahrnehmen von Terminen	Dokumentenanalyse		Basierend auf dem Kategoriensystem konnten diesem Teilaspekt keine entsprechenden Ausführungen in der Dokumentenanalyse zugeordnet werden.
	Fragebogen		Während in der Literatur keine Aussagen darüber gefunden werden konnten, wie oft Klient:innen Termine nicht wahrnehmen bzw. wie in Folge damit umgegangen wird, wird in den befragten PVEs seitens dreier Link Worker:innen das unentschuldigte Fernbleiben vom Termin als „oft“ eingeschätzt, wobei alle drei Expert:innen diesem Verhalten mit nachgehender Sozialarbeit begegnen. In fünf PVEs existieren darüber hinaus präventive Maßnahmen (telefonische Terminerinnerung und schriftliche Aushändigung der Information des nächsten Termins), um der mangelnden Termineinhaltung vorzubeugen.
	Empfehlung	Allgemein	Unabhängig vom Grund des Fernbleibens von Terminen soll erneut mit dem:der Klient:in Kontakt aufgenommen werden, um die weitere Vorgehensweise zu besprechen.
		Stufe 1	Es muss stets im Blick behalten werden, dass es sich hier um ein freiwilliges Angebot handelt, daher soll bei Nicht-Erscheinen des:der Klient:in zum Termin unverbindlich nachgefragt werden. Vorbeugende Maßnahmen werden zu Beginn nicht eingeplant – im Verlauf der Umsetzung kann dies jedoch bei Bedarf angedacht werden. Sofern es sich um einen längeren Betreuungsverlauf handelt, soll zudem die Möglichkeit bestehen, den Klient:innen einen Zettel mit dem nächsten Termin auszuhändigen.
		Stufe 2	Hinsichtlich der Maßnahmen bei Nicht-Wahrnehmen von Terminen auf Klient:innenseite soll in Anlehnung an die in Stufe 1 gemachten Erfahrungen bei vermehrtem Vorkommen eine Änderung dahingehend vorgenommen werden, dass gemeinsam mit den Klient:innen Maßnahmen erarbeitet werden, um diesem Verhalten entgegenzuwirken.

Quelle: eigene Darstellung

Sowohl die Intensität bzw. Häufigkeit als auch die Gesamtdauer der Unterstützung durch den:die Link Worker:in kann zwischen den SP-Programmen variieren⁹² – es existieren basierend auf den Erkenntnissen aus der Literatur keine festen Richtlinien (vgl. Pescheny et al. 2020:665). Eine Auseinandersetzung mit der Kontaktintensität/-häufigkeit und Dauer der Unterstützung ist aber vor allem insofern wesentlich, als Pescheny et al. (vgl. 2020:666) darauf hinweisen, dass Klient:innen die Treffen mit dem:der Link Worker:in für den Aufbau einer unterstützenden und vertrauensvollen Beziehung als wichtige Voraussetzung für Verhaltensänderungen nennen. Die Studie von Moffatt et al. (vgl. 2019) identifizierte die kontinuierliche und bedarfsorientierte Unterstützung und Motivation durch den:die Link Worker:in als wesentlichen Aspekt für die Aufnahme und das langfristige Engagement der empfohlenen Aktivitäten des 3. Sektors (vgl. Pescheny et al. 2020:666). Angemerkt sei jedoch, dass es für den Aufbau dieser gemeinsamen Arbeitsbasis Zeit bedarf.

Tabelle 53: Kontaktdauer und -frequenz

Teil- aspekt		
Kontaktdauer und -frequenz (inkl. max. Terminanzahl)		
	Dokumentenanalyse	Fixsen et al. (vgl. 2020:8) betonen, dass Soziale Verschreibungen zwar nicht als langfristige Intervention gedacht sind, heben jedoch gleichzeitig die Wichtigkeit der entsprechenden Kontaktdauer mit Blick auf die Effizienz des Angebotes hervor. Diese Thematik der Notwendigkeit einer bestimmten Dauer des Kontaktes zwischen Klient:in und Link Worker:in wird innerhalb der Literatur sowohl hinsichtlich der Notwendigkeit einer längerfristigen Intervention für die Integration von Veränderungen in die Alltagsroutine (vgl. Wildman et al. 2019:7–9) als auch der kurzen Kontaktdauer im Hinblick auf die Befähigung der Klient:innen die nächsten erforderlichen Schritte zu unternehmen (vgl. Farenden et al. 2015:29) diskutiert. Die Spannbreite reicht gemäß den Ausführungen in der Literatur von einem Termin über eine Kontaktdauer von zwei Jahren bis hin zur Möglichkeit des Absehens von einer zeitlichen Begrenzung des Dienstes, bis sich das Wohlbefinden des:der Patient:in verbessert bzw. den Bedürfnissen entsprochen werden konnte (vgl. ebd.; vgl. Kimberlee 2013:37; vgl. Moffatt et al. 2017:5f; vgl. Polley et al. 2017b:41f). Es findet sich auch seitens einzelner Klient:innen der Wunsch, die Terminanzahl variabel – abhängig vom Bedarf – zu halten (vgl. Woodall et al. 2018:9).

⁹² Kimberlee (vgl. 2015) kategorisiert das Maß an Engagement, das ein:e Link Worker:in mit einem:einer Klient:in hat, entsprechend den entwickelten Modellen (siehe 2.2.2.4). In einem ganzheitlichen SP-System verbringt der:die Link Worker:in im Verständnis von Polley et al. (vgl. 2017b:41f) so viel Zeit mit dem:der Klient:in wie nötig ist, um seine:ihre jeweiligen Bedürfnisse zu beurteilen, den:die Klient:in zu unterstützen, Lösungen zu koproduzieren und eine Verbesserung seines:ihrer Wohlbefindens zu erlangen.

			Die Kontakthäufigkeit bzw. -frequenz mit dem:der Link Worker:in kann je nach aktuellem Bedarf und Umständen sowohl zwischen den einzelnen Patient:innen, als auch bei dem:der einzelnen Patient:in im Betreuungsverlauf variieren (vgl. Moffatt et al. 2017:2). Teilweise gibt es bei einzelnen SP-Programmen zwar eine maximale Terminanzahl, in welcher Intensität bzw. Regelmäßigkeit die Termine stattfinden kann und soll jedoch seitens dem:der Klient:in flexibel gehandhabt werden, so die Analysen von Woodall et al. (vgl. 2018:9) und Polley et al. (vgl. 2017b:21). Die maximale Betreuungszeit variiert zwischen den SP-Programmen im Hinblick auf die Terminanzahl – z. B. drei Termine (vgl. South et al. 2008:312) oder sechs Termine (vgl. Woodall et al. 2018:3) – oder aber im Hinblick auf die Betreuungsdauer – z. B. acht Wochen (vgl. Kellezi et al. 2019:11). South et al. (vgl. 2008:314) sprechen davon, dass eine Begrenzung der Terminanzahl eine Abhängigkeit von dem:der Link Worker:in verhindert. Auch die Studien von Wildman et al. (2019) und Woodall et al. (2018) greifen die Thematik der Abhängigkeit auf, welche oftmals mit einer hohen Kontakthäufigkeit zwischen Klient:in und Link Worker:in in Verbindung steht. Der Grat zwischen Abhängigkeit und der notwendigen Dauer für einen vertrauensvollen Beziehungsaufbau ist ein schmaler.
	Fragebogen		Hinsichtlich der Kontakttdauer bzw. Terminanzahl zeigt sich, dass sich die durchschnittliche Terminanzahl pro Klient:in in den österreichischen PVEs auf eine Spannbreite von einem bis zu sechs Terminen beläuft; über welchen Zeitraum sich diese erstrecken, wird aus dem Fragebogen nicht ersichtlich. In Bezug auf die Kontaktfrequenz (sofern es Folgetermine gibt) zeigt sich in den befragten PVEs ein heterogenes Bild – wöchentliche (3 PVEs), alle zwei Wochen stattfindende (3 PVEs) bzw. monatliche (3 PVEs) Termine. Unter den neun befragten PVEs heißt es lediglich von einer Seite, dass es eine maximale Terminanzahl pro Klient:in von zehn Terminen gibt.
	Empfehlung	Allgemein	Als besonders wertvoll kristallisierte sich der zeitliche Aspekt heraus – ein schrittweiser Ansatz/Wandel im Tempo des:der Klient:in, der es ermöglicht individuelle „Mini-Ziele“ zu setzen. Der längerfristige Charakter der Intervention wird insofern als wichtig postuliert, als eine Integration von Veränderungen im Alltag möglich wird.
		Stufe 1	Entsprechend den obigen Ausführungen soll in der Dr. Ouhadi - Dr.ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin eine Vorgehensweise etabliert werden, die den Klient:innenbedürfnissen sowohl hinsichtlich Kontaktdauer als auch Kontaktfrequenz angepasst ist (ohne maximale Terminanzahl). Es gilt jedoch, im Sinne der Vermeidung einer Abhängigkeit vom SP-Angebot, durch Mag.^a Knopp einen Blick auf den Bedarf seitens der Klient:innen zu behalten.
		Stufe 2	In der PVE soll betreffend die Kontaktdauer und -frequenz wie in Stufe 1 vorgegangen werden.

Quelle: eigene Darstellung

Die Beziehung des:der Link Worker:in zu den Klient:innen soll laut Farenden et al. (vgl. 2015:10f) unterstützend, stärkend und kurzfristig sein – Link Worker:innen ermutigen und befähigen zur Inanspruchnahme von Gruppen, Diensten oder Aktivitäten des 3. Sektors und schaffen keine Abhängigkeit vom Dienst der Sozialen Verschreibung selbst. Antosik (2020:56f) arbeitet diesbezüglich präventive Faktoren heraus, welche neben der Ermutigung der Klient:innen selbst das SP-Programm zu verlassen, auch die Verweisung von Klient:innen an eine andere Dienstleistung, die regelmäßige Erinnerung des:der Klient:in an die Grenzen des Angebotes, „die Schaffung von Distanz durch den Austausch [bzw. Wechsel] von [Link Worker:innen]“, die „Durchführung von Gruppenaktivitäten und die Bekräftigung der Bedeutung von Empowerment statt Abhängigkeit“ umfassen. Wildman et al. (2019:9) sprechen jedoch ohnehin von einem „maintenance point“ in der Betreuung und damit von einem natürlichen Rückgang der Kontakthäufigkeit mit dem:der Link Worker:in. Auf Seiten des:der Link Worker:in weisen Antony und Gaiswinkler (vgl. 2019:36) betreffend die Herausforderung einer beruflichen Abgrenzung hin, dass es einer Balance zwischen Erreichbarkeit und Eingebundenheit einerseits und Verfügbarkeit und professioneller Distanz andererseits bedarf.

Tabelle 54: Hausbesuche

Teil- aspekt		
Hausbesuche	Dokumentenanalyse	Auch bei den Treffpunkten zwischen Klient:in und Link Worker:in gibt es unterschiedliche Optionen. Bertotti et al. (vgl. 2018:241) räumen der Örtlichkeit – neben dem zeitlichen Aspekt (d. h. wie viel Zeit mit dem:der Klient:in verbracht wird) – eine entscheidende Bedeutung für den SP-Verlauf ein. Die Möglichkeit von Hausbesuchen existiert in vielen SP-Projekten (vgl. Moffatt et al. 2017:5; vgl. Polley et al. 2017b:5; vgl. South et al. 2008:312). Diese Möglichkeit der Besuche der Klient:innen vor Ort ist vor allem für jene Menschen wichtig, die sonst nicht erreicht werden können – z. B. durch Mobilitätseinschränkungen, soziale Isolation, Skepsis gegenüber dem Angebot etc. (vgl. Fixsen / Polley 2020:253f; vgl. Polley et al. 2017b:34). Nach der Local Government Association (vgl. 2010:9f) ist ein Hausbesuch bei dem:der Klient:in sehr wichtig, um sich ein Bild davon zu machen, was der:die Klient:in benötigt. Ein Hausbesuch erlaubt einen besseren Einblick in das Leben des:der Klient:in.
	Fragebogen	Auch alle neun befragten Link Worker:innen haben die Möglichkeit Hausbesuche durchzuführen. Während in fünf PVEs hinsichtlich der Hausbesuche keine Vorgaben existieren, schreiben vier PVEs bestimmte Aspekte vor, z. B. dass eine Eintragung im System/Kalender gemacht bzw. die Abwesenheit bekanntgegeben wird, dass ein Fahrtenbuch geführt wird und dass Hausbesuche in Verbindung mit der Vernetzung mit Kolleg:innen in der Region erfolgen.

	Empfehlung	Allgemein	Hausbesuche bieten den Link Worker:innen einerseits die Möglichkeit einen detaillierteren Einblick in das Leben des:der Klient:in zu erhalten und andererseits auch schwer erreichbare Zielgruppen zu erreichen – sie sind somit in der SP-Praxis zu begrüßen.
		Stufe 1	Obwohl die primäre Örtlichkeit für Klient:innentermine die Gruppenpraxis bildet, soll Mag. ^a Knopp die Möglichkeit der Durchführung von Hausbesuchen nach Bedarf offenstehen. Wichtig ist dabei, dass Mag. ^a Knopp ihre Abwesenheit, durch eine Abwesenheitsnotiz im internen System, bekanntgibt.
		Stufe 2	In der PVE soll betreffend die Möglichkeit von Hausbesuchen wie in Stufe 1 vorgegangen werden, sofern dieser Aspekt auch im Versorgungskonzept vorzufinden ist (vgl. Wachabauer / Ivansits 2019: 20; ausgefüllt durch Ouhadi / Pilz).

Quelle: eigene Darstellung

SP unterscheidet sich von der „klassischen“ Sozialarbeit darin, dass der:die Link Worker:in als Vermittler:in fungiert, welche den Klient:innen den Zugang zu weiteren Unterstützungsleistungen erleichtert, anstatt diese Leistung selbst bereitzustellen (vgl. Kilgarriff-Foster / O’Cathain 2015:128). Wenn man jedoch einen Blick auf die nicht-klinischen Bedarfe der Zielgruppe wirft, wird deutlich, dass eine Verweisung an Angebote des 3. Sektors nicht immer zielführend bzw. notwendig erscheint. Das heißt, dass bei einigen Klient:innen ein einziger Termin mit dem:der Link Worker:in ausreicht, um die klient:innenbezogenen Bedürfnisse abzuklären (vgl. South et al. 2008:314) – vor allem dann, wenn es sich um keine komplexen, nicht-medizinischen Anliegen handelt, sondern z. B. um die Unterstützung beim Ausfüllen von Anträgen.

Tabelle 55: Interne vs. externe Angebote

Teil-aspekt		
Interne vs. externe Angebote	Dokumentenanalyse	Polley et al. (2017b:41) schreiben: „Some people may already have a good level of ‘activation’, which reflects their readiness to make a change. In this instance, the person may only need to see the link worker once or twice, and can be easily referred to a local organisation for further support. In some settings, the link worker might be an approved social worker, or health professional [...], or have specific skills e. g. motivational interviewing and ‘work’ coaching. The link worker can work on a one-to-one basis directly with the person, where other organisations cannot help”. Einzelne Klient:innen können davon mehr profitieren als von einer Verweisung an den 3. Sektor.
	Fragebogen	Und auch der Blick auf die Praxis in den österreichischen PVEs zeigt, dass das klassische SP-Element (d. h. die Verweisung) in lediglich einer PVE überwiegt, in jeweils drei PVEs zeichnet sich eine Kombination aus internen und externen Angeboten ab bzw. liegt der Fokus auf der „klassischen“ Sozialarbeit (d. h. internes Angebot). Diesbezüglich sei

			angemerkt, dass in allen neun PVEs die Klient:innenbetreuung durch eine Kombination aus internen und externen Angeboten gelebt wird. Während Information, Beratung und Betreuung/konkrete (Hilfs-)Angebote jene drei Aufgabengebiete bilden, die als internes Angebot im Rahmen der „klassischen“ Sozialarbeit in den PVEs zu finden sind, lassen sich externe Angebote als themenspezifische Interventionen zusammenfassen.
	Empfehlung	Allgemein	In Folge erscheint es sinnvoll, die spezifischen Charakteristika von SP mit „klassischer“ Sozialarbeit zu verbinden (= Doppelfunktion): Link Worker:innen sind einerseits „Verweisungsspezialist[:innen] und beraten [gleichzeitig] selbst mit psychosozialen Hintergrund“ (Redelsteiner 2017:15).
		Stufe 1	Mit Blick auf das Aufgabengebiet der Link Workerin (siehe 4.5.3.1 LW-Funktion) soll, gemäß den individuellen und in der Berufsausbildung erworbenen Kompetenzen, auch in der Gruppenpraxis die Doppelfunktion des:der Link Worker:in – Verbindung der Vermittler:innenfunktion mit „klassischer“ Sozialarbeit – gelebt werden. Wobei jene internen Angebote bereitgestellt werden sollen, welche sich mit dem Schlagwort der allgemeinen Sozialberatung bzw. -arbeit zusammenfassen lassen.
		Stufe 2	Ermittlung der Lebensumstände des:der Klient:in, Krisenintervention, Risikoevaluierung, Unterstützung von Klient:innen mit Sprachbarriere beim Ausfüllen diverser Anträge/Formulare und Fungieren als Schnittstelle zu anderen sozialen Organisationen – dieses Aufgabenspektrum soll der:die Link Worker:in gemäß den Ausführungen im Versorgungskonzept in der PVE übernehmen (vgl. Wachabauer / Ivansits 2019: 14; ausgefüllt durch Ouhadi / Pilz). Das heißt in der PVE soll weitestgehend betreffend die Doppelfunktion des:der Link Worker:in wie in Stufe 1 vorgegangen werden.

Quelle: eigene Darstellung

4.5.2.5 Verweisung

Basierend auf der Informationsgrundlage, die in den einzelnen Terminen zwischen Link Worker:in und Klient:in geschaffen wurde, wird der:die Klient:in über die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten informiert und dabei unterstützt, die jeweils für ihn:sie „passenden ‚personalisierten‘ Lösungen zu finden, die [seine:]ihre Gesundheit und [sein:]ihr Wohlbefinden verbessern“ (Haas et al. 2019:1f) – es geht um ein klient:innen-zentriertes Vorgehen im Tempo des:der Klient:in (vgl. Polley et al. 2017b:41; vgl. Thomson et al. 2018:29). Die Ansichten der Klient:innen sind das zentrale Element (vgl. Polley et al. 2017b:45) – Was braucht und will der:die Klient:in? Wichtige Aspekte für eine Verweisung (= „Referral“-Voraussetzungen) sind neben der Zustimmung des:der Klient:in zur Verweisung auch eine koproduzierte Ansicht dessen, wofür diese Verweisung

erfolgt (d. h. wobei die Person möglicherweise Unterstützung benötigt). Darüber hinaus ist entscheidend, dass sich alle beteiligten Akteur:innen im Klaren darüber sind,

- wie der genaue Ablauf der Verweisung gestaltet ist – wer welche Rolle einnimmt bzw. welche Verantwortung hat
- zu welchem Zeitpunkt der Prozess der Sozialen Verschreibung bzw. die Kontakte mit dem:der Link Worker:in z. B. durch die Mitgliedschaft in lokalen Gruppen und Netzwerken ersetzt wird bzw. ob der:die Klient:in innerhalb eines bestimmten Zeitraums weiterhin Kontakt (und in welcher Form) mit dem:der Link Worker:in haben kann⁹³
- welche Erwartungen die unterschiedlichen Akteur:innen an die Dienste des 3. Sektors haben (z. B. Muss es gemeldet werden, wenn der:die Klient:in die Aktivität nicht mehr ausübt?), und
- ob es einen Daten-/Informationsaustausch zwischen den Beteiligten gibt bzw. wie dieser gestaltet ist (vgl. ebd.:46).

Tabelle 56: Möglichkeiten, Form und Dauer der Verweisung

Teil- aspekt		
Möglichkeiten der Verweisung		
	Dokumentenanalyse	In Anlehnung an den NHS ist es vorteilhaft, ein Modell der Verweisung zu verwirklichen, das auf einem „Asset-based“-System (NHS 2016:10) aufgebaut ist, also auf den bereits vor Ort verfügbaren Ressourcen. SP-Systeme können eine Vielzahl von Aktivitäten umfassen, wobei der Fokus auf der Übereinstimmung des Ziels der Verweisung mit dem Ziel des Angebotes (bzw. ob mit dem jeweiligen Angebot das Ziel des:der Klient:in erreicht werden kann) liegen sollte (vgl. Antosik 2020:92f). Wie die Literaturanalyse aufzeigt, beinhalten die Verweisungspfade neben formellen auch informelle Angebote des 3. Sektors. Die Besonderheit der Verweisungen im Rahmen von SP besteht darin, dass Klient:innen nicht nur auf etablierte Angebote, sondern auch an „Nischenaktivitäten“ wie Metallarbeitsclubs, eine archäologische Gruppe und Lach-Yoga zugreifen können (vgl. Local Government Association 2010:9f). Folglich bildet die Vielfalt der Angebote gemeinsam mit der Kenntnis der lokalen Strukturen bzw. der Angebotsvielfalt seitens des:der Link Worker:in die Grundlage für eine Verweisung (vgl. Redelsteiner 2020a:38; vgl. South et al. 2008:311). Es besteht ein dementsprechender Bedarf an genauen und zeitnahen Informationen über lokale Aktivitäten, wobei hier IT-Systeme dabei helfen können, eine übersichtliche Darstellung zu gewährleisten (vgl. Popay et al. 2007:970).

⁹³ Auch parallel zur Verweisung an den 3. Sektor können Termine mit dem:der Link Worker:in stattfinden – dies bestätigen Praxiserfahrungen ebenso wie Studien (vgl. Farenden et al. 2015:10f; vgl. Taylor et al. 2019:25).

	Fragebogen		In allen neun PVEs sind Verweisungen sowohl an institutionelle als auch an nicht-institutionalisierte Angebote des 3. Sektors möglich. Ein Blick auf die prozentuelle Verteilung zeigt, dass in sieben PVEs die Verweisungen an formelle Angebote überwiegen, in den zwei anderen PVEs liegen informelle Angebote prozentuell betrachtet an der Spitze. Ebenso besteht in allen neun PVEs die Möglichkeit an andere Berufsgruppen innerhalb der PVE zu verweisen. Hinsichtlich etwaiger Verbesserungen wurde der Wunsch geäußert, die Verweisungsmöglichkeiten zu anderen Fachärzt:innen auszuweiten.
	Empfehlung	Allgemein	Es gilt, entsprechend den mit den Klient:innen ermittelten Bedürfnissen, individuelle und passgenaue Verweisungen zu tätigen. In diesem Sinne soll das Feld der Verweisungen möglichst offengehalten werden – institutionalisierte und nicht-institutionalisierte Angebote des 3. Sektors sollen hier gleichgestellt sein.
		Stufe 1	Obige Ausführungen deuten auf die Wichtigkeit eines klaren Verweisungsprozesses hin, der auf dem umfassenden Wissen des:der Link Worker:in basiert. Dabei gilt es die regional verfügbaren institutionalisierten und nicht-institutionalisierten Angebote des 3. Sektors zu nutzen und mit den jeweiligen Klient:innenbedürfnissen abzustimmen. Neben den beiden Verweisungswegen an formelle und informelle Angebote des 3. Sektors und der Möglichkeit innerhalb des praxisinternen Teams zu verweisen, soll entsprechend dem Wunsch der Link Worker:innen in den österreichischen PVEs auch eine Verweisungsmöglichkeit zu anderen Fachärzt:innen geschaffen werden. Im Sinne der Organisation dieser Informationsvielfalt soll ein für die Gruppenpraxis eigenes, systematisches Verzeichnis erstellt werden, das die wesentlichen bzw. verweisungsrelevanten Informationen beinhaltet (siehe 4.5.4.3 Datensammlung).
		Stufe 2	Die Verweisungswege (entsprechend der Handhabung in den österreichischen PVEs) sollen dahingehend ausgebaut werden, dass auch eine interne Verweisung an andere Berufsgruppen in der PVE möglich wird. Zudem soll das Bereitstellen eigener Aktivitäten dazu beitragen, das Fehlen etwaiger lokaler Angebote auszugleichen.
Form der Verweisung	Dokumentenanalyse		Ohne geeignete Struktur ist es unwahrscheinlich, dass die Verweisung von dem:der Klient:in angenommen wird (vgl. Husk et al. 2016:2). Eine gute Kommunikation an der Schnittstelle zwischen PV und dem 3. Sektor ist notwendig, um Verzögerungen in der Versorgung, Frustration der Klient:innen und ungenaue Informationen zu vermeiden. Hierbei ist die Bedeutung von qualitativ hochwertigen Verweisungen zu erwähnen (vgl. Tobin-Schnittger et al. 2018:211). Hinsichtlich der Standardisierung des Verweisungsprozesses lassen sich in der Literatur keine eindeutigen Angaben finden. Lediglich Payne et al. (2020:43) thematisieren deren Gefahr: „there is a danger in trying to standardise services that this [= individuelle Abläufe] will be lost. Social interaction – through which benefit seems to accrue – cannot be protocolised or tightly managed.“

			Und auch hinsichtlich der Form der Verweisung (mittels Dokuments, EDV-Systems, E-Mail, Begleitung zum ersten Termin etc.) lässt die Literatursichtung keine einheitliche Vorgehensweise erkennen. Drinkwater et al. (vgl. 2019:3) empfehlen die Entwicklung eines Formulars, das neben den grundlegenden Klient:innendaten auch die Zustimmung des:der Klient:in zur Weitergabe von Informationen beinhaltet.
	Fragebogen		In acht der befragten PVEs haben sich bislang keine standardisierten Abläufe in Bezug auf die Verweisung etabliert, eine Standardisierung des Prozesses wird aber als Verbesserungswunsch genannt. In fünf der neun PVEs hat sich jedoch die Vorgehensweise durchgesetzt, den Klient:innen die Kontaktdaten einer Ansprechperson bzw. einen Folder zur Aktivität oder andere Informationsmaterialien, auszuhändigen. Ebenso etablieren sich durch regelmäßige Verweisungen bestimmte Prozessabläufe.
	Empfehlung	Allgemein	Der institutionelle Übergang von LW an das weiterführende Angebot des 3. Sektors ist ein wichtiger Schritt innerhalb des SP-Pfades, welcher eines intensiven Austauschprozesses zwischen allen beteiligten Akteur:innen bedarf. Gemäß der Tatsache, dass Klient:innen bei SP vor allem den individuellen Service schätzen (gegenüber gesetzlichen Angeboten – „the felt difference from statutory services“ Farenden et al. 2015:32), gilt es hier eine individuelle Vorgehensweise aufrechtzuerhalten. Auf Seiten der Akteur:innen des 3. Sektors können Standardisierungen (mit individuellen Elementen/Ausnahmen) hingegen den Arbeitsprozess erleichtern.
		Stufe 1	Im Sinne des Empowerments soll keine standardisierte Form, sondern eine klient:innenspezifische Verweisung – je nach Selbstständigkeit und Wunsch des:der Klient:in – erfolgen.
		Stufe 2	In der PVE soll betreffend die Form der Verweisung wie in Stufe 1 vorgegangen werden.
Dauer der Verweisung	Dokumentenanalyse		Mit Blick auf die Dauer der Verweisungen finden sich in der Literatur ähnliche Angaben: zwischen vier und 16 Wochen – wobei es wichtig ist, dass die Dauer „geeignet“ ist, damit Klient:innen einen Nutzen daraus ziehen können (vgl. Fixsen et al. 2020:8). Obwohl die Verschreibungen in der Regel für einen festgelegten Zeitraum ausgestellt werden, gibt es auch SP-Programme mit unbefristeten Verweisungen. In vielen Fällen üben die Klient:innen die neue Aktivität aber ohnehin auch nach Abschluss der Verschreibung weiterhin aus (vgl. Local Government Association 2010:4). Wildman et al. (vgl. 2019:6f) identifizierten in ihrer Studie sowohl intrinsische (z. B. wahrnehmbare Verbesserungen und Erfolge) als auch extrinsische Motivatoren (z. B. Bestätigung durch Freunde oder Familie) für die Beibehaltung der Aktivität. Für sozial isolierte Klient:innen war wiederum der verstärkte soziale Kontakt und die Möglichkeit, sich mit Menschen in einer ähnlichen Situation anzufreunden, ein Motivationsfaktor für das weitere Engagement (vgl. ebd.:7–9).
	Fragebogen		Dieser Teilaspekt wurde im Rahmen des Fragebogens nicht berücksichtigt.

	Empfehlung	Allgemein	Gemäß der Intention von SP gilt es, dass Klient:innen einen Nutzen aus der Verweisung ziehen können – dementsprechend scheint es nicht förderlich, bereits im Vorhinein eine bestimmte zeitliche Begrenzung auszusprechen. Dennoch sollte der Blick auf die Entwicklung gerichtet werden bzw. den Klient:innen bereits zu Beginn der Betreuung verdeutlicht werden, dass eine individuelle Beibehaltung der Aktivität auch über das SP-Programm hinweg möglich ist bzw. sogar begrüßt wird.
		Stufe 1	Zwar ist eine Standardisierung bzw. Maximalvorgabe von Terminen als kontraproduktiv für die Nutzenmaximierung einzustufen, es gilt jedoch basierend auf dem erstellten Unterstützungsplan und den darin thematisierten klient:innen-spezifischen Bedürfnissen (siehe 4.5.3.3 Grundlagen der Arbeit mit Klient:innen) eine angemessene Verweisdauer (= Betreuungsdauer innerhalb des 3. Sektors), deren Einschätzung durch Mag. ^a Knopp erfolgt, im Blick zu behalten.
		Stufe 2	In der PVE soll betreffend die Dauer der Verweisung wie in Stufe 1 vorgegangen werden.

Quelle: eigene Darstellung

Wie Wildman et al. (vgl. ebd.:9) ausführen, ist die Angemessenheit der Weiterempfehlungen an Aktivitäten des 3. Sektors für die weitere Beteiligung an der Intervention wichtig. „Referral criteria need to be designed to fit the target people“ (Polley et al. 2017b:31) – die diversen Aktivitäten haben unterschiedliche Ziele, sind teilweise kostenpflichtig und je nach Mobilität besser/schlechter erreichbar; die „referral criteria“ (ebd.) müssen dementsprechend für die Klient:innen aufbereitet werden, um Transparenz zu gewährleisten. Wichtig ist zudem auch, dass diese Rahmenbedingungen (z. B. Kosten des Angebotes) bei der Verweisung mitgedacht werden (vgl. Antosik 2020:92f). Im Allgemeinen sollte der:die Link Worker:in dem:der Klient:in helfen, herauszufinden, was ihn:sie sich bei einer bestimmten Art von Angebot oder Anbieter:in wohlfühlen lässt (vgl. Polley et al. 2017b:52), d. h. welcher Aspekte es einer längerfristigen Inanspruchnahme des Angebotes bedarf.

Im Hinblick auf die Nachhaltigkeit wird seitens Davison et al. (2019:16) auch die Wichtigkeit eines „no pressure“-Ansatzes hervorgehoben. Für die Praxis bedeutet das, dass den Klient:innen bei der Teilnahme an Aktivitäten des 3. Sektors ein gewisser Freiraum eingeräumt wird, d. h. in die Kurse ein- und auszusteigen oder den Tag bzw. die Uhrzeit des Kurses, an dem sie teilnehmen, ihrem Leben anzupassen.

Tabelle 57: Austausch von Klient:inneninformationen mit dem 3. Sektor

Teil- aspekt		
Weitergabe und Erhalt von Klient:inneninformationen an den bzw. vom 3. Sektor	Dokumentenanalyse	In keiner der analysierten Quellen finden sich konkrete Hinweise zur Handhabung der Weitergabe von Klient:inneninformationen an die Akteur:innen des 3. Sektors bzw. zum Erhalt von Informationen durch die entsprechenden Akteur:innen. Regelmäßiges Feedback und eine effektive Kommunikation zwischen Link Worker:in und Akteur:innen des 3. Sektors würden laut Pescheny et al. (vgl. 2018a:87) aber die Implementierung und Bereitstellung von SP-Diensten erleichtern, da sie es ermöglichen, auf aufkommende Herausforderungen zu reagieren und die gemeinsame Bereitstellung bzw. partnerschaftliche Zusammenarbeit fördern.
	Fragebogen	In den befragten PVEs gestaltet sich die Weitergabe der Klient:inneninformationen sehr heterogen, wobei eine Einigkeit darüber zu bestehen scheint, dass eine Weitergabe relevanter Informationen für eine „reibungslose“ Verweisung notwendig ist – welche überwiegend telefonisch erfolgt. Hinsichtlich der Rückkoppelung von Informationen seitens der Akteur:innen des 3. Sektors an die Link Worker:innen zeigt die Befragung, dass diese mehrheitlich nicht stattfindet – die Informationen kommen primär durch den:die Klient:in selbst. Der Informationsverlust zwischen PVE und dem 3. Sektor hinsichtlich der Weiterentwicklung des Falles bzw. der fehlenden (standardisierten) Rückmeldungen im Allgemeinen werden als Herausforderung identifiziert, wobei hier vor allem der Datenschutz auf den Informationsaustausch hinderlich einwirkt.
	Empfehlung	<i>Allgemein</i> Der Informationsfluss an und von Akteur:innen des 3. Sektors kann auf die Arbeitsweise des:der Link Worker:in Einfluss nehmen. Entsprechend der datenschutzrechtlichen Herausforderungen gilt es, in Absprache mit dem:der Klient:in, individuelle, verweisungsrelevante Informationen für die jeweiligen Akteur:innen bereitzustellen.
		<i>Stufe 1</i> Wichtig ist noch einmal anzumerken, dass die Weitergabe von klient:innenbezogenen Informationen gemäß dem Datenschutz ausschließlich mit Klient:innenzustimmung erfolgen kann. Es soll(t)en jedoch jene klient:innenbezogenen Informationen (per Telefonat oder E-Mail) weitergeleitet werden, die für eine entsprechende Verweisung relevant sind. Eine derartige Handhabung erleichtert den Akteur:innen des 3. Sektors die Bezugnahme auf Vorinformationen der Klient:innen (entsprechend dem in den Fragebögen angesprochenen Herausforderungen). Mit Blick auf den Erhalt von Informationen soll in der Dr. Ouhadi - Dr. ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin der Rückfluss von klient:innenbe-

			zogenen Informationen/Fortschritten an Mag. ^a Knopp primär durch die Klient:innen selbst, im Rahmen eines Abschlussgespräches, erfolgen. Sofern es jedoch die Rahmenbedingungen der Verweisung betrifft, soll eine Rückmeldung direkt durch die Akteur:innen des 3. Sektors gewählt werden.
		Stufe 2	In der PVE soll betreffend Informationsaustausch mit dem 3. Sektor wie in Stufe 1 vorgegangen werden.

Quelle: eigene Darstellung

Ein Aspekt, der für den Gesamtprozess der Sozialen Verschreibung von Bedeutung ist, ist der Abschluss mit dem:der Link Worker:in nach Beendigung der Aktivität des 3. Sektors. Nach Tierney et al. (vgl. 2020:61) muss der Beendigung des Kontaktes mit dem:der Link Worker:in bereits von Anfang an Aufmerksamkeit geschenkt werden. – „The principle behind social prescribing is that as service users become ‘linked’ back into their communities, the intervention can be withdrawn” (Wildman et al. 2019:9).

Tabelle 58: Abschluss

Teil- aspekt			
Abschluss	Dokumentenanalyse		In einigen SP-Projekten (vgl. Antony / Gaiswinkler 2019:35; vgl. Local Government Association 2010:9f; vgl. South et al. 2008:312) ist die Rede von einem „Follow-up“-Termin mit dem:der Link Worker:in nach Beendigung der Aktivität des 3. Sektor. Der Termin kann in unterschiedlicher Weise genutzt werden, z. B. für eine individuelle Reflexion des Betreuungsprozesses oder für ein Feedback zu den weiterführenden Angeboten. Dieses Abschlussgespräch ist für einige Klient:innen im Hinblick auf die (offizielle) Beendigung der Unterstützung durch den:die Link Worker:in besonders wichtig.
	Fragebogen		Inwiefern ein Abschluss mit dem:der Klient:in erfolgt bzw. wie dieser gestaltet wird, darüber kann anhand der Antworten in den Fragebögen keine Aussage getroffen werden. Der Abschluss wird jedoch bei den Herausforderungen im Hinblick auf einen möglichen erlebten Beziehungsabbruch auf Seiten des:der Klient:in angesprochen.
	Empfehlung	Allgemein	Ein formelles Abschlussgespräch bildet den offiziellen Rahmen der Beendigung der professionellen Helfer:innenbeziehung und kann so für manche Klient:innen als wichtiges Element im gesamten SP-Pfad erlebt werden.
		Stufe 1	Im Rahmen dieses Abschlussgespräches kann einerseits eine Reflexion hinsichtlich des Fortschritts bzw. der Zielerreichung erfolgen (siehe 4.5.3.3 Grundlagen der Arbeit mit Klient:innen), andererseits kann dieser Folgetermin auch dazu dienen, die Aussichten und Erfahrungen des:der Klient:in zur Aktivität und ggf. dahinterstehenden Akteur:innen des 3. Sektors einzuholen (siehe 4.5.5.4 Evaluierung). Wie bereits im Rahmen der Überweisung erwähnt, soll nach Abschluss

			des Prozesses der Sozialen Verschreibung eine Rückmeldung, welche gegenüber den Klient:innen transparent gemacht wird, an den:die Überwaiser:in gegeben werden.
		Stufe 2	In der PVE soll betreffend den Abschluss des SP-Pfades wie in Stufe 1 vorgegangen werden

Quelle: eigene Darstellung

Zusammenfassend wird – sowohl innerhalb der Literatur als auch in den österreichischen PVEs – deutlich, dass es nicht „den“ Pfad der Sozialen Verschreibung gibt, sondern sich in der Praxis viele unterschiedliche Vorgehensweisen etabliert haben. Was sich jedoch zeigt, ist, dass der:die Link Worker:in mit seinen:ihren Kompetenzen eine Schlüsselfunktion im SP-Prozess einnimmt (vgl. Brandling / House 2007:10).

4.5.3 Link Worker:in

Tritta Claudia

Im Rahmen des SP-Prozesses haben Link Worker:innen eine zentrale Funktion inne. Sie nehmen sich Zeit für ihr Gegenüber, sind mit Akteur:innen des 3. Sektors vernetzt und bringen Klient:innen in Kontakt mit lokalen Angeboten (vgl. NHS England / NHS Improvement 2020b:7). Um diese Leistungen erbringen zu können, bedarf es bestimmter Voraussetzungen. Die Bereiche, dargestellt in der folgenden Grafik, werden als Basis der LW-Funktion und als zusammenhängend betrachtet. In den Unterkapiteln finden Teilaspekte zu den jeweiligen Bereichen ihre Ausführung.

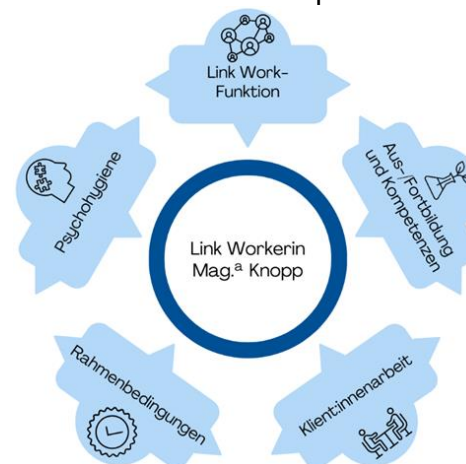


Abbildung 56: Basis für LW

Quelle: eigene Darstellung

4.5.3.1 Link Work-Funktion

Parallelen zwischen den Berufsbildern Link Worker:in und Sozialarbeiter:in können sowohl aus der Literatur als auch aus den Fragebogenergebnissen abgeleitet werden (siehe 2.3.2.2). Aus dem Fact Sheet zu Link Worker:innen (vgl. Ladurner et al. 2020), erstellt im Rahmen des Projektes *Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in Primärversorgungseinheiten*, gehen Sozialarbeit, Psychotherapie, Psychologie, Gesundheitsmanagement, Case Management, Coaching und Kommunikation als beispielhafte Nennungen hinsichtlich möglicher Grundausbildungen für Link Worker:innen hervor (vgl. ebd.:3).

Tabelle 59: Stellenbeschreibung LW

Teil-aspekt			
Stellenbeschreibung	Dokumentenanalyse		Im Fact Sheet zu SP, welches im Auftrag des Fonds Gesundes Österreich verfasst wurde, werden Sozialarbeiter:innen und PV-Manager:innen als geeignete Fachkräfte in der Funktion des:der Link Worker:in beschrieben (vgl. Haas et al. 2019:3). Eine Darlegung des Berufsbildes des:der PV-Manager:in findet sich darin nicht. Im Zuge einer ergänzenden Literaturrecherche rückte die Studie von Michel et al. (vgl. 2016:22) in den Fokus. Diese zeigt, dass Sozialarbeiter:innen über wichtige Vernetzungskompetenzen innerhalb der Gesundheitsversorgung verfügen: Tätigkeiten rund um Krankenhauseintritte bzw. -austritte, Case Management und Koordination zwischen Abläufen und Hilfestellungen werden von Sozialarbeiter:innen geleistet. Notwendigkeiten hierfür – im Rahmen des professionellen Handelns – werden bereits in der Sozialarbeitsausbildung erlernt, einzelfallspezifisch und auch organisationsbezogen zwischen Institutionen (vgl. ebd.).
	Fragebogen		Die Funktion aller neun befragten Link Worker:innen wird innerhalb der PVE, in der sie tätig sind, als Sozialarbeit bezeichnet. Die Befragten absolvierten die Ausbildung zum:zur Sozialarbeiter:in. In manchen PVEs gibt es mehr als eine Fachkraft für LW. In einer agieren mehr als drei Link Worker:innen, wobei hier neben einer:einem Sozialarbeiter:in Personen der Professionen Ergotherapie, Diätologie und Gesundheits- und Krankenpflege mit der LW-Funktion betraut sind.
	Empfehlung	Allgemein	Die Profession Soziale Arbeit als Basis für die LW-Funktion erscheint naheliegend. Bestimmte Aufgaben, die Link Worker:innen abdecken sollen, setzen die Ausbildung zum:zur Sozialarbeiter:in voraus (siehe 4.5.3.2 Kompetenzen durch Ausbildung). Die Sozialarbeitsausbildung gewährleistet neben dem Link Working den Einsatz von sozialarbeiterischen Methoden und sozialen Diagnostikinstrumenten (siehe 4.5.3.3 Methodik). Fachkräfte anderer Professionen können die

			Rolle des:der Link Worker:in einnehmen, der Einsatz sozialarbeiterischer Tools und die bereits erwähnte Doppelfunktion – Vermittler:innenrolle und „klassische“ Sozialarbeit (siehe 4.5.2.4 interne vs. externe Angebote) – können dann jedoch nicht abgedeckt werden.
		Stufe 1	Eine Auswahl bezüglich Fachkraft für LW wurde seitens der Gruppenpraxis bereits getroffen. Mag. ^a Knopp, Sozialpädagogin (siehe 4.1.2), wurde mit dieser Tätigkeit betraut.
		Stufe 2	Im Falle der Erweiterung des LW-Teams soll dieses im Sinne des interdisziplinären Teamverständnisses durch eine:n Sozialarbeiter:in ergänzt werden. Dies stellt sicher, dass Methoden und Diagnostikinstrumente der Sozialen Arbeit innerhalb der Klient:innenarbeit Platz finden.

Quelle: eigene Darstellung

Im Zuge einer Studie von Fixsen et al. (vgl. 2020:3f) wurden im Rahmen der Evaluierung eines SP-Programmes in Shropshire, Region West Midlands in Großbritannien, u. a. neun Nutzer:innen von SP befragt. Diese merkten vor allem den personenzentrierten Ansatz des:der Link Worker:in als positiv an. Die Bedeutung des Faktors Zeit in der Zusammenarbeit zwischen Professionist:in und Klient:in wird durch folgendes Zitat einer Klientin verdeutlicht: „How often do you get offered an hour's chat about a particular problem with a doctor in the medical center? You don't, and I have to say that was really quite an incentive“ (ebd.:8). Das Bedürfnis einiger Klient:innen nach mehr Zeit mit dem:der Link Worker:in und einer konstanten Ansprechperson ist ein weiterer Erkenntnisgewinn der Studie, wie der folgenden Tabelle zu entnehmen ist (vgl. ebd.).

Tabelle 60: Stundenausmaß und Besetzung sowie Austausch zwischen Link Worker:innen

Teil- aspekt		
Stundenausmaß und Besetzung	Dokumentenanalyse	Der Studie von Fixsen et al. (2020) zufolge wird ein Wechsel der Link Worker:innen von einigen Klient:innen als enttäuschend empfunden. Weiters besteht der Wunsch nach einer höheren Anzahl an Terminen bei der Fachkraft für LW (vgl. ebd.:8). South et al. (vgl. 2008:314) zufolge werden vor allem längere (Erst-)Termine von Klient:innen als positiv erwähnt (siehe 4.5.2.3 Termindauer).
	Fragebogen	In den neun PVEs beträgt die Spannbreite der Gesamtwochenstundenanzahl für LW zwischen sechs und 45 Stunden. Die Wochenstundenanstellung pro Fachkraft variiert zwischen fünf und 40 Stunden. In sechs PVEs gibt es eine Fachkraft, die die LW-Rolle innehat. In zwei PVEs arbeiten zwei Link Worker:innen. In einer PVE gibt es mehr als drei Link Worker:innen.

	Empfehlung	Allgemein	Die Funktion des:der Link Worker:in kann von einer Person erfüllt werden, sofern diese über ein der Nachfrage angepasstes Stundenausmaß verfügt. Hier sollen Parameter wie Einzugsgebiet und Inanspruchnahme durch Klient:innen Beachtung finden.
		Stufe 1	Das Wochenstundenausmaß der Link Workerin der Gruppenpraxis wurde bereits festgelegt und beträgt derzeit neun Stunden pro Woche.
		Stufe 2	Das Stundenausmaß von neun Wochenstunden für LW soll im Zuge der Umwandlung zu einer PVE nach Bedarf ausgebaut werden. Hier soll neben der Berücksichtigung des Bedarfes/der Nachfrage auch genügend Zeit für Maßnahmen zur <i>Psychohygiene</i> (siehe 4.5.3.5) eingeplant werden. Die Auslastung der Link Worker:innen soll Raum für Flexibilität gewähren: Zeitliche Ressourcen für Hausbesuche sollen vorhanden sein, etwaige Anfragen für Erstkontakte seitens Klient:innen sollen zeitnah behandelbar sein.
Austausch zwischen Link Worker:innen	Dokumentenanalyse		Basierend auf dem Kategoriensystem konnten diesem Teilaspekt keine entsprechenden Ausführungen in der Dokumentenanalyse zugeordnet werden.
	Fragebogen		In den drei PVEs, in denen die LW-Funktion von mehreren Fachkräften ausgeübt wird, findet regelmäßiger Austausch (wöchentlich und nach Bedarf, monatlich) statt.
	Empfehlung	Allgemein	Sind in der PVE mehrere Personen mit der LW-Funktion betraut, so empfiehlt sich die Etablierung regelmäßiger Treffen für den Austausch über Klient:innen und allgemeine Informationen (z. B. Angebote des 3. Sektors) beispielsweise im Rahmen von Intervision. Die Frequenz soll sich an dem Bedarf der Link Worker:innen orientieren.
		Stufe 1	Der Austausch zwischen Link Worker:innen ist derzeit nicht relevant, da die Funktion von einer Fachkraft abgedeckt wird.
		Stufe 2	In der PVE soll, falls mehrere Personen mit der LW-Funktion betraut sind, betreffend Austausch zwischen Link Worker:innen entsprechend den allgemeinen Empfehlungen vorgegangen werden.

Quelle: eigene Darstellung

Die Aufgaben von Link Worker:innen werden, bevor in Tabelle 24 näher darauf eingegangen wird, in der folgenden Grafik überblicksmäßig dargestellt. Diese wurden dem Leitfaden des NHS England (vgl. 2019:10) für die Einführung von Link Worker:innen entnommen.

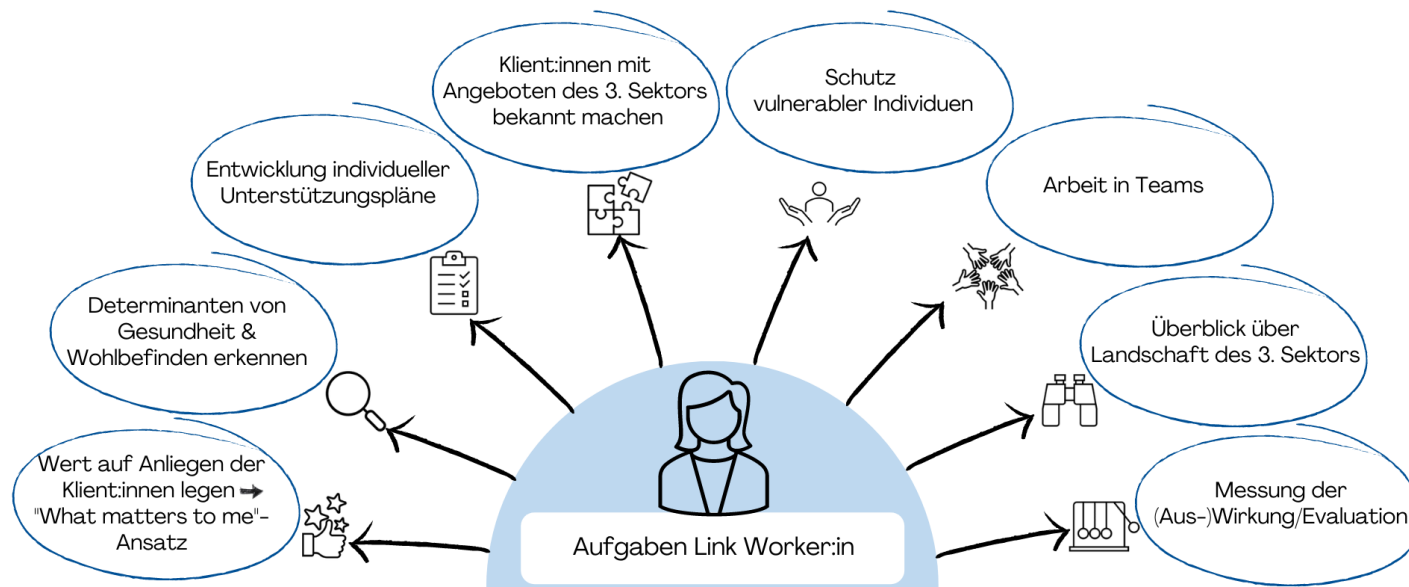


Abbildung 57: Aufgaben Link Worker:in

Quelle: vgl. NHS England 2019:10, eigene Darstellung

Tabelle 61: Aufgaben Link Worker:in

Teil- aspekt		
Aufgaben		
	Dokumentenanalyse	Nach Polley et al. (vgl. 2017b:36f) beinhalten die Aufgaben der Link Worker:innen die Kontaktaufnahme und die Zusammenarbeit mit überweisenden Professionist:innen der Zivilgesellschaft und dem lokalen 3. Sektor. Barnes (vgl. 2020:638f) verweist auf die individuellen Bedürfnisse der Klient:innen, welche im Vordergrund des SP-Konzeptes stehen. Einerseits verweisen Link Worker:innen an Angebote des 3. Sektors, andererseits wird mit Fokus auf die Steigerung der Resilienz und des Selbstbewusstseins direkt mit den Klient:innen gearbeitet.

	Fragebogen		Die Aufzählungen der Befragten hinsichtlich des internen Angebotes (= „klassische“ Sozialarbeit) lassen sich in die drei Kategorien Information, Beratung und Betreuung/konkrete (Hilfs-)Angebote gliedern. Das von den Befragten angegebene Aufgabenspektrum als Link Worker:in ist vielseitig und setzt sich aus folgenden Nennungen zusammen: ■ internes und externes Link Working ■ Information zu Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten ■ Kontaktherstellung zu/Terminvereinbarung mit externen Professionist:innen ■ Sensibilisierung des Teams bzgl. erweiterten Gesundheitsdeterminanten ■ Vernetzung und Gespräche mit Angehörigen/Familie ■ Netzwerkmanagement ■ sozialarbeiterische Aufgaben (Stellen von Anträgen, Beratung zu sozial- und arbeitsrechtlichen Fragen, finanziellen Hilfen und sozialen Themen, Entlastungsgespräche, Krisenintervention, Ressourcenübungen, Case Management, Klinische Sozialarbeit, soziale Gruppenarbeit, Sozialdiagnostik)
	Empfehlung	Allgemein	Link Worker:innen sollen über ein klar definiertes Aufgabenfeld verfügen, dieses soll innerhalb und außerhalb der PVE kommuniziert werden. Das Angebot basiert auf den Bedürfnissen der Klient:innen und setzt sich zusammen aus internem und externem Verweisungswissen, sozialarbeiterischen Tätigkeiten sowie Netzwerkarbeit und -management.
		Stufe 1	Das Angebot von Mag. ^a Knopp soll sich grundsätzlich nach den Bedürfnissen der Klient:innen richten. Die Link Workerin der Ordination soll über Verweisungswissen (intern und extern) und Informationen bzgl. weiterführenden Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten verfügen. Es sollen auch sozialarbeiterische Tätigkeiten (siehe 4.5.3.3 Methodik) abgedeckt werden (z. B. Beratungs- und Entlastungsgespräche, Krisenintervention, Soziale Diagnostik). Das Angebot soll ebenso im Rahmen von Hausbesuchen ermöglicht werden. Netzwerkarbeit und Netzwerkmanagement sollen als wichtige Grundlagen für das SP-Angebot gesehen werden.
		Stufe 2	In der PVE soll betreffend Aufgaben der Link Worker:innen wie in Stufe 1 vorgegangen werden.

Quelle: eigene Darstellung

4.5.3.2 Aus-/Fortbildung und Kompetenzen

Im Rahmen des Projektcalls *Social Prescribing in der Primärversorgung* der GÖG (vgl. o.A.c:4) wurden „Einrichtungen der medizinischen Primärversorgung“ zwischen 15. Juni 2021 und 15. Dezember 2021 finanziell unterstützt (siehe 2.2.3). Diese Förderung ging mit der Teilnahme an projektübergreifenden Aktivitäten einher. Hierzu zählte neben anderen eine verpflichtende Schulung für Link Worker:innen, im Rahmen einer in etwa dreitägigen Präsenzveranstaltung (vgl. ebd.:3). An dieser nahm auch Mag.^a Knopp teil. Voraussetzung für die Teilnahme war ein dreijähriges Bachelorstudium, z. B. aus den Bereichen Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Ergotherapie und anderen verwandten Gesundheitsberufen. Das Konzept der LW-Schulung wird nach einem ersten Durchlauf nun einer Evaluierung und Anpassung unterzogen. Die Inhalte setzten sich aus sieben Bereichen zusammen:

- Einführung in Gesundheitskonzepte
- Hintergrundidee und Konzept SP
- Grundsätze, Funktion und Prozess des Link Workings
- Ethik
- Recht
- Motivational Interviewing
- Fallarbeit (vgl. Redelsteiner 2021:10)

Neben den bereits erwähnten etablierten Trainingskursen für Link Worker:innen (siehe 2.2.2.5 und 4.3.1.3.3.1) finden sich auf der Website des NHS unter „Supporting link workers in primary care networks“ Verlinkungen zu einer Online-Schulung für Link Worker:innen. Dieser Kurs kann selbstständig, ohne Anleitung, durchgeführt werden und beinhaltet Kernelemente, die für die Funktion als Link Worker:in erforderlich sind. Die Schulung gliedert sich in unterschiedliche Module, wobei die ersten sechs rund drei Stunden in Anspruch nehmen:

- Einführung in die Link Worker:innen-Rolle
- Entwicklung personalisierter Pflege- und Unterstützungspläne
- Aufbau von lokalen Partnerschaften
- Herstellen von Kontakten zwischen Klient:innen und Gemeinschaftsgruppen
- Schutz vulnerabler Menschen
- Datenaufzeichnung und Ergebnismessung der Auswirkungen
- Unterstützung des Gegenübers hinsichtlich psychischer Gesundheit durch SP
- Sozialhilfe, rechtliche Unterstützung und finanzielle Beratung (vgl. NHS o.A.)

Die Ergebnisse der Online-Umfrage der NALW (vgl. 2019:5) (siehe 4.3.1.3.3.1) verdeutlichen die hohen Anforderungen an Link Worker:innen hinsichtlich Aus-/Fortbildung und Kompetenzen. Die erforderlichen Fähigkeiten von Fachkräften für LW können als vielfältig beschrieben werden und gliedern sich in erlernte Fähigkeiten während der LW-Funktion, bisherige Fähigkeiten (durch frühere Dienstverhältnisse, Ausbildungen und

Lebenserfahrung) und persönliche Fähigkeiten. Folgendes Zitat eines:einer Link Worker:in verdeutlicht die Komplexität, die der Beruf mit sich bringt: „In this line of work you never know everything – there is always something new and a different challenge that needs a different approach. Link working is an on the job development role for the Link Worker.“ (ebd.:18)

Tabelle 62: Aus-/Fortbildung und Kompetenzen

Teil- aspekt		
Kompetenzen durch Ausbildung	Dokumentenanalyse	Fixsen et al. (vgl. 2020:7) zufolge absolvieren Mitarbeiter:innen im Bereich LW häufig Ausbildungen in motivierender Gesprächsführung und Verhaltensänderung. Link Worker:innen, die im Rahmen der Studie von Fixsen et al. (vgl. 2020:251) zu ihrer Ausbildung befragt wurden, berichten über Schulungen bezogen auf Verhalten, Motivation und Zuhören. Weiters verfügen sie über Wissen betreffend lokale Angebote und Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheit und des Wohlbefindens. Aus einer weiteren Studie geht hervor, dass Link Worker:innen Schulungen zu Sozialleistungen und Beratungskompetenz besondere Wichtigkeit beimessen (vgl. Frostick / Bertotti 2019b:9). Die Nutzer:innen des LW-Angebotes werden als unterschiedlich beschrieben, Wissen über die Arbeit und den Umgang mit verschiedenen Gruppen ist daher von hoher Bedeutung (vgl. NALW 2019:18).
	Fragebogen	Alle neun befragten Link Worker:innen haben eine Ausbildung zum:zur Sozialarbeiter:in absolviert. In der PVE, in denen die LW-Funktion von mehr als drei Personen ausgeführt wird, sind Personen der Professionen Ergotherapie, Diätologie und Gesundheits- und Krankenpflege mit dieser Rolle betraut. Die Befragten geben wichtige Inhalte ihrer Sozialarbeitsausbildung für die Arbeit als Link Worker:in an: ■ Gesprächsführung ■ Rechtliches, Materielle Grundsicherung ■ Krisenintervention ■ Methoden (Case Management, Groupwork, Gemeinwesenarbeit) ■ allumfassendes Wissen
	Empfehlung	<i>Allgemein</i> Die Ansprüche an die LW-Funktion bezüglich durch Ausbildung erworbene Kompetenzen weisen Verwandtschaft mit der Ausbildung zum:zur Sozialarbeiter:in auf. Der Anwendung von Grundlagen der Arbeit mit Klient:innen innerhalb der PVE (Gesprächsführung, Materielle Grundsicherung, Krisenintervention, Methodenarbeit) soll die Ausbildung zum:zur Sozialarbeiter:in vorausgehen. Beim Berufseinstieg bedarf es einer verpflichtenden Einführungsschulung für die Tätigkeit des:der Link Worker:in.

Fähigkeiten, Kenntnisse und Eigenschaften (über Ausbildung hinaus)		Stufe 1	Eine Auswahl der Fachkraft für LW wurde von der Gruppenpraxis bereits getroffen. Mag. ^a Knopp verfügt über ein Studium der Erziehungs- und Kommunikationswissenschaften und absolvierte ein Kolleg für Sozial- und Elementarpädagogik (siehe 4.1.2). Mag. ^a Knopp hat die Einführungsschulung bereits durchlaufen.
		Stufe 2	In der PVE soll, im Falle der Einstellung eines:einer weiteren Link Worker:in, betreffend Kompetenzen durch Ausbildung den allgemeinen Empfehlungen entsprechend vorgegangen werden.
	Dokumentenanalyse		Fachkräfte für LW sollen die Eigenschaften Geduld, Offenheit, Flexibilität und Empathie aufweisen und den Klient:innen vorurteilsfrei entgegentreten (vgl. Woodall et al. 2018:3). Neben Berufserfahrung in der Arbeit mit Menschen bestimmter Zielgruppen spielt laut Frostick und Bertotti (vgl. 2019b:10) die Lebenserfahrung der Link Worker:innen eine bedeutende unterstützende Rolle. Letztere helfe, sich auf die Anliegen der Klient:innen einzulassen, mit denen sich diese an die Professionist:innen wenden. Mit der Rolle des:der Link Worker:in gehen folgende Fähigkeiten einher: Kommunizieren, Zuhören, gemeinsame Entscheidungsfindung mit dem:der Klient:in, rascher Aufbau von Vertrauen, Empathie, Verwendung einfacher Sprache, Widerspiegeln der lokalen Gemeinschaft, umfassendes Wissen über aktuelle Angebote und Dienstleistungen, Motivieren, Ermächtigen des Gegenübers und Beitragen zu Verhaltensänderungen (vgl. Hutt 2017:93).
	Fragebogen		Schwerpunkte des Alltags als Link Worker:in über die Ausbildungsinhalte hinaus sind laut befragter Fachkräfte der neun PVEs: ■ Überblick bzgl. Soziallandschaft ■ Vernetzung mit lokalen Angeboten und Erfahrungen mit diesen ■ Organisationsgeschick ■ Beziehungsarbeit, Zuhören können und Empathie ■ Lebenserfahrung ■ Flexibilität, Spontaneität, Ehrlichkeit, Achtsamkeit und Wertschätzung ■ Ressourcenorientierung, Problemlösungs- und Kommunikationskompetenzen ■ soziale Kompetenz im Umgang mit unterschiedlichen Klient:innen- und Berufsgruppen
	Empfehlung	Allgemein	Die in Stufe 1 erwähnten Fähigkeiten sollen (stärker) in die verpflichtende Einführungsschulung von Link Worker:innen aufgenommen werden.
		Stufe 1	Über die Ausbildungsschwerpunkte hinaus soll Mag. ^a Knopp über Vernetzungs- und Beziehungsarbeitskompetenzen verfügen (Überblick über die Soziallandschaft, Zuhören können, Empathie, motivierende Fähigkeiten). Lebenserfahrung, Wertschätzung und Erfahrung im Umgang mit verschiedenen Gruppen von Menschen sind ebenso wichtige Aspekte, die abgedeckt werden sollen.

		<i>Stufe 2</i>	In der PVE soll betreffend die Fähigkeiten, Kenntnisse und Eigenschaften über die Ausbildung hinaus wie in Stufe 1 vorgegangen werden.
Fortbildungen	Dokumentenanalyse		Wallace et al. (vgl. 2020:1) befragten Link Worker:innen im Rahmen einer Studie nach ihren Lernbedürfnissen. Die aus den Antworten entwickelten Themenfelder lauten: ■ Mitgefühl ■ zwischenmenschliche Beziehungen ■ sozioökonomische Benachteiligung ■ Vernetzung ■ Datenmonitoring Diese Bereiche sollen als prägend für Programme von Aus-, Fort- und Weiterbildungen angesehen werden. Fachkräfte äußern in dieser Studie den Wunsch nach einer Einführungsschulung vor Aufnahme der LW-Tätigkeit. Diese Fortbildung solle fortlaufend angeboten werden, um Kompetenzen zu entwickeln, die für den Umgang mit komplexen und herausfordernden Fällen wesentlich sind (vgl. ebd.:12). In der Umfrage der NALW (vgl. 2019:14) gaben Link Worker:innen zur Erfüllung ihrer Aufgaben Fortbildung (68 %) und Workshops (23 %) als unterstützende Elemente an. Der zusammengefasste Leitfaden für SP des NHS England (vgl. NHS England / NHS Improvement 2020b:13) weist ebenso auf die Wichtigkeit von zertifizierter Ausbildung und regelmäßigen Weiterbildungen für Link Worker:innen hin.
	Fragebogen		Zwei befragte Personen geben an, für die Funktion als Link Worker:in eine Zusatzausbildung absolviert zu haben: Eine Person nahm an der GÖG-Schulung für Link Working teil, eine weitere an zwei kurzen Schulungen, in welchen das Konzept SP vorgestellt und auf die Rolle als Link Worker:in vorbereitet wurde. Die Möglichkeit Fortbildungen zu konsumieren ist in allen neun PVEs gegeben. In dreien sind diese verpflichtend. Das zur Verfügung stehende jährliche Stundenkontingent für Fortbildungen variiert in den PVEs zwischen acht Stunden und keiner Einschränkung.
	Empfehlung	<i>Allgemein</i>	Regelmäßige Fortbildungen zu den Themenbereichen Mitgefühl, zwischenmenschliche Beziehungen, sozioökonomische Benachteiligung, Vernetzung und Datenmonitoring sind zu empfehlen, da Link Worker:innen mit komplexen und sich verändernden Bedürfnissen konfrontiert sind.
		<i>Stufe 1</i>	Mag. ^a Knopp soll die regelmäßige Teilnahme an Fortbildungen offenstehen, um dem Umgang mit Multiproblemlagen gewachsen zu sein.
		<i>Stufe 2</i>	In der PVE soll die Fortbildungen betreffend wie in Stufe 1 vorgegangen werden.

Quelle: eigene Darstellung

4.5.3.3 Klient:innenarbeit

Das Zitat eines Klienten innerhalb des SP-Konzeptes aus der Studie von Moffat et al. (vgl. 2017) verdeutlicht, dass die Herangehensweise von Link Worker:innen im Sinne der personenzentrierten Unterstützung positiv wahrgenommen wird: „There’s no pressure or anything. If you can’t do it, they don’t ask why, they just say, ‘Oh, we’ll try to sort something else out for you,’ She said, ‘Well, it needs to come from you.’ ... if it was, like, a sort of forced thing I think I would have problems going [to self-help organisation] ... I hate it if I’m made to go“ (ebd.:6). Selbstvertrauen, Unabhängigkeit und Selbstwirksamkeit stellen bedeutende Elemente des Ansatzes der Link Worker:innen dar. Folgendes Zitat, in welchem ein:e Klient:in über die Link Workerin spricht, bekräftigt den Effekt dieser Vorgehensweise:

„I mean, she’s just someone who can make you do things... Not as in a bad way, she sort of, like, empowers you, for want of a better word, to do it, you know what I mean? She gives you, ‘... give it a go,’ and she’ll explain... and if you don’t go she doesn’t get disappointed or anything like that, she just says, ‘Oh, right, well, we’ll sort something else out for you.’“ I think the only person that can help is myself, really. I think it’s 99 % me and the 1 % of help I get from the rest of the people, but ... they can only like, give you advice and encouragement, the rest has got to be yourself“ (ebd.:7).

Tabelle 63: Grundlagen der Klient:innenarbeit

Teil- aspekt		
Grundlagen der Arbeit mit Klient:innen	Dokumentenanalyse	Als Schlüsselverantwortungen von Link Worker:innen beschreibt das NHS England (vgl. NHS England / NHS Improvement 2020b:20) im Leitfaden für SP den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung und einen ganzheitlichen Ansatz mit Fokus auf den Prioritäten der Klient:innen und weiteren Gesundheitsdeterminanten. Der:die Link Worker:in soll Menschen durch das Zurverfügungstellen von Zeit unterstützen, sich darauf zu fokussieren, was für ihn:sie von Bedeutung ist und welche Hindernisse gegeben sind (vgl. NHS England 2019:12). Als Basis des Beziehungsaufbaues wird darüber hinaus der „ What matters to me “-Ansatz (siehe 4.3.1.3.6) gesehen (vgl. ebd.).
		Mit dem:der Klient:in soll ein persönlicher Unterstützungsplan im Sinne der Koproduktion erstellt werden. Der:die Klient:in erhält eine Kopie dieses maßgeschneiderten Plans. Darin ist die Beantwortung von sieben Fragestellungen (siehe 4.3.1.3.6) vorgesehen, beispielsweise welche Aspekte dem:der Klient:in wichtig sind und was der:die Klient:in selbst umsetzen kann, um das Ziel/die Ziele zu erreichen (vgl. ebd.:13).

	Fragebogen		Vertraulichkeit, Transparenz, Hilfe zur Selbsthilfe, Empowerment, Lösungsfindung durch den:die Klient:in, Raum und Zeit für Anliegen, Wertschätzung, Empathie, Beziehungsarbeit und Ressourcenorientierung sind wichtige Aspekte für die Befragten in Bezug auf die Klient:innenarbeit. Von den vordefinierten Aspekten ergibt sich nach Wichtigkeit die Reihung 1. Beziehungsarbeit, 2. Vertraulichkeit und 3. Niederschwelligkeit. Bezugnehmend auf den in der Literatur beschriebenen Unterstützungsplan findet sich in der Auswertung der Fragebögen folgender Zusammenhang: Sieben Link Worker:innen erarbeiten individuelle Zielvereinbarungen in Kooperation mit Klient:innen.
	Empfehlung	Allgemein	Beziehungsarbeit stellt die Grundlage der Arbeit mit Klient:innen dar und soll auf dem „What matters to me“-Ansatz basieren. Die Befähigung von Klient:innen, aktiv zur Lösung ihrer Anliegen beizutragen, wird als wichtiger Aspekt gesehen. Vertraulichkeit, Transparenz, Zeit und ein würde- und respektvoller Umgang sind wichtige Faktoren innerhalb des Prozesses. Zwischen Fachkraft und Klient:in soll in Koproduktion ein individueller Unterstützungsplan erstellt werden. Dieser obliegt keinen strikten Vorgaben, da er keine Hürde innerhalb der Beziehungsarbeit darstellen soll. Er kann individuell schriftlich oder mündlich im Sinne des personenzentrierten Ansatzes von SP gestaltet werden. Falls der Unterstützungsplan schriftlich festgehalten wird, soll der:die Klient:in eine Kopie erhalten, die aktuellen Datenschutzbestimmungen sollen eingehalten werden (Datenschutzerklärung). Folgende Aspekte können als Anhaltspunkte dienen: ■ Prioritäten, Interessen, Werte und Motivationen des:der Klient:in ■ gesundheitsrelevante Informationen ■ Gruppen und Dienste, an welche die Person verwiesen wird ■ Informationen darüber, welche Erwartungen die Person an die gemeinschaftliche Unterstützung und Dienstleistungen hat ■ Informationen darüber, was die Person für sich selbst tun kann, um gesund und aktiv zu bleiben und um die vereinbarten Ziele zu erreichen ■ Stärken/Ressourcen des:der Klient:in, auf welche er:sie zurückgreifen kann (z. B.: Familie, Freunde, Hobbys, Fähigkeiten und Leidenschaften) ■ Fortschritte – Wie läuft es und welche Veränderungen haben stattgefunden?
		Stufe 1	In der Dr. Ouhadi - Dr.ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin soll betreffend die Grundlagen der Arbeit mit Klient:innen durch Mag.^a Knopp den allgemeinen Empfehlungen entsprechend vorgegangen werden.

		<i>Stufe 2</i>	In der PVE soll betreffend die Grundlagen der Arbeit mit Klient:innen den allgemeinen Empfehlungen entsprechend vorgegangen werden. Die Erstellung des Unterstützungsplans empfiehlt sich zu Beginn des SP-Prozesses.

Quelle: eigene Darstellung

Erkenntnisse zur Methodik, die Anwendung im SP-Konzept finden soll, weisen Parallelen mit jenen der Sozialen Arbeit auf. Manche Bereiche des Aufgabengebietes von Link Worker:innen legen, wie bereits an vorangehender Stelle (siehe 4.5.3.1) erwähnt, die Ausbildung zum:zur Sozialarbeiter:in nahe.

Tabelle 64: Methodik

Teil- aspekt		
Methodik	Dokumentenanalyse	Bezüglich Methoden, die im Rahmen der Arbeit mit Klient:innen innerhalb der PVE zum Einsatz kommen sollen, bietet der OBDS (vgl. 2017b:3) einen Überblick. Die Methoden basieren auf dem Berufsbild der Sozialarbeit und beinhalten Kurzberatung, Abklärung von Gefährdungspotenzialen, psychosoziale Problem- und Ressourcenanalyse, Krisenintervention und Gruppeninterventionen für Klient:innen und deren Angehörige. Hinsichtlich Techniken der Gesprächsführung empfiehlt sich der Einsatz des Motivational Interviewings. Erwachsene Personen, mit denen nach dieser Methode gearbeitet wurde, berichteten von Verbesserungen hinsichtlich Stimmung, Depressionen und Angstzuständen (vgl. Fenton 2011:345). Das Motivational Interviewing ist auch Teil der bereits erwähnten LW-Schulung (siehe 4.5.3.2). Interventionen, die laut Döbl (vgl. 2015:335) im Rahmen der Primärversorgung Anwendung finden, sind Advocacy, Case Management, Kontaktaufnahme, Überweisungen, Beschaffung von Information, praktische und emotionale Unterstützung, Beratung, Gesundheitsaufklärung, Kompetenzförderung und Gruppenarbeiten.
	Fragebogen	Einzelfallhilfe und Angehörigenarbeit sind Methoden, die alle der neun befragten Link Worker:innen einsetzen. Case Management, gendersensible Arbeit und soziale Gemeinwesenarbeit finden ebenso des Öfteren Erwähnung. Soziale Gruppenarbeit, Vernetzung, akzeptanzorientierte Suchtberatung und Motivational Interviewing wurden zusätzlich als Methoden angeführt. Im Fragebogen wurden sieben soziale Diagnostikinstrumente der Sozialen Arbeit aufgelistet. Keines der Instrumente kommt in allen PVEs zum Einsatz. Netzwerkkarte, Biografischer Zeitbalken, Genogramm und Inklusionschart wurden in dieser Reihenfolge am häufigsten gewählt.

	Empfehlung	Allgemein	Methoden der Sozialen Arbeit, besonders Einzelfallhilfe und Angehörigenarbeit, sollen innerhalb der LW-Tätigkeit etabliert werden. Soziale Diagnostikinstrumente sind in der Arbeit mit Klient:innen, vor allem zu Visualisierungszwecken, anzuwenden. Besonders geeignet erscheinen Netzwerkkarte, Biographischer Zeitbalken, Genogramm und Inklusionschart. Diese Empfehlung kann umgesetzt werden, sofern Sozialarbeiter:innen als Link Worker:innen eingesetzt werden.
		Stufe 1	Einzelfallhilfe und Angehörigenarbeit sollen innerhalb der LW-Funktion etabliert werden. Soziale Diagnostikinstrumente sollen in der Arbeit mit Klient:innen, vor allem zu Visualisierungszwecken, Anwendung finden. Besonders geeignet erscheinen Netzwerkkarte, Biographischer Zeitbalken, Genogramm und Inklusionschart. Dies setzt jedoch die Ausbildung zum:zur Sozialarbeiter:in voraus.
		Stufe 2	In der PVE soll, im Falle der Teamerweiterung durch eine:n Sozialarbeiter:in, betreffend die Methodik den allgemeinen Empfehlungen entsprechend vorgegangen werden.

Quelle: eigene Darstellung

4.5.3.4 Rahmenbedingungen

Farenden et al. (vgl. 2015:42f) beschreiben im Evaluierungspapier eines Pilotprojektes zu SP Faktoren, die Auswirkungen darauf haben, inwiefern eine Praxis für Allgemeinmedizin als „navigator ready“ betrachtet werden kann (siehe 4.3.1.3.1). In Verbindung gebracht wird diese Bezeichnung u. a. mit Effektivität. Die Rahmenbedingungen, die Link Worker:innen in ihrem Arbeitsalltag betreffen, werden in der folgenden Tabelle, gegliedert in Räumlichkeiten und Standards für die Funktion als Link Worker:in, beleuchtet.

Tabelle 65: Rahmenbedingungen für die LW-Funktion

Teil-aspekt		
Räumlichkeiten	Dokumentenanalyse	Farenden et al. (vgl. ebd.:42) erwähnen die Wichtigkeit, Link Worker:innen Räumlichkeiten zur Verfügung zu stellen, in welchen sie Termine mit Klient:innen abhalten, ohne unterbrochen zu werden. Weiters ist es von Bedeutung, dass dieser Raum barrierefrei für alle Klient:innen zugänglich ist. Zusätzlich soll die Möglichkeit bestehen, vertrauliche Unterlagen in einem sicheren Raum aufzubewahren.
	Fragebogen	Für Gespräche mit Klient:innen steht den meisten befragten Link Worker:innen ein eigener Raum zur Verfügung. Folgende Faktoren werden das räumliche Arbeitsumfeld betreffend als wichtig angegeben: ■ ein eigener Raum, der bedürfnisgerecht gestaltet werden kann ■ eine ansprechende und ruhige Atmosphäre

Standards für die Link Work-Funktion			■ ein heller Raum, der zu Vertraulichkeit beiträgt ■ der Zugang zu Arbeitsmitteln (Telefon und Drucker)
	Empfehlung	Allgemein	Dem:der Link Worker:in soll ein eigener Raum für Gespräche mit Klient:innen zur Verfügung stehen, um eine angenehme Gesprächsatmosphäre zu schaffen. Dieser soll adäquat gestaltet werden können. Der Zugang zu technischen Arbeitsmitteln wie Computer, Internet, Telefon und Drucker ist Voraussetzung.
		Stufe 1	Derzeit gibt es in der Gruppenpraxis einen Multifunktionsraum, der zu unterschiedlichen Zeitpunkten von den Fachkräften für Physiotherapie, Psychotherapie und LW genutzt wird. Aufgrund der räumlichen Gegebenheiten sind derzeit diesbezüglich keine Veränderungen möglich.
		Stufe 2	In der PVE soll ein eigener Raum für die Link Workerin bzw. die Link Worker:innen vorhanden sein.
	Dokumentenanalyse		Eine ergänzende Literaturrecherche ergab, dass bezüglich ethischer Grundlagen seitens des OBDS (vgl. 2017b:4) im Rahmen der Informationsunterlage <i>Sozialarbeit in der Primärversorgung</i> auf die Berufspflichten von Sozialarbeiter:innen verwiesen wird. Die Sicherung der Menschenrechte, Transparenz während des Betreuungsprozesses, die Wahrung der Privatsphäre, Verschwiegenheit, die Dokumentation und Evaluation des Arbeitsprozesses unter Einhaltung des Datenschutzes und die Einhaltung des Einsichtsrechts der Klient:innen auf Dokumentation fallen unter Standards, welche in PVEs gelten. Klient:innen sollen zur Selbstbestimmung ermächtigt werden. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Fachkräften anderer Professionen wird vorausgesetzt (vgl. ebd.). Sozialarbeiter:innen sind zu regelmäßiger ethischer Reflexion verpflichtet, da sie sich ständig zwischen den Polen der „Normalität“ und „Abweichung“ befinden. Daraus resultierend müssen sie sich mit gesellschaftlichen Werten hinsichtlich gesundheitlich eingeschränkter Menschen und jener mit Gesundheitsrisiken befassen (vgl. Dettmers 2018:5). Im Rahmen einer ergänzenden Literaturrecherche wurde bezüglich Qualitätssicherung nochmals deutlich, dass Reflexion, Intervision⁹⁴, Supervision und Weiterbildung verbindliche Standards im Arbeitsalltag von Sozialarbeiter:innen in der PV darstellen sollen. Im Falle von Gefahr im Verzug⁹⁵ soll Kontakt mit zuständigen Behörden aufgenommen werden. Das Gehalt von Sozialarbeiter:innen soll sich nach dem Kollektivvertrag der Sozialwirtschaft Österreichs (SWÖ-KV), Verwendungsgruppe 8, richten (vgl. OBDS 2017b:4).
	Fragebogen		Dieser Teilaspekt wurde im Rahmen des Fragebogens nicht berücksichtigt.

⁹⁴ In der Quelle wurde hierfür der Begriff Intravision verwendet. Eine zusätzliche Recherche zu diesem Begriff brachte keine Ergebnisse. Das Forschungsteam geht daher davon aus, dass in diesem Zusammenhang Intervision im Sinne der kollegialen Beratung gemeint ist.

⁹⁵ Dies meint eine Gegebenheit, bei dem eine drohende Gefahr durch sofortiges Handeln verhindert werden kann (vgl. Juraforum 2021).

	Empfehlung	Allgemein	Ethische Standards, orientiert an dem Ethikkodex der Sozialen Arbeit , sollen eingehalten werden. Bedeutende Elemente im Rahmen der Qualitätssicherung – Reflexion, Intervention, Supervision und Weiterbildung – sollen im Arbeitsalltag verankert sein. Die Entlohnung soll sich nach dem Kollektivvertrag der Sozialwirtschaft Österreich, Verwendungsgruppe 8, richten.
		Stufe 1	In der Dr. Ouhadi - Dr. ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin soll betreffend die Standards für die LW-Funktion den allgemeinen Empfehlungen entsprechend vorgegangen werden.
		Stufe 2	In der PVE soll betreffend die Standards für die LW-Funktion den allgemeinen Empfehlungen entsprechend vorgegangen werden.

Quelle: eigene Darstellung

4.5.3.5 Psychohygiene

Der Begriff Psychohygiene steht für die Lehre zur Wahrung der persönlichen seelischen Gesundheit. Maßnahmen der Psychohygiene wirken unterstützend im Umgang mit herausfordernden und belastenden Erlebnissen bzw. Situationen und zielen darauf ab, die psychische Gesundheit zu steigern (vgl. Fengler 2001:195f). Fengler (vgl. ebd.:210) betont auch, dass das seelische Gleichgewicht von Fachkräften der Sozialen Arbeit von großer Bedeutung für deren Handlungsfähigkeit und die Möglichkeiten bezüglich umfangreicher Unterstützung der Klient:innen ist. Kulbe (vgl. 2009:62) zufolge setzt Psychohygiene als Selbstfürsorge den Schwerpunkt auf Ausgleich und Kommunikation. Sie unterstützt dabei, die Zufriedenheit und das eigene Selbstvertrauen zu kräftigen. Der zwischenmenschliche Austausch ist diesbezüglich von großer Wichtigkeit (vgl. ebd.).

Tabelle 66: Supervision und Intervention

Teil-aspekt		
Supervision	Dokumentenanalyse	Link Worker:innen begleiten Menschen in unterschiedlichen Problemlagen, einige davon befinden sich in akuten Krisen. Die damit verbundenen Herausforderungen können belastend für Professionist:innen sein. Daher ist es für das Wohlbefinden der Link Worker:innen von hoher Wichtigkeit, ihnen im Rahmen von Supervision die Möglichkeit zu bieten, Fälle nachzubesprechen (vgl. Polley et al. 2017b:36). Face-to-Face-Kontakt, Priorisierungsentscheidungen und die Auseinandersetzung mit intensiven Themen sowie Emotionen der Klient:innen können erschöpfend für Professionist:innen sein (vgl. Fixsen et al. 2020:6f). Davison et al. (vgl. 2019:14) beschreiben, dass Mitarbeiter:innen effektive Unterstützung durch die Möglichkeit zur Reflexion und Erfahrungsaustausch zur Verfügung gestellt werden soll.

	Fragebogen		Mehr als die Hälfte der Befragten kann freiwillig Supervision konsumieren. Lediglich in einer PVE findet Teamsupervision mit allen Berufsgruppen statt. Obwohl zwei Personen Einzelsupervision zur Verfügung steht, geben diese an, wenig zufrieden und nicht zufrieden hinsichtlich Stundenausmaß und Frequenz der Supervision zu sein. Lediglich ein:e Link Worker:in ist sehr zufrieden. Dies lässt darauf schließen, dass Teamsupervision den Fachkräften für LW wichtig erscheint.
	Empfehlung	Allgemein	Einzelsupervision als ein hilfreiches Element zur Unterstützung und Entlastung soll der Fachkraft für LW im Rahmen der Psychohygiene zur Verfügung gestellt werden. Teamsupervision mit allen Berufsgruppen der PVE als förderliche Maßnahme, die Raum für Erfahrungsaustausch innerhalb des Teams bietet und die Auseinandersetzung mit dem SP-Konzept erlaubt, soll regelmäßig stattfinden.
		Stufe 1	Mag. ^a Knopp soll bereits im Stadium der Gruppenpraxis die Möglichkeit zur Einzelsupervision zur Verfügung stehen. Teamsupervision mit allen Berufsgruppen der PVE ist zu empfehlen.
		Stufe 2	In der PVE soll betreffend die Supervision für die Link Workerin bzw. Link Worker:innen wie in Stufe 1 vorgegangen werden.
Intervision	Dokumentenanalyse		Eine ergänzende Literaturrecherche ergab, dass sich nach Fengler (vgl. 2001:222f) Rückhalt durch die Kolleg:innen und das Gefühl, Entscheidungen nicht allein zu treffen, förderlich auf das Wohlbefinden auswirken.
	Fragebogen		Intervision als Austausch innerhalb des interdisziplinären Teams findet in fünf der neun PVEs statt. Sehr zufrieden ist eine Person, in deren PVE Intervision monatlich stattfindet. Die Teilnahme an Intervisionen nach Bedarf trifft auf zwei Personen zu und stimmt diese hinsichtlich Stundenausmaß und Frequenz zufrieden. Eine Person gibt an, nicht zufrieden damit zu sein, dass keine Intervision stattfindet.
	Empfehlung	Allgemein	Intervision im Sinne der kollegialen Beratung innerhalb des interdisziplinären Teams ist eine förderliche Psychohygienemaßnahme und soll ermöglicht werden.
		Stufe 1	In der Dr. Ouhadi - Dr. ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin soll betreffend die Intervision den allgemeinen Empfehlungen entsprechend vorgegangen werden.
		Stufe 2	In der PVE soll betreffend die Intervision entsprechend den allgemeinen Empfehlungen vorgegangen werden.

Quelle: eigene Darstellung

Im vorhergehenden Unterabschnitt wurden bereits Aspekte benannt, die sich positiv auf eine PVE auswirken, „navigator ready“ zu sein. Die Bedeutung der Kommunikation innerhalb des Teams hängt ebenso damit zusammen und findet im Rahmen des Teilaspektes Teambesprechungen Erwähnung.

Tabelle 67: Teambesprechungen und Klausur

Teil- aspekt			
Teambesprechungen	Dokumentenanalyse		Farenden et al. (vgl. 2015:42f) betonen die Wichtigkeit, Link Worker:innen als Teil des Teams zu sehen und sie zu Teambesprechungen einzuladen. Dies fördert die Kommunikation zwischen den Mitarbeiter:innen unterschiedlicher Professionen. Die Zusammenarbeit aller Akteur:innen innerhalb des Teams nimmt positiven Einfluss auf die Umsetzung des SP-Konzeptes. Feedbackschleifen zwischen Link Worker:innen und Ärzt:innen sind wichtig. Diese Aspekte können durch gemeinsame Besprechungen abgedeckt werden (vgl. Pescheny et al. 2018a:8).
	Fragebogen		In allen PVEs finden Teambesprechungen mit anderen Professionen innerhalb der PVE statt. Die beiden Personen, die angeben sehr zufrieden mit Stundenausmaß und Frequenz der Teambesprechungen zu sein, haben diese wöchentlich und monatlich. Wenig zufrieden sind zwei Link Worker:innen, in deren PVE ein Austausch im Rahmen von Teambesprechungen wöchentlich und monatlich stattfindet. Es lässt sich daher kein klarer Zusammenhang zwischen wöchentlichen Teambesprechungen und der Zufriedenheit von Link Worker:innen mit deren Ausmaß an Frequenz ableiten.
	Empfehlung	Allgemein	Teambesprechungen zwischen klinischen und nicht-klinischen Mitarbeiter:innen sollen stattfinden. Diese dienen dazu, einander kennenzulernen und halten die Praxis „navigator ready“. Stundenausmaß und Frequenz der Teambesprechungen sollen sich nach den Bedürfnissen der agierenden Personen richten.
		Stufe 1	Mag. ^a Knopp soll der regelmäßige Austausch mit klinischen und nicht-klinischen Kolleg:innen im Rahmen von Teambesprechungen möglich sein.
		Stufe 2	In der PVE soll betreffend die Teambesprechungen den allgemeinen Empfehlungen entsprechend vorgegangen werden.
Klausur	Dokumentenanalyse		Basierend auf dem Kategoriensystem konnten diesem Teilaspekt keine entsprechenden Ausführungen in der Dokumentenanalyse zugeordnet werden.
	Fragebogen		In zwei PVEs werden Klausuren durchgeführt. In beiden Fällen finden sie in einem anderen zeitlichen Abstand statt, als zur Auswahl stand (wöchentlich, monatlich, nach Bedarf). Zwei Personen, bei denen keine Klausur stattfindet, gaben an, diesbezüglich wenig zufrieden und nicht zufrieden zu sein.

	Empfehlung	Allgemein	Klausuren sollen in regelmäßigen Abständen, den Bedürfnissen der Mitarbeiter:innen der PVE angepasst, stattfinden.
		Stufe 1	Klausuren sind im Stadium der Gruppenpraxis derzeit nicht relevant, da sich die Umsetzung des SP-Konzeptes erst in der Entwicklung befindet.
		Stufe 2	In der PVE soll betreffend die Klausur den allgemeinen Empfehlungen entsprechend vorgegangen werden.

Quelle: eigene Darstellung

4.5.4 Nahtstellenmanagement

Holzinger-Grath Sabine

Im folgenden Kapitel liegt der Fokus auf zentralen Aspekten des Nahtstellenmanagements. Neben der Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen innerhalb der PVE, werden der Austausch mit Akteur:innen des 3. Sektors sowie die Dokumentation der daraus generierten Informationen in den Blick genommen. Zudem werden zentrale Faktoren wie Akteur:innen des 3. Sektors und deren Angebote, deren Qualität sowie der Ablauf der Anbindung von Klient:innen näher betrachtet und daraus folgend Empfehlungen abgeleitet.

Kooperation und Austausch sind als wesentliche Charakteristika der Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen innerhalb der PVE, ebenso wie mit Akteur:innen des 3. Sektors, zu nennen. Die differenten Berufsgruppen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich, welche der medizinischen Leitung der Ärzt:innen im Arbeitskollektiv unterliegen, stehen intern im stetigen Dialog über gemeinsame Klient:innen sowie folglich im Austausch mit unterschiedlichen Institutionen und Professionist:innen außerhalb der PVE (vgl. BMG 2014:16). Basierend auf den jeweiligen berufsspezifischen Qualifikationen, unter Einbezug der geltenden berufsrechtlichen Ermächtigungen, nimmt jede:r Mitarbeiter:in Aufgaben im Team wahr. Die Zusammenarbeit der Professionist:innen ist charakterisiert durch ein Miteinander und ein Zusammenwirken, abseits von gegenseitigem Konkurrenzieren. Fortbildungen des in einer PVE tätigen Teams sowohl in den entsprechenden Fachrichtungen als auch darüber hinaus, tragen einerseits dazu bei, Klient:innen eine vielseitige Versorgung zu garantieren, andererseits Nahtstellenmanagement sowie Gesundheitsförderung zu stärken (vgl. ebd.:17).

4.5.4.1 Zusammenarbeit innerhalb der Primärversorgungseinheit

Internationale Erkenntnisse, explizit zur interdisziplinären Kooperation im ambulanten Versorgungsbereich in der Schweiz, lassen wesentliche Aspekte der internen Teamarbeit in PVEs schlussfolgern. Die örtlichen baulichen Gegebenheiten sollen regelmäßigen formellen und informellen

Dialog zwischen den Teammitgliedern ermöglichen und somit förderlich auf die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Professionist:innen wirken. Hier gilt es den Fokus auf eine differenzierte Diskussion im Hinblick auf die individuellen Fähigkeiten sowie die Aufteilung von Zuständigkeitsbereichen im Team zu legen. Die Etablierung einer Teamkultur basierend auf Achtung und der Begegnung auf Augenhöhe wirken positiv auf das interprofessionelle Miteinander (vgl. Schoeb / Staffoni 2019:197f). Für eine konstruktive Zusammenarbeit im Team erweisen sich Klarheit im Austausch, wechselseitige Wertschätzung und Bereitwilligkeit gemeinsamen Tuns als chancenreich (vgl. Pham 2019:175).

Die bereits genannten Aspekte lassen sich aus der gewonnenen Kenntnis der Zusammenarbeit von unterschiedlichen Berufsgruppen in Familiengesundheitsteams in Ontario um zentrale Faktoren erweitern. Zudem führen die kollegiale Kooperation im Team, die Verwendung von digitalen Programmen zur Erfassung von patient:innenbezogenen Daten, eine adäquate Streitkultur im Umgang mit Meinungsverschiedenheiten, stetige Förderung von Teamentwicklung sowie eine effektive Leitung zu erfolgreicher Teamarbeit (vgl. ebd.:180). Die Koordination von zeitlichen und örtlichen Anwesenheiten, klar definierte interne Versorgungsziele des PV-Teams sowie Strategien zur Qualitätssicherung gilt es in Anlehnung an das Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich als Erfolgsfaktoren von gelingender Teamarbeit außerdem zu nennen (vgl. BMG 2014:19).

Tabelle 68: Zusammenarbeit, Austausch, Dokumentation

Teil- aspekt		
Zusammenarbeit		
	Dokumentenanalyse	Die Entwicklung einer Organisationskultur ist zentral für die Zusammenarbeit innerhalb einer PVE. So wird vor allem in der Aufbauphase in deutschen Gesundheitsnetzwerken deutlich, dass anfänglich die Generierung von Wissen hinsichtlich Tätigkeitsfelder und Funktion von anderen in der PVE tätigen Berufsgruppen vernachlässigt wird. Aspekte wie Rollen, Werte und Zuständigkeitsbereiche sowohl auf formeller als auch informeller Ebene, werden erst über eine längere Dauer der Zusammenarbeit ausgebildet (vgl. Staar / Atzpodien 2017:26). Die Kenntnis über die berufliche Qualifikation und die damit einhergehenden Aufgaben der unterschiedlichen Berufsbilder innerhalb der PVE, wirkt sich positiv auf die Zusammenarbeit aus (vgl. BMG 2014:17). Bezugnehmend auf den Konnex von Sozialarbeiter:innen und Ärzt:innen unterscheiden Mangan et al. (vgl. 2014:54) zwischen begünstigenden und erschwerenden Faktoren. Fehlendes gegenseitiges Verständnis für die Kompetenz und Arbeitsweise sowie differente Schwerpunktsetzung und fachliche Vorgehensweisen gelten als hinderliche Aspekte. Für die Beziehung konstruktiv wirkt es indessen, eine fundierte Vertrauensbeziehung aufzubauen und Empathie für die Rolle des:der anderen zu entwickeln. Als beziehungsstärkend sind die Erarbeitung gemeinsamer Werte sowie eine klare Kommunikation zu nennen (siehe 4.3.1.4.1).

	Fragebogen		Der am häufigsten von Expert:innen genannte Aspekt in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen ist der regelmäßig Austausch über Klient:innen in herausfordernden Situationen. Hier werden neben Fallbesprechungen ebenso die Möglichkeit von Kontakten mit Kolleg:innen zwischendurch angeführt. Darüber hinaus sind in der Praxis folgende Werte bedeutsam: ■ Kommunikation auf Augenhöhe ■ eine flache Hierarchie ■ Wertschätzung ■ Vertraulichkeit ■ Transparenz ■ Wissen über die Rolle der jeweils anderen Berufsgruppe ■ Ehrlichkeit ■ Verbindlichkeit ■ Konfliktmanagement ■ Überschneidung von Arbeitszeiten
	Empfehlung	Allgemein	Bei der Realisierung einer PVE kommt der Vorbereitungsphase eine zentrale Rolle für die Etablierung einer konstruktiven Zusammenarbeit im interprofessionellen Team und folglich die Entwicklung einer Organisationskultur zu. Neben der Herausbildung von verbindenden Werten in der Kooperation zu Beginn, gilt es in entsprechenden Settings (Team, Supervision) Raum für Reflexion und Austausch zu gestalten, um eine funktionierende Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen langfristig sicherzustellen.
		Stufe 1	In der Dr. Ouhadi - Dr. ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin wird zur Förderung einer positiven Zusammenarbeit, eine intensive und umfassende Vorbereitungsphase empfohlen. Bewusstsein für die Rolle des:der anderen, Wissen über Zuständigkeiten, regelmäßiger Austausch, gegenseitige Wertschätzung sowie Respekt, sind für eine gute Teamarbeit ausschlaggebend. Eine Kommunikation auf Augenhöhe einhergehend mit stetigem Diskurs ist die Grundlage eines funktionierenden Miteinanders innerhalb der Gruppenpraxis.
		Stufe 2	In der PVE soll betreffend die Zusammenarbeit innerhalb der PVE wie in Stufe 1 vorgegangen werden. Für eine dauerhafte Aufrechterhaltung einer funktionierenden Zusammenarbeit im Team sollen die benannten Faktoren fortwährend umgesetzt werden und in entsprechenden Settings, wie beispielsweise in Teambesprechungen und Supervisionen, regelmäßig gemeinsam reflektiert werden.

Austausch	Dokumentenanalyse		Die Zusammenarbeit differenter Berufsgruppen im Bereich Gesundheit und Soziales sowie der Austausch mit regionalen Akteur:innen/Angeboten des 3. Sektors stellen ein zentrales Element einer PVE dar. Zudem ist der kontinuierliche Dialog über gemeinsame Klient:innen wesentlich (vgl. BMG 2014:16). Sozialarbeiter:innen fungieren als bedeutende Brücke zwischen Klient:innen, verschiedenen Professionen und externen Angeboten mit dem Effekt, einen andauernden und ausschlaggebenden Austausch zwischen ihnen zu fördern (vgl. Döbl 2015:337).
	Fragebogen		In der Praxis zeigt sich, dass in allen befragten PVEs Kommunikation zwischen den Berufsgruppen in Form von Teambesprechungen und gemeinsamen Interventionen stattfindet. Die zeitlichen Intervalle variieren sowohl bei Interventionen als auch bei Teambesprechungen zwischen den einzelnen PVEs. Interventionen finden demnach wöchentlich, monatlich beziehungsweise nach Bedarf statt, während Teambesprechungen in geringeren zeitlichen Abständen erfolgen. Diese finden größtenteils monatlich, in drei Fällen wöchentlich statt. Gemeinsame Supervisionen und gemeinsame Klausuren der unterschiedlichen Berufsgruppen finden derzeit in der Praxis kaum Anwendung.
	Empfehlung	Allgemein	Die Etablierung von adäquaten Formaten zum gemeinsamen formellen und informellen Austausch ist die Basis erfolgreicher interprofessioneller Zusammenarbeit. Besprechungssettings sollen in festgelegten zeitlichen Intervallen stattfinden und einen fixen Bestandteil der Tätigkeit einer PVE bilden.
		Stufe 1	In der Dr. Ouhadi - Dr.ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin werden für eine funktionierende Zusammenarbeit regelmäßige gemeinsame Teambesprechungen und Interventionen empfohlen. Aufgrund des derzeitigen geringen verfügbaren Stundenausmaßes von Mag.^a Knopp sollen Möglichkeiten zum Austausch nach Bedarf stattfinden.
		Stufe 2	In der geplanten PVE sollen gemeinsame Teambesprechungen ein zentrales Element zum Austausch der unterschiedlichen Berufsgruppen in der PVE darstellen. Um Austauschtreffen als fixen Bestandteil in der Zusammenarbeit zu etablieren, werden neben bedarfsorientierten Zusammenkünften Teambesprechungen im Intervall von einer Woche empfohlen.
Dokumentation	Dokumentenanalyse		Als Basis für eine organisierte Team-Kooperation innerhalb der PVE werden im Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären PV in Österreich neben einer elektronischen und fachgerechten Patient:innendokumentation auch vereinbare IT-Systeme für ein strukturiertes Management der zu versorgenden Menschen benannt (vgl. ebd.:19).
	Fragebogen		In der Praxis ist die Einsicht der einzelnen Berufsgruppen in die Klient:innen-Dokumentation unterschiedlich geregelt. In drei der befragten PVEs ist die gesamte Dokumentation für alle Berufsgruppen zugänglich während in drei PVEs die

			Link Woker:innen auch auf die Ordinationsdokumentation Zugriff haben. Ebenso betrifft das Teilbereiche der Dokumentation, in denen medizinische Diagnosen und Anmerkungen von Ärzt:innen sowie anderer Berufsgruppen abgerufen werden können. Fachpersonen aus Psychologie, Psychotherapie und Sozialarbeit führen teilweise eine individuelle Dokumentation, die für die anderen Berufsgruppen nicht einsehbar ist. In der Praxis zeigt sich, dass Updates am gemeinsamen Server in einer PVE zum Verlust von Daten, die anderswo gespeichert werden, führen können. Folglich führt der:die Professionist:in zusätzlich handschriftliche Aufzeichnungen. Außerdem wird in den befragten PVEs die Möglichkeit der Einsicht aller Berufsgruppen in Stammdaten genannt. Detaillierte Aufzeichnungen der einzelnen Berufsgruppen, ein Zugang zur Dokumentation für die jeweils spezifische Berufsgruppe sowie eine umfassende Einsicht in die gesamten Aufzeichnungen durch Ärzt:innen finden überdies in den befragten PVEs Anwendung.
	Empfehlung	Allgemein	Eine standardisierte elektronische Datenbank mit der Möglichkeit des Zugriffs aller in einer PVE tätigen Professionist:innen, basierend auf einem geeigneten IT-System, stellt eine wesentliche Bedingung für die umfassende Versorgung von Klient:innen dar. Hierbei gilt es die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen mitzubedenken. Zentral erfasste und gespeicherte Daten und somit die Verfügbarkeit von gesammelten Patient:innen-/Klient:inneninformationen, ermöglichen im Vertretungsfall sowie bei Personalwechsel ein promptes Reagieren auf die individuellen Bedürfnisse der zu versorgenden Menschen.
		Stufe 1	In der Dr. Ouhadi - Dr. ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin wird für die Erfassung von Patient:innen/Klient:inneninformationen ein digitales System mit dem Zugang für alle in der Praxis tätigen Berufsgruppen empfohlen. Zusätzlich werden Informationen von Mag. ^a Knopp handschriftlich festgehalten. Die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen sind einzuhalten.
		Stufe 2	In der PVE soll betreffend die Dokumentation wie in Stufe 1 vorgegangen werden. Eine elektronisch standardisierte und multiprofessionelle Patient:innen-/Klient:innendokumentation mit der Zugriffsmöglichkeit aller Berufsgruppen unter Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen wird empfohlen. Im Falle einer Vertretung sowie eines Personalwechsels und der fehlenden Option einer persönlichen Übergabe, bietet die digitale Datenerfassung einen ressourcenschonenden und raschen Weg zur Informationsweitergabe, respektive dem Verlust von Daten entgegenzuwirken.

Quelle: eigene Darstellung

4.5.4.2 Austausch mit Akteur:innen des 3. Sektors

Für den SP-Prozess, vor allem für das Link Working, stellen das Netzwerken und das Wissen über örtliche Angebote zentrale Elemente dar. Für den Aufbau von Netzwerken ist es wesentlich, über lokale soziale Angebote informiert zu sein und bereits bestehende Angebote zudem in Anspruch zu nehmen (vgl. Antosik 2020:92).

Peter Löcherbach (2020:44) definiert den Begriff der Vernetzung folgendermaßen:

„Vernetzung ist die institutionalisierte Form von qualitativ gestalteter Kooperation und Koordination verschiedener Dienste, mit dem Ziel, die Versorgungsstruktur für einzelne oder Personengruppen zu optimieren. Vernetzung besteht in der Verknüpfung an sich selbstständiger organisatorischer Einheiten zu einem Ganzen mit einem Mindestmaß an eigenem, verbindlichen Organisationsgrad für eine bestimmte Aufgabe.“

Um folglich nach dem Netzwerkaufbau eine Kontinuität in der Zusammenarbeit zu erzielen, erweist sich die Beachtung nachstehender Aspekte als wesentlich:

- Aufbau einer Vertrauensbasis
- kontinuierlicher Austausch
- stetige Analyse der Kooperation
- klar definierte Aufgabenverteilung
- Definition von Werten in der gemeinsamen Arbeit
- Klient:in im Mittelpunkt
- Eigenständigkeit der Akteur:innen
- Verweisung an bereits existente Netzwerke
- individueller Einsatz
- sichtbarer Nutzen der Netzwerkarbeit für involvierte Akteur:innen
- definierte:r Koordinator:in
- Einbindung von Entscheidungsträger:innen (vgl. ebd.:45)

Die Etablierung und Aufrechterhaltung von Verbindungen auf professions- und organisationsbezogener Ebene sind zentral für eine gelingende Kooperation. Funktionierende Abläufe in der Zusammenarbeit bauen auf Aspekten wie beiderseitiger Akzeptanz, Verlässlichkeit und Gleichrangigkeit auf. Kenntnisse über Angebote respektive Vorgehensweise und Kompetenz sowie kontinuierlicher Diskurs sind wesentlich für die Kollaboration (vgl. Gahleitner / Homfeldt 2019:570).

Tabelle 69: Bezug von Wissen, Austauschtreffen, Wissensaspekte

Teil- aspekt		
Bezug von Wissen	Dokumentenanalyse	Für den Aufbau einer Zusammenarbeit mit Akteur:innen des 3. Sektors erweist sich ein persönlicher Kontakt sowie der Besuch der jeweiligen Einrichtung als wesentlich (vgl. Davison et al. 2019:10). Fundierte Vertrauensbeziehungen zwischen Link Worker:innen und Akteur:innen des 3. Sektors wirken sich förderlich auf eine kontinuierliche Zusammenarbeit aus (vgl. Skivington et al. 2018:e492f).
	Fragebogen	Bezugnehmend auf die Praxis werden Informationen über Akteur:innen des 3. Sektors und deren Angebote in allen befragten PVEs über Face-to-Face Kontakte sowie über die Nutzung von Websites generiert. Mehrheitlich werden außerdem telefonischer Austausch sowie vielfältiges Material wie Newsletter und Folder zur Informationsgewinnung herangezogen. „Mundpropaganda“ spielt dabei gleichsam eine Rolle.
	Empfehlung	<i>Allgemein</i> Persönliche Zusammentreffen sollen für den Erwerb von Kenntnissen über Akteur:innen/Angebote des 3. Sektors generell Umsetzung finden sowie durch die Etablierung einer Vertrauensbeziehung nutzbringend auf eine dauerhafte Kooperation wirken. Darüber hinaus dienen eine telefonische Vernetzung mit Kooperationspartner:innen sowie die Verwendung von Informationsmaterialien in diversen Formaten (Folder, Websites, Newsletter) dazu, einen Überblick zu gewinnen.
		<i>Stufe 1</i> In der Dr. Ouhadi - Dr. ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin sollen persönliche Treffen eine Möglichkeit bieten, Wissen über das Angebot von Akteur:innen/Angeboten des 3. Sektors zu generieren sowie eine Vertrauensbeziehung und folglich eine funktionierende Basis der Zusammenarbeit aufzubauen. Zusätzlich sollen telefonische Kontakte, diverses Informationsmaterial sowie ein Austausch per E-Mail zur Einholung von Informationen genutzt werden.
		<i>Stufe 2</i> In der geplanten PVE sollen die Empfehlungen betreffend Bezug von Wissen über Akteur:innen/Angebote des 3. Sektors wie in der Dr. Ouhadi - Dr. ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin (Stufe 1) umgesetzt werden. Persönliche Treffen mit Netzwerkpartner:innen zählen zu den konstanten Aufgaben der Link Worker:innen und sollen folglich in der Arbeitszeitaufteilung Berücksichtigung finden.

Austauschtreffen	Dokumentenanalyse		In der Kooperation zwischen Link Worker:innen und den Akteur:innen/Angeboten des 3.Sektors muss klar definiert werden, ob infolge einer Verweisung beispielsweise Rückmeldungen über Beendigungen der Inanspruchnahme von etwaigen Angeboten durch Klient:innen an PVEs stattfinden (vgl. Polley et al. 2017b:46). Für eine gute Zusammenarbeit ist es wichtig, Annahmen an die entsprechenden Akteur:innen des 3. Sektors klarzustellen sowie den Fokus auf umfassende Offenheit im Miteinander zu legen (vgl. ebd.). Wesentlich in der Kooperation ist zudem, Akteur:innen als gleichwertige Partner:innen wahrzunehmen und nicht bevormundend dahingehend zu agieren, diesen Vorschriften in der Umsetzung ihrer Tätigkeiten aufzuerlegen (vgl. Fixsen et al. 2020:6). Wie in Teilaspekt <i>Bezug von Wissen</i> (siehe 4.5.4.2) anhand der Erkenntnisse aus der Dokumentenanalyse und den Fragebögen ersichtlich, sind persönliche Treffen zum Austausch von Wissen wichtig und förderlich für eine Zusammenarbeit.
	Fragebogen		In Bezug auf die Praxis zeigt sich, dass die Mehrheit der befragten Link Worker:innen an Vernetzungstreffen mit Akteur:innen des 3. Sektors teilnimmt. Sozialarbeitskreise, Runde Tische und Austauschtreffen werden von den befragten Expert:innen als Möglichkeit für den Dialog benannt. Die Treffen finden in Abhängigkeit von der jeweiligen PVE in unterschiedlichen Intervallen statt. Der zeitliche Rahmen erstreckt sich von einmal im Quartal über monatliche, bis hin zu bedarfsorientierten Austauschtreffen. In drei der befragten PVEs wird ein Vernetzungstreffen von Link Worker:innen selbst organisiert.
	Empfehlung	Allgemein	Die Teilnahme des:der Link Worker:in an differenten, in zeitlich unterschiedlichen Abständen stattfindenden Austauschtreffen, ist zu empfehlen. Neben der Sammlung von aktuellen Informationen/Änderungen bezüglich Akteur:innen/Angebote des 3. Sektors sowie der Kommunikation des eigenen Angebots sollen Kooperationen mit Netzwerkpartner:innen dadurch Festigung erlangen. Ein Treffen mit mehreren Akteur:innen gleichzeitig soll maßgeblich zur Ressourcenschonung des:der Link Worker:in beitragen. Die Etablierung von durch die in der PVE tätigen Link Worker:in organisierten Netzwerktreffen ist anzustreben.
		Stufe 1	In der Dr. Ouhadi - Dr.ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin soll eine regelmäßige Teilnahme von Mag.^a Knopp an Austauschtreffen, explizit monatlich stattfindenden regionalen Treffen, angestrebt werden, um Wissen und Neuerungen über Angebote von Akteur:innen des 3. Sektors zu generieren und zugleich Informationen über das Angebot innerhalb der Gruppenpraxis an Netzwerkpartner:innen weiterzugeben.
		Stufe 2	In der geplanten PVE soll betreffend die Austauschtreffen wie in Stufe 1 vorgegangen werden. Darüber hinaus soll der:die Link Worker:in die Möglichkeit haben, an mehreren und unterschiedlichen Vernetzungstreffen teilzunehmen,

			angepasst an die jeweiligen zeitlichen Vorgaben der Zusammenkünfte. Neben der Stärkung des gemeinsamen Tuns soll durch die Erreichung mehrerer Akteur:innen zugleich, eine Schonung der Ressourcen der Link Worker:in einhergehen. Die Organisation und Umsetzung von Austauschtreffen soll durch den:die Link Worker:in erfolgen.
Wissensaspekte	Dokumentenanalyse		Basierend auf dem Kategoriensystem konnten diesem Teilaspekt keine entsprechenden Ausführungen in der Dokumentenanalyse zugeordnet werden.
	Fragebogen		In der Praxis stellt sich das Wissen von Link Worker:innen über Akteur:innen des 3. Sektors als umfassend dar. Es reicht von Wissen über das Angebot, die Zielgruppen, Zugangsvoraussetzungen, Kontaktdaten und Ansprechpartner:innen bis hin zu möglichen Kosten. Zudem werden Kenntnisse über grundsätzliche Haltungen, Ethik und Moral von Angeboten des 3. Sektors genannt. Im Feld zeigt sich, dass fehlende Informationen ggf. telefonisch und/oder per E-Mail eingeholt werden. Das betrifft neben generellen Fragen zum Angebot vor allem Informationen zu verfügbaren Kapazitäten. Mit zunehmender Berufserfahrung steigt das Wissen über Angebote des 3. Sektors.
			Die Link Worker:innen treten zur Informationsgewinnung aktiv in Kontakt mit Akteur:innen des 3. Sektors.
	Empfehlung	Allgemein	Für die Umsetzung von SP ist ein vielfältiges Wissen der Link Worker:in über die Akteur:innen/Angebote des 3. Sektors wesentlich. Generell soll der:die Link Worker:in über ein Repertoire an grundlegenden Informationen über Kooperationspartner:innen verfügen und ggf. fehlendes Wissen kurzfristig telefonisch einholen, um eine, an die jeweiligen Bedürfnisse der Klient:innen angepasste umfassende Versorgung sicherzustellen.
		Stufe 1	In der Dr. Ouhadi - Dr. ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin soll Mag. ^a Knopp über ein umfassendes Wissen über Akteur:innen/Angebote des 3. Sektors inklusive Zielgruppen, Zugangsvoraussetzungen, Kontaktdaten sowie etwaige anfallende Kosten verfügen, um Klient:innen in der Praxis, fokussiert auf deren jeweilige Bedürfnisse, an passgenaue Hilfestellungen und Unterstützungsmöglichkeiten zu vermitteln. Fehlende Informationen sowie Fragen hinsichtlich freier Plätze sollen anlassbezogen telefonisch oder per E-Mail eingeholt werden.
		Stufe 2	In der PVE soll betreffend die Wissensaspekte wie in Stufe 1 vorgegangen werden.

Quelle: eigene Darstellung

4.5.4.3 Dokumentation von Informationen über Akteur:innen des 3. Sektors

Die betrachtete Literatur gibt nur in geringem Maß Aufschluss über das Datenmanagement sowohl innerhalb der PVE als auch in der Zusammenarbeit mit Akteur:innen/Angeboten des 3. Sektors.

Eine Verbindung von elektronisch erfassten Patient:innendaten mit der Dokumentation von Klient:innenpartizipation an Angeboten des 3. Sektors ist in der Umsetzung herausfordernd (vgl. Polley et al. 2017b:32). Grundsätzlich besteht jedoch ein umfassendes Angebot an Software, welche unter Einhaltung relevanter Datenschutzbestimmungen, Einsicht in die Klient:innendokumentation aller beteiligten Akteur:innen ermöglichen könnte.

Tabelle 70: Datensammlung und Datenbank

Teil- aspekt		
Datensammlung	Dokumentenanalyse	Datenbanken bieten die Chance, die Kommunikation und die Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionist:innen organisationsintern sowie über die Grenzen hinaus, zu fördern (vgl. Schoeb / Staffoni 2019:197f). Zudem kann der Einsatz von digitalen Klient:innenakten einen Gewinn sowohl im PV-internen Austausch als auch für die gänzliche Versorgung durch die PVE darstellen (vgl. Pham 2019:172).
	Fragebogen	Die Datensammlung stellt sich in der praktischen Arbeit unterschiedlich dar. Neben der digitalen Erfassung von Informationen werden Kenntnisse über Akteur:innen/Angebote des 3. Sektors in Form von Foldern/Flyern archiviert. Im überwiegenden Teil der befragten PVEs finden beide Formate Verwendung. Zudem wird die Erfassung der Daten durch Soziallandkarten im Hinblick auf das zu versorgende Einzugsgebiet sowie um Informationsblätter, die von den Link Worker:innen selbst erstellt werden, erweitert. Die Kategorisierung von Weblinks und persönlichen Notizen von Link Worker:innen sind im Bereich der Datensammlung ebenso von Bedeutung. In der Praxis zeigt sich, dass umfangreiche Kenntnisse über Akteur:innen/Angebote des 3. Sektors von besonderer Relevanz sind. Ein:e Expert:in verweist auf die Schwierigkeit, einen Überblick über die Vielfalt der Akteur:innen zu bekommen und zu behalten.

	Empfehlung	Allgemein	Um die Übersicht über die Fülle der Angebote/Akteur:innen des 3. Sektors nicht nur zu erlangen, sondern auch langfristig aufrecht zu erhalten, ist eine Strukturierung des erworbenen Wissens wichtig. Um Informationen schnell abzurufen und ggf. bei personellen Veränderungen dem Verlust von Daten entgegenzuwirken, bietet sich PVE-intern eine digitale Erfassung, zentrale Sammlung und Verwaltung von Informationen an. Die Wissensweitergabe in Papierform kann hingegen Klient:innen Orientierung geben. Die Installierung einer für die Wartung und Aktualisierung zuständigen Person wird empfohlen.
		Stufe 1	In der Dr. Ouhadi - Dr. ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin sollen Daten und Informationen von Akteur:innen/Angeboten des 3. Sektors in Papierform oder digital erfasst werden. Es wird empfohlen die Strukturierung nach Themengebieten vorzunehmen, sowohl digital als auch bei Foldern/Flyern. Bei Letzterem können Plakatstände eine Übersicht erleichtern und hilfreich sein, Materialien ggf. rasch an den:die Klient:in aushändigen zu können.
		Stufe 2	Langfristig wird in der geplanten PVE eine digitale Erfassung der generierten Daten von Akteur:innen/Angeboten des 3. Sektors empfohlen. Das erworbene Wissen soll nach Handlungsfeldern strukturiert und gespeichert werden. Um eine Aktualität zu gewährleisten, liegt ein zentraler Aspekt auf der Definition einer für die Wartung zuständigen Person. Bei etwaigen personellen Veränderungen kann die Datensammlung dazu beitragen, rasch einen Überblick über die Akteur:innen/Angebote des 3. Sektors zu erlangen. Zusätzlich erweist sich das Vorhandensein von Informationen in Papierform dahingehend als wichtig, um prompt auf die Bedürfnisse von Klient:innen reagieren zu können.
Datenbank	Dokumentenanalyse		Die Healthy London Partnership (vgl. 2017:23) verweist auf die Wichtigkeit, nicht nur die Aktivierung von Patient:innen und den Ausbau von Personal zu fokussieren, sondern die digitale Entwicklung durch Investitionen voranzutreiben. Die Ausweitung digitaler Datenerfassung korreliert maßgeblich mit der Weiterentwicklung von SP, insofern als, eine Verbesserung im Austausch zwischen Klient:innen und Professionist:innen erzielt werden kann (vgl. ebd.). Ärzt:innen in Großbritannien nutzen eine Vielzahl an unterschiedlichen digitalen Patient:innen-Datenbanken, die jedoch für Akteur:innen des 3. Sektors unzugänglich sind. Im Rahmen des <i>East Merton Social Prescribing-Projects</i> (London, Großbritannien) wurde durch die Beschäftigung einer SP-Koordinatorin in einer Praxis für Allgemeinmedizin die Wichtigkeit der prompten Anbindung von Klient:innen an entsprechende Angebote/Akteur:innen des 3. Sektors ersichtlich. Link

			Worker:innen wird in dem Pilotprojekt die Möglichkeit gegeben, Termine für Klient:innen direkt einzutragen und zudem die momentane Lebenssituation dieser Klient:innen elektronisch festzuhalten. Als Vorzeigemodell kann an dieser Stelle das IT-System des <i>Bogside and Brandywell Health Forum Projects</i> (Nordirland) benannt werden, bei dem Ärzt:innen optional eine Soziale Verschreibung veranlassen können sowie unmittelbaren Kontakt zum:zur Link Worker:in herstellen können. Eine, von unterschiedlichen Professionen genutzte, digitale Datenspeicherung, wirkt etwaigen Hürden in der Kooperation und im Austausch entgegen (vgl. Davison et al. 2019:11).
	Fragebogen		Die Verwendung einer Datenbank zur Speicherung von Akteur:innen/angebotsrelevanten Angaben wird in der Praxis bislang vernachlässigt. Lediglich eine der befragten PVEs gibt an, über eine Datenbank zu verfügen. Diese ist in Themenbereiche untergliedert, eine monatliche Aktualisierung findet statt. Die Möglichkeit des Zugriffs aller in der PVE tätigen Berufsgruppen sowie die Mitteilung der Datenspeicherung an die Akteur:innen des 3. Sektors sind als zentrale Faktoren zu sehen.
	Empfehlung	Allgemein	Um für Klient:innen eine umfassende Versorgung sowie eine prompte Anbindung an Akteur:innen/Angebote des 3. Sektors sicherzustellen, wird die Verwendung einer elektronischen Software zur strukturierten Erfassung von Informationen über Netzwerkpartner:innen unter Einhaltung aller relevanten Datenschutzbestimmungen empfohlen, welche allen Berufsgruppen innerhalb der PVE zugänglich ist.
		Stufe 1	In der Dr. Ouhadi - Dr. ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin sollen über Akteur:innen/Angebote des 3. Sektors gesammelten Daten in digitaler Form gespeichert werden. Der Fokus soll auf einer Strukturierung der gespeicherten Informationen nach Themenbereichen gelegt werden, um in weiterer Folge die generierten Angaben in eine digitale Datenbank einzupflegen.
		Stufe 2	In der PVE soll eine elektronische Software zur Speicherung von generiertem Wissen über Angebote/Akteur:innen des 3. Sektors zum Einsatz kommen. Das IT-System versteht sich als ein wesentlicher Faktor für effiziente Arbeitsabläufen im Hinblick auf eine rasche Anbindung von Klient:innen an für deren jeweilige Lebenssituation passende Angebote. Alle in der PVE tätigen Berufsgruppen sollen über einen Zugang verfügen. Bedenken hinsichtlich Datenschutz gilt es auf Expert:innenebene zu klären und in der Folge in entsprechenden internen Besprechungssettings zu diskutieren.

Quelle: eigene Darstellung

4.5.4.4 Akteur:innen des 3. Sektors und deren Angebote

Vernetzung hat sich im Rahmen der Versorgung von Klient:innen im Gesundheitssektor als zentrales Element etabliert. Netzwerken soll dabei unterstützen, Herausforderungen betreffend die Nahtstellen zwischen unterschiedlichen Arbeitsbereichen sowie hinderliche berufliche Differenzen zu bewältigen (vgl. Löcherbach 2020:39). Um die Effektivität von Netzwerken dauerhaft sicherzustellen, ist eine organisierte und bindende Zusammenarbeit der differenten Akteur:innen/Angebote wesentlich sowie des Vorhandenseins eines breiten Wissensspektrum (vgl. ebd.).

Der 3.Sektor ist ein zentraler Baustein von LW. Die Basis einer gelingenden Anbindung von Klient:innen durch den:die Link Worker:in impliziert ein kooperatives Tun von und mit unterschiedlichen Akteur:innen/Angeboten des 3. Sektors. Nur so ist es möglich, für Klient:innen eine Vielfalt an Angeboten zu generieren (vgl. Skivington et al. 2018:e488). Entscheidend für den Austausch zwischen PVE und den regionalen Akteur:innen/Angeboten ist das Bestehen sowie der umfassende Ausbau von Angeboten (vgl. Polley et al. 2017b:77).

Tabelle 71: Versorgungslücken, Kosten, Regionalität

Teil- aspekt		
Versorgungslücken	Dokumentenanalyse	Basierend auf dem Kategoriensystem konnten diesem Teilaspekt keine entsprechenden Ausführungen in der Dokumentenanalyse zugeordnet werden.
	Fragebogen	Die Mehrheit der befragten Link Worker:innen ist mit den vorhandenen Akteur:innen/Angeboten des 3. Sektors zufrieden. Dennoch benennen Praktiker:innen ein Nichtvorhandensein von Angeboten in folgenden Bereichen: ■ Angebote mit Schwerpunktsetzung Burnout ■ Psychotherapie/Psychiatrieplätze für Kinder ■ Sozialpsychiatrie ■ Psychotherapie bei PTSD ■ mobile Pflegedienste ■ Therapieangebot im Bereich Entwöhnung Die Ursachen für das Fehlen von Angeboten liegen in der Praxis vor allem an ungenügenden Kapazitäten sowie an zu hohem finanziellem Aufwand. Zudem verstärken regionale Faktoren sowie die Hochschwelligkeit von Angeboten Lücken in der Versorgung.

	Empfehlung	Allgemein	Fehlende Versorgungsmöglichkeiten zur Gesundheitsförderung von Klient:innen sollen dokumentiert und an entsprechende Entscheidungsträger:innen kommuniziert werden. Zudem sollen innerhalb der PVE Angebote zur Kompensierung von Versorgungslücken geschaffen werden.
		Stufe 1	In der Dr. Ouhadi - Dr. ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin sollen fehlende Angebote für Klient:innen sowie die Ursachen diesbezüglich von der Link Workerin erfasst und ggf. an die zuständigen Stellen kommuniziert werden. Austauschtreffen, explizit regionale Zusammenkünfte von Vertreter:innen von Organisationen des 3.Sektors inklusive der politischen Präsenz durch den Bezirksvorsteher, können als Rahmen zum Diskurs über fehlende Angebote genutzt werden.
		Stufe 2	Im Rahmen der PVE soll das Fehlen von Akteur:innen/Angeboten des 3.Sektors an zuständige Entscheidungsträger:innen kommuniziert werden. Regionale Versorgungslücken sollen durch die Installierung PVE-interner Angebote kompensiert werden, beispielweise das Angebot von Psychotherapie für Kinder.
Kosten	Dokumentenanalyse		Basierend auf dem Kategoriensystem konnten diesem Teilaspekt keine entsprechenden Ausführungen in der Dokumentenanalyse zugeordnet werden.
	Fragebogen		In der Praxis werden etwaige Kosten für den:die Klient:in bei der Auswahl von Akteur:innen/Angebote des 3. Sektors einbezogen. In erster Linie erfolgt dies durch die Auswahl und Verweisung von Klient:innen an kostenfreie Angebote. Kostenpflichtige Angebote werden zudem entweder nicht berücksichtigt oder ggf. über Soziale Vereine finanziert. Klient:innen sind in die Entscheidung zwischen einem kostenfreien und einem kostenpflichtigen Angebot begrenzt involviert.
	Empfehlung	Allgemein	Bei der umfassenden Versorgung von Klient:innen muss deren jeweilige persönliche Lebenssituation Berücksichtigung finden. Folglich sollen Kosten bei der Anbindung von Klient:innen beachtet und Klient:innen bei fehlenden finanziellen Mitteln und dem Nichtvorhandensein kostenfreier Angebote bei der Beantragung von Kostenübernahmen durch soziale Vereine unterstützt werden.
		Stufe 1	In der Dr. Ouhadi - Dr. ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin sollen bei der Anbindung von Klient:innen an Kooperationspartner:innen die Kosten von Angeboten des 3. Sektors von Mag. ^a Knopp berücksichtigt und an die jeweilige Situation von Klient:innen angepasst werden.

		<i>Stufe 2</i>	In der PVE soll betreffend die Kosten wie in Stufe 1 vorgegangen werden. Zudem sollen Klient:innen, die nicht über genügend finanzielle Mittel zur Begleichung etwaiger anfallender Honorare für Angebote verfügen, bei der Beantragung von Kostenübernahmen durch soziale Vereine von dem:der Link Worker:in unterstützt werden.
Regionalität	Dokumentenanalyse		Es gibt regional große Unterschiede das Angebot von Akteur:innen des 3. Sektors und deren Erreichbarkeit (Infrastruktur, öffentliche Verkehrsmittel) betreffend (vgl. Holding et al. 2020:1540).
	Fragebogen		Die Zusammenarbeit mit Akteur:innen/Angeboten des 3. Sektors gestaltet sich laut der befragten PVEs betreffend die Regionalität unterschiedlich. Die Mehrheit der Angebote ist an die jeweilige Region gebunden, vereinzelt stehen bezirksübergreifende Angebote zur Verfügung.
	Empfehlung	<i>Allgemein</i>	Um Klient:innen zu ermöglichen, eine Vielzahl an Angeboten des 3. Sektor in Anspruch nehmen zu können, wird ein dem:der Link Worker:in ein überregionaler Austausch mit Netzwerkpartner:innen empfohlen.
		<i>Stufe 1</i>	In der Dr. Ouhadi - Dr. ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin wird ein überregionaler Austausch mit Akteur:innen des 3. Sektors empfohlen. So kann sichergestellt werden, dass Klient:innen Angebote zuteilwerden können, die örtlich ggf. nicht vorhanden sind. Wichtig dabei ist, die Mobilität von Klient:innen bei der Vermittlung zu überregionalen Angeboten miteinzubeziehen.
		<i>Stufe 2</i>	Für die geplante PVE sollen die in der Dr. Ouhadi - Dr. ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin (Stufe1) bestehenden überregionalen Kooperation gefestigt sowie ggf. erweitert werden.

Quelle: eigene Darstellung

4.5.4.5 Qualität der Angebote von Akteur:innen des 3. Sektors

Der aus dem Lateinischen stammende Begriff „Qualität“ („qualis“ = wie beschaffen) beschreibt die „Güte“, den „Wert“ oder die „Beschaffenheit“ eines Gegenstandes. Die uneinheitlichen und unklaren Definitionen von „Qualität“ von Angeboten zeugen davon, dass es bis dato nicht möglich ist, eine allgemein gültige Auffassung von Qualität zu generieren (vgl. Bruhn 2020:32).

Das Feld zur gesundheitlichen Förderung schließt indessen eine Vielzahl an Akteur:innen und Maßnahmen auf dem Gebiet der physischen, psychischen und sozialen Gesundheit ein. Die Angebote sind konzeptionell und im Ablauf sowie den Qualitätskriterien nach different. Eine qua-

litative Einschätzung der vielfältigen Unterstützungsleistungen erweist sich demnach sowohl für Laien als auch für Professionist:innen als herausfordernd. Die Objektivität bei der Trennung in hochwertige und unbefriedigende Maßnahmen in der Gesundheitsförderung kann einzig durch die Definition von Qualitätskriterien gewährleistet werden (vgl. Jiménez et al. 2014:28).

Die Wahl, mit welchen Netzwerkpartner:innen eine Zusammenarbeit erfolgt, sollte auf der Basis getroffen werden, wie wichtig die Kooperation für die Erreichung der im Unterstützungsplan festgelegten Ziele von Klient:innen ist. In der Praxis benötigen professionelle Netzwerke eine gewisse formale Organisation, informelle Vereinbarungen sind im Hinblick auf eine Zusammenarbeit unzureichend. Zentral ist die Festlegung von Rahmenbedingungen sowie die Formulierung und Annahme von gemeinsamen Regeln der Kooperation (vgl. Löcherbach 2020:47). Ein Netzwerk dient dazu, eine Vielzahl an Maßnahmen aus einer Ansammlung von Optionen zu verknüpfen, um eine signifikante Leistung hervorzubringen. In der Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteur:innen liegt der Fokus nicht auf jedem:jeder einzelnen, sondern auf den Abläufen und Handlungen, die etwaige Kooperationen verbinden (vgl. ebd.:40).

Tabelle 72: Kriterien

Teil- aspekt		
Kriterien	Dokumentenanalyse	Basierend auf dem Kategoriensystem konnten diesem Teilaspekt keine entsprechenden Ausführungen in der Dokumentenanalyse zugeordnet werden, jedoch ergab eine ergänzende Literaturrecherche folgende Erkenntnisse: Bei Beurteilung der Qualität eines:einer Akteur:in/Angebotes findet die Gliederung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität Anwendung. Zudem werden die Rubriken zunehmend um die Konzeptqualität erweitert. Während die Strukturqualität organisatorische Gegebenheiten und Voraussetzungen, respektive Qualifizierungen, Fortbildungen, methodisches Können und bauliche Sachverhalte benennt, liegt der Fokus der Prozessqualität darauf, wie Leistungen erbracht werden. Hierzu zählen Kriterien wie die Konzeption eines Ablaufes, Zielvorgaben, Befundung und die Umsetzung von Aktivitäten. Die Ergebnisqualität zielt auf die Prüfung von Effektivität und Zufriedenheit hinsichtlich Effizienz, Dauerhaftigkeit und Transfersicherung ab. Die Konzeptqualität beinhaltet die Existenz einer begründeten theoretischen Grundlage sowie Erklärungskonzepte. Als sinnvoll gestaltet sich die Ausarbeitung eines Kriterienkatalogs als Basis für die Unterscheidung zwischen qualitativ hochwertigen und qualitativ minderwertigen Angeboten. Der Nutzen eines Kriterienkatalogs liegt einerseits darin, dass Klient:innen Informationen zu professionellen Angeboten erhalten, andererseits Akteur:innen des 3. Sektors über die Möglichkeit verfügen, Ihrerseits gesetzte Angebote zu reflektieren und einer Prüfung zu unterziehen(vgl. Jiménez et al. 2014:29–33).

			Bei der Auswahl von Netzwerkpartner:innen gilt es den moralischen Faktor nicht zu vernachlässigen. Für die Zusammenarbeit bedarf es einer Klärung, ob das Patient:innenwohl im Mittelpunkt steht oder doch der persönliche Nutzen der Organisation, wie beispielsweise eine ausreichende Auslastung zu erzielen, überwiegt. Orientierung an einer passgenauen Unterstützung von Patient:innen sowie an Dauerhaftigkeit in der Kooperation gilt es klar zu definieren, um einer tendenziösen wirtschaftlichen Justierung entgegenzuwirken (vgl. Löcherbach 2020:46).
	Fragebogen		Für eine Anbindung an Akteur:innen/Angebote des 3. Sektors gilt es zwei zentrale Elemente zu nennen: Neben der persönlichen Kenntnis von Kontaktdaten und generellen Informationen über ein Angebot, ist Wissen über im Hintergrund stehende Trägerorganisationen für die Mehrzahl der Link Worker:innen für die qualitative Beurteilung von Angeboten sowie folglich für die Anbindung von Klient:innen wichtig. Empfehlungen von Kolleg:innen sowie die eigene Anschauung fließen ebenfalls in die Qualitätsbeurteilung mit ein. Persönliches Kennen von Akteur:innen/Angeboten stellen dagegen keinen zentralen Faktor in der Bewertung von Angeboten dar.
	Empfehlung	Allgemein	Klient:innen sollen an qualitative Akteur:innen/Angebote des 3. Sektors angebunden werden, um eine entsprechende hochwertige Versorgung zu erhalten. Neben allgemeinen Qualitätskriterien gilt es persönliche Erfahrungen sowie jene von Kolleg:innen miteinzubeziehen.
		Stufe 1	In der Dr. Ouhadi - Dr. ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin sollen für eine Anbindung von Klient:innen an Akteur:innen/Angebote des 3. Sektors zur etwaigen Qualitätssicherung folgende Kriterien miteinbezogen werden: ■ Wissen über Zugangsvoraussetzungen ■ Wissen über Trägerorganisation ■ Zugang zu allgemeinen Kontaktdaten und Informationen ■ Empfehlungen von Kolleg:innen ■ Fachliche Meinung des:der Link Worker:in
		Stufe 2	In der PVE sollen die in der Dr. Ouhadi - Dr. ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin bereits angewendeten Qualitätskriterien weiterführend Anwendung finden. Zudem sollte ein persönliches Kennenlernen von Angeboten/Akteur:innen des 3. Sektors forciert werden mit dem Ziel, einerseits einen umfassenden Wissenserwerb und eine individuelle Meinungsbildung zu einem Angebot zu erlangen, andererseits Synergien zur Vorstellung der Leistungen der PVE zu nutzen.

Quelle: eigene Darstellung

4.5.4.6 Anbindung von Klient:innen an Akteur:innen/Angebote des 3. Sektors

Die Dokumentenanalyse sowie eine zusätzliche Literaturrecherche brachten betreffend die Anbindung von Klient:innen an den 3. Sektor keine weiteren Ergebnisse. Aus den Fragebögen lassen jedoch sich folgende Erkenntnisse ableiten:

Tabelle 73: Anbindung und Entscheidungskompetenz

Teil- aspekt			
Anbindung	Dokumentenanalyse	Basierend auf dem Kategoriensystem konnten diesem Teilaspekt keine entsprechenden Ausführungen in der Dokumentenanalyse zugeordnet werden.	
	Fragebogen	In allen befragten PVEs basiert eine Anbindung von Klient:innen an relevante Angebote/Akteur:innen des 3. Sektors auf der Weiterleitung von konkreten Kontaktdaten sowie auf der Ausgabe von Informationsmaterialien. Zudem findet die stellvertretende telefonische Kontaktaufnahme für Klient:innen in acht PVEs Anwendung. In mehr als der Hälfte der befragten PVEs besteht je nach Bedarf die Möglichkeit der persönlichen Begleitung von Klient:innen zu Angeboten/Akteur:innen des 3. Sektors. Lediglich drei Expert:innen geben an, über dieses Angebot nicht zu verfügen. Als wesentlicher Aspekt erweist sich die stellvertretende Kontaktaufnahme für Klient:innen mit Akteur:innen/Angeboten des 3. Sektors in allen befragten PVEs.	
	Empfehlung	Allgemein	Die Anbindung von Klient:innen an Akteur:innen/Angebote des 3.Sektors soll durch die Weitergabe von Kontaktdaten in Form von diversen Informationsmaterialien (Folder, Ausdruck, Visitenkarte) erfolgen. Unter Berücksichtigung der jeweiligen Bedürfnisse und Lebenssituationen von Klient:innen sollen diese an passgenaue Unterstützungsleitungen angebunden werden.
		Stufe 1	In der Dr. Ouhadi - Dr. ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin soll die Anbindung von Klient:innen an Akteur:innen/Angebote des 3. Sektors durch die Weitergabe der Kontaktdaten sowie Informationsmaterial erfolgen. Stellvertretend für Klient:innen wird die telefonische Kontaktaufnahme mit Akteur:innen/Angeboten des 3. Sektors nach Zustimmung des:der Klient:in und bei Bedarf empfohlen. Persönliche Begleitung zu Terminen soll ebenso bei gegebener Notwendigkeit stattfinden.
		Stufe 2	In der PVE sollen die für die Anbindung von Klient:innen an Akteur:innen/Angebote des 3. Sektors benannten Kriterien dahingehend erweitert werden, dass dem:der Link Worker:in ein klar definierter zeitlicher Rahmen für die persönliche

			Begleitung von Klient:innen zur Verfügung steht. Dadurch soll zudem eine Stärkung der Vertrauensbeziehung zwischen Link Worker:in und Klient:in resultieren sowie bestehenden Ängsten des:der Klient:in vor neuen, unbekannten Angeboten entgegengewirkt werden.
Entscheidungskompetenz	Dokumentenanalyse		Basierend auf dem Kategoriensystem konnten diesem Teilaspekt keine entsprechenden Ausführungen in der Dokumentenanalyse zugeordnet werden.
	Fragebogen		Die Entscheidungskompetenz, an welche nicht-klinischen Angebote der:die Klient:in verwiesen wird, obliegt in der Praxis mehrheitlich dem:der Link Worker:in in Absprache mit dem:der Klient:in. In einzelnen PVEs werden zusätzlich andere Berufsgruppen sowie Ärzt:innen in die Auswahl involviert beziehungsweise erfolgt eine Verweisung durch aktuell in einen Fall eingebundene Expert:innen. Gegebenenfalls ist ein Austausch im Team möglich.
	Empfehlung	Allgemein	Die Auswahl und in Folge die Verweisung an nicht-medizinische Angebote soll auf einer gemeinsamen Entscheidung von Klient:in und Link Worker:in basieren. Bei Bedarf wird empfohlen, weitere für die Versorgung des:der Klient:in relevante und in den Fall involvierte Expert:innen in die Entscheidungsfindung miteinzubeziehen.
		Stufe 1	In der Dr. Ouhadi - Dr. ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin soll die Entscheidung, an welche nicht-klinischen Angebote verwiesen wird, gemeinsam von Mag. ^a Knopp und dem:der Klient:in getroffen werden. Bei Bedarf wird empfohlen, Dr. Ouhadi und Dr. ⁱⁿ Pilz in den Entschluss miteinzubeziehen.
		Stufe 2	In der PVE obliegt die Entscheidungskompetenz der Anbindung an nicht-klinische Akteur:innen/Angebote des 3. Sektors dem:der Link Worker:in, respektive einem kooperativen Miteinander mit dem:der Klient:in. Zudem sollen ggf. die in der PVE vertretenen Professionist:innen einbezogen werden.

Quelle: eigene Darstellung

4.5.5 Mitbestimmung, erneute Inanspruchnahme, Abbrüche und Evaluierung

Fischer Maria

Die Aspekte der Mitbestimmung, der erneuten Inanspruchnahme, der Abbrüche sowie der Evaluierung und die daraus ableitbaren Erkenntnisse stehen in enger Verbindung mit den Erkenntnissen betreffend die Zielgruppen, das Soziale Rezept, den:die Link Worker:in sowie das Nahtstellenmanagement und schließen die Ableitung der Erkenntnisse für die Umsetzung in der Praxis ab. Die genannten Teilbereiche dieses Kapitels

wurden in der vorangegangenen Dokumentenanalyse bzw. bei der Codierung noch nicht umfassend berücksichtigt, sondern erst im Zuge der Fragebögen (siehe 3.2.3). Daraus resultiert, dass die folgenden Empfehlungen vor allem auf dem Fragebogen fußen.

4.5.5.1 Mitbestimmung

Soziale Arbeit gilt sowohl als machtausübende als auch als machterfahrene Profession, demnach ist eine kontinuierliche Reflexion hinsichtlich Machtfragen in der Theorie und Praxis unabdinglich. Kraus und Krieger (vgl. 2021:13) unterscheiden in der Sozialen Arbeit drei Ebenen der Macht: die konkrete Ebene der Interaktionsverhältnisse zwischen Klient:innen und Sozialarbeitenden, die abstrakte Ebene der Rahmenbedingungen der Gesellschaft und die Ebene der (Selbst-)bestimmung der Sozialarbeit.

Staub-Bernasconi (vgl. 2018:406) unterstreicht die Notwendigkeit den Aspekt der Macht im Sinne eines wissenschaftlichen und ethischen Professionsverständnisses zu bearbeiten. Betreffend Machtstrukturen in der Klient:innenarbeit der Gruppenpraxis bzw. der PVE folgen Empfehlungen in Hinsicht auf den möglichen Rahmen der Mit- bzw. Selbstbestimmung, welche sich vor allem auf der Ebene der Interaktionsverhältnisse zwischen Fachkräften und Klient:innen einordnen lassen. Neben dem grundlegenden Blick auf die Entscheidungsmacht bzw. -möglichkeiten werden sowohl etwaige Aspekte der Mitbestimmung als auch deren Grenzen beleuchtet.

Tabelle 74: Mitbestimmung

Teil- aspekt		
Entscheidungsmacht der Klient:innen	Dokumentenanalyse	Woodall et al. (vgl. 2018:9) beschreiben in ihrer Analyse die Wichtigkeit den Klient:innen das Vorgehen nicht zu diktieren, sondern gemeinsam über die (beste) Vorgehensweise zu entscheiden. Falls Klient:innen sich nicht wohl fühlen oder mit etwas nicht einverstanden sind, gilt es darauf einzugehen und dies zu akzeptieren bzw. zu berücksichtigen.
	Fragebogen	Die grundsätzliche Freiwilligkeit des Angebotes wird betont – es handelt sich um keinen Zwangskontext. Die Entscheidungsmacht der Klient:innen wird in allen befragten PVEs als besonders wichtig angesehen.
	Empfehlung	Allgemein Bei SP soll es sich um ein freiwilliges Angebot handeln. In der Arbeit mit Link Worker:innen sollen die Klient:innen so viel wie möglich selbst entscheiden können.

Aspekte der Mitbestimmung		Stufe 1	In der Dr. Ouhadi - Dr. ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin soll das Angebot von Mag. ^a Knopp von den Patient:innen freiwillig in Anspruch genommen werden können. Die Klient:innen sollen im Kontakt mit Mag. ^a Knopp so viel wie möglich entscheiden bzw. mitbestimmen können.
		Stufe 2	In der PVE soll die Inanspruchnahme des SP-Angebotes weiterhin für alle Patient:innen freiwillig sein. Die Entscheidungsmacht der Klient:innen innerhalb des Angebotes soll ebenfalls so hoch wie möglich gehalten werden.
	Dokumentenanalyse		Es gilt gemeinsam mit dem:der Klient:in einen individuellen Unterstützungsplan zu erstellen (vgl. NHS England / NHS Improvement 2020b:14) (siehe 4.5.3.3 Grundlagen der Arbeit mit Klient:innen). In Brighton und Hove (Großbritannien) wird mit sogenannten „Care Coaches“ gearbeitet, welche in komplexen Fällen das multiprofessionelle Team koordinieren und als Hauptansprechperson für die Klient:innen dienen. Sie sind für einen personenzentrierten Unterstützungsplan verantwortlich. Die Wünsche der Klient:innen gilt es in dem jeweiligen Unterstützungsplan als zentrales Element zu berücksichtigen bzw. die Inhalte des Planes individuell unter Mitgestaltung der Klient:innen zu entwickeln (vgl. Farenden et al. 2015:47).
	Fragebogen		Mitbestimmung wird vor allem für die Aspekte Beratungssetting, Inhalt, Art, Intensität und Ausmaß der Unterstützung, Art und Form der Unterstützung (telefonisch, digital, persönlich), Kontakthäufigkeit und die Art der Kontaktaufnahme beschrieben.
	Empfehlung	Allgemein	Die Wünsche und Erwartungen der Klient:innen sollen zu Beginn bzw. beim Ersttermin mit dem:der Link Worker:in abgefragt werden. Ein Unterstützungsplan soll bei Bedarf gemeinsam erarbeitet werden (siehe 4.5.3.3 Grundlagen der Arbeit mit Klient:innen). Die Klient:innen sollen nach Möglichkeit selbst über das Setting (in Praxis, Hausbesuch, telefonische/digitale Beratung usw.), die Art der Unterstützung (Entlastungsgespräch, Verweisung, sozialarbeiterische Unterstützung etc.) und die Kontaktfrequenz (mit-)bestimmen können. Für weitere Kontaktaufnahmen mit den Klient:innen soll auch auf Mitbestimmung und auf die Bedürfnisse der Klient:innen geachtet werden, z. B. gleich einen weiteren Termin vereinbaren, einen Anruf für in ein paar Tagen oder Wochen vereinbaren.

		Stufe 1	Bereits in der Umsetzungsphase in der Dr. Ouhadi - Dr. ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin soll Mag. ^a Knopp die Erwartungen und Wünsche der Klient:innen vom Erstkontakt an weitestgehend berücksichtigen und gemeinsam mit ihnen einen Unterstützungsplan erarbeiten. Die Mitbestimmung soll hinsichtlich der Bereiche der allgemeinen Empfehlung bestmöglich gefördert werden.
		Stufe 2	In der PVE soll betreffend die Aspekte der Mitbestimmung wie in Stufe 1 vorgegangen werden.
Grenzen der Mitbestimmung	Dokumentenanalyse		Basierend auf dem Kategoriensystem konnten diesem Teilaspekt keine entsprechenden Ausführungen in der Dokumentenanalyse zugeordnet werden.
	Fragebogen		Aus den Fragebögen lässt sich ableiten, dass die Grenzen der Mitbestimmung von Klient:innen sehr weit gefasst sind und versucht wird die Mitbestimmung so wenig wie möglich einzuschränken. Zum Thema Einschränkungen der Klient:innen in ihren Entscheidungen wurde einmal erwähnt, dass ein Termin bei der Drogenambulanz verpflichtend ist, sofern die Klient:innen ein neues Rezept für Medikamente benötigen, die unter das Suchtmittelgesetz fallen. Zweimal wird angeführt, dass Grenzen hinsichtlich der Mit- bzw. Selbstbestimmung gesetzt werden, wenn eine Form der Gefährdung vorliegt. Ebenso wird einmal erwähnt, dass die Entscheidungen des:der Mitarbeiter:in bzw. der PVE hinsichtlich Angebote, welche dem:der Klient:in vorgestellt werden, die Mitbestimmung einschränken.
	Empfehlung	Allgemein	Einschränkungen der Mitbestimmung sollen so gering wie möglich gehalten werden. Grenzen der Mitbestimmung (z. B. aufgrund gesetzlicher Grundlagen, Rahmenbedingungen der PVE, Angebot der lokalen Akteur:innen) sollen gegenüber den Klient:innen transparent gemacht werden.
		Stufe 1	In der Arbeit mit den Klient:innen sollen Grenzen der Mitbestimmung offen besprochen werden. Grenzen hinsichtlich terminlicher Flexibilität aufgrund von Arbeitszeiten oder -tagen von Mag. ^a Knopp, Einschränkungen bei der Verweisung aufgrund fehlender Angebote o. Ä. sollen transparent kommuniziert werden.
		Stufe 2	In der PVE soll betreffend die Grenzen der Mitbestimmung wie in Stufe 1 vorgegangen werden.

Quelle: eigene Darstellung

4.5.5.2 Erneute Inanspruchnahme des LW-Angebotes

Die Angebote der Link Worker:innen können im Sinne eines freiwilligen Angebotes von Klient:innen auch mehrmals bzw. wiederholt in Anspruch genommen werden. Eine erneute Inanspruchnahme des LW-Angebotes bedeutet nicht mehrere fortlaufende Termine bei dem:der Link Worker:in,

sondern deren Aufsuchen nach Beendigung bzw. Abschluss einer Betreuung durch den:die Link Worker:in. Durch eine wiederholte Inanspruchnahme kann sichtbar werden, dass die Klient:innen Vertrauen in das LW-Angebot haben sowie Unterstützung und Sinn darin sehen. Eine erneute Inanspruchnahme muss somit nicht als negativ angesehen werden.

Tabelle 75: Häufigkeit erneuter Inanspruchnahme

Teil- aspekt		
Häufigkeit erneuter Inanspruchnahme	Dokumentenanalyse	Basierend auf dem Kategoriensystem konnten diesem Teilaspekt keine entsprechenden Ausführungen in der Dokumentenanalyse zugeordnet werden.
	Fragebogen	Acht von neun PVEs geben an, dass Klient:innen das LW-Angebot erneut in Anspruch nehmen. Die Spannweite der erneuten Inanspruchnahme des Angebotes reicht hier von 10 % bis 80 %. Ein:e Befragte:r merkt an, dass ihm:ihr dies nicht bekannt ist.
	Empfehlung	<i>Allgemein</i>
		<i>Stufe 1</i>
		<i>Stufe 2</i>

Quelle: eigene Darstellung

Betreffend eine erneute Inanspruchnahme durch die Klient:innen gilt es zwischen einer wiederholten Inanspruchnahme aufgrund desselben oder eines anderen Anliegens zu unterscheiden und in der weiteren Zusammenarbeit zu beachten.

Tabelle 76: Gründe für erneute Inanspruchnahme

Teil- aspekt		
Gründe für erneute Inanspruchnahme	Dokumentenanalyse	Basierend auf dem Kategoriensystem konnten diesem Teilaspekt keine entsprechenden Ausführungen in der Dokumentenanalyse zugeordnet werden.
	Fragebogen	Ausgeglichen zeigt sich das Verhältnis betreffend erneute Inanspruchnahme bei vier PVEs, d. h. gleich viele Personen nutzen das Angebot aufgrund desselben Anliegens wie wegen einem anderen Anlass wiederholt. In drei PVEs zeigt sich, dass das LW-Angebot häufiger aus einem anderen Beweggrund abermals in Anspruch genommen wird, bei einer PVE vermehrt aufgrund desselben Aspektes.
	Empfehlung	Allgemein Bei einer erneuten Inanspruchnahme des Angebotes soll auf Bestehendes (z. B. Sozialanamnese, Erhebungsbogen, bisherige Unterstützungspläne) zurückgegriffen werden können, sodass Klient:inneninformationen lediglich aktualisiert werden müssen. Dies erfordert eine entsprechende Dokumentation und Datensicherung. Falls Klient:innen mit demselden Anliegen erneut den:die Link Worker:in aufsuchen, soll gemeinsam überprüft werden, weshalb das Problem nicht gelöst werden konnte und inwiefern der Unterstützungsplan nun angepasst werden soll. Falls Klient:innen mit einem anderen Anliegen das Angebot erneut in Anspruch nehmen, soll der Blick auf Aspekte gerichtet werden, die beim letzten Mal gut funktioniert haben.
		Stufe 1 Mag. ^a Knopp soll bei einer erneuten Inanspruchnahme ihres Angebotes durch eine:n Klient:in bereits Vorhandenes (Dokumentation, Unterstützungspläne etc.) aufgreifen. Klient:innen, die Mag. ^a Knopp mit demselden Anliegen zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufsuchen, sollen den Blick gemeinsam mit ihr auf Aspekte richten, die einer Problemlösung im Weg waren bzw. sind und den Unterstützungsplan bei Bedarf anpassen. Kommen Klient:innen aufgrund eines davon abweichenden Anliegens, kann der Blick auf die Erfolge der letzten Beratung/Begleitung/Verweisung gerichtet werden.
		Stufe 2 In der PVE soll betreffend die Gründe für eine erneute Inanspruchnahme wie in Stufe 1 vorgegangen werden.

Quelle: eigene Darstellung

4.5.5.3 Abbrüche

Im Laufe der Betreuung bzw. Begleitung durch die Link Worker:innen kann es aus unterschiedlichen Gründen zu Abbrüchen bzw. einem vorzeitigen Ende kommen. In der PVE muss innerhalb des Teams Klarheit bzw. ein gemeinsames Verständnis über einen Abbruch herrschen.

Tabelle 77: Anzahl der Abbrüche

Teil- aspekt		
Anzahl der Abbrüche	Dokumentenanalyse	Basierend auf dem Kategoriensystem konnten diesem Teilaspekt keine entsprechenden Ausführungen in der Dokumentenanalyse zugeordnet werden.
	Fragebogen	Zu Abbrüchen während des Betreuungsprozesses kommt es in allen der neun PVEs. Die Streuung ist hier allerdings groß. In einer PVE kommt es bei 5 % der Klient:innen zu Abbrüchen, in vier PVEs bei 10 %, in zwei PVEs bei 20 %, in einer PVE bei 35 % und in einem Fall sogar bei 60 %.
	Empfehlung	<i>Allgemein</i> Abbrüche sollen im Dokumentationssystem vermerkt werden, damit für die Link Worker:innen ersichtlich ist, wie viele Abbrüche es gibt und zu welchem Zeitpunkt diese stattfinden.
		<i>Stufe 1</i> Ein Abbruch soll von Mag. ^a Knopp dokumentiert werden, damit nachvollziehbar ist, zu wie vielen Abbrüchen es kommt, und wann es dazu kommt.
		<i>Stufe 2</i> In der PVE soll betreffend die Anzahl der Abbrüche wie in Stufe 1 vorgegangen werden.

Quelle: eigene Darstellung

Sogenannte kritische Prozessschritte begünstigen Abbrüche der SP-Intervention bzw. des SP-Prozesses durch die Klient:innen. Neben diesen sensiblen Abschnitten des Prozesses sind vielfältige Gründe abbruchförderlich, u. a. Aspekte die Rahmenbedingungen der PVE oder des 3. Sektors betreffend aber auch private Angelegenheiten der Klient:innen.

Tabelle 78: Kritische Prozessschritte und Abbruchgründe

Teil- aspekt		
Kritische Prozessschritte	Dokumentenanalyse	
	Die Dokumentenanalyse zeigt, dass sich eine gute Vernetzung der verschiedenen Berufsgruppen innerhalb der PVE als günstig erweist. Ob die unterschiedlichen Leistungen bzw. Überweisungen in Anspruch genommen werden, kann durch ausreichende Vernetzung überprüft werden (vgl. Antosik 2020:99). Damit eine SP-Intervention erfolgreich ist, bedarf es nach internationaler Sichtweise einer erfolgreichen Verweisung an den 3. Sektor. Es braucht eine passende Verweisungsstruktur, damit die Klient:innen die Angebote des 3. Sektors wahrnehmen (vgl. Husk et al. 2016:2). Vereinzelte werden die Klient:innen zur Fortschrittsüberwachung auch in regelmäßigen Abständen durch den:die Link Worker:in kontaktiert (vgl. Wakefield et al. 2020:4), oder aber es erfolgt lediglich die Nachfrage bei dem:der Klient:in, ob er:sie an der Aktivität teilnehmen konnte. Solche Unterstützungsstrukturen können sich positiv auf die Motivation des:der Klient:in auswirken. Bei Bedarf bietet der:die Link Worker:in weitere Unterstützung an (vgl. Farenden et al. 2015:10f; vgl. Local Government Association 2010:10f).	
	Fragebogen	
	Acht der neun Link Worker:innen benennen den Übergang zwischen der Verweisung zum 3. Sektor und der tatsächlichen Inanspruchnahme des Angebotes des 3. Sektors als abbruchgefährdeten Prozessschritt. Sechsmal wird hier auch der Schritt zwischen der Überweisung an den:die Link Worker:in und der tatsächlichen Inanspruchnahme seines:ihrer Angebotes angeführt. Die Zeit während der Betreuung wird hier zweimal als durch Abbrüche gefährdete Phase erwähnt und einmal wird ein anderer Grund angeführt (Sozialarbeit durch andere Organisation). In den Fragebögen der österreichischen PVEs heißt es lediglich in zwei Fällen, dass auch über die Verweisung hinaus Klient:innenkontakt besteht.	
Empfehlung		Die Schritte der Über- und Verweisung gilt es besonders achtsam zu begleiten. Feedback über die erfolgte Inanspruchnahme an die Zuweiser:innen ermöglicht diesen einen Überblick über die (nicht) wahrgenommenen Termine der Klient:innen. Diese Form der Rückmeldung soll zwischen Ärzt:innen bzw. anderen Berufsgruppen und dem:der Link Worker:in durch laufenden Austausch und Vernetzung erfolgen (siehe 4.5.2.1 Rückmeldung an die Überweiser:innen). Rückmeldungen an und durch den 3. Sektor hinsichtlich geglückter Verweisungen sind

			durch Kooperationen durch den:die Link Worker:in bei Bedarf zu geben bzw. einzufordern (siehe 4.5.2.5 Weitergabe und Erhalt von Klient:inneninformationen an den bzw. vom 3. Sektor und 4.5.4.2 Bezug von Wissen). Um Abbrüchen des Prozesses durch eine nicht wahrgenommene Verweisung entgegenzuwirken, gilt es vorab durch den:die Link Worker:in zu klären, ob die Klient:innen eine Begleitung zum jeweiligen Angebot des 3. Sektors benötigen bzw. wünschen. Weiters kann zu einem späteren Zeitpunkt bei dem:der Klient:in nachgefragt werden, ob die Verweisung in Anspruch genommen wurde. Bei Bedarf soll es zu einer Anpassung der Verweisung oder einer Begleitung kommen. Parallel zu den Terminen, die der:die Klient:in bei Angeboten des 3. Sektors wahrnimmt, sollen bei Bedarf auch Termine bei dem:der Link Worker:in angeboten werden. Durch regelmäßige Vernetzung und Kooperation zwischen dem:der Link Worker:in und Akteur:innen bzw. Angeboten des 3. Sektors können etwaige (weitere) Hürden bei der Inanspruchnahme entdeckt und diesen entgegengewirkt werden.
		Stufe 1	In der Dr. Ouhadi - Dr.ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin soll nach einer Überweisung durch die Ärzt:innen Rückmeldung über die Inanspruchnahme erfolgen. Diese Rückmeldung soll durch stetige Vernetzung und Austausch zwischen Mag.^a Knopp und den Ärzt:innen erfolgen. Rückmeldungen an und durch den 3. Sektor sollen bei Bedarf durch bzw. an Mag.^a Knopp erfolgen. Mag.^a Knopp soll proaktiv auf die Klient:innen zugehen und ihre Unterstützung anbieten, d. h. gemeinsam mit den Klient:innen abklären, ob sie eine Begleitung von ihr zum Angebot des 3. Sektors wünschen. Ebenso soll Mag.^a Knopp nachfragen, ob das Angebot aufgesucht wurde. Erscheint das Verweisungsziel im Laufe der Zeit nicht passend, soll es zu einer Änderung kommen. Entscheidet sich der:die Klient:in zu einem späteren Zeitpunkt für eine Begleitung durch Mag.^a Knopp, soll diese ermöglicht werden. Bei Bedarf gilt es den Klient:innen Termine bei Mag.^a Knopp anzubieten, auch wenn sie bereits im 3. Sektor angebunden sind. Mag.^a Knopp kann durch regelmäßige Vernetzung und Kooperation mit Angeboten des 3. Sektors etwaige Hürden bei der Inanspruchnahme entdecken und diesen in weiterer Folge entgegenwirken.

		<i>Stufe 2</i>	In der PVE soll betreffend die kritischen Prozessschritte grundsätzlich wie in Stufe 1 vorgegangen werden. Hinsichtlich Rückmeldungen an den:die Zuweiser:in müssen alle weiteren mitarbeitenden Berufsgruppen bei der Vernetzung und Kooperation innerhalb der PVE berücksichtigt werden.
Gründe für Abbrüche	Dokumentenanalyse		Basierend auf dem Kategoriensystem konnten diesem Teilaspekt keine entsprechenden Ausführungen in der Dokumentenanalyse zugeordnet werden.
	Fragebogen		Im Fragebogen werden folgende Abbruchgründe angeführt: Schwierigkeiten bei der Kontaktaufnahme mit weiterführenden Angeboten seitens der Klient:innen, fehlende Zeitressourcen für Begleitungen zu Angeboten des 3. Sektors, Klient:innen haben das Gefühl zu einem unpassenden Angebot vermittelt worden zu sein, andere Erwartungen der Klient:innen hinsichtlich der Unterstützung, lange Wartezeiten, inkongruente Zielsetzung, Hochschwelligkeit, therapeutische Gründe (Klient:in bevorzugt ambulante statt stationärer Behandlung), intrinsische Aspekte (u. a. fehlende Eigenmotivation bzw. Compliance), diverse Veränderungen (z. B. der Lebensumstände, der Sichtweise des:der Klient:in, persönlicher Natur), emotionale Belastungen. Die jeweilige private Situation der Klient:innen beeinflusst die Inanspruchnahme bzw. einen Abbruch sehr stark. Bei psychiatrisch erkrankten Klient:innen kommt es häufiger zu Abbrüchen.
	Empfehlung	<i>Allgemein</i>	Je nach Bedarf des:der jeweiligen Klient:in soll ihm:ihr bei der direkten Kontaktaufnahme (z. B. bei der telefonischen Terminvereinbarung) mit dem Angebot des 3. Sektors oder durch eine persönliche Begleitung zum jeweiligen Angebot Unterstützung geboten werden (siehe 4.5.4.6 Anbindung). Durch den individuellen Unterstützungsplan und die eingangs abgeklärten Erwartungen und Wünsche soll sichergestellt werden, dass sich die Klient:innen an die passende Stelle verwiesen fühlen. Es gilt ausreichend Zeitressourcen sicherzustellen, damit notwendige Begleitungen stattfinden können.
		<i>Stufe 1</i>	In der Dr. Ouhadi - Dr. ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin soll betreffend die Gründe für Abbrüche (durch Mag. ^a Knopp) den allgemeinen Empfehlungen entsprechend vorgegangen werden.
		<i>Stufe 2</i>	In der PVE soll betreffend die Gründe für Abbrüche wie in Stufe 1 bzw. nach der allgemeinen Empfehlung vorgegangen werden.

Quelle: eigene Darstellung

Die Problematik bzw. Thematik der Abbrüche soll in der PVE jedenfalls beleuchtet werden. Der Umgang mit Abbrüchen ist im Klient:innenkontakt jedenfalls wertschätzend und rücksichtsvoll zu gestalten.

Tabelle 79: Umgang mit Abbrüchen

Teil- aspekt		
Umgang mit Abbrüchen	Dokumentenanalyse	Basierend auf dem Kategoriensystem konnten diesem Teilaspekt keine entsprechenden Ausführungen in der Dokumentenanalyse zugeordnet werden.
	Fragebogen	Die Mehrheit der PVEs gibt an, nach erfolgten Abbrüchen erneut telefonisch mit den Klient:innen Kontakt aufzunehmen. Kann kein Kontakt hergestellt werden oder wird eine weitere Betreuung abgelehnt, akzeptieren die befragten Fachkräfte diese Entscheidung. Teilweise wird hier Feedback von den Klient:innen eingeholt oder mit ihnen ein Abschlussgespräch geführt. Bei der telefonischen Kontaktaufnahme wird den Klient:innen mitgeteilt, dass sie sich bei Bedarf zu einem späteren Zeitpunkt erneut melden können. Maßnahmen richten sich nach dem Grund des Abbruches und je nach erfolgtem Kontakt zum:zur Klient:in (z. B. nach Inhalt eines Telefonates mit Klient:in).
	Empfehlung	<i>Allgemein</i>
		Bei bzw. in Folge von Abbrüchen durch die Klient:innen soll der:die Link Worker:in versuchen Kontakt mit dem:der Klient:in aufzunehmen. Bei aufrechtem Unterstützungsbedarf und Einwilligung der Klient:innen soll die Betreuung/Beratung durch den:die Link Worker:in erneut aufgenommen werden. Lehnen die Klient:innen eine weitere Betreuung ab, gilt es dies zu akzeptieren und dementsprechend zu dokumentieren. Hinweise, dass zu einem späteren Zeitpunkt erneut eine Unterstützung möglich ist, sollen an die Klient:innen weitergegeben werden. Je nach Möglichkeit kann zu diesem Zeitpunkt (bei einem endgültigen Abbruch) eine Evaluierung des Betreuungsprozesses telefonisch durchgeführt werden. Lediglich bei Selbst- oder Fremdgefährdung muss auch bei einem Abbruch von Seiten der Klient:innen durch den:die Link Worker:in gehandelt werden und es müssen eventuell weitere Schritte eingeleitet werden.
		<i>Stufe 1</i>
		In der Dr. Ouhadi - Dr. ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin soll betreffend den Umgang mit Abbrüchen (durch Mag. ^a Knopp) den allgemeinen Empfehlungen entsprechend vorgegangen werden.
		<i>Stufe 2</i>
		In der PVE soll betreffend den Umgang mit Abbrüchen wie in Stufe 1 bzw. nach der allgemeinen Empfehlung nach vorgegangen werden.

Quelle: eigene Darstellung

4.5.5.4 Evaluierung

Die Evaluierung von SP-Interventionen kann unter Umständen auch als problematisch betrachtet werden, und zwar wenn die Evaluierung politisiert wird und die Notwendigkeit, ein Preis-Leistungs-Verhältnis in eng konzeptionierten Auftragsrahmen und Verständnissen legitimer Wirksamkeitsnachweise zu zeigen, gegeben ist. Daher ist es jedenfalls erforderlich zu wissen, was gemessen werden soll und weshalb, sowie zu „vereinbaren“, wodurch der Erfolg einer SP-Intervention sichtbar gemacht werden kann. Festzuhalten ist ebenso die Tatsache, dass die präventiven Aspekte und auch die Auswirkungen von SP schwierig zu monetarisieren sind (vgl. NHS 2016:25f).

Tabelle 80: Evaluierung

Teil-aspekt		
Evaluierung allgemein	Dokumentenanalyse	Von Beginn an sollte geplant sein, wie das Verschreibungsangebot bewertet und evaluiert wird (vgl. Drinkwater et al. 2019:3). Basierend auf dem Kategoriensystem konnten diesem Teilaspekt keine weiteren Ausführungen in der Dokumentenanalyse zugeordnet werden.
	Fragebogen	Fünf PVEs geben eine Form der Evaluierung des Prozesses der Sozialen Verschreibung an: In zwei PVEs gibt es innerhalb der PVE eine Evaluierung, in zwei PVEs eine Evaluierung mit Klient:innen und in einer finden beide Evaluierungsformen statt. Ein:e Befragte:r merkt an, dass Evaluierungen nicht strukturiert, sondern nach Bedarf bzw. stichprobenartig stattfinden. Eine befragte Person erwähnt, dass die Evaluierung zum Standard in der PVE zählt und entweder durch Rückmeldungen des:der Befragten und/oder durch ein Gespräch mit der Kontaktperson des Angebotes des 3. Sektors stattfindet.
	Empfehlung	<i>Allgemein</i>
		<i>Stufe 1</i>
		<i>Stufe 2</i>

			die laufende Evaluierung sowie das Messen der Ergebnisqualität unter Zuhilfenahme eines EDV-Tools von ICPC-2 geplant.
Weitere Evaluierungen	Dokumentenanalyse		Die Sichtung der Literatur zeigt mit Blick auf einzelne Projekte, dass vorwiegend projektspezifische Evaluierungen auf Meta-Ebene vorgenommen werden, d. h. es erfolgt eine Gesamtbewertung des Projektes im Hinblick auf dessen Wirksamkeit.
	Fragebogen		Teilnehmende der Befragung gaben an, bei der Datenerhebung der ÖGK und/oder der Evaluierung im Rahmen des <i>Projektes Social Prescribing</i> (siehe 2.2.3) teilzunehmen. Konkrete Evaluierungen zu LW an sich werden nicht genannt.
	Empfehlung	Allgemein	Bei unterschiedlichen externen Evaluierungsprojekten soll nach Möglichkeit mitgewirkt werden, um den Nutzen von SP herauszuarbeiten und dessen Entwicklung zu fördern.
		Stufe 1	Die Dr. Ouhadi - Dr. ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin nimmt bereits an der Datenerhebung der ÖGK sowie der Evaluierung im Rahmen des Projektes SP teil.
		Stufe 2	Die PVE soll sich nach Möglichkeit an weiteren externen Evaluierungs- bzw. Forschungsprojekten beteiligen.
Evaluierungsinhalte	Dokumentenanalyse		In der Literatur wird die Evaluierung von SP bzw. von SP-Projekten häufig auf einer Metaebene betrachtet. Das NHS England entwickelte ein Messinstrument, um den Einfluss von SP zu messen. Folgende Aspekte werden dadurch evaluiert (vgl. NHS England / NHS Improvement 2020b:16): ■ Auswirkungen auf den:die Klient:in ■ Auswirkungen auf das Gesundheits- und Pflegesystem ■ Auswirkungen auf den 3. Sektor
	Fragebogen		Die Erreichung der Zielvereinbarung wird bei allen drei PVEs, die Evaluierungen mit Klient:innen vornehmen, überprüft. Zweimal erfolgt die Evaluierung hinsichtlich der Zufriedenheit mit den Angeboten innerhalb der PVE und ebenso zweimal betreffend die Zufriedenheit mit den Angeboten des 3. Sektors. Einmal wird die Zufriedenheit mit dem gesamten Prozess der Sozialen Verschreibung evaluiert.
	Empfehlung	Allgemein	Gemeinsam mit den Klient:innen soll der SP-Prozess reflektiert werden. Diese Evaluierung soll die Erreichung der gemeinsam festgelegten Ziele, die Zufriedenheit innerhalb der PVE und die Zufriedenheit mit den Angeboten des 3. Sektors beinhalten.
		Stufe 1	In der Dr. Ouhadi - Dr. ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin soll betreffend die Evaluierungsinhalte den allgemeinen Empfehlungen entsprechend vorgegangen werden. Die Evaluierung soll durch Mag. ^a Knopp stattfinden.

		<i>Stufe 2</i>	In der PVE soll betreffend die Evaluierungsinhalte wie in Stufe 1 bzw. der allgemeinen Empfehlung nach vorgegangen werden. Sofern weitere Link Worker:innen in der PVE eingestellt werden, soll die Evaluierung mit dem:der betreuenden Link Worker:in und dem:der jeweiligen Klient:in erfolgen.
Evaluierungsform und -zeitpunkt	Dokumentenanalyse		Hinsichtlich der Evaluierungszeitpunkte und der Form der Evaluierung sind unterschiedliche Angaben in der Literatur zu finden. Beispielsweise kann hier Folgendes angeführt werden: Ca. drei bis sechs Monate nach Abschluss erfolgt eine Kontaktaufnahme mit den Klient:innen und ein Telefoninterview wird durchgeführt. Je nach Notwendigkeit können Klient:innen erneut an den 3. Sektor verwiesen werden. Diese erneute Kontaktaufnahme schätzen die Klient:innen sehr (vgl. Farenden et al. 2015:10f, 29). Formulare, die zur Bewertung (der Veränderung) des Wohlbefindens der Klient:innen und zur Evaluierung des Prozesses dienen, können allerdings für das Personal einen erhöhten Mehraufwand beduetuen (vgl. Brandling / House 2007:9).
	Fragebogen		In den drei PVEs, in welchen Klient:innenevaluierungen stattfinden, werden diese in Form eines persönlichen Gespräches durchgeführt. In zwei der vier PVEs, in denen keine Evaluierungen durchgeführt werden, besteht eine Feedbackmöglichkeit für Klient:innen. Dieses Feedback wird mittels persönlichen Gesprächs eingeholt. Bezüglich Evaluierungszeitpunkt geben zwei PVEs folgende Verteilung an: In 100 % der Fälle erfolgt eine Evaluierung ■ während des Prozesses der Sozialen Verschreibung: 10 % / 10 % ■ nach Abschluss des Angebotes des 3. Sektors (externes Angebot): 40 % / 5 % ■ nach Abschluss der gemeinsamen Termine (internes Angebot): 30 % / 50 % ■ nach Abschluss des Gesamtprozesses der Sozialen Verschreibung: 20 % / 0 % ■ bei Bedarf: 0 % / 35 %
	Empfehlung	<i>Allgemein</i>	Die Evaluierung soll nach Abschluss des Falles erfolgen. Die Klient:innen sollen hierfür telefonisch von dem:der Link Worker:in kontaktiert werden. Falls die Klient:innen regelmäßig die PVE aufsuchen, kann die Kontaktaufnahme zur Evaluierung auch persönlich stattfinden. Die Evaluierung soll mittels Gespräches zwischen Link Worker:in und Klient:in erfolgen. Abseits der abschließenden Evaluierung soll während der gesamten Betreuung laufend die Klient:innenzufriedenheit im Hinblick auf den Prozess reflektiert werden.
		<i>Stufe 1</i>	Nach Beendigung der Betreuung/Beratung durch Mag. ^a Knopp sollen die Klient:innen telefonisch oder persönlich in der Praxis kontaktiert und zu einem Evaluierungsgespräch eingeladen werden. Dieses Gespräch soll – je nach Möglichkeit

			der Klient:innen – in der Gruppenpraxis oder telefonisch erfolgen. Während der Betreuungszeit soll die Zufriedenheit der Klient:innen laufend reflektiert werden.
		Stufe 2	In der PVE soll betreffend die Evaluierungsform und den -zeitpunkt wie in Stufe 1 vorgegangen werden.

Quelle: eigene Darstellung

Als besonderer Teil der Evaluierung wird der Umgang mit Beschwerden bzw. mit der generellen Möglichkeit für Klient:innen, Beschwerden (anonym) einbringen zu können, identifiziert.

Tabelle 81: Beschwerdemanagement

Teil-aspekt			
Beschwerdemanagement	Dokumentenanalyse		Im ÖSG wird die Möglichkeit erwähnt, dass Klient:innen Feedback einbringen und ein Beschwerdemanagement innerhalb einer PVE installiert ist (vgl. BMSGPK 2019:77f) .
	Fragebogen		Dieser Teilaspekt wurde im Rahmen des Fragebogens nicht berücksichtigt.
	Empfehlung	Allgemein	Klient:innen soll die Möglichkeit offen stehen Kritik, am Angebot zu äußern, wenn sie die Unterstützung als nicht zufriedenstellend empfinden oder z. B. Verbesserungsvorschläge haben. Die Beschwerdemöglichkeit soll auch anonym genutzt werden können.
		Stufe 1	Beschwerden oder Kritik von Seiten der Klient:innen sollen ernst genommen werden. Für eine anonyme Form der Beschwerde soll in der Gruppenpraxis eine Möglichkeit geschaffen werden, beispielsweise durch das Anbringen eines Postkastens, in welchen Beschwerden eingeworfen werden können.
		Stufe 2	Aus dem Versorgungskonzept geht hervor, dass ein Fehlermanagement-System, welches auch den Umgang mit Beschwerden von Patient:innen und Mitarbeitenden umfasst, installiert werden soll. Anhand des PDCA-Zyklus ist geplant interne Prozesse der PVE regelmäßig zu überprüfen und bei Bedarf zu verbessern (vgl. Wachabauer / Ivansits 2019: 17; ausgefüllt durch Ouhadi / Pilz). Im Rahmen der PVE kann die Beschwerdemöglichkeit mit einem digitalen Beschwerdeformular auf der Website der PVE ergänzt werden.

Quelle: eigene Darstellung

Evaluierungsprozesse und ein adäquater Umgang mit Beschwerden sollen der stetigen Entwicklung der PVE dienen. Die Inhalte bzw. Ergebnisse von Evaluierungen und/oder Beschwerden gilt es ernst zu nehmen – sowohl (strukturelle) Veränderungswünsche der Klient:innen als auch der Mitarbeitenden sollen aufgegriffen und in weiterer Folge bearbeitet werden.

4.6 Schlussfolgerungen aus der Praxis für die Praxis

Holzinger-Grath Sabine, Tritta Claudia

Während der Umsetzungsphase in der Dr. Ouhadi - Dr.ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin von Dezember 2021 bis Jänner 2022, in der die abgeleiteten Empfehlungen aus der Analyse der Literatur und der Fragebogenergebnisse Anwendung fanden, konnte ein Mitglied des Forschungsteams die Praxis aufsuchen und den Arbeitsalltag miterleben. Nach Abschluss der Umsetzungsphase erfolgte ein Expert:inneninterview mit den Akteur:innen der Gruppenpraxis, um förderliche und hinderliche Faktoren während der Anwendung der Empfehlungen ausloten zu können. In den folgenden Abschnitten finden sich diesbezüglich Ausführungen bzw. Auswertungen.

4.6.1 Begleitung der Link Workerin in der Gruppenpraxis

Holzinger-Grath Sabine

Der vorliegende Abschnitt gibt einen Einblick in die wesentlichen Erfahrungen der im Rahmen der Umsetzungsphase erfolgten Hospitation durch Sabine Holzinger-Grath in der Dr. Ouhadi – Dr.ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin und ist in der Ich-Form verfasst.

Am 31. Jänner 2022 hospitierte ich in der Zeit von 9 bis 18 Uhr in der Dr. Ouhadi - Dr.ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis. Nach der Besichtigung der räumlichen Gegebenheiten sowie dem Kennenlernen des Praxis-Teams lag der Fokus auf der Begleitung von Mag.^a Knopp in ihrer Rolle als Link Workerin. Im Zuge meines Referendariats ermöglichte mir Mag.^a Knopp einen Einblick in strukturelle Abläufe (Kommunikation im Team, Anwesenheitszeiten der Link Workerin, räumliche Gegebenheiten) und administrative Vorgehensweisen (Terminvereinbarungen mit Klient:innen sowie Akteur:innen des 3. Sektors), insbesondere in die elektronische Klient:innendokumentation sowie die bereits ausgefüllten und in einer Mappe abgelegten Sozialanamnesebögen (siehe Anhang B) .

Der Fokus meines Besuches in der Dr. Ouhadi - Dr.ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis richtete sich vorrangig auf die direkte Arbeit der Link Workerin mit den Klient:innen und umfasste insgesamt fünf Klient:innenkontakte. Ein geplantes Vernetzungstreffen musste aufgrund der Erkrankung des:der Akteur:in des 3. Sektors kurzfristig verschoben werden. Nachfolgend werden die wesentlichen Aspekte der Kontakte zwischen den Klient:innen und der Link Workerin zur Darstellung gebracht und sollen einen Einblick in das Tätigkeitsprofil eines:einer Link Worker:in geben.

Klientin 1 zählte zur **Zielgruppe Frauen** beziehungsweise **Familie**. Die etwa vierzig Jahre alte Frau vereinbarte, basierend auf der Empfehlung ihres Mannes, selbstständig

einen Termin bei Mag.^a Knopp. Sie benannte im Gespräch mit der Link Workerin folgende Herausforderungen ihrer derzeitigen Lebenssituation:

- Probleme in der Partnerschaft
- Arbeitslosigkeit/Suchtverhalten des volljährigen Sohnes
- finanzielle Probleme
- Rückenprobleme
- Übergewicht
- mangelnder Selbstwert
- Überlastung

Im Rahmen des Gespräches zeigte sich, dass die Frau bereits an zahlreiche Angebote/Akteur:innen des 3. Sektors angebunden ist/war. Der Fokus im Austausch zwischen Klientin und Link Workerin lag auf der Benennung eventuell noch unbekannter Unterstützungsangebote sowie auf dem Gespräch selbst als entlastendes Instrument.

Klientin 2 zählte zur **Zielgruppe Alte Menschen**. Sie wurde im Anschluss an die ärztliche Konsultation von Dr.ⁱⁿ Pilz persönlich zu Mag.^a Knopp begleitet, die aufgrund einer Terminverschiebung prompt auf die Bedürfnisse der betagten und aufgeregten Frau reagieren konnte. Die Klientin sah sich aktuell mit folgenden Herausforderungen konfrontiert:

- Gelenksprobleme, geplante Knieoperation
- schlechter Gesundheitszustand insgesamt (häufige Infekte)
- Einsamkeit
- Überforderung

Die Pensionistin sah sich aktuell persönlich nicht in der Lage, den geplanten Knieoperationstermin wahrzunehmen. Mag.^a Knopp unterstützte die ältere Frau bei den Telefonaten mit den zuständigen Stellen hinsichtlich eines neuen Operationstermins. Es wurde kein weiterer Termin bei Mag.^a Knopp vereinbart, jedoch die Möglichkeit der Inanspruchnahme weiterer Treffen besprochen.

Klientin 3 zählte zur **Zielgruppe Alte Menschen** und wurde vor einigen Wochen durch Dr.ⁱⁿ Pilz an Mag.^a Knopp verwiesen. Die betagte Frau erschien zu dem Termin in Begleitung ihres Ehemannes mit folgenden Problematiken:

- Überforderung im Alltag aufgrund einer Demenzerkrankung
- Sprachbarrieren hinsichtlich Kontaktaufnahme mit weiterführenden Angeboten
- fehlende Informationen über entsprechende Angebote/Akteur:innen des 3. Sektors

Die Link Workerin informierte das Ehepaar über mögliche erwägenswerte Angebote/Akteur:innen des 3. Sektors im Zusammenhang mit Demenz sowie über konkrete Hilfen im Alltag. Zudem wurden etwaige finanzielle Unterstützungsleistungen über einen Pflegegeldanspruch hinaus geklärt. Mag.^a Knopp bot außerdem ihre Expertise beim Stellen von Anträgen an.

Nach einem intensiven Gespräch mit Fokus auf die positiven Aspekte und Ressourcen im Alltag des Ehepaars, wurde als Folgetermin ein Hausbesuch vereinbart, mit dem Ziel,

das Ehepaar bei der ärztlichen Visitation im Rahmen der Bezugsklä rung von Pflegegeld zu unterstützen. Darüber hinaus bietet ein Besuch der Link Workerin in der Wohnung des Paares die Möglichkeit einen persönlichen Eindruck der aktuellen Lebensverhältnisse des Ehepaars zu erlangen, um folglich darauf mit passgenauen Angeboten des 3. Sektors zu reagieren und diese bestmöglich zu unterstützen.

Klient 4 zählte zur **Zielgruppe Menschen mit Migrationsbiographie** und wurde von Dr.ⁱⁿ Pilz an Mag.^a Knopp überwiesen. Der Klient lebt seit mehreren Jahren in Österreich, musste seine Familie jedoch in seiner Heimat zurücklassen. Der Mann brachte folgende Thematiken in das Gespräch mit der Link Workerin ein:

- Kopfschmerzen
- Schlaflosigkeit
- innere Unruhe
- Gereiztheit
- emotionale Belastung aufgrund der aktuellen familiären Situation
- Wunsch nach Familienzusammenführung

Im Rahmen des Austauschs wurde das Anliegen des Klienten, Unterstützung hinsichtlich einer Vereinigung der gesamten Familie in Österreich zu erlangen, deutlich. Die benannten körperlichen Symptome und Belastungen führte der Klient ebenso auf die Problematik zurück. Mag.^a Knopp informierte den Mann über etwaige Unterstützungsmöglichkeiten von Akteur:innen des 3. Sektors in Form von Foldern sowie der Weitergabe von Kontaktdaten diesbezüglich. Der Mann zeigte sich über die aus seiner Perspektive fehlende sofortige Hilfe enttäuscht und wollte deshalb keinen weiteren Termin in Anspruch nehmen.

Klient 5 zählte zur **Zielgruppe Menschen mit Suchterkrankung** und hat auf Überweisung von Dr.ⁱⁿ Pilz bereits zwei Termine innerhalb eines Monats bei Mag.^a Knopp wahrgenommen. Der Mann mittleren Alters erläuterte im Gespräch mit der Link Workerin folgende Belastungen:

- Suchtverhalten (Alkohol)
- Beziehungskonflikte
- Einsamkeit
- Arbeitslosigkeit
- finanzielle Probleme
- Müdigkeit
- allgemein schlechter Gesundheitszustand
- Tod der Eltern

Gemeinsam mit dem Klienten wurden zu den benannten Problematiken Unterstützungsangebote recherchiert. Zudem gab der Mann an, bereits Entlastung lediglich durch das Ansprechen der Thematiken und durch das Gefühl, gehört zu werden, erfahren zu haben.

Zusammenfassend erlebte ich die Begleitung von Mag.^a Knopp in ihrer Rolle als Link Workerin als intensiv und gleichzeitig bereichernd. In der Praxis wurde besonders deutlich, dass die Tätigkeit der Link Worker:in umfassendem Wissen bedarf. Neben dem Inkontakttreten mit unterschiedlichsten Zielgruppen bilden aus meiner Sicht Fertigkeiten in Gesprächsführung die Basis des Tuns. Zudem ist ein erschöpfendes Wissen über Akteur:innen/Angebote des 3. Sektors wichtig. Mag.^a Knopp musste sich permanent auf neue Herausforderungen einstellen und ihre Flexibilität unter Beweis stellen. Insgesamt erlebte ich Mag.^a Knopp in ihrer Rolle als Link Workerin höchst professionell, nicht nur fachlich, sondern insbesondere in ihrer Haltung Klient:innen gegenüber.

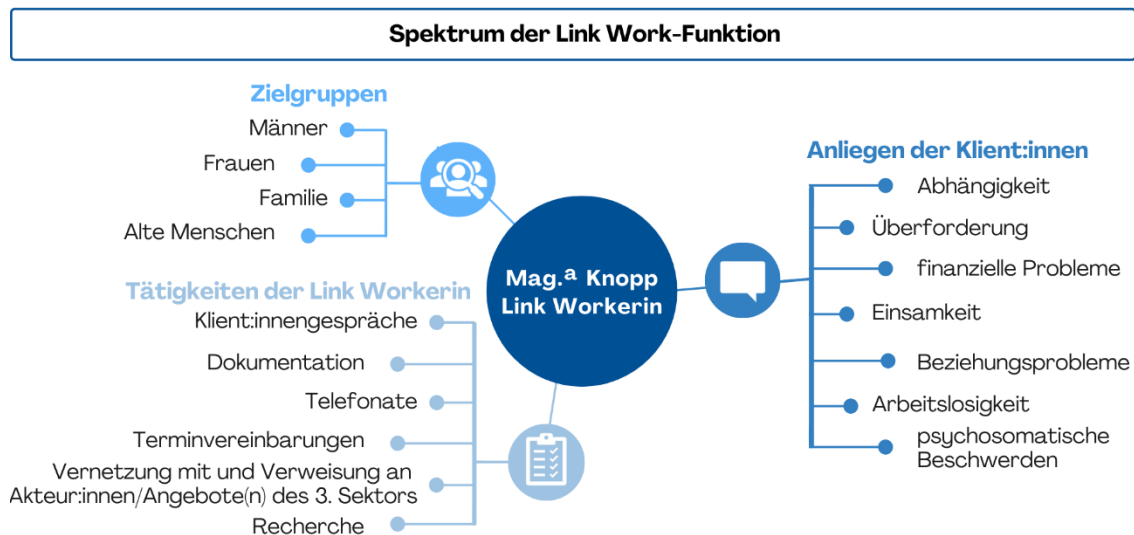


Abbildung 58: Spektrum der LW-Funktion

Quelle: eigene Darstellung

4.6.2 Auswertung Expert:inneninterview

Holzinger-Grath Sabine, Tritta Claudia

Aus dem Expert:inneninterview (siehe 3.2.4) mit Dr.ⁱⁿ Pilz, Dr. Ouhadi und Mag.^a Knopp lassen sich neben der Information, ob Empfehlungen des Forschungsteams innerhalb der Gruppenpraxis während der Umsetzungsphase zur Anwendung kamen oder nicht, weitere spannende Aspekte entnehmen/ableiten.

Die Empfehlung, **keine Quote** die allgemeine **wöchentliche Terminanzahl mit Klient:innen** betreffend vorzugeben, sondern dies der Organisation der Link Workerin zu überlassen, wird nach Angaben von Mag.^a Knopp grundsätzlich umgesetzt. Die Fachkraft für LW teilt sich – neben Aufgaben wie Dokumentation und Netzwerkmanagement – die Anzahl der Termine mit den Klient:innen selbst ein. Folgende Aussage von Dr.ⁱⁿ Pilz verdeutlicht, dass die Link Workerin als Expertin hinsichtlich der angemessenen Einteilung ihrer Aufgaben gesehen wird: „Und vor allem müssen ja [der:]die Sozialarbeiter[:in], Sozialpädagog[:in], wer auch immer das Link Working macht, am besten beurteilen können, wie viel sie leisten können und wollen“ (Z 31-33).

Für den Fall der **zeitlichen Auslastung der Link Workerin** soll es einen Plan geben, der festlegt, wie damit umgegangen wird – ein Priorisierungssystem, das Verweisen an andere Stellen oder längere Wartezeiten für Klient:innen auf Termine waren Teil dieser Empfehlung. Solch ein Plan wurde seitens der Professionist:innen der Gruppenpraxis bis zum Zeitpunkt des Interviews nicht erstellt, „weil“, wie Dr.ⁱⁿ Pilz anmerkt, „sich das Problem momentan noch nicht stellt. Also momentan sehen wir die Notwendigkeit nicht, weil sich das Potenzial, also die Kapazität eigentlich ziemlich gut deckt mit der Nachfrage“ (Z 54-56). Präventiv wurde also vor dem Start der Umsetzung von SP keine Strategie für eine mögliche Auslastung von Mag.^a Knopp entwickelt. Dies könnte auf die Tatsache zurückzuführen sein, dass zeitliche Ressourcen für präventive Maßnahmen – wie die Einführung eines Priorisierungssystems – nicht gegeben sind bzw. andere Aufgaben als wichtiger erachtet werden oder, weil aufgrund der bisherigen Erfahrungen keine Grundlage dafür besteht.

Der empfohlene **Vergleich** zwischen dem **eingeschätzten Bedarf der Patient:innen an SP** durch die Professionist:innen **und der tatsächlichen Inanspruchnahme** wirkt einen spannenden Aspekt auf. Dr.ⁱⁿ Pilz stellt bei einigen Patient:innen der Gruppenpraxis Bedarf an SP fest, diese nehmen derzeit das Angebot jedoch nicht in Anspruch. Sie vermutet Scham seitens der Patient:innen und das Bestreben, Probleme selbst zu lösen. Dr.ⁱⁿ Pilz sieht hier Handlungsbedarf: „Also da braucht es noch viel Aufklärungsarbeit und viel Überzeugungsarbeit“ (Z 83-84). Diesbezüglich findet Austausch in Teambesprechungen über mögliche Methoden der Überzeugung und Herangehensweisen an Personen, bei denen Bedarf festgestellt wird, statt. Zudem wurde ein Flyer in drei Sprachen – Deutsch, Serbokroatisch und Türkisch – gestaltet, der über das SP-Angebot aufklärt. Hinsichtlich **Akzeptanzsteigerung gegenüber SP** beschreibt Mag.^a Knopp drei Bereiche:

- Akzeptanz der Patient:innen: Kann diese gesteigert werden und wie?
- teaminterne Akzeptanz (vor allem der Ärzt:innen und Ordinationsassistent:innen): Der mündliche Austausch über Fallverläufe kann laut Link Workerin positive Auswirkungen auf Überweisungen haben, indem dadurch das Spektrum an Möglichkeiten von SP aufgezeigt wird.
- Austausch mit Kooperationspartner:innen: Ein Ausbau von Angeboten wird bei Anbietern des 3. Sektors durch Mag.^a Knopp angeregt.

Bezüglich **Geschlechterverteilung der Personen, die SP in Anspruch nehmen**, nimmt Mag.^a Knopp seit der Bedarfserhebung (siehe 4.2) einen Anstieg der Inanspruchnahme durch Männer wahr. Dr.ⁱⁿ Pilz stellt bezüglich des höheren Frauenanteils folgende Verknüpfung her: „Weil wir schon ein bisschen das Gefühl haben, dass Frauen eher bereit sind da schnell einmal so ein Angebot in Anspruch zu nehmen. Und WIR uns dann die Frage gestellt haben, ob wir vielleicht auch eher dazu neigen, Frauen anzusprechen“ (Z 157-160). Sie begründet diese Vorgehensweise und versucht bewusst gegenzusteuern: „Weil wir davon ausgehen, dass wir da eine positive Reaktion bekommen [...]. Ich versuche das jetzt selbst bei mir gerade zu beobachten und auch mehr Männer bewusst anzureden“ (Z 164-166). Diese Aussagen von Dr.ⁱⁿ Pilz zeigen die Relevanz einer reflektierten Haltung der Überweiser:innen. Dr. Ouhadi sieht keinen großen Unterschied hinsichtlich Geschlechterverteilung der Patient:innen, die er an die Link Workerin überweist,

betont jedoch, dass es möglich sei, dass Männer Termine bei Mag.^a Knopp häufiger nicht wahrnehmen.

Dr.ⁱⁿ Pilz weist darauf hin, dass **Schwierigkeiten in der sprachlichen Verständigung** auf den Prozess des Überweisens wirken: „Wenn die Sprachbarriere sehr groß ist, [ist es] schwierig die Leute weiterzuverweisen. Wenn ich es ihnen [den Patient:innen] nicht vermitteln kann, was das für ein Angebot ist. [...] nicht bei der Martina erst, sondern das beginnt schon in der Ordination“ (Z 261-264). Für den Umgang mit Verständnisschwierigkeiten – z. B. aufgrund von Sprache oder Beeinträchtigungen – gibt es Ideen, um die Kommunikation zu vereinfachen. Dr.ⁱⁿ Pilz hat sich diesbezüglich mit Dr. Leber⁹⁶ ausgetauscht und von einer Online-Plattform erfahren, mittels welcher digital Kontakt zu Personen aufgenommen werden kann, die für Gespräche mit Klient:innen zugeschaltet werden und als Dolmetscher:innen fungieren können. Bis dato ergab es sich nicht, dass Dolmetsch via Video oder Telefon eingesetzt wurde. Weiters besitzt Mag.^a Knopp ein Zeigewörterbuch, welches ebenso noch nicht zum Einsatz kam. Der konkrete Umgang mit Verständnisschwierigkeiten scheint, wie auch bezüglich des Vorgehens im Falle der Auslastung der Link Workerin, nicht konkret definiert zu sein. Schwierigkeiten betreffend die Verständigung kamen in der Gruppenpraxis noch nicht häufig vor, sodass dies kein Thema war, das einer einheitlichen Vorgehensweise bedurfte. Ebenso könnten knappe zeitliche Ressourcen dafür verantwortlich sein, dass hinsichtlich des Umganges mit Schwierigkeiten in der sprachlichen Verständigung keine präventiven Vorkehrungen getroffen wurden. Es zeigt sich, dass sich die Umsetzung von SP noch in der Anfangsphase befindet. Deutlich wird jedoch, dass die Professionist:innen der Gruppenpraxis auf die Deckung der Bedürfnisse der Patient:innen/Klient:innen bedacht sind und darauf geachtet wird, dass sprachliche Barrieren keinen Ausschlussgrund für SP bzw. die Überweisung zur Link Workerin darstellen.

Maßnahmen und relevante Faktoren zur Erreichbarkeit von Zielgruppen werden in interne und externe geteilt. **Intern** sind folgende Maßnahmen bzw. Faktoren zu nennen:

- Die Ordination hat montags bis freitags geöffnet, für insgesamt 30 Stunden pro Woche.
- Der Zugang zu Mag.^a Knopp gestaltet sich niederschwellig. Eine eigene Telefonnummer und E-Mail-Adresse der Link Workerin gibt es bereits. Die Daten für die Kontaktaufnahme sind ihren Visitenkarten und dem Flyer für SP zu entnehmen.
- Die Website für die Gruppenpraxis befindet sich in Arbeit. Ob diese ein Online-Terminvereinbarungstool enthalten wird, stand zum Zeitpunkt des Interviews noch nicht fest.
- Mag.^a Knopps Arbeitszeit von neun Wochenstunden leistet sie vorrangig montags. Da an Montagen Termine mit Klient:innen in der Gruppenpraxis abgehalten werden und sie währenddessen telefonisch nicht erreichbar ist, reduziert sich die Zeit für Telefonate bzw. ihre Erreichbarkeit für Klient:innen. Sie betont, dass sie außerhalb des Montags telefoniere. Hausbesuche finden auch an anderen Wochentagen statt.
- Seitens der Link Workerin werden neben Information, Beratung, Begleitung und Hausbesuchen keine spezifischen Angebote für die Zielgruppen (siehe 4.4.1) gesetzt.

⁹⁶ Dr. Leber ist praktizierender Allgemeinmediziner in Tower Hamlets, einem Bezirk von London (Großbritannien), und Dozent für Primärversorgung des National Institute for Health Research.

- Auf die Frage nach dem präventiven Einsatz von SP betont Dr.ⁱⁿ Pilz, das Bestreben die Gesundheitskompetenz des Gegenübers aufzubauen. Dies entspricht bereits jetzt den Versorgungszielen der Gruppenpraxis laut Versorgungskonzept (siehe 4.4.1), die u. a. die Stärkung der Gesundheitskompetenz und Prävention enthalten. Dr.ⁱⁿ Pilz führt zu dem Aspekt der Prävention einen Risikofaktor an: „Einsamkeit ist ein Risikofaktor wirklich für viele Erkrankungen, über Depressionen und chronische Schmerzen und so weiter“ (Z 464-465).

Aspekte zu **externen Faktoren hinsichtlich Erreichbarkeit** wurden im Rahmen des Interviews ebenso thematisiert:

- Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung über SP und LW werden einerseits durch den erstellten Folder geleistet, andererseits im Rahmen des Regionalforums (Plattform für soziale Vernetzung) des 15. Wiener Gemeindebezirks. Dieses findet monatlich statt, die Gruppenpraxis nimmt regelmäßig daran teil.
- Das möglichst zeitnahe Miteinbeziehen von Zielgruppen und Communitys, um deren Bedürfnisse⁹⁷, Wünsche und Stärken einbinden zu können, ist nach Angaben von Dr.ⁱⁿ Pilz im 15. Bezirk gegeben. Über das Regionalforum werden Veranstaltungen organisiert. Im vergangenen Jahr war beispielsweise das Wasserfest geplant, dort wäre die Gruppenpraxis mit einem Informationsstand vertreten gewesen. Aufgrund der Covid-19-Situation kam dieses Fest jedoch nicht zustande.
- Bezüglich Gemeinwesenarbeit erwähnt Dr.ⁱⁿ Pilz den starken Rückhalt des Bezirksvorstehers. Dieser sei bei den Treffen des Regionalforums dabei und zeige sich positiv gegenüber der geplanten PVE und den Initiativen, die seitens der Gruppenpraxis vorgeschlagen werden.
- Über das Regionalforum werden auch Informationen über SP und LW an Dritte (z. B. Polizei, Glaubensgemeinschaften) weitergegeben, die mit Zielgruppen in Kontakt treten.

Eine Empfehlung das Soziale Rezept betreffend ist, dass **Überweisungen von Patient:innen an die Link Workerin auch über externe Hausärzt:innen** möglich sein sollen. Hier ergibt sich für Mag.^a Knopp die Frage der Verrechnung. Das Angebot des LW als Leistung der Ordination wird über die E-Card der Patient:innen verrechnet. Ein Wechsel des:der Hausärzt:in ist für Patient:innen nach ÖGK pro Quartal möglich. Dies erschwert es, Patient:innen von anderen Praxen in den SP-Prozess aufzunehmen, da sich im Falle des Aufsuchens der Link Workerin während eines Quartals die Frage der Kostenübernahme stellt. Mag.^a Knopp verdeutlicht, dass die Empfehlung hinsichtlich der Möglichkeit der Überweisung durch externe Ärzt:innen Klärung durch die ÖGK verlangt.

Die **Überweisung von den Ärzt:innen zu Mag.^a Knopp** soll durch eine Kombination aus der namentlichen Erwähnung und der spezifischen Rolle der Link Workerin erfolgen.

⁹⁷ Dr.ⁱⁿ Pilz beschreibt den 15. Wiener Bezirk als denjenigen mit der niedrigsten Lebenserwartung und verknüpft dies mit Armut und Bildung. Darin sieht sie den Grund für die Etablierung einer PVE. Eine Erhebung der Bedürfnisse der Zielgruppe mit Blick auf die geplante PVE durch die Professionist:innen der Gruppenpraxis findet nicht statt. Mag.^a Knopp verdeutlicht die Grenzen der Kapazitäten und sieht diese Bedarfserhebung bei „anderen gesundheitspolitischen Stellen“ (Z 498).

Diese Empfehlung findet Anwendung in der Gruppenpraxis. Dr. Ouhadi überweist Klient:innen mit dem Satz: „Da ist eine Sozialpädagogin, die wir haben, und sie kann halt wahrscheinlich weiterhelfen“ (Z 676-678) bzw. „Sie kann Ihnen vielleicht weiterhelfen. Machen wir gleich einen Termin aus“ (Z 681-682).

Zum **konkreten Ablauf der Überweisung** wurde zudem empfohlen, dass die Link Workerin direkt in das Behandlungszimmer geholt wird oder Patient:innen zu ihr geschickt werden. Dies erscheint als schwierig, da die Link Workerin üblicherweise nur montags in der Ordination anwesend ist. Dr.ⁱⁿ Pilz vergibt an Personen, bei denen sie den Eindruck hat, sie seien bereit für die Inanspruchnahme des SP-Angebotes, direkt einen Termin und informiert die Link Workerin im Anschluss mittels Textnachricht darüber. Die Ärztin überreicht den Patient:innen einen Zettel mit dem notierten Termin und den Folder zu SP. Mag.^a Knopp wirft während des Interviews ein, dass sich ihre Visitenkarte für das Notieren des Termins anbieten würde. Der Ablauf der Überweisung scheint sich noch nicht etabliert zu haben, dies kann mit der kurzen Umsetzungsphase von SP in Zusammenhang stehen.

Dr.ⁱⁿ Pilz ist es wichtig, dass Personen vereinbarte Termine bei Mag.^a Knopp wahrnehmen bzw. absagen, falls sie diese nicht einhalten. Es wird versucht, das **Fernbleiben von Terminen** zu minimieren, indem betont wird, dass ein nicht zustande gekommener Termin einem:einer anderen Patient:in fehle. Werden Termine nicht wahrgenommen, wird seitens der Link Workerin unverbindlich telefonisch bei den Klient:innen nachgefragt. Diese Maßnahme führt sie jedoch nicht durch, wenn Klient:innen bereits vier oder fünf Mal ohne Absage nicht erschienen sind. Mag.^a Knopp betont, dass es den Personen selbst obliege, sich wieder zu melden, wenn sie einen Termin vereinbaren möchten. Dr.ⁱⁿ Pilz nutzt Terminabsagen bzw. freie Slots der Link Workerin, um Patient:innen, die ihrer Meinung nach Bedarf haben, spontan zu überweisen und begleitet diese direkt zu Mag.^a Knopp. Dies zeigt, dass ein Bedarf an offenen Sprechstunden besteht.

Eine **offene Sprechstunde** im Sinne des niederschweligen Zugangs für Klient:innen gab es zum Zeitpunkt des Interviews nicht und ist nach Angaben von Mag.^a Knopp auch nicht angedacht. Während der Ordinationszeiten besteht für Klient:innen die Möglichkeit, telefonisch einen Termin bei Mag.^a Knopp zu vereinbaren. Die Link Workerin macht auf Terminkollisionen aufmerksam: Es kommt vereinzelt vor, dass sie selbst telefonisch einen Termin mit einem:einer Klient:in festlegt, diesen dann an die Ordination weiterleitet und die Rückmeldung bekommt, dass dieser Zeitpunkt bereits verbucht ist. Einen Online-Zugang zu dem System rund um die Termine hat die Link Workerin nicht. Dies empfindet Mag.^a Knopp jedoch nicht als störend, sie äußert Präferenzen bei der Vereinbarung von Terminen: „Also mir ist am liebsten, wenn die Anmeldung über die Ärzte eingebucht wird oder von der Administration hier gemacht wird“ (Z 810-811).

Mag.^a Knopp erachtet die Information hinsichtlich **Überweisungsgrund** für sie als Link Workerin als wichtig, wenn die Klient:innen zum ersten Termin erscheinen. Dieser wird von den Überweiser:innen in der Infobox des internen Systems vermerkt. Im Falle von Überweisungen innerhalb der Gruppenpraxis ist Mag.^a Knopp darüber informiert, wer die Person überwiesen hat und welcher Grund aus Sicht des:der Überweiser:in vorlag. Das

System gewährt der Link Workerin ebenso Zugang zur Krankenakte des:der Patient:in innerhalb der Ordination.

Die Empfehlung für die **Dauer von Erstterminen** liegt bei 60 Minuten. Die Link Workerin gibt an, dass die Termine meist etwas kürzer dauern und erwähnt in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit der Dokumentationsführung. Dadurch wird der Eindruck erweckt, dass Mag.^a Knopp zwischen den Terminen keine extra Zeit einplant, um Termine schriftlich zu erfassen – dies lässt auf einen Mangel an zeitlichen Ressourcen schließen.

Der **standardisierte Sozialanamnesebogen** (siehe Anhang B), von dem Forschungsteam adaptiert und u. a. durch die Frage nach der überweisenden Person erweitert, kommt zum Einsatz. Für Mag.^a Knopp stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, wie sie Fallverläufe dokumentiert. Derzeit hält sie dies handschriftlich auf der Rückseite des Bogens fest. Ein computergestütztes Dokumentationssystem bietet sich hierfür an, findet jedoch zum Zeitpunkt des Interviews keine Anwendung in der Gruppenpraxis.

Eine Empfehlung weist darauf hin, dass die **Vorgehensweise nach dem Ersttermin nach den Bedürfnissen der Klient:innen** gestaltet werden soll. Der personenzentrierte Ansatz der Link Workerin wird durch eine Aussage ihrerseits deutlich: „Ohne ihre Bedürfnisse kann ich eh nicht arbeiten. Das ist schon in meinem Interesse“ (Z 791-792).

Informationen, die sich aus der **Inanspruchnahme des verschriebenen Angebotes des 3. Sektors durch den:die Klient:in** ergeben, sollen primär von Klient:innen selbst an die Link Workerin herangetragen werden. Diesbezüglich erwähnt Mag.^a Knopp, dass ein Austausch darüber, ob Klient:innen das vorgeschlagene Angebot des 3. Sektors in Anspruch genommen haben, mit „sehr engen Kooperationspartner:innen“ (Z 955) stattfindet.

Ein **Abschlussgespräch** wird nicht mit allen Klient:innen durchgeführt. Dazu führt Mag.^a Knopp Folgendes an: „Dass die Patient:innen, wenn alles geklappt hat, am Schluss noch zu einem Abschlussgespräch kommen, war jetzt selten“ (Z 973-974). Die Möglichkeit eines solchen Gespräches wird den Klient:innen jedoch zur Verfügung gestellt. Im Sinne des bedürfniszentrierten Ansatzes obliegt die Inanspruchnahme dieses Termins der Entscheidung des:der jeweiligen Klient:in. Abschlussgespräche finden demnach statt, wenn Klient:innen nach der Verweisung in den 3. Sektor nochmals einen Termin bei Mag.^a Knopp vereinbaren.

Das **Aufgabengebiet der Link Workerin** betreffend lautete die Empfehlung, dass Bereiche des SP und der „klassischen“ Sozialarbeit verbunden werden sollen – dies gemäß der erworbenen Berufsausbildung. Mag.^a Knopp erwiderte auf die Frage nach der Umsetzung dieser Empfehlung: „Also wenn es um Formulare ausfüllen geht, hatte ich auch jede Menge natürlich, hauptsächlich Pflegegeldanträge, Berufsunfähigkeitspension und Gemeindewohnung. Also das kann man schon hier machen“ (Z 884-886).

Sozialarbeiterische Tätigkeiten, explizit der **Einsatz von Sozialer Diagnostik**, zählen zu den zentralen Aufgaben des:der Link Worker:in und finden sich zudem in den Empfehlungen wieder. Betreffend Sozialer Diagnostikinstrumente verweist Mag.^a Knopp auf den konzipierten Sozialanamnesebogen zur Einschätzung der jeweiligen Lebenssituation von Klient:innen, über die Nutzung weiterführender Diagnoseinstrumente zeigt sich die Link Workerin unsicher.

Mag.^a Knopp benennt im Gespräch klar, dass sie selbst Sozialpädagogin sei und spezielle sozialarbeiterische Tools ihrerseits noch nicht zum Einsatz kamen. Daraus resultieren grundlegende weiterführende Diskussionen dahingehend, welche Professionen für die Tätigkeit als Link Worker:in hinsichtlich gestellter Anforderungen an die Rolle generell in Betracht kommen, wo mögliche Grenzen von Fachlichkeit gegeben sind sowie die Frage, ob bzw. welche Fortbildungsmaßnahmen notwendig sind, um eine Kompensation von fehlendem Wissen zu erzielen (siehe 4.1.2, 4.5.3.1, 4.5.3.2).

In den Empfehlungen wird die Wichtigkeit von **Fertigkeiten hinsichtlich Vernetzungs- und Beziehungsarbeit**, insbesondere des Einbezugs von Lebenserfahrung und Empathie, sowie Kenntnis im Tun mit unterschiedlichen Gruppen von Menschen benannt. Mag.^a Knopp bestätigt die Bedeutung der genannten Aspekte. Zudem stimmt sie zu, dass **Fortbildungen** förderlich für die Klient:innenarbeit sind und darüber hinaus weitere wichtige Fertigkeiten sozialarbeiterischen Handelns umfassen. Sie argumentiert folgendermaßen: „Ja, also da waren natürlich sozialarbeiterische Aspekte oder auch so ethische Aspekte drinnen, die schon wirklich wichtig und hilfreich sind. Ich habe jetzt selber gerade einen Ausbildungslehrgang bei den Wiener Stadtmenschen gemacht“ (Z1011-1014).

Die Empfehlung regelmäßig stattfindender **Supervisionen als ein Aspekt der Qualitätssicherung** wurde bislang nicht umgesetzt. Als Begründung nennt Mag.^a Knopp mangelnde zeitliche Ressourcen, jedoch die geplante Installierung der zudem für die Psychohygiene maßgeblich fördernden Maßnahme im kommenden Jahr. Zusätzlich wird die Empfehlung ausgesprochen, Einzelsupervisionen in Anspruch nehmen zu können. Mag.^a Knopp beruft sich hier auf die Abhängigkeit von Unterstützungsleistungen aus einem weiteren Fördercall: „Ich denke, dass das auch genehmigt wird. Und jetzt muss [man] einmal schauen, weil es gibt vielleicht einen neuen Fördercall ab April mit Förderungen. Man muss jetzt einfach schauen. Ich werde, also, wenn keine Förderungen laufen, dann müssen die mich selber zahlen. Da bin ich im Moment noch nicht einkalkuliert, ja“ (Z1160-1163). Es zeigt sich, dass der Fokus der Link Workerin derzeit gänzlich auf der direkten Klient:innenarbeit liegt, Maßnahmen zur Psychohygiene zum momentanen Zeitpunkt kaum von Belang sind. Dies gründet sich vor allem auf fehlende finanzielle, aber auch zeitliche Ressourcen. Dabei entsteht der Anschein, dass der Arbeit mit Klient:innen von den Beteiligten selbst ein höheres Maß an Wichtigkeit beigemessen wird als Maßnahmen zu ihrer eigenen Entlastung. Langfristig gilt es zu klären, inwieweit Psychohygiene die Basis für eine konstruktive und beständige Klient:innenarbeit sicherstellt und wie diese dauerhafte Implementierung findet.

Bei der Überweisung zu Akteur:innen/Angeboten des 3. Sektors wird neben dem Zugang zu allgemeinen Kontaktdaten die **Lukrierung von Wissen über den dahinter stehenden Träger** empfohlen. In der Praxis erweist sich die benannte Empfehlung nur teilweise als umsetzbar. Mag.^a Knopp merkt dazu Folgendes an: „Und sonst, bei dem Fördercall war auch angedacht, dass man bei den Kooperationspartnern nachfragt: Wie viele Fortbildungen haben die dort, wie viele Weiterbildungen bieten sie an, wie schauen sie auf die Qualifikation, schauen die auf Genderkriterien, wen haben die als Förderer [...]. Also ich frage jetzt nicht beim Hilfswerk nach, wie die ihre Personalbildungspolitik führen“ (Z 1340-1344). Sie führt weiters an: „Aber grundsätzlich habe ich das Gefühl, ja also, wenn es jetzt wirklich so kleine private Flüchtlingsvereine sind [...], dann schaut man halt schon ein bisschen, wie seriös sind die, ja. Aber bei den Vereinen, die in Wien anbieten, denke ich mir, da gehe ich davon aus, die sind alle irgendwie gefördert und wenn sie gefördert sind, dann unterliegen sie eh jeder Menge Auflagen“ (Z 1349-1354). Es zeigt sich, dass das Einholen von Informationen über Akteur:innen/Angebote des 3. Sektors in Korrelation zu bereits bestehendem Wissen bei Mag.^a Knopp zu sehen ist.

Die Empfehlung hinsichtlich der **Anbindung von Klient:innen an Akteur:innen/Angebote des 3. Sektors** durch das Aushändigen von Informationsmaterial, stellvertretende telefonische Kontaktaufnahme für Klient:innen sowie die konkrete Begleitung zu Unterstützungsleitungen durch die Link Workerin wird von Mag.^a Knopp bereits umgesetzt.

Die damit einhergehende **Entscheidungskompetenz**, an welche nicht-klinischen Akteur:innen/Angebote des 3. Sektors verwiesen wird, obliegt dem:der Klient:in und der Link Workerin gemeinsam. Mag.^a Knopp bejaht die Umsetzung und unterstreicht die Wichtigkeit diesbezüglich mit der anschließenden Aussage: „Also anders als mit den Patienten[:innen] kann ich es eh nicht, weil sie müssen hingehen. Also es ist eh illusorisch, wenn ich das entscheide“ (Z 1374-1375).

Eine Empfehlung beruht auf der **Erfassung relevanter Informationen über Akteur:innen/Angebote des 3. Sektors** in einer elektronisch standardisierten Datenbank mit Zugriff aller Berufsgruppen. Mag.^a Knopp gibt an, dass sie für sich, ohne die Möglichkeit der Einsichtnahme durch andere in der Gruppenpraxis tätige Professionist:innen, eine Exceltabelle mit den wichtigsten Kooperationspartner:innen erstellt hat. In der Praxis erachtet die Link Workerin den Informationsbezug über Akteur:innen/Angebote des 3. Sektors über die entsprechende Website als praktikabler als auf eventuell bereits veraltete Informationen in einer Liste zurückzugreifen. Zudem führt die Link Workerin an, Wissensbezug über Folder nicht weiterzuführen, da sie das Format in der Praxis nicht nutze. Folder zum Aushändigen für Klient:innen liegen ggf. bereit.

Eine weitere Empfehlung beruht auf einer **umfassenden Mitbestimmung von Klient:innen**, explizit der Berücksichtigung von deren Wünschen und Optionen von Beginn an. Zudem sollten Klient:innen dazu befähigt sein, ein für sie passendes Format (Termin in der Praxis, Hausbesuch, telefonischer Austausch) zu wählen sowie die Art der Intervention (sozialarbeiterische Hilfe, Entlastungsgespräche, Verweisung an Akteur:innen/Angebote des 3. Sektors) mitzugestalten, Kontaktfrequenz mit der Link Workerin

eingeschlossen. Mag.^a Knopp bestätigt die Umsetzung der Empfehlung und merkt weiters folgende damit einhergehende Aspekte an: „Die Art der Unterstützung ergibt sich aus dem Bedarf, das ist irgendwie eh klar. Also wie gesagt, wenn Patienten[:innen] fünf, sechs Mal kommen und mir ihre Geschichte weitererzählen wollen und erzählen wollen, dann ist das für eine gewisse Frequenz schon drinnen, aber dann sage ich auch ‚Schauen Sie, ich bin da für Weitervermitteln und‘ / Also da zeige ich dann schon auch / Da gibt es dann schon eine Grenze“ (Z 1404-1409). Mag.^a Knopp verweist mit ihrer Aussage darauf, dass die grundsätzliche Mitbestimmung von Klient:innen zwar gegeben ist, jedoch auch an Grenzen stößt, dahingehend, dass die Herausforderungen und Erwartungen des:der Klient:in durch das Angebot der Link Workerin nicht immer abgedeckt werden können. Darüber hinaus spielt eine gerechte Verteilung der vorhandenen Ressourcen auf möglichst viele Klient:innen ebenso eine Rolle. Die benannten Aspekte werden von Mag.^a Knopp gegenüber dem:der Klient:in transparent kommuniziert: „Schauen Sie, wir können jetzt einmal ein bisschen darauf hinarbeiten, dass Sie noch woanders hinschauen, aber sonst würde ich jetzt einfach einmal eine Pause machen“ (Z 1428-1430).

Die **Empfehlung, Grund und Zeitpunkt von Abbrüchen durch Klient:innen zu dokumentieren**, um folglich Rückschlüsse daraus zu ziehen, findet seitens Mag.^a Knopp teilweise Umsetzung. Im Gespräch mit Mag.^a Knopp zeigt sich die Wichtigkeit einer klaren Definition von Abbrüchen, da die Gründe von Klient:innen, keinen Folgetermin in Anspruch zu nehmen, unterschiedlich sind. Die Link Workerin nennt als Beispiele neben dem Versäumnis von vereinbarten Terminen die Information von Klient:innen durch ein weiterführendes Angebot eine für die bestehenden Bedürfnisse passgenauere Hilfe zu bekommen beziehungsweise die Tatsache, dass Klient:innen von sich aus einstweilen keine weitere Begleitung wünschen. Die angeführten Beispiele der Beendigung der Begleitung werden zwar dokumentiert, es findet jedoch keine nähere Erläuterung der Abbruchgründe der Klient:innen statt, das nicht zuletzt in der fehlenden Begriffsdefinition begründet liegt.

Eine weitere Empfehlung lautete, dass im **Zusammenhang mit kritischen Prozessschritten** (Über- und Verweisung) **Rückmeldungen an die Zuweiser:innen** erfolgen sollen, um Gewissheit darüber zu erlangen, ob Klient:innen weiterführende Angebote tatsächlich annehmen, um somit etwaigen Abbrüchen entgegenzuwirken. Die Umsetzung erfolgt derzeit wenig standardisiert und unregelmäßig. Dr.ⁱⁿ Pilz erwähnt, Klient:innen bei einem in der Kartei ersichtlichen Vermerk diesbezüglich direkt anzusprechen, Mag.^a Knopp fragt gelegentlich nach: „Wenn sie wieder kommen. Das ist ja, wenn irgendwer wo andockt und es läuft super, dann erfahre ich das vielleicht“ (Z 1532-1533).

Begleitungen zu Terminen von Akteur:innen/Angeboten des 3. Sektors werden Klient:innen nicht generell angeboten, sondern obliegen der fachlichen Einschätzung von Mag.^a Knopp: „Aber ich biete nicht immer jetzt gleich Begleitung an, ja. Also da habe ich das Gefühl, wenn es zwei drei Mal / Wenn ich das nächste Mal frage, waren Sie dort? ‚Nein, weil da war /‘ Und wenn dann irgendwie so / Sage ich ‚Schauen Sie, wenn Sie hingehen wollen, ich komme gerne mit, wenn Sie sich fürchten‘“ (Z 1557-1560).

Die **Empfehlung** für die Link Workerin, **Klient:innen** bei einem **Abbruch nachgehend zu kontaktieren**, findet durch Mag.^a Knopp teilweise Anwendung und steht in Korrelation mit der fachlichen Beurteilung durch die Link Workerin. Mag.^a Knopp meint dazu: „Wenn sie nicht erschienen sind schon, dann / Aber manchmal, also ich will auch nicht allen am Nerv gehen, ja. Wenn ein Termin ist, ich schicke ein SMS, es kommt keine Rückmeldung, ich ruf vielleicht noch einmal an, es hebt niemand ab und dann lasse ich es aber auch“ (Z 1580 – 1583). Konkret werden Klient:innen bei einem möglichen Abbruch von der Link Workerin per SMS oder Anruf kontaktiert, inklusive des Hinterlassens einer Nachricht auf der Mobilbox. Resultiert daraus keine Kommunikation, endet die Unterstützung durch Mag.^a Knopp. Bei erneutem Bedarf des Kontakts mit der Link Workerin ist ein Termin direkt über die Ordinationsassistentin zu organisieren. Sie meint dazu: „Also, dass ich die Tür offenlasse, ja. Aber ich schaue jetzt nicht, dass ich sie 100 % erreiche und festnagle, warum sie da nicht gekommen sind“ (Z 1592-1594). Der Aspekt der Freiwilligkeit hinsichtlich der Inanspruchnahme der Begleitung durch Mag.^a Knopp wird an dieser Stelle betont.

Die **Empfehlung der Evaluierung des SP-Prozesses seitens der Link Workerin** gemeinsam mit den Ärzt:innen als auch unter Einbezug der Klient:innen fand bislang keine bzw. nur teilweise Umsetzung. Die Abfrage der Klient:innenzufriedenheit fließt während des SP-Prozesses mit ein, wird nach Beendigung der Begleitung aber nicht explizit evaluiert. Mag.^a Knopp meint dazu: „Also natürlich frage ich am Schluss 'Wie geht es Ihnen jetzt?' oder so, ja. Also, hat das jetzt was gebracht, ja. ‚Geht es Ihnen jetzt besser?‘ Oder ich melde halt rück ‚Sie schauen jetzt ein bisschen entspannter aus‘ und dann kommt man eh auf die Ebene, wie der Zustand jetzt ist“ (Z 1626-1629). Dr.ⁱⁿ Pilz gibt an, bei Patient:innen aktiv nachzufragen, nachdem sie einen Besuch bei Mag.^a Knopp wahrgenommen haben. Derzeit findet keine konkrete strukturierte standardisierte Evaluierung hinsichtlich des SP-Prozesses statt.

Die **Empfehlung der Installierung eines Beschwerdemanagements für Klient:innen** wurde bislang nicht umgesetzt. Sowohl Mag.^a Knopp als auch Dr.ⁱⁿ Pilz äußern ihre Bedenken diesbezüglich. Mag.^a Knopp trifft die Schlussfolgerung: „Weil, wenn da ein Beschwerde-Postkasten aufgehängt wird, dann differenzieren [...] [die Patient:innen] nicht zwischen mir und der Frau Doktor und irgendwem. Und da habe ich das Gefühl, das müsste man sich dann gut überlegen. Ein Beschwerdemanagement, ohne dass du irgendwelche Tools hast, mit denen du dem begegnest, ist eine Frotzelei“ (Z 1654-1658). Grundsätzlich besteht derzeit die Möglichkeit, Beschwerden den SP-Prozess betreffend direkt an Mag.^a Knopp oder Dr.ⁱⁿ Pilz/Dr. Ouhadi zu richten. Hinsichtlich eines konkreten Beschwerdesystems ausschließlich für SP müssen laut der Professionist:innen noch weiterführende Gespräche folgen.

Zusammenfassend zeigt sich, dass es den Akteur:innen der Gruppenpraxis trotz der zeitlichen Begrenzung der Umsetzungsphase gelungen ist, eine Vielzahl an Empfehlungen völlig beziehungsweise teilweise zu realisieren. Empfehlungen den direkten Klient:innenkontakt betreffend, wie beispielsweise Begleitung zu Terminen durch die Link Workerin, Mitbestimmung der Klient:innen im gemeinsamen Prozess sowie die vorgege-

bene Zeitspanne für Erstgespräche, erwiesen sich demnach als angemessen und fanden bereits während der Pilotphase umfassende Anwendung in der Gruppenpraxis. Es entsteht der Eindruck, dass der Fokus der Umsetzungsphase konkret auf der aktiven Arbeit mit Klient:innen liegt, weiterführende Empfehlungen hinsichtlich Akteur:innen/Angebote des 3. Sektors, Tools zur Psychohygiene sowie Aspekte zur Qualitätssicherung gegenwärtig aber sekundär gehandhabt werden. Die Begründung hierfür könnte einerseits am engen zeitlichen Rahmen der Umsetzungsphase, andererseits an externen und kontextuellen Gegebenheiten liegen. Letzteres umfasst neben einer derzeit bestehenden begrenzten Verrechnungsmöglichkeit von SP ebenso das limitierte Stundenausmaß von Mag.^a Knopp, welches Einfluss auf die Prozessgestaltung nimmt und keinen Spielraum zur Gestaltung standardisierter Abläufe aller für SP wichtigen Bereiche lässt. Zudem bedarf es einer grundlegenden Diskussion, inwieweit die Profession der Link Workerin Einfluss auf die mit berufsspezifischen Fertigkeiten korrelierenden Empfehlungen nimmt und welche Anpassungen daraus resultierend notwendig sein könnten. Generell wird es wichtig sein, neben dem zeitlichen Faktor und der damit einhergehenden Routinierung von SP, personelle Ressourcen insgesamt zu erweitern.

5 Fazit

Fischer Maria, Holzinger-Grath Sabine, Schinnerl Melanie, Singh Devi, Tritta Claudia

Seit der zunehmenden Beachtung bzw. Wiederentdeckung der Sozialmedizin im 19. Jahrhundert gab es verschiedene Versuche, über den Tellerrand der Biomedizin hinauszublicken, doch keinem der Ansätze gelang es die Dominanz des biomedizinischen Modells in Frage zu stellen. In jüngster Zeit lässt jedoch die zunehmende Aufmerksamkeit von SP in europäischen Ländern hoffen, dass auch die sozialen Komponenten von Gesundheit verstärkt in den Blick genommen werden und damit sowohl die Patient:innenversorgung als auch der Gesundheitsbereich im Allgemeinen optimiert werden können (vgl. Jungmann et al. 2020:60). SP – ein Ansatz, der anerkennt, dass wir alle „mehr als Medizin“ brauchen, um Gesundheit und Wohlbefinden zu erreichen (vgl. Whitelaw et al. 2017:117; vgl. Wolf 2017) – verfügt über das Potenzial, zu einer entscheidenden disruptiven Kraft im Gesundheitswesen des 21. Jahrhunderts zu werden (vgl. Jungmann et al. 2020:61), und stand in der vorliegenden Masterarbeit im Zentrum der Analyse.

Vor dem Hintergrund, dass SP als Erweiterung des traditionellen medizinischen Modells der Gesundheitsversorgung auch die Prävention und Gesundheitsförderung integriert, kann das aus Großbritannien stammende Konzept auch für die österreichische PV-Landschaft gewinnbringend sein, wenngleich die nicht-adaptierte Übertragung internationaler Konzepte auf die lokale Versorgungslandschaft mit Problemen behaftet sei (vgl. Antosik 2020:88–90). Im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit wurde deshalb versucht, internationale und bereits erprobte nationale Umsetzungsweisen in den Blick zu nehmen und darin wesentliche Gelingensfaktoren sowie Herausforderungen zu identifizieren. Die aus diesen Erkenntnissen abgeleiteten Empfehlungen skizzierten in einem ersten Schritt eine Vorgehensweise für die Umsetzung in der Dr. Ouhadi - Dr.ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin (Stufe 1), welche anschließend in einer Pilotphase getestet wurden. In einem zweiten Schritt galt es – unter Einbeziehung des Versorgungskonzeptes, und damit der Vorstellungen, Wünsche und Rahmenbedingungen seitens Teams der allgemeinmedizinischen Gruppenpraxis in Wien – Umsetzungsempfehlungen für die im Bau befindliche PVE (Stufe 2) abzuleiten.

5.1 Anschluss an den Forschungsstand und Beantwortung der Forschungsfragen

Fischer Maria, Holzinger-Grath Sabine, Schinnerl Melanie, Singh Devi, Tritta Claudia

Aus bisherigen, primär internationalen Forschungsarbeiten geht hervor, wie heterogen sowohl das Verständnis als auch die praktische Umsetzung von SP sind. So wird in der internationalen Auseinandersetzung mit dem SP-Konzept deutlich, dass die Begrifflichkeiten zwar divergieren, sich jedoch in den Definitionen gemeinsame Kernelemente fin-

den lassen. Auch die angesprochene(n) Zielgruppe(n), der SP-Pfad und die darin enthaltenen Prozessschritte und Akteur:innen zwischen den SP-Projekten unterscheiden sich stark voneinander. Der Blick auf die nationalen Erkenntnisse zeigt, dass auch in österreichischen PVEs das Konzept bereits Anwendung findet, wenn es auch nicht immer explizit als SP ausgewiesen wird. Dabei bekräftigt die nationale Analyse ebenso unterschiedliche Konzeptionen in der Umsetzung des sozialmedizinischen Modells. Damit reihen sich die Ergebnisse der vorliegenden Masterarbeit in bestehende Forschungserkenntnisse ein, die bereits die Unbestimmtheit des Konzeptes kritisch hinterfragten, und veranschaulicht deutlich, dass SP keine „einzige Intervention ist, sondern ein Prozess mit vielen sich gegenseitig beeinflussenden Elementen“ (ebd.:96–105) und einer Reihe von involvierten Akteur:innen. Diese Masterarbeit geht jedoch basierend darauf noch einen Schritt weiter und versucht aus diesen verschiedenen Konzeptionen/Arbeitsweisen herauszuarbeiten, welche Elemente zu einer gelingenden Umsetzung von SP beitragen und welche Herausforderungen mit der Umsetzung von SP im Praxisalltag einhergehen und damit bereits im Vorfeld der Umsetzung mitgedacht werden müssen. Dabei wurden folgende Forschungsfragen in den Blick genommen:

**Wie kann die praktische Umsetzung von SP in der
Dr. Ouhadi - Dr.ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin (Stufe 1) bzw.
in weiterer Folge in der PVE (Stufe 2) im 15. Wiener Gemeindebezirk erfolgen?**

Die Sichtung der Literatur verdeutlichte die Komplexität des Konzeptes in seiner Breite – Vielfalt der Zielgruppe(n), differenzierter SP-Pfad und die darin zur Anwendung kommenden Handlungsweisen. Die nationale Erhebung erlaubte einen tiefergehenden Blick auf die konkrete Anwendung von SP und zeigte den hohen Stellenwert der Sozialen Arbeit auf. Die daraus abgeleiteten 71 Empfehlungen zeigten anhand der praktischen Umsetzung die Wichtigkeit einer Vorbereitungsphase, eines klient:innenzentrierten Vorgehens und die Offenheit aller Akteur:innen gegenüber dem Konzept.

Vorbereitung: Welche **Erfahrungen** zur Umsetzung von SP ergeben sich aus der **internationalen und nationalen Praxis** und welche Vorstellungen/Rahmenbedingungen gibt es für die Umsetzung von Stufe 1 und Stufe 2?

- Welche Aspekte bezüglich Zielgruppe(n), Soziales Rezept, Link Worker:in und Nahtstellenmanagement und in Verbindung damit, welche Erfahrungen betreffend den Ablauf von SP, finden sich in der **(inter)nationalen Literatur**?

Bei der Umsetzung von SP in der primär internationalen Praxis zeigt sich, dass eine Vielzahl unterschiedlicher **Zielgruppen** von SP profitiert, wobei quer durch die Literatur betont wird, dass diese möglichst früh in den gesamten Planungs- und Durchführungsprozess eingebunden werden sollten. Wenngleich in der Literatur der Nutzen von SP für viele Zielgruppen, insbesondere die u. a. schwer zu erreichende Gruppe junger Männer, beschrieben wird, werden in der Praxis vermehrt ältere Frauen überwiesen. Die Nicht-Erreichbarkeit von spezifischen Personengruppen liegt dabei nicht nur in den Zielgruppen an sich begründet, sondern steht mit strukturellen Rahmenbedingungen in Verbindung. So basiert SP auf einem neuartigen Konzept, welches Patient:innen nicht immer

verständlich und nachvollziehbar erscheint. Die Maßnahmen zur Erreichung von Zielgruppen gestalten sich vielfältig und reichen von strukturellen Aspekten wie einer guten Zugänglichkeit und Barrierefreiheit des Angebotes bis hin zu proaktiven Maßnahmen wie Hausbesuchen.

Betreffend das **Soziale Rezept** gibt es differente Modelle zur Umsetzung, welche hinsichtlich der Über- und Verweisungen sowie der Handhabung von Selbstüberweisungen variieren. Die Einbindung von Link Worker:innen als Fachkräfte wird als durchgehend positiv beschrieben, inklusive ausreichend vorhandener zeitlicher Ressourcen in Verbindung mit spezifischer fachlicher Expertise. Damit einhergehend findet eine Diskussion hinsichtlich der Möglichkeiten der Anbindung dieser Fachkraft an das medizinische Setting statt. Der Prozess, insbesondere das Feingefühl der Überweiser:innen und Link Worker:innen, ist wesentlich für die weitere Vorgehensweise und folglich dafür, in welchem Maß das Angebot angenommen wird. Eine umfassende Erklärung von SP beziehungsweise seines Leistungsspektrums, gilt als wesentlicher Aspekt, um die Bereitschaft von Patient:innen diesbezüglich positiv zu fördern. Bei der Kontaktgestaltung, Kontaktdauer und -frequenz zeigt sich eine große Heterogenität, welche sich in externen Vorgaben und Zielgruppen widerspiegelt. Verweisungen gilt es in Abhängigkeit von der Vielfalt und Qualität der lokalen Angebote zu sehen, sie stützen sich auf das Wissen des:der Verweiser:in.

Der:die **Link Worker:in** nimmt eine wesentliche Position im SP-Konzept ein. Dabei spielen formale Qualifikationen eine untergeordnete Rolle, vielmehr sind darüberhinausgehende Kompetenzen gefragt. Schulungen/Fortbildungen und auch Ausbildungen für die Ausübung dieser Funktion haben international zwar einen hohen Stellenwert, sind jedoch nicht gesetzlich geregelt. In Großbritannien eine Folgewirkung davon, dass die rechtzeitige Recrutierung von Sozialarbeiter:innen für eine entsprechende Ausbildung zum:zur Link Worker:in im PV-Kontext verabsäumt wurde (vgl. Redelsteiner 2020b:33f). Das Tätigkeitsspektrum von Link Worker:innen ist geprägt durch Verweisungen der Klient:innen und Vernetzung in der Region.

Mit Blick auf das **Nahtstellenmanagement** zeigt sich deutlich, dass SP nicht als eine einzige Intervention gesehen werden kann, sondern es sich dabei um einen „Prozess mit vielen sich gegenseitig beeinflussenden Elementen“ (Antosik 2020:104) handelt. SP beinhaltet eine Reihe von Beziehungen und Zusammenhängen unterschiedlicher Akteur:innen – darunter u. a. Überweiser:in und Klient:in, Klient:in und Link Worker:in, Link Worker:in und Akteur:innen des 3. Sektors sowie Klient:in und Akteur:innen des 3. Sektors – und damit in Verbindung stehende Schnittstellen. Dementsprechend werden die Etablierung einer Organisationskultur, die Schaffung eines Settings für regelmäßigen Austausch zwischen den einzelnen Berufsgruppen und somit die Förderung einer fundierten Vertrauensbeziehung zwischen den Mitarbeiter:innen, sowie ein konstruktiver und vertrauensbildender Austausch mit Akteur:innen des 3. Sektors auch in der Literatur als maßgeblich für SP thematisiert. Technikgestützte Systeme (z. B. Patient:innendokumentation, Datenbank zu Angeboten des 3. Sektors) werden als Unterstützung eingesetzt.

- Welche Aspekte bezüglich Zielgruppe(n), Soziales Rezept, Link Worker:in und Nahtstellenmanagement und in Verbindung damit, welche Erfahrungen betreffend den Ablauf von SP, finden sich in den **PVEs in Österreich**?

Da sich in der Literatur vermehrt Beschreibungen einzelner Projekte finden, deren Bewertungen aber vernachlässigt werden, war es in der Befragung der Link Worker:innen umso wichtiger, Herausforderungen und Verbesserungswünsche aus ihrem Arbeitsalltag einzufangen. Die Erfahrungen betreffend den Ablauf von SP in den PVEs in Österreich liefern praxisnahe Erkenntnisse und detaillierte Einblicke, die in der Literatur nicht näher ausgeführt werden.

Ist bei den **Zielgruppen** weitgehend keine Einschränkung vorhanden, belegen soziodemographische Daten jedoch, dass das SP-Angebot in Österreich vorwiegend von älteren Personen genutzt wird. Anders als die Forschungsliteratur nahelegt, nehmen SP in der vorliegenden Erhebung alle Geschlechter gleichermaßen in Anspruch. In den PVEs in Österreich wird ersichtlich, dass Verständnisschwierigkeiten nicht selten eine Rolle spielen – ein Aspekt, der in der Literatur nicht thematisiert wird. Die Erreichbarkeit von Zielgruppen kann in der Praxis spezifischer bearbeitet werden, betroffene Personengruppen können benannt und folglich entsprechende passgenaue Maßnahmen gesetzt werden.

Das **Soziale Rezept** lässt bei der Überweisung eine Unterscheidung in zwei Gruppen hinsichtlich Vorgehensweisen zu. Während eine Gruppe von PVEs breite Überweisungswege (d. h. Überweisungen durch viele potenzielle Stellen) wählt, ist der andere Teil charakterisiert durch eingeschränktere und engere Überweisungswege (d. h. geringe Anzahl potenzieller Überweiser:innen). Die Abläufe sind klient:innenzentriert angelegt und verfügen über ein geringes Maß an Standardisierung. Der Beziehungsaufbau zu den Klient:innen kann als wesentlicher Grundstein benannt werden. Die Situation des internen Abstimmungsprozesses sowie des Informationsaustausches stellt sich in der nationalen SP-Praxis als herausfordernd dar. Zudem zeigt sich, dass die Schwerpunktsetzung nicht ausschließlich bei der Verweisung liegt, sondern auch „klassische“ sozialarbeiterische Tätigkeiten einen wesentlichen Aspekt der LW-Funktion darstellen.

Das Tätigkeitsspektrum des:der **Link Worker:in** wird sowohl in der Literatur als auch in der Praxis als sehr vielfältig beschrieben und beschränkt sich in der österreichischen Praxis keinesfalls ausschließlich auf den Aspekt des Verweisens. So kommen beispielsweise sozialarbeiterische Tools zur Anwendung, wobei das Wissen über deren Einsatz in entsprechenden Ausbildungen erworben wurde. Darüber hinaus sind persönliche Kompetenzen von großer Wichtigkeit – ein Faktor, der den Ergebnissen in der Literatur entspricht. Betreffend die Fortbildungen ist im internationalen und nationalen Vergleich ein Unterschied dahingehend zu erkennen, dass Weiterbildungsmaßnahmen für Link Worker:innen in Österreich erst im Aufbau sind, während es international bereits ein umfassendes Angebot gibt. Der national gewonnene Einblick in die LW-Funktion war jedoch insbesondere wertvoll, da innerhalb der Literatur wenig Details zu den Rahmenbedingungen ersichtlich wurden. So gehen die spezialisierten Fachkräfte in den österreichischen PVEs häufig einer Teilzeitbeschäftigung nach. Als zentral erweist sich der Aspekt

der Psychohygiene, der aus den Befragungen als wesentliches und nicht zu vernachlässigendes Element hervorgeht, in der Literatur jedoch keine Beachtung findet.

Wie auch in der Literatur ersichtlich, stellt im Rahmen des **Nachtstellenmanagements** eine gute Zusammenarbeit der Professionist:innen PVE-intern einen wesentlichen Erfolgsfaktor dar. Aufgrund der oftmals herausfordernden Tätigkeit ist es wichtig, regelmäßige Treffen zum gemeinsamen Austausch zu installieren sowie anlassbezogen die Möglichkeit der prompten Intervision zu bieten. Ob es eine für alle Mitarbeiter:innen einsehbare Patient:innendokumentation gibt, ist in der Praxis bislang unterschiedlich geregelt. Für die Praxis erweist sich der Aufbau sowie der Bezug von Wissen über Akteur:innen/Angebote des 3. Sektors in Form von persönlichen Treffen, Telefonaten und der zusätzlichen digitalen Recherche von Informationen als wichtig, was sich mit den Erkenntnissen der Forschung deckt. Die elektronische Speicherung von für die Verweisung relevanten Daten über Netzwerkpartner:innen wird bislang kaum umgesetzt. Als einen aus der Vernetzung mit Akteur:innen des 3. Sektors resultierenden Aspekt gilt es das Aufzeigen von Versorgungslücken zu nennen, um folglich die Aufmerksamkeit von Entscheidungsträger:innen darauf zu lenken. Bei der Anbindung von Klient:innen an weiterführende Angebote wird sowohl erneut die klient:innenzentrierte Vorgehensweise – die Berücksichtigung der persönlichen Lebensumstände von Klient:innen –, als auch die Berücksichtigung von Qualitätskriterien der Angebote des 3. Sektors deutlich.

Die **Mitbestimmung** auf Seiten der Klient:innen wird in allen befragten PVEs hochgehalten, wobei die Grenzen vor allem bei Gefahrensituationen und kontextuellen Vorgaben gesetzt werden. Ähnlichkeiten der PVEs zeigen sich auch bei der **erneuten Inanspruchnahme** des LW-Angebotes, wobei keine eindeutige Tendenz hinsichtlich der Frage, ob sich Klient:innen mit demselben oder einem anderen Anliegen an den:die Link Worker:in wenden, erkennbar ist. In der Umsetzung des SP-Konzeptes im österreichischen Kontext zeigen sich mit Blick auf etwaige **Abbrüche** zwei kritische Prozessschritte, die sich jeweils an den Schnittstellen der Über- und Verweisung identifizieren lassen. **Evaluierungen** kommen oftmals zur Anwendung, wenn auch zu unterschiedlichen Zeitpunkten, durch unterschiedliche Akteur:innen und auch mit vielfältigen Inhalten.

- Welche Vorstellungen, Erwartungen und Rahmenbedingungen werden anhand des **Versorgungskonzeptes** seitens der Praktiker:innen der Dr. Ouhadi - Dr.ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin im 15. Wiener Gemeindebezirk an die Implementierung von SP herangetragen?

Die von den Praktiker:innen im Versorgungskonzept formulierten Erwartungen an die Umsetzung von SP in der geplanten PVE im 15. Wiener Gemeindebezirk lassen auf eine ganzheitliche Betrachtung der Patient:innen in Anlehnung an das Bio-Psycho-Soziale Konzept schließen. Patient:innen sollen, unter Berücksichtigung ihrer jeweiligen persönlichen Lebenslage, eine umfassende Versorgung erhalten, mit dem Ziel, die persönliche Gesundheitskompetenz zu fördern. Zudem steht eine Steigerung der Zufriedenheit der zu versorgenden Bevölkerung insgesamt im Fokus. Hierfür sollen die Anpassung von strukturellen Gegebenheiten, wie die Ausdehnung von Öffnungszeiten, ein barrierefreier

Zugang, bedarfsgerechte Sprachdienstleistungen sowie eine gute öffentliche Verkehrsanbindung förderlich wirken. Die Erweiterung des Kernteams um Professionist:innen der Sozialen Arbeit, Diätologie, Physiotherapie sowie Psychotherapie wird angestrebt. Grundsätzlich wird zwischen Basisaufgaben und speziellen Aufgaben unterschieden. Für Leistungen, die nicht direkt in der geplanten PVE erbracht werden, ist eine Kooperation mit Akteur:innen/Angeboten des 3. Sektors geplant. Zudem soll ein Schwerpunkt auf der präventiven Versorgung der Patient:innen (Vorsorgeuntersuchungen, Impfberatung, Beratung zur Lebensstiländerung) liegen. Basierend auf den örtlichen Gegebenheiten soll die Erreichung der für den 15. Wiener Gemeindebezirk relevanten Zielgruppen (chronisch Kranke, Menschen mit niedrigem Bildungs- und Sozialstatus und/oder Sprachbarrieren, Menschen mit Migrationsbiographie) angestrebt werden. Darüber hinaus werden für eine konstruktive Zusammenarbeit wesentliche Tools, wie regelmäßige Settings zum Austausch sowie Möglichkeiten hinsichtlich Konflikt- und Beschwerdemanagement, installiert. Stetige Fortbildungen der Mitarbeiter:innen und ein umfassendes EDV-System finden im Rahmen der Implementierung von SP Anwendung. Der gemeinsame Auftritt nach außen als PVE sowie die Etablierung zur Lehrpraxis, zeigt sich für die Praktiker:innen wesentlich.

Konzipierung: Wie kann der **SP-Ablauf** in der Dr. Ouhadi – Dr.ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin (Stufe 1) konkret aussehen bzw. in weiterer Folge in der PVE im 15. Wiener Gemeindebezirk (Stufe 2)?

Bezüglich der fünf Themenbereiche – Zielgruppe(n), Soziales Rezept, Link Worker:in, Nahtstellenmanagement sowie Mitbestimmung, erneute Inanspruchnahme, Abbrüche und Evaluierung –, welche für die praktische Umsetzung mitbedacht werden müssen, konnten basierend auf der ersten Forschungsfrage insgesamt 24 Aspekte mit 71 Teilaspekten herausgearbeitet werden, für welche Empfehlungen ausgearbeitet wurden.



Abbildung 59: Zu berücksichtigende (Teil-)Aspekte für die praktische Umsetzung von SP

Quelle: eigene Darstellung

Umsetzung: Welche **Erkenntnisse** zeigen sich **aus der praktischen Umsetzung** in der Dr. Ouhadi - Dr.ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin im 15. Wiener Gemeindebezirk (Stufe 1)?

Die Umsetzungspase in der Dr. Ouhadi - Dr.ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin im 15. Wiener Gemeindebezirk umfasste einen Zeitraum von zwei Monaten. Aufgrund der knappen zeitlichen Ressourcen lag der Fokus verstärkt auf der Umsetzung und weniger auf der Vorbereitungsphase, wodurch weiterführende Aspekte wie beispielsweise der Umgang mit Kapazitäten bislang keine Beachtung fanden. Als wesentlich in der Umsetzung stellte sich heraus, dass die Link Workerin ein breites und umfangreiches Aufgabenfeld hat und sich neben der direkten Klient:innenarbeit mit Aufgaben wie Dokumentation und Netzwerkarbeit konfrontiert sieht.

Basierend auf den ausgearbeiteten Empfehlungen – welche aus den Antworten der drei forschungsleitenden Fragestellungen generiert werden konnten –, in Verbindung mit der Testung der Praxisnähe der Empfehlungen konnten Richtlinien für die allgemeine SP-Praxis erarbeitet werden.

Richtlinien für die Implementierung von Social Prescribing
Bewusstsein schaffen für die sozialen Determinanten der Gesundheit und des Wohlbefindens sowohl unter allen Beteiligten als auch in der öffentlichen Wahrnehmung.
entsprechende Vorlaufzeit/Planungsphase vor der Implementierung von SP, um praxisrelevante Aspekte abzuklären, wie z. B. Wie wird SP finanziert? Wie kann SP optimal in den Praxisalltag integriert werden? Welche Zielgruppe(n) soll(en) angesprochen werden? Welche regionalen Angebote/Akteur:innen des 3. Sektors gibt es?
frühzeitige Einbeziehung eines breiten Spektrums von Interessensgruppen , um ein gemeinsames Verständnis des Konzeptes, der Ziele und Erwartungen zu fördern; die Notwendigkeit eines unterstützenden politischen Kontexts ist dahingehend entscheidend, dass durch dessen Fehlen die Umsetzung von SP oftmals schon vor der Implementierung gefährdet ist.
Bekanntmachung des Konzeptes , d. h. Informationen über SP sowohl den Angehörigen der Gesundheitsberufe als auch der Öffentlichkeit zugänglich machen und praxisnahe Erklärung des Ablaufes gegenüber den Patient:innen
Klarheit des SP-Prozesses (inkl. Abklärung von Überweisungs-/Verweiskriterien und Feedback-Mechanismen), klare Zuständigkeiten und Rollenklarheit unter allen beteiligten Akteur:innen.
SP-Pfad als personenzentrierter und befähigender Prozess für die Klient:innen, bei dem die Mitbestimmung hochgehalten wird
Einbindung einer spezifischen Fachkraft für die nicht-medizinischen Patient:innenbedarfe – diese verfügt sowohl über die zeitlichen Ressourcen als auch über das Know-how der Bearbeitung psychosozialer Anliegen der Patient:innen, welche an die medizinische/interprofessionelle Einrichtung angebunden ist: Die spezialisierte Fachkraft nimmt eine wichtige Position ein, sie fungiert als Kommunikationsknotenpunkt. Deren Fähigkeiten und Haltung sind zentral. Diese Fachkraft benötigt neben den fachlichen Kompetenzen auch zwischenmenschliche Qualitäten in der Interaktion mit den Klient:innen. Die Zugänglichkeit, Vertrauenswürdigkeit und Kommunikationsfähigkeit der spezifischen Fachkraft sind von zentraler Bedeutung.
Klient:innenarbeit als Balance zwischen individueller/flexibler Vorgehensweise auf Klient:innenseite und strukturierter/standardisierter Elemente auf Seiten des Über- und Verweisungsprozesses bzw. von Abläufen
SP soll ein niederschwelliges und freiwilliges Angebot für die Klient:innen darstellen – das gilt es stets im Blick zu behalten
SP ist abhängig von einem breiten Spektrum an qualitativ hochwertigen Gemeinschaftsressourcen – es gilt diese zu erschließen und bereits etablierte Ressourcen zu nutzen
Die Kommunikation, Transparenz und Vernetzung sowohl intern als auch mit externen Akteur:innen ist essenziell, um nachhaltige Beziehungen aufzubauen und zu festigen
interdisziplinäre hierarchiefreie Zusammenarbeit des gesamten Teams
Evaluierungen sollen dazu beitragen, Informationen über Verbesserungspotenzial zu eruieren und Prozessabläufe zu optimieren.

Abbildung 60: Richtlinien für die Implementierung von SP

Quelle: eigene Darstellung

Die vorliegende Studie stützt mit dem aus der Theorie und Praxis abgeleiteten Richtlinien für die Implementierung von SP frühere Ergebnisse, die zeigen, dass sowohl organisatorische und strukturelle Rahmenbedingungen als auch individuelle Kompetenzen der Fachpersonen zur Umsetzung von SP und dessen Erfolg beitragen.

5.2 Kritische Würdigung und weiterer Forschungsbedarf

Fischer Maria, Holzinger-Grath Sabine, Schinnerl Melanie, Singh Devi, Tritta Claudia

SP bietet bzw. kann einen Mehrwert sowohl auf Patient:innen- und Gemeinschafts-, als auch auf gesundheitspolitischer Ebene bieten. Dennoch sollen die Kritikpunkte am SP-Konzept nicht unerwähnt bleiben. Daher sei in einem ersten Schritt allgemein diskutierte Kritik des SP-Konzeptes angeführt, bevor in einem zweiten Schritt der Blick auf die Limitationen der vorliegenden Abschlussarbeit gerichtet wird.

Anzumerken ist zunächst im Allgemeinen, dass in der durch das Forschungsteam begleiteten Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin der Wunsch nach der Umsetzung von SP bereits bei Projektstart gegeben war. Oftmals bedarf es jedoch einiger Überzeugungsarbeit und auch an Offenheit gegenüber der neuen Sichtweise auf Gesundheit, um die Umsetzung dieses sozialmedizinischen Interventionsansatzes voranzutreiben. Auch die Finanzierung ist an diesen Blick auf Gesundheit gekoppelt, wobei die Frage, ob bzw. inwieweit es in der Verantwortung des Gesundheitswesens liegt, sich den nicht-medizinischen Problemen der Gesellschaft zu widmen, dahintersteht. Kurzfristig wird die Implementierung von SP zusätzliche Kosten, die über die Routineversorgung hinausgehen, verursachen. Der langfristige Nachweis der Wirksamkeit „sanfterer“ Interventionen wie SP – der Return on Social Investment – ist oftmals schwierig in Zahlen abzubilden. Auf Patient:innenseite kann bzw. könnte es dazu kommen, dass sich einige durch die Überweisung von ihrem:ihrer Ärzt:in „abgespeist“ fühlen. Es besteht auch die Gefahr, dass eine Ausweitung von SP das Risiko erhöht, dass wichtige medizinische Symptome übersehen werden, was zu einer Verzögerung der Diagnose und in weiterer Folge der medizinischen Behandlung führen kann. Wie bei jeder Intervention wird SP nicht für alle Patient:innen funktionieren und damit kein Allheilmittel für die Krankheiten der Gesellschaft sein, das sei stets mitgedacht (vgl. Baddeley et al. 2018:120).

Als Kritikpunkt der vorliegenden Masterarbeit sei u. a. angeführt, dass die in der Literatur beschriebenen SP-Projekte nur bedingt einen Vergleich zulassen. Die Schwierigkeit der Gegenüberstellung der Studien bestand neben den unterschiedlichen Bezeichnungen – sowohl der Konzepte als auch der spezifischen Fachkraft – auch in den meist nur ansatzweise transparenten Ausführungen zum SP-Konzept bezüglich der formalen Abwicklung und praktischen Umsetzung. Beispielsweise war es oft nicht möglich, zwischen Über- und Verweisungen zu differenzieren oder die Ausführungen zur Dauer von SP auf einen bestimmten Abschnitt des SP-Prozesses einzugrenzen. Auch der Grundberuf des:der Link Worker:in blieb in der Regel unerwähnt. Zudem wurden in den Studien die

Prozessschritte unterschiedlich detailliert ausgeführt. Auch die Spezialisierung hinsichtlich der Zielgruppe(n) einzelner SP-Projekte stellt eine Einschränkung in der Vergleichbarkeit dar.

Einen Diskussionspunkt bildete die Einbindung von Link Worker:innen in das medizinische Setting insofern, als in der vorliegenden Arbeit deutlich wurde, dass der:die Link Worker:in eine zentrale Funktion mit vielfältigen Aufgaben einnimmt, die im österreichischen Kontext laut Analyse mehr als die Verweisungs- und Vernetzungstätigkeit umfasst, und damit umfangreicher zu sein scheint, als sie international oft ausgestaltet ist. Dabei konnte im Rahmen der Masterarbeit herausgearbeitet werden, dass sich die Aufgaben und notwendigen Kompetenzen von österreichischen Link Worker:innen gut mit dem Tätigkeitsspektrum der Sozialen Arbeit decken. Aus diesem Grund ist es dem Forschungsteam wichtig zu fordern, diese Elemente auch in die Ausbildung von angehenden Sozialarbeiter:innen verstärkt einzubinden. Das Bachelorstudium Soziale Arbeit an der FH St. Pölten bildet die Inhalte von SP/LW bereits ab. Link Working und SP werden als Schwerpunkte direkter in die Lehrveranstaltungsbeschreibungen des Modulbereiches Sozialraumorientierte Primärversorgung – Public Health eingebaut und Aspekte des Motivational Interviewing verstärkt gelehrt.

Gleichzeitig muss jedoch als weitere Limitation dieser Abschlussarbeit festgehalten werden, dass sich die Befragung hinsichtlich der Umsetzung von SP lediglich auf Sozialarbeiter:innen im österreichischen PVE-Kontext stützte. Somit können keine Aussagen darüber getroffen werden, welche anderen Professionen die LW-Funktion ebenso ausfüllen (könnten), wenn die Sozialarbeit nicht in die PVE integriert ist.

Darüber hinaus stellt auch die Tatsache, dass „über“ Patient:innen/Klient:innen geforscht wurde, diese jedoch mit ihren Erfahrungen und Wünschen nicht direkt einbezogen wurden, eine Einschränkung dieser Arbeit dar.

Mit Blick auf die Umsetzungsphase der ausgearbeiteten Empfehlungen sei zudem die kurze Begleitung dieser Phase – die nur einen eingeschränkten Einblick erlaubte – in Kombination mit dem geringen Stundenausmaß der eingesetzten Link Worker:in als begrenzt aussagekräftig angeführt. Demnach konnten in dieser zeitlich begrenzten Phase der Umsetzung nicht alle Empfehlungen getestet werden. Die Tatsache, dass Mag.^a Knopp als Sozialpädagogin die Link Working-Funktion innerhalb der Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin bzw. der geplanten PVE ausführt/ausführen soll – auch wenn sie dem sehr professionell begegnet, indem dies gegenüber den Klient:innen transparent gemacht wird – war ein Punkt, dem unter den Studierenden des Forschungsteams großen Platz in der Diskussion eingeräumt wurde. Vor diesem Hintergrund kristallisierte sich einerseits der Bedarf nach intensiver Forschung zur LW-Funktion und der Frage, wer damit betraut werden sollte, heraus und andererseits verdeutlichte dies die Wichtigkeit der Etablierung eines Berufsgesetzes für Sozialarbeiter:innen – wobei sich diesem Thema ein aktuell laufendes Masterprojekt an der FH St Pölten widmet, in dem der Stand an Berufs- und Sozialarbeitsgesetzen im europäischen Kontext erforscht wird, um basierend darauf Variationen eines Berufsgesetzes für Österreich zu entwickeln.

Basierend auf den eben genannten Limitationen und Diskussionsaspekten lässt sich ein Forschungsbedarf hinsichtlich der Abgrenzung oder aber Ergänzung der LW-Funktion zum Berufsbild der Sozialen Arbeit ableiten. Diesbezüglich sei auf die in Anfertigung befindliche Masterarbeit unter dem Titel „Social Prescribing als (neues) Tätigkeitsfeld der Sozialarbeit in der Primärversorgung in Österreich – Chancen, Möglichkeiten und Risiken“ von Martina Frei, MPH, BSc. an der FH Joanneum in Graz verwiesen, die sich diesem Themenfeld widmet. Weiterer Forschungsbedarf zeigt sich auch insofern, als SP aus der Perspektive der Patient:innen in der österreichischen Forschungslandschaft bislang unberücksichtigt blieb – es gilt verstärkt deren Erfahrungen und Wünsche anhand partizipativer Forschungsmethoden einzubinden (vgl. Flieger 2003:200-204).

Literatur

Alam, Daud / Gühl, Uwe (2020): Projektmanagement für die Praxis. Ein Leitfaden und Werkzeugkasten für erfolgreiche Projekte. 2. Auflage, Berlin: Springer Vieweg.

Altgeld, Thomas (2012): Beiträge zu mehr gesundheitlicher Ungleichheit? In: Forum sozialarbeit + gesundheit, Nr. 3, Jg.17, 6–8.

Amt der Steiermärkischen Landesregierung (2010): Resident Assessment Instrument - Home Care (RAI HC 2.0). Arbeitshilfen zu den Abklärungshilfen. https://www.gesundheit.steiermark.at/cms/dokument/12638757_142418678/2f83a3d7/Abkl%C3%A4rungshilfe_2010_WEB.pdf [27.03.2022].

Angermeier, Georg (2016): PDCA-Zyklus. Plan, Do, Check, Act. <https://www.projektmagazin.de/glossarterm/pdca-zyklus> [27.09.2021].

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

Antony, Gabriele / Gaiswinkler, Sylvia (2019): Good-Practice-Beispiele der Gesundheitsförderung mit Fokus auf Förderung sozialer Teilhabe im Alter. Wien: Gesundheit Österreich.

Antony, Gabriele / Fried, Andrea / Habimana, Katharina / Ostermann, Herwig (o.A.): Aktiv und gesund altern in Österreich. https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:3d309dc8-ca07-464c-89c6-9ab81e675476/aktiv_und_gesund_altern_in_oesterreich_final.pdf [10.12.2021].

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.

Arlt, Ilse (1958/2010): Wege zu einer Fürsorgewissenschaft. In: Maiss, Maria (Hg.In): Soziale Arbeit - Social Issues. 4. Band, Wien: LIT, 11-122.

Ärztchammer für Wien (2021): Neun Arztpraxen erproben Verschreibung von sozialen Angeboten. <https://www.medinlive.at/gesundheitspolitik/neun-arztpraxen-erproben-verschreibung-von-sozialen-angeboten> [13.01.2022].

Ashcroft, Rachelle / Mcmillan, Colleen / Ambrose-Miller, Wayne / McKee, Ryan / Brown, Judith (2018): The Emerging Role of Social Work in Primary Health Care.

A Survey of Social Workers in Ontario Family Health Teams. In: Health & Social Work, Nr. 2, Jg. 43, 109–117.

Bachler, Herbert Johann / Bertsch, Raphael (2018): Reform der Primärversorgung in Österreich. Gibt es Potenzial im Bundesland Tirol? In: Wiener Medizinische 15–16, Jg. 168, 406–414.

Bachner, Florian / Bobek, Julia / Habimana, Katharina / Ladurner, Joy / Lepuschütz, Lena / Ostermann, Herwig / Rainer, Lukas / Schmidt, Andrea E / Zuba, Martin / Quentin, Wilm / Winkelmann, Juliane (2019): Das österreichische Gesundheitssystem. Akteure, Daten, Analysen. Nr. 3, Jg. 20, 1–288.

Baddeley, Benjamin / Sornalingam, Sangeetha / Cooper, Max (2018): Social prescribing in general practice. In: InnovAiT, Nr. 2, Jg. 11, 119–121.

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

Barnes, Enrica (2020): Social prescribing. In: InnovAiT, Nr. 11, Jg. 13, 638–641.

Barry, Margaret M. / Jenkins, Rachel (2007): Implementing Mental Health Promotion. o.A.: Elsevier Health Sciences.

Bauer, Petra (2011): Multiprofessionelle Kooperation in Teams und Netzwerken. Anforderung an Soziale Arbeit. In: Zeitschrift für Sozialpädagogik, Nr. 4, Jg. 9, 341–360.

Beardmore, Amy (2019): Working in social prescribing services. A qualitative study. In: Journal of Health Organization and Management, Nr. 1, Jg. 34, 40–52.

Belbin, Raymond Meredith / Bergander, Wolfgang (1996): Managementteams: Erfolg und Mißerfolg. 1. Auflage, Wörrstadt: Bergander.

Belbin Associates (2013): Method, Reliability & Validity, Statistics & Research. A Comprehensive Review of Belbin Team Roles. www.belbin.com [30.07.2021].

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.

Beyer, Martin / Erler, Antje / Gerlach, Ferdinand M. (2010): Ein Zukunftskonzept für die hausärztliche Versorgung in Deutschland. 1. Grundlagen und internationale Modelle. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, Nr. 3, Jg. 86, 93–98.

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.

BMA – British Medical Association (2019): Social prescribing. Making it work for GPs and patients. <https://www.essexlmc.org.uk/social-prescribing-making-it-work-for-gps-and-patients/> [30.10.2020].

BMASGK – Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2019): Das österreichische Gesundheitssystem. Zahlen - Daten - Fakten. https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:04404433-1321-4c4c-93af-861727f8d8b0/BMASGK_Das-oesterreichische-Gesundheitssystem_Zahlen-Daten-Fakten_WEB.pdf [19.08.2021].

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2014): „Das Team rund um den Hausarzt“. Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. <https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:a9e378a1-0c36-4e0e-85f3-fff4703481cf/primaerversorgungskonzept.pdf> [20.01.2021].

BMSGPK – Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2022): Was ist Primärversorgung? <https://www.pve.gv.at/was-ist-primaerversorgung/> [26.08.2021].

BMSGPK (2020a): Strukturreform Sozialversicherung. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Soziales/Sozialversicherung/Strukturreform-Sozialversicherung.html> [06.02.2022].

BMSGPK (2020b): Versorgungskonzept als Grundlage der Leistungserbringung. <https://www.pve.gv.at/der-weg-zur-gruendung/organisations-aspekte/primar-versorgungs-einheiten/versorgungskonzept-als-grundlage-der-leistungserbringung/> [18.03.2021].

BMSGPK (2019): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan. https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:cc75332a-e259-4077-956f-9eab1d9e433d/oesg_2017_-_textband,_stand_27.09.2019.pdf [23.09.2020].

Bogner, Alexander / Littig, Beate / Menz, Wolfgang (2002): Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden: Leske + Budrich.

Bönisch, Sebastian / Dettmers, Stephan (2018): Editorial. In: Klinische Sozialarbeit, Nr. 2, Jg. 14, 3.

Brandling, Janet / House, William (2009): Social prescribing in general practice. Adding meaning to medicine. In: The British Journal of General Practice, Nr. 563, Jg. 59, 454–456.

Brandling, Janet / House, William (2007): Investigation into the feasibility of a social prescribing service in primary care. A pilot project. Bath, U.K.: University of Bath and Bath and North East Somerset NHS Primary Care Trust.

- Bromley by Bow Centre (2022):** Bromley by Bow Centre. About us. <https://www.bbbbc.org.uk/about-us/> [19.02.2022].
- Bromley by Bow Centre (2021):** Training Courses. <https://www.bbbbc.org.uk/link-worker-training-courses/> [10.12.2021].
- Bromley by Bow Centre / Conexus Healthcare / University of East London (2021):** Level 3 Qualification in Social Prescribing. Training for social prescribers & link workers. o.A. unveröffentlicht.
- Bromley by Bow Centre (o.A.):** Level Three Qualification in Social Prescribing. <https://www.bbbbc.org.uk/insights/social-prescribing-link-worker-training/level-three-qualification-in-social-prescribing/> [16.03.2022].
- Bruhn, Manfred (2020):** Qualitätsmanagement für Dienstleistungen. Handbuch für ein erfolgreiches Qualitätsmanagement. Grundlagen-Konzepte-Methoden. 12. Auflage, Berlin: Springer Gabler.
- Buck, David / Ewbank, Leo (2020):** What is social prescribing? <https://www.kingsfund.org.uk/publications/social-prescribing> [12.12.2020].
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (o.A.):** Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alpha-betisches-verzeichnis/> [08.05.2021].
- 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.
- Charles, Anna / Ewbank, Leo / McKenna, Helen / Wenzel, Lillie (2019):** The NHS long-term plan explained. <https://www.kingsfund.org.uk/publications/nhs-long-term-plan-explained> [27.07.2022].
- Chatterjee, Helen / Polley, Marie / Clayton, Gavin (2018a):** Social prescribing. Community-based referral in public health. In: Perspectives in Public Health, Nr. 1, Jg. 138, 18–19.
- Chatterjee, Helen / Camic, Paul M. / Lockyer, Bridget / Thomson, Linda J. M. (2018b):** Non-clinical community interventions. A systematised review of social prescribing schemes. In: Arts & Health, Nr. 2, Jg. 10, 97–123.
- Clare, Anthony W. (1985):** The Role of Social Workers in Primary Health Care Delivery. In: Pichot, Pierre / Berner, Peter / Wolf, R. / Thau, K. (Hg. Innen): Epidemiology and Community Psychiatry. Boston, MA: Springer US, 289–294. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-4700-2_42 [13.12.2020].

- CompuGroup Medical (2022):** MEDICAL NET. Sicher kommunizieren im Gesundheitswesen. https://www.cgm.com/aut_de/produkte/intersektoral/medical-net.html [07.02.2022].
- Corney, Roslyn H. (1988):** Social Work and Primary Care. The Need for Increased Collaboration. In: Journal of the Royal Society of Medicine, Nr. 1, Jg. 81, 29–30.
- Corsten, Hans / Corsten, Hilde (2000):** Projektmanagement. Lehr- und Handbücher der Betriebswirtschaftslehre. München / Wien: Oldenbourg Verlag.
- Coulter, Angela / Roberts, Sue / Dixon, Anna (2013):** Delivering better services for people with long-term conditions. https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/delivering-better-services-for-people-with-long-term-conditions.pdf [27.09.2021].
- Czypionka, Thomas / Ulinski, Susanna (2014):** Primärversorgung. https://primaerversorgung.org/wp-content/uploads/2019/12/2014_HV_Primaerversorgung_Endbericht.pdf [07.01.2022].
- Czypionka, Thomas / Kraus, Markus / Riedel, Monika / Sigl, Clemens (2012):** Aufgabenorientierung im österreichischen Gesundheitswesen. Endbericht. Studie im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger. <https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/5088/1/ihs-report-2012-czypionka-kraus-riedel-sigl-aufgabenorientierung-gesundheitswesen.pdf> [14.02.2022].
- Dauven, Sarah / Cobbers, Birgit (2009):** Koordination und Integration. Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, Nr. 6, Jg. 63, 15–21.
- 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 / Damm, Chris (2020):** Evaluation of the Rotherham Social Prescribing Service for Long Term Conditions. A review of data for 2016/17-2017/18. <https://www.shu.ac.uk/-/media/home/research/cresr/reports/e/eval-rotherham-social-prescribing-long-term-conditions-17-18.pdf> [12.12.2020].
- Dayson, Chris (2017):** Policy commentary. Social prescribing „plus“. A model of asset-based collaborative innovation? In: People, Place and Policy Online, Nr. 2, Jg. 11, 90–104.
- Department for Business, Innovation and Skills (2016):** Vocational Qualifications. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/510013/VocationalQualificationsNote2016.pdf [16.03.2022].

- Department of Health (2013):** Bromley Primary Care Trust. 2012–13 Annual Report and Accounts. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/253291/Bromley PCT Annual Report and Accounts 2012-13.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/253291/Bromley_PCT_Annual_Report_and_Accounts_2012-13.pdf) [09.10.2021].
- Dettmers, Stephan (2018):** Soziale Teilhabe als zentrale Ausrichtung. In: Klinische Sozialarbeit, Nr. 2, Jg. 14, 4–6.
- Dettmers, Stephan (2017):** ICF-orientierte Diagnostik sozialer Teilhabe als konzeptionelle Begründung sozialtherapeutischer Interventionen. In: Lammel, Ute Antonia / Pauls, Helmut (Hg.Innen): Sozialtherapie. Sozialtherapeutische Interventionen als dritte Säule der Gesundheitsversorgung. 1. Auflage, Dortmund: Verlag Modernes Lernen, 75–90.
- Dettmers, Stephan (2011):** Soziale Netzwerke im virtuellen Zeitalter. Wie Soziale Arbeit mit systematischen Netzwerkanalysen soziale Teilhabe fördern kann. In: Forum sozialarbeit + gesundheit, Nr. 1, Jg. 16, 6–8.
- Dimmel, Nikolaus (2017):** Social Impact Bonds in Österreich. In: SiÖ – Fachzeitschrift für Soziale Arbeit in Österreich, Nr. 197, Jg. 52, 10–13.
- Döbl, Stefanie / Huggard, Peter / Beddoe, Liz (2015):** A hidden jewel. Social work in primary health care practice in Aotearoa New Zealand. In: Journal of Primary Health Care, Nr. 4, Jg. 7, 333–338.
- Dresing, Thorsten / Pehl, Thorsten (2018):** Praxisbuch Interview. Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 8. Auflage, Marburg: Eigenverlag.
- 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. https://www.meinbezirk.at/rohrbach/c-lokales/proges-gesundheitsbuero-in-haslach-eroeffnet_a3303759 [05.01.2021].
- Egger, Josef (2005):** Das biopsychosoziale Modell. In: Psychologische Medizin, Nr. 2, Jg. 16, 3–12.
- Elemental Software (o.A.):** Deliverable 1 - Social Prescribing and the Digital Landscape. https://www.london.gov.uk/sites/default/files/socialprescribingdigital_landscape-report.pdf [02.07.2021].
- Elston, Julian / Grading, 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-be-

ing 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.

Ewers, Michael / Walkenhorst, Ursula (2019): Interprofessionalität in den DACH-Ländern. Eine Momentaufnahme. In: Ewers, Michael / Paradis, Elise / Herinek, Doreen (Hg.Innen): Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten. Gesundheits- und Sozialprofessionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 19–69.

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].

Fengler, Jörg (2001): Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation. Stuttgart: Klett-Cotta.

Fenton, Jessica Otto (2011): Evidence-Based Interventions for Social Work in Health Care. In: Social Work in Health Care, Nr. 4, Jg. 50, 344–346.

FHNW Hochschule für Soziale Arbeit (o.A.): Soziale Diagnostik. <https://www.soziale-diagnostik.ch/> [27.03.2022].

Finker, Susanne / Eglseder, Hermann / Zahorka, Florian (2017): Sozialarbeit in der (neuen) Primärversorgung. In: SiÖ – Fachzeitschrift für Soziale Arbeit in Österreich, Nr. 198, Jg. 52, 19–21.

Fischer, Timo / Schauppenlehner, Matthias (2018): Die Stärkung der Primärversorgung in Österreich. Ein erster Zwischenstand. In: Soziale Sicherheit, Nr. 1, 22–32.

Fixsen, Alison / Polley, Marie (2020): Social prescribing for stress related disorders and brain health. In: International Review of Neurobiology, Jg. 152, 237–257.

Fixsen, Alison / Seers, Helen / Polley, Marie / Robbins, Jo (2020): Applying critical systems thinking to social prescribing. A relational model of stakeholder “buy-in”. In: BMC Health Services Research, Nr. 1, Jg. 20, 1–13.

Flick, Uwe (2011): Triangulation. Eine Einführung. 3., aktualisierte Auflage, Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.

Flieger, Petra (2003): Partizipative Forschungsmethoden und ihre konkrete Umsetzung. In: Hermes, Gisela, Kobsell, Swantje (Hg.Innen): Disability Studies in Deutschland. Behinderung neu Denken. Dokumentation der Sommeruni. Kassel: bifos, S. 200 – 204

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

- Franczukowska, Arleta / Krczal, Eva / Braun, Alexander (2020):** Primärversorgung in Österreich. Quo vadis? In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, Nr. 11, Jg. 96, 467–471.
- Franz, Angelika (2019):** Adhärenz. https://www.socialnet.de/lexikon/Adhaerenz#toc_2 [20.02.2022].
- Fried, Andrea (2019):** Statt Medikamente. Ein Hund auf Rezept. <https://www.derstandard.at/story/2000107329253/statt-medikamente-ein-hund-auf-rezept> [04.12.2021].
- Friedli, Lynne / Watson, Stuart (2004):** Social prescribing for mental health. Durham: Northern Centre for Mental Health.
- Fritz, Gudrun (2018):** Biopsychosoziale Arbeit in der Primärversorgung. Ansätze und Potentiale für einen interdisziplinären und interprofessionellen Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Masterarbeit, FH Campus Wien.
- Frostick, Caroline / Bertotti, Marcello (2019a):** Social prescribing in general practice. In: British Journal of General Practice, Nr. 688, Jg. 69, 538–539.
- Frostick, Caroline / Bertotti, Marcello (2019b):** The frontline of social prescribing. How do we ensure Link Workers can work safely and effectively within primary care? In: Chronic Illness, Nr. 4, Jg. 17, 1–18.
- Früh, Werner (2015):** Inhaltsanalyse. Theorie und Praxis. 8. Auflage, Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Gahleitner, Silke Brigitta / Homfeldt, Hans Günther (2019):** Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit und soziale(s) Netzwerke(n). In: Fischer, Jörg / Kosellek, Tobias (Hg.Innen): Netzwerke und Soziale Arbeit. Theorien, Methoden, Anwendungen. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 568–590.
- Gampenrieder, Lena Marina (2020):** Das Biopsychosoziale Modell in der österreichischen Primärversorgung, Bachelorarbeit, FH St. Pölten.
- GÖG – Gesundheit Österreich GmbH (2021):** Projektkall „Social Prescribing in der Primärversorgung“. https://goeg.at/Projektkall_Social_Prescribing [05.01.2022].
- GÖG (o.A.a):** PVE-Standorte. https://primaerversorgung.gv.at/standorte_pve [10.02.2022].
- GÖG (o.A.b):** Muster-Versorgungskonzept: Manual. https://www.pve.gv.at/fileadmin/user_upload/manual_muster-versorgungskonzept.pdf [28.08.2021].
- GÖG (o.A.c):** Details zum Projektkall „Social Prescribing in der Primärversorgung“. https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/Details%20F%C3%B6rder-call_Social_Prescribing.bf_.pdf [28.12.2021].

- Giurca, Bogdan C. / Santoni, Claudia M. (2019):** Celebrating the world's first social prescribing day. In: The British Journal of General Practice. The Journal of the Royal College of General Practitioners. Nr. 688, Jg. 69, 558.
- 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 [27.02.2022].
- Grayer, Justin / Cape, John / Orpwood, Lisa / Leibowitz, Judy / Buszewicz, Marta (2008):** Facilitating access to voluntary and community services for patients with psychosocial problems. A before-after evaluation. In: BMC Family Practice, Nr. 27, Jg. 9, 1–8.
- Grießler, Gertrude (2009):** Praktische Sozialar(z)tbeit. Die Ordination des Gemeindearztes/der Gemeindeärztin als neues Tätigkeitsfeld für SozialarbeiterInnen. Diplomarbeit, FH St. Pölten.
- Grimm, Katharina (2005):** Demenzentwicklung. Zehn nach elf und drei Worte. In: ARS MEDICI, Nr. 17, 766–767.
- Große, Janka / Grande, Gesine (2012):** Stadtteilarbeit und Gesundheitsförderung in deprivierten Stadtvierteln. In: Public Health Forum, Nr. 75, Jg. 20, 18–19.
- Gruppenpraxis Wilhelmstrasse (2022):** Gruppenpraxis Wilhelmstrasse. Ihre Hausärzt*innen in Meidling. <https://praxiswilhelmstrasse.wien/> [12.02.2022].
- Haas, Sabine / Ladurner, Joy / Rojatz, Daniela / Winkler, Petra / Antosik, Jennifer / Ecker, Sandra / Weitzer, Jakob (2021):** Prozesskonzept zur Etablierung von Social Prescribing. https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/SP_Prozesskonzept_bf.pdf [13.01.2022].
- Haas, Sabine / Bobek, Julia / Braunegger-Kallinger, Gudrun / Ladurner, Joy / Winkler, Petra (2019):** Social Prescribing. Factsheet, <https://jasmin.goeg.at/1411/> [13.02.2021].
- Halder, Moon M. / Wakefield, Juliet R. H. / Bowe, Mhairi / Kellezi, Blerina / Mair, Elizabeth / McNamara, Niamh / Wilson, Ian / Stevenson, Clifford (2018):** Evaluation and exploration of a social prescribing initiative. Study protocol. In: Journal of Health Psychology, Nr. 3, Jg. 26, 345–356.
- 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, 1–16.

- Harries, Lena / Tangermann, Ulla / Amelung, Volker Eric (2015):** Arztentlastende Konzepte in schwer zu versorgenden Regionen in Deutschland. Ein Vergleich mit England und den Niederlanden. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, Nr. 3/4, Jg. 69, 66–73.
- Hartung, Michael / Schneider, Nils (2016):** Sozialarbeit und hausärztliche Versorgung. Eine Literaturübersicht. In: ZFA, Nr. 9, Jg. 92, 363–366.
- Hassan, Shaima M. / Giebel, Clarissa / Morasae, Esmaeil 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.
- Healthy London Partnership (2017):** Social prescribing. Steps towards implementing self-care. A focus on social prescribing. <https://www.healthy london.org/wp-content/uploads/2017/10/Social-prescribing-Steps-towards-implementing-self-care-January-2017.pdf> [11.04.2021].
- Heckenthaler, Walter (2017):** ICPC-2. Die Klassifizierung für die Primärversorgung. <https://primaerversorgung.org/2017/10/19/icpc-2-die-klassifizierung-fuer-die-pri-maerversorgung/> [27.08.2021].
- Heijnders, Miriam / Meijs, Jan Joost (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].
- Holding, Eleanor / Thompson, Jill / Foster, Alexis / Haywood, Annette (2020):** Connecting communities. A qualitative investigation of the challenges in delivering a national social prescribing service to reduce loneliness. In: Health & Social Care in the Community, Nr. 5, Jg. 28, 1535–1543.
- Homfeldt, Hans Günther / Sting, Stephan (2005):** Soziale Arbeit und Gesundheit. In: Sozial Extra, Nr. 9, Jg. 29, 41–45.
- Horváth (o.A.):** Gesundheitsförderung 21+. „Aus der Covid 19-Pandemie lernen“. <https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:027afbe3-1a67-40f3-b7f4-817bf0a87c1c/PH%20Artikel%20zu%20GF21+ IH%2024082021.pdf> [10.04.2022].
- Howarth, Michelle / Griffiths, Alistair / da Silva, Anna / Green, Richard (2020):** Social prescribing. A „natural“ community-based solution. In: British Journal of Community Nursing, Nr. 6, Jg. 25, 294–298.

Howarth, Michelle / Leigh, Jacqueline (2020): Social prescribing. Collaboration in times of stability and crisis. In: British Journal of Nursing, Nr. 10, Jg. 29, 578–579.

Huber-Eibl, Kerstin (2021): Soziale Verschreibung. <https://www.msges.at/2021/08/soziale-verschreibung/> [05.01.2022].

Husk, Kerry / Blockley, Kelly / Lovell, Rebecca / Bethel, Alison / Lang, Iain / Byng, Richard / Garside, Ruth (2020): 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.

Husk, Kerry / Blockley, Kelly / Lovell, Rebecca / Bethel, Alison / Bloomfield, Dan / Warber, Sara / Pearson, Mark / Lang, Iain / Byng, Richard / Garside, Ruth (2016): What approaches to social prescribing work, for whom, and in what circumstances? A protocol for a realist review. In: Systematic Reviews, Nr. 1, Jg. 5, 1–7.

Huter, Sebastian (2020): Community-Oriented Primary Care in Austria. Status Quo and Prospects for the Future. Masterarbeit, Medizinische Universität Graz.

Hutt, Patrick (2017): Social prescribing: A new medicine? In: InnovAiT, Nr. 2, Jg. 10, 90–95.

Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH (2019): Social Prescribing. Mehr Gesundheitsförderung in Primärversorgungszentren. <https://www.ifgp.at/cdscontent/?contentid=10007.850945&portal=ifgpportal> [17.07.2021].

Jego, Maeva / Abcaya, Julien / Ştefan, Diana-Elena / Calvet-Montredon, Céline / Gentile, Stéphanie (2018): Improving Health Care Management in Primary Care for Homeless People. A Literature Review. In: International Journal of Environmental Research and Public Health, Nr. 2, Jg. 15, 1–21.

Jiménez, Paul / Eibel, Kerstin / Dunkl, Anita / Ratswohl, Angelika (2014): Entwicklung von Qualitätskriterien für AnbieterInnen von Dienstleistungen im Bereich der Gesundheitsförderung. In: Wirtschaftspsychologie, Nr. 2, 27–34.

Jungmann, Sven / Mistry, Pritesh / Conibear, Tim / Gray, Muir / Jani, Anant (2020): Using technology-enabled social prescriptions to disrupt healthcare. In: Journal of the Royal Society of Medicine, Nr. 2, Jg. 113, 59–63.

Jungnitsch, Georg (2009): Klinische Psychologie. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

Juraforum (2021): Juraforum. <https://www.juraforum.de/lexikon/gefahr-im-verzug> [01.01.2022].

Katzenbach, Jon R. / Smith, Douglas K. (2015): The wisdom of teams. Creating the high-performance organization. Boston: Harvard Business Review Press.

- 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 Open, Nr. 11, Jg. 9, 9–19.
- Kenkre, Joyce / Howarth, Michelle (2018):** Guest Editorial. Social Prescribing. In: Journal of Research in Nursing, Nr. 8, Jg. 23, 640–645.
- Kessler, Paul (2017):** Das neue Primärversorgungsgesetz. <https://www.aerzte-exklusiv.at/de/kIFHpo7k/das-neue-primarversorgungsgesetz/?in=F1zug77H> [20.07.2021].
- 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 (2015):** What is social prescribing? In: Advances in Social Sciences Research Journal, Nr. 1, Jg. 2, 102–110.
- Kimberlee, Richard (2013):** Developing a social prescribing approach for Bristol. <https://uwe-repository.worktribe.com/OutputFile/927260> [12.12.2020].
- King, Amanda (2017):** Social prescribing. Can it increase chances of employment? <https://collegeofmedicine.org.uk/social-prescribing-can-increase-chances-employment/> [13.02.2022].
- Klüsche, Wilhelm / Schubert, Franz-Christian (2002):** Soziale Arbeit als integriertes Berufsbild in der Gesundheitsversorgung. In: Public Health Forum, Nr. 34, Jg. 10, 16–17.
- Kraus, Björn / Krieger, Wolfgang (2021):** Macht in der Sozialen Arbeit. Interaktionsverhältnisse zwischen Kontrolle, Partizipation und Freisetzung. 5. Auflage, Detmold: Jacobs Verlag.
- Kuckartz, Udo (2018):** Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 4. Auflage, Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Kulbe, Annette (2009):** Grundwissen Psychologie, Soziologie und Pädagogik. Lehrbuch für Pflegeberufe. 2. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer.
- KWCM – Knowle West Media Centre (o.A.):** Social Mirror. <https://kwmc.org.uk/projects/socialmirror/> [05.01.2022].
- Ladurner, Joy / Braunegger-Kallinger, Gudrun / Haas, Sabine (2020):** Fact Sheet. Link Worker. Wien: GÖG.

- Lakhani, Mayur / Baker, Maureen / Field, Steve (2007):** The future direction of general practice: a roadmap. London: Royal College of General Practitioners.
- 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.
- Leibundgut, Adrian (2010):** Organisation. Praxisbezogenes Lehrmittel für höhere Fachschulen. Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Litke, Hans-Dieter (2007):** Projektmanagement. Methoden, Techniken, Verhaltensweisen. Evolutionäres Projektmanagement. 5., erweiterte Auflage, München: Hanser.
- 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> [05.09.2021].
- Löcherbach, Peter (2020):** Vernetzung im Gesundheitswesen. In: Löcherbach, Peter / Wendt, Wolf Rainer: Care und Case Management. Transprofessionelle Versorgungsstrukturen und Netzwerke. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 39–57.
- Lützenkirchen, Anne (2005):** Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung im Gesundheitswesen. Eine aktuelle Bestandsaufnahme. In: Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie, Jg. 36, 311–324.
- Maiss, Maria / Pantuček, Peter (2008):** Theorie mit Leidenschaft. Ilse Arlt und aktuelle Fragen der Sozialen Arbeit. In: Soziale Arbeit –Zeitschrift für Soziale und sozialverwandte Gebiete, Nr. 6, Jg. 57, 202–211.
- Mangan, Catherine / Miller, Robin / Cooper, Jeremy (2014):** Time for some home truths. Exploring the relationship between GPs and social workers. In: Journal of Integrated Care, Nr. 2, Jg. 22, 51–61.
- Mercer, Stewart W. / Fitzpatrick, Bridie / Grant, Lesley / Chng, Nai Rui / O'Donnell, Catherine A. / Mackenzie, Mhairi / McConnachie, Alex / Bakhshi, Andisheh / Wyke, Sally (2017):** The Glasgow 'Deep End' Links Worker Study Protocol. A Quasi-Experimental Evaluation of a Social Prescribing Intervention for Patients with Complex Needs in Areas of High Socioeconomic Deprivation. In: Journal of Comorbidity, Nr. 1, Jg. 7, 1–10.
- Merton, Robert / Kendall, Patricia (1993):** Das fokussierte Interview. In: Hopf, Christel / Weingarten, Elmar (Hg.Innen): Qualitative Sozialforschung, 3. Auflage, Stuttgart: Klett Cotta, 171–204.
- Michel, Claudia / Friedli, Thomas / Riedel, Matthias (2016):** Die Schnittstellenmanagerin. In: Sozial Aktuell, Nr. 1, Jg. 48, 22–23.

- Moffatt, Suzanne / Wildman, John / Pollard, Tessa / Penn, Linda / O'Brien, Nicola / Pearce, Mark / Wildman, Josephine M. (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. In: BMJ Open, Nr. 1, Jg. 9, e026826, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026826> [30.12.2020].
- 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.
- 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. <http://link.springer.com/10.1007/s42413-020-00080-9.b> [28.03.2022].
- National Academy for Social Prescribing (2021):** About Us. <https://socialprescribingacademy.org.uk/about-us/> [12.02.2022].
- National Academy for Social Prescribing (2020):** A social revolution in wellbeing. Strategic Plan 2020-23. https://socialprescribingacademy.org.uk/wp-content/uploads/2020/03/NASP_strategic-plan_web.pdf [21.08.2021].
- NALW – National Association of Link Workers (2021):** National Association of Link Workers, <https://www.nalw.org.uk/about-us/> [30.12.2021].
- NALW (2019):** Getting to know the link worker workforce. Understanding link workers knowledge, skills, experiences and support needs. https://www.nalw.org.uk/wp-content/uploads/2019/06/Released_NALW_link-worker-report_March-2019_updated.pdf [15.11.2021].
- Need 2 Succeed / Social Prescribing Merton / Merton Voluntary Service Council (o.A.):** Level 3 Certificate in Social Prescribing. [https://need2succeed.co.uk/images/Courses/Brochures/Level 3 Certificate in Social Prescribing.pdf](https://need2succeed.co.uk/images/Courses/Brochures/Level_3_Certificate_in_Social_Prescribing.pdf) [16.03.2022].
- Neuffer, Manfred (2013):** Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. 5., überarbeitete Auflage., Weinheim: Beltz Juventa.
- New Economics Foundation (2008):** Five ways to mental wellbeing. <https://www.gov.uk/government/publications/five-ways-to-mental-wellbeing> [27.09.2021].
- NHS – National Health Service (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 (o.A.): Supporting link workers in primary care networks. <https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/social-prescribing/support-and-resources/> [29.01.2022].

NHS England / NHS Improvement (2020a): Social prescribing link workers. Reference guide for primary care networks – Technical Annex. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/06/pcn-reference-guide-for-social-prescribing-technical-annex-june-20.pdf> [04.07.2021].

NHS England / NHS Improvement (2020b): 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> [15.04.2021].

NHS England (2019): 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-print.pdf> [04.07.2021].

OBDS – Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit (2017a): Berufsbild der Sozialarbeit. <https://www.obds.at/wp/wp-content/uploads/2018/05/Berufsbild-Sozialarbeit-2017-06-beschlossen.pdf> [12.03.2022].

OBDS (2017b): Sozialarbeit in der Primärversorgung. https://www.obds.at/wp/wp-content/uploads/2018/07/Sozialarbeit-in-PV_Argumentationsunterlage.pdf [19.02.2021].

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development/Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2021): Health at a Glance 2021. OECD Indicators. Highlight for Austria. <https://www.oecd.org/austria/health-at-a-glance-Austria-EN.pdf> [06.02.2022].

OECD (2020): Realising the Potential of Primary Health Care. OECD Health Policy Studies.Paris. OECD Publishing.

ORF (2021): Mückstein verdoppelt Geld für Gesundheitsförderung, <https://orf.at/stories/3218436/> [29.11.2021].

Ortmann, Karlheinz (2015a): Ist Sozialarbeit (k)ein Gesundheitsberuf? In: SiÖ – Fachzeitschrift für Soziale Arbeit in Österreich, Nr. 191, Jg. 50, 13–17.

Ortmann, Karlheinz (2015b): „Hard to reach“. Wenn Armut krank macht. In: Forum sozialarbeit + gesundheit, Nr. 3, Jg. 20, 6–9.

Österreichische Sozialversicherung (2021): PatientInnen und Versicherte der Sozialversicherung. Primärversorgung. <https://www.sv-primarversorgung.at/cdscontent/?contentid=10007.796743&portal=esvportal> [10.02.2022].

- Österreichische Sozialversicherung (o.A.a):** Primärversorgung. Rechtliche Rahmenbedingungen. <https://www.sv-primaerversorgung.at/cdscontent/?contentid=10007.796822&portal=esvportal> [01.10.2021].
- Österreichische Sozialversicherung (o.A.b):** Primärversorgungseinheiten. Detailinformation. <https://www.sv-primaerversorgung.at/cdscontent/?contentid=10007.796754&portal=esvportal> [01.08.2021].
- Patzak, Gerold / Rattay, Günter (1998):** Projekt Management. Leitfaden zum Management von Projekten, Projektportfolios und projektorientierten Unternehmen. 3. Auflage, Wien: Linde.
- Pauls, Helmut (2013):** Das biopsychosoziale Modell. Herkunft und Aktualität. In: Resonanzen. E-Journal für Biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung, Nr. 1, Jg. 1, 15–31.
- Payne, Kirsty / Walton, Elizabeth / Burton, Christopher (2020):** Steps to benefit from social prescription. A qualitative interview study. In: British Journal of General Practice, Nr. 690, Jg. 70, 36–44.
- Pescheny, Julia / Randhawa, Gurch / Pappas, Yannis (2020):** The impact of social prescribing services on service users. A systematic review of the evidence. In: European Journal of Public Health, Nr. 4, Jg. 30, 664–673.
- Pescheny, Julia Vera / Pappas, Yannis / Randhawa, Gurch (2018a):** Facilitators and barriers of implementing and delivering social prescribing services. A systematic review. In: BMC Health Services Research, Nr. 1, Jg. 18, 86–100.
- Pescheny, Julia Vera / Pappas, Yannis / Randhawa, Gurch (2018b):** Evaluating the Implementation and Delivery of a Social Prescribing Intervention. A Research Protocol. In: International Journal of Integrated Care, Nr. 1, Jg. 18, 1–7.
- Pham, Thuy-Nga (2019):** Interprofessionelle Primärversorgungsteams in der kanadischen Provinz Ontario. In: Ewers, Michael / Paradis, Elise / Herinek, Doreen (Hg.Innen): Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten. Gesundheits- und Sozialprofessionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 170–185.
- Polley, Marie / Whiteside, Jayne / Elnaschie, Sonya / Fixsen, Alison (2020):** What does successful social prescribing look like? Mapping meaningful outcomes. London: University of Westminster.
- Polley, Marie / Bertotti, Marcello / Kimberlee, Richard / Pilkington, Karen / Refsum, Charlotte (2017a):** A review of the evidence assessing impact of social prescribing on healthcare demand and cost implications. <https://westminsterresearch.westminster.ac.uk/download/e18716e6c96cc93153baa8e757f8feb602fe99539fa281433535f89af85fb550/>

[297582/review-of-evidence-assessing-impact-of-social-prescribing.pdf](#)
[27.09.2021].

Polley, Marie / Fleming, James / Anfilogoff, Tim / Carpenter, Andrew (2017b): Making sense of Social Prescribing. <https://uwe-repository.worktribe.com/preview/882260/Making-sense-of-social-prescribing-2017-PRINT.pdf> [27.09.2021].

Polzer, Doris (2020): Gesundheitsförderung Bedeutung geben. In: Das österreichische Gesundheitswesen, Jg. 61, 20–22.

Popay, Jennie / Kowarzik, Ute / Mallinson, Sara / Mackian, Sara / Barker, Jacqui (2007): Social problems, primary care and pathways to help and support. Addressing health inequalities at the individual level. Part II. Lay perspectives. In: Journal of Epidemiology & Community Health, Nr. 11, Jg. 61, 972–977.

Porst, Rolf (2014): Fragenbogen. Ein Arbeitsbuch. 4. Auflage, Wiesbaden: Springer VS.

Porter, Michael Eugene / Pabo, Erika Ann / Lee, Thomas H. (2013): Redesigning primary care: a strategic vision to improve value by organizing around patients' needs. In: Health Affairs (Project Hope), Nr. 3, Jg. 32, 516–525.

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

Rademaker, Anna Lena (2016): Soziale Arbeit mit Gesundheitsbezug. In: Forum sozialarbeit + gesundheit, Nr. 4, Jg. 21, 35–38.

Rásky, Éva / Groth, Sylvia (2020): Dackel auf Rezept. In: Das österreichische Gesundheitswesen, Nr. 1–2, Jg. 61, 20–22.

Redelsteiner, Christoph (2021): Link Worker Schulung im Rahmen des Projektes Vorbereitung und Umsetzung Modellregionen Social Prescribing. o.A. unveröffentlicht Präsentation.

Redelsteiner, Christoph (2020a): Sozialarbeit in der Primärversorgung. In: Das österreichische Gesundheitswesen – ÖKZ, Nr. 5-7, Jg. 61, 37–38.

Redelsteiner, Christoph (2020b): „Social Prescribing“ – Überweisung zur Sozialarbeit – Soziales auf Rezept? In: SiÖ – Fachzeitschrift für Soziale Arbeit in Österreich, Nr. 211, Jg. 55, 32–36.

Redelsteiner, Christoph (2019): Experten für die „most vulnerable humans“. In: Pro-Care, Nr. 10, Jg. 24, 6–10.

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

- Redelsteiner, Christoph (2017):** Gesundheitsberuf SozialarbeiterIn. In: SiÖ – Fachzeitschrift für Soziale Arbeit in Österreich, Nr. 198, Jg. 52, 10–18.
- Rimmer, Abi (2019):** Social prescribing gets its own academy. In: BMJ, Jg. 367.
- Rojatz, Daniela / Nowak, Peter / Holzweber, Leonie (2019):** Gute Gesundheitsinformationen für das Primärversorgungsteam zur Verankerung von Gesundheitskompetenz in der Primärversorgungseinheit. o.A. [https://jasmin.goeg.at/1238/1/Gute%20Gesundheitsinformation %C3%96PGKKKonferenz_19092019.pdf](https://jasmin.goeg.at/1238/1/Gute%20Gesundheitsinformation%C3%96PGKKKonferenz_19092019.pdf) [08.12.2020].
- Salomon, Alice (2013):** Leitfaden der Wohlfahrtspflege. 3. Auflage, o.A.: Springer-Verlag.
- Santiago, Andrea Clement (2020):** Differences Between Clinical and Non-Clinical Medical Jobs. <https://www.verywellhealth.com/clinical-versus-non-clinical-jobs-1736349> [14.02.2022].
- Santoni, Claudia / Chiva Giurca, Bogdan / Li, Tsz Man / Mulligan, Hannah / Chilaka, Joel / Lazzereschi, Lucia / Akhbari, Melika / Teo, Marjorie Su Yin / Massias, Joseph / Kirtley, Daisy / Polley, Marie (2019):** Evaluating student perceptions and awareness of social prescribing. In: Education for Primary Care, Nr. 6, Jg. 30, 361–367.
- Saynisch, Manfred / Schelle, Heinz / Schub, Adolf (1979):** Projektmanagement. Konzepte, Verfahren, Anwendungen. München / Wien: Oldenbourg Verlag.
- Schoeb, Veronika / Staffoni, Liliana (2019):** Interprofessionelle Zusammenarbeit im ambulanten Versorgungssektor. In: Ewers, Michael / Paradis, Elise / Herinek, Doreen (Hg.Innen): Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten. Gesundheits- und Sozialprofessionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 185–200.
- Schwab, Eli / Voitl, Peter / Löffler-Stastka, Henriette (2018):** Primary Healthcare Center. Möglichkeiten, Strukturen und Grenzen von Primärversorgungseinheiten. In: psychopraxis. Neuropraxis, Nr. 6, Jg. 21, 276–281.
- Shaw, Lindsay J. / de Berker, David A. R. (2007):** Strengths and weaknesses of electronic referral. Comparison of data content and clinical value of electronic and paper referrals in dermatology. In: The British Journal of General Practice. The Journal of the Royal College of General Practitioners, Nr. 536, Jg. 57, 223–224.
- 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. The Journal of the Royal College of General Practitioners, Nr. 672, Jg. 68, e487–e494.

Social Prescribing Network (2016): Inaugural National Social prescribing conference report. <https://www.westminster.ac.uk/patient-outcomes-in-health-research-group/projects/socialprescribing-network> [Sekundärquelle, nicht mehr verfügbar].

South, Jane / Higgins, Tracy J. / Woodall, James / White, Simon M. (2008): Can social prescribing provide the missing link? In: Primary Health Care Research & Development, Nr. 4, Jg. 9, 310–318.

Sozialmedizinisches Zentrum Liebenau (2022): Sozialmedizinisches Zentrum Liebenau. Über uns. <https://www.smz.at/ueber-uns/> [12.02.2022].

Staar, Henning / Atzpodien, Hans Christian (2017): Vernetzte Zusammenarbeit erfolgreich gestalten. In: Gruppe. Interaktion. Organisation, Nr. 1, Jg. 48, 25–40.

Stadt Wien (2021): Wiener Bevölkerung. Daten und Fakten zu Migration und Integration 2021. <https://www.digital.wienbibliothek.at/wbrup/download/pdf/3747165?original-Filename=true> [15.02.2022].

Stadt Wien (o.A.): Rudolfsheim-Fünfhaus in Zahlen - Statistiken zum 15. Bezirk. <https://www.wien.gv.at/statistik/bezirke/rudolfsheim-fuenfhaus.html> [24.03.2022].

Starfield, Barbara (1998): Primary Care. Balancing Health Needs, Services and Technology. New York: Oxford University Press.

Staub-Bernasconi, Silvia (2018): Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Soziale Arbeit auf dem Weg zu kritischer Professionalität. 2. Auflage, Stuttgart: utb.

Staubhaar, Therese (2019): Vom Wert gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit. Soziale Arbeit in einem zunehmend ökonomisierten Gesundheitswesen. In: SozialAktuell, Nr. 7/8, 34–35. <https://www.sages.ch/wp-content/uploads/2019/07/sages-Beitrag-im-SozialAktuell-Vom-Wert-gesundheitsbezogener-Sozialer-Arbeit.pdf> [06.03.2022].

Stigler, Florian L / Starfield, Barbara / Sprenger, Martin / Salzer, Helmut JF / Campbell, Stephen M (2013): Assessing primary care in Austria. Room for improvement. In: Family Practice, Nr. 2, Jg. 30, 185–189.

Stumm, Judith / Peter, Lisa / Sonntag, Ulrike / Kümpel, Lisa / Heintze, Christoph / Döpfner, Susanne (2020): Nichtmedizinische Aspekte der Versorgung multimorbider Patient*innen in der Hausarztpraxis. Welche Unterstützung und Kooperationen werden gewünscht? Fokusgruppen mit Berliner Hausärzt*innen. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 66–73.

Sundl, Christiane (2020): Die Herausforderungen bei der Erhebung der sozialarbeitserischen Anamnese in der Primärversorgung, Bachelorarbeit, FH St. Pölten.

- Süsstrunk, Simon (2014):** Institutionelle Übergänge im Gesundheitswesen. Perspektive der Sozialen Arbeit. Masterthesis, Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW, Olten.
- Taylor, Denise / Nicholls, Gina / Taylor, Andrea (2019):** Perceptions of Pharmacy Involvement in Social Prescribing Pathways in England, Scotland and Wales. In: Pharmacy, Nr. 1, Jg. 7, 24–37.
- The Social Prescribing Network (2018):** What is Social Prescribing? <https://www.socialprescribingnetwork.com/> [27.09.2021].
- Thew, Miranda / Bell, Fiona / Flanagan, Eithne (2017):** Social prescribing. An emerging area for occupational therapy. In: British Journal of Occupational Therapy, Nr. 9, Jg. 80, 523–524.
- Thomson, Linda J. / Morse, Nicholas J. / Elsdon, Esme / Chatterjee, Helen J. (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.
- Thomson, Linda J. / Lockyer, Bridget / Camic, Paul M. / Chatterjee, Helen J. (2018):** Effects of a museum-based social prescription intervention on quantitative measures of psychological wellbeing in older adults. In: Perspectives in Public Health, Nr. 1, Jg. 138, 28–38.
- Thomson, Linda J. / Camic, Paul M. / Chatterjee, Helen J. (2015):** A Review of Community Referral Schemes. https://repository.canterbury.ac.uk/download/b4200c5d0d0b31dfd441b8efe-dffae2865b13569e44cb4a662898a3ed20c1092/3729872/Social_Prescribing_Review_2015.pdf [04.03.2022].
- Tierney, Stephanie / Wong, Geoff / Roberts, Nia / Boylan, Anne-Marie / Park, Sophie / Abrams, Ruth / Reeve, Joanne / Williams, Veronika / Mahtani, Kamal R. (2020):** Supporting social prescribing in primary care by linking people to local assets. A realist review. In: BMC Medicine, Nr. 1, Jg. 18, 49–63.
- Tobin-Schnittger, Patrick / O'Doherty, Jane / O'Connor, Ray / O'Regan, Andrew (2018):** Improving quality of referral letters from primary to secondary care. A literature review and discussion paper. In: Primary Health Care Research & Development, Nr. 3, Jg. 19, 211–222.
- Trenkwalder-Egger, Andrea (2010):** Die Orientierung am Bedürfnis. Ein Bezugspunkt für die Soziale Arbeit. In: Brandstetter, Manuela / Vysloulzil, Monika (Hg.Innen): Soziale Arbeit im Wissenschaftssystem. Von der Fürsorgeschule zum Lehrstuhl. o.A.: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 270–282.
- Tschachler, Elisabeth (2014):** Wunschzettel. In: Das österreichische Gesundheitswesen, Jg. 55, 8–10.

- Uhlemann, Thomas / Lehmann, Kathleen (2011):** Reformkonzept des GKV-Spitzenverbandes zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, Nr. 1, Jg. 65, 26–33.
- Ulrich, Lisa-R. Pham / Pham, Thuy-Nga Tia / Gerlach, Ferdinand M. / Erler, Antje (2019):** Family Health Teams in Ontario. Ideas for Germany from a Canadian Primary Care Model. In: Das Gesundheitswesen, Nr. 6, Jg. 81, 492–497.
- Universität Augsburg (o.A.):** Bio-Psycho-Soziales Krankheitsmodell. <https://www.uni-augsburg.de/de/fakultaet/med/profs/medpsych/lehre/schwerpunkte-lehre/bps/> [20.02.2022].
- Vesely, Flora (2020):** Weitergabe von während der Anamnese der Sozialen Arbeit in Primärversorgungseinheiten gewonnenen Daten. Bachelorarbeit FH St. Pölten.
- Wachabauer, David / Ivansits, Sarah (2019):** Versorgungskonzept PVE Fünfhaus-ärzt*innen. Wien: Gesundheit Österreich GmbH; ausgefüllt durch Ouhadi / Pilz.
- 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, 1–11.
- Wallace, C. / Elliott, M. / Thomas, S. / Davies-McIntosh, E. / Beese, S. / Roberts, G. / Ruddle, N. / Groves, K. / Rees, S. / Pontin, D. (2020):** Using consensus methods to develop a Social Prescribing Learning Needs Framework for practitioners in Wales. In: Perspectives in Public Health, Nr. 10, Jg. 20, 1–13.
- White, Jane M. / Cornish, Flora / Kerr, Susan (2017):** Front-line perspectives on ‘joined-up’ working relationships. A qualitative study of social prescribing in the west of Scotland. In: Health & Social Care in the Community, Nr. 1, Jg. 25, 1–27.
- 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.
- WHO – World Health Organization (1998):** Programme on mental health. WHOQOL. User Manual. 2012 Revision. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77932> [27.03.2022].
- WHO (1978):** Erklärung von Alma-Ata. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf [06.03.2022].

- WHO (1948):** Constitution of the World Health Organization. <https://www.who.int/about/governance/constitution> [19.01.2022].
- 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. 98, Jg. 19, 1–12, <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6349-x> [12.12.2020].
- 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. 604, Jg. 18, 1–12, <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3437-7> [12.12.2020].
- Woodall, James / South, Jane (2005):** The evaluation of the CHAT social prescribing scheme in Bradford South & West PCT. Leeds: Centre for Health Promotion Research, Leeds Metropolitan University.
- Younan, Helen-Cara / Junghans, Cornelia / Harris, Matthew / Majeed, Azeem / Gnani, Shamini (2020):** Maximising the impact of social prescribing on population health in the era of COVID-19. In: Journal of the Royal Society of Medicine, Nr. 10, Jg. 113, 377–382.
- Zimmermann, Thomas (2021):** Primäre Gesundheitsversorgung / Primary Health Care. <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i096-1.0> [19.10.2021].

Abkürzungen

AHS	Allgemeinbildende Höhere Schule
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BHS	Berufsbildende Höhere Schule
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMS	Berufsbildende Mittlere Schule
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BVAEB	Versicherungsanstalt für den öffentlichen Dienst, Eisenbahnen und Bergbau
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege
DV	Dachverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologien
KFA	Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien
KWCM	Knowle West Media Centre
LW	Link Work
NALW	National Association of Link Workers
NASP	National Academy for Social Prescribing
NGO	Non-Governmental Organisation
NHS	National Health Service
OBDS	Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development/Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PHC	Primary Health Care
PSP	Projektstrukturplan
PV	Primärversorgung
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
PVE	Primärversorgungseinheit
PVN	Primärversorgungsnetzwerk
PVZ	Primärversorgungszentrum
QS-VO	Qualitätsversicherungsverordnung
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
SP	Social Prescribing
SV-Nummer	Sozialversicherungsnummer

SV-OG	Sozialversicherungs-Organisationsgesetz
SVS	Sozialversicherung der Selbstständigen
WBS	Work Breakdown Structure
WHO	World Health Organisation

Glossar

Bio-Psycho-Soziales
Modell

Diese ganzheitliche Betrachtungsweise fußt auf systemtheoretischen Überlegungen. Sie erklärt das Ineinandergreifen und die wechselseitige dynamische Beeinflussung von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren als konstituierende Gesundheitsbedingungen. An dieses Verständnis knüpfen spezifische diagnostische, präventive und therapeutische Maßnahmen sowie Gesundheitskonzepte wie etwa Social Prescribing an (vgl. Egger 2005).

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 2020:11). 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

Unter dem 3. Sektor versteht man Organisationen, die weder dem Pol „Markt“ noch dem Pol „Staat“ zugeordnet werden können. Das Handeln ist charakterisiert durch die Regulationsmechanismen Vorsorge, Fürsorge, Vertrag und Solidarität. Der Begriff wird weitgehend synonym 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. Der vorliegenden Arbeit im Kontext der Sozialen Arbeit wird vor allem diese Definition aus dem Bereich Public Health zugrunde gelegt: "Ge-

	sundheit 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).
Gesundheits-determinanten	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. Haas et al. 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 – gesetzliche Definition	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 ggf. 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 Sozialarbeitspionierin Ilse Arlt vor rund 60 Jahren im Rahmen ihrer Bedürfnistheorie postulierte (vgl. Arlt 1958/2010:62), berücksichtigt.

Primärversorgungszentrum
vs. Primärversorgungs-
netzwerk

PVEs können entweder als Primärversorgungszentrum (PVZ) oder als Primärversorgungsnetzwerk (PVN) organisiert sein. 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 o.A.).

Social Prescribing

Social Prescribing 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. Buck / Ewbank 2020).

Soziale Arbeit

„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.

Soziale Diagnostik

„Soziale Diagnostik ist das professionelle Verstehen bio-psycho-soziokultureller Problemstellungen in der Sozialen Arbeit, wobei ein besonderer Fokus auf der sozialen Dimension liegt“ (FHNW Hochschule für Soziale Arbeit o.A.). Soziale Diagnostikinstrumente (z. B. Biographischer Zeitbalken, Genogramm, Inklusionschart, Netzwerkkarte) unterstützen dabei, soziale Problemlagen wissens- und methodengestützt sowie multiperspektivisch zu erfassen, zu erklären und zu verstehen (vgl. ebd.).

Über- und Verweisung

Der Pfad der Sozialen Verschreibung kennzeichnet sich in einem ersten Schritt durch eine Fachkraft (üblicherweise aus dem Gesundheitsbereich), welche einen Bedarf bei Patient:innen in Hinblick auf nicht-medizinische Bedürfnisse feststellt und basierend darauf den:die entsprechende:n Patient:in überweist (= Überweisung). Dies kann einerseits eine direkte Überweisung an eine Aktivität aus dem 3. Sektor darstellen, andererseits kann eine Zuweisung an eine spezialisierte Fachkraft (z. B. Link Worker:in) erfolgen. Im Anschluss an den bzw. die mit dem:der Link Worker:in durchgeführten Termin(e) kann bei Bedarf eine Weiterleitung an Akteur:innen/Angebote des 3. Sektors (= Verweisung) erfolgen (vgl. Halder et al. 2018:347).

Versorgungskonzept

Dieses Konzept beschreibt die Versorgung der Bevölkerung im Einzugsgebiet der PVE. Sowohl das Leistungsspektrum (z. B. Sicherstellung der kontinuierlichen Behandlung chronisch Kranker und multimorbider Patient:innen, psychosoziale Versorgung) als auch die Organisation (z. B. Aufbau- und Ablauforganisation, Arbeits- und Aufgabenverteilung und Zusammenarbeit im Team) der jeweiligen PVE werden im Versorgungskonzept geregelt. Es ist für die Gründung einer PVE Voraussetzung, dass es die bindende und strukturierte Zusammenarbeit aller an einer PVE teilnehmenden Personen darstellt (§ 6 PrimVG; vgl. BMSGPK 2020b).

Abbildungen

Abbildung 1: Entwicklung Forschungsbereiche	13
Abbildung 2: Zuständigkeiten im Gesundheitssystem.....	20
Abbildung 3: Organisationsformen von PVEs	26
Abbildung 4: Kernteam und erweitertes Team in der PVE	27
Abbildung 5: PVE-Standorte in Österreich (Stand Februar 2022)	30
Abbildung 6: Bio-Psycho-Soziales Modell	36
Abbildung 7: Definitionen zu Social Prescribing.....	38
Abbildung 8: Social Prescribing-Pfad.....	41
Abbildung 9: Social Prescribing-Modelle	43
Abbildung 10: Aufgabenbereiche von Sozialarbeit in der PV	61
Abbildung 11: Modell einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit.....	64
Abbildung 12: Gesundheitsdeterminanten	66
Abbildung 13: Projektphasen.....	71
Abbildung 14: Projektstrukturplan	76
Abbildung 15: Methoden und Meilensteine	77
Abbildung 16: Entstehung des Erhebungsinstruments	78
Abbildung 17: Aufbau des Fragebogens.....	84
Abbildung 18: Interviewleitfaden	86
Abbildung 19: Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse	87
Abbildung 20: Empirischer Weg	90
Abbildung 21: Team der Gruppenpraxis	92
Abbildung 22: Kurzprofil Link Workerin.....	93
Abbildung 23: Geschlechterverteilung der Patient:innen mit Bedarf an SP	94
Abbildung 24: Altersverteilung der Patient:innen mit Bedarf an SP	95
Abbildung 25: Überweisungsgründe	95
Abbildung 26: Zielgruppen von SP	98
Abbildung 27: Maßnahmen und Faktoren hinsichtlich der Erreichbarkeit von Zielgruppen	104
Abbildung 28: Prozess der Sozialen Verschreibung	105
Abbildung 29: Was zeichnet eine:n Link Worker:in aus?	129
Abbildung 30: Teammodelle	137
Abbildung 31: Berufsgruppen in den befragten PVEs	144
Abbildung 32: Informationen vor dem Erstgespräch	154
Abbildung 33: Geplante Zeit für das Erstgespräch.....	157
Abbildung 34: Weitergabe und Erhalt von Klient:inneninformationen an den/vom 3. Sektor.....	163
Abbildung 35: Tätigkeitsdauer als Link Worker:in	165
Abbildung 36: Aufgabenspektrum der Link Worker:innen	166
Abbildung 37: Einsatz von sozialarbeiterischen Methoden	169
Abbildung 38: Einsatz von Diagnostikinstrumenten	169
Abbildung 39: Zufriedenheit mit Angeboten der Psychohygiene	170
Abbildung 40: Häufigkeit des Austausches zwischen den Berufsgruppen	172

Abbildung 41: Quellen des Wissens über Akteur:innen des 3. Sektors.....	173
Abbildung 42: Kriterien für eine Verweisung	175
Abbildung 43: Kritische Prozessschritte in Bezug auf Abbrüche	178
Abbildung 44: Inhalte eines Versorgungskonzeptes	181
Abbildung 45: Aufgaben und Zuständigkeiten Ärzt:in für Allgemeinmedizin.....	184
Abbildung 46: Aufgaben und Zuständigkeiten Pflegekraft.....	184
Abbildung 47: Aufgaben und Zuständigkeiten Ordinationsassistent:in	184
Abbildung 48: Aufgaben und Zuständigkeiten Diätassistent:in	185
Abbildung 49: Aufgaben und Zuständigkeiten Physiotherapeut:in	185
Abbildung 50: Aufgaben und Zuständigkeiten Psychotherapeut:in	185
Abbildung 51: Aufgaben und Zuständigkeiten Sozialarbeiter:in	186
Abbildung 52: Aufgaben und Zuständigkeiten Ordinationsmanager:in.....	186
Abbildung 53: Auftritt der PVE nach außen	190
Abbildung 54: Basisaufgaben der PVE.....	191
Abbildung 55: SP-Pfad in der Dr. Ouhadi - Dr. ⁱⁿ Pilz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin	208
Abbildung 56: Basis für LW	235
Abbildung 57: Aufgaben Link Worker:in.....	239
Abbildung 58: Spektrum der LW-Funktion	289
Abbildung 59: Zu berücksichtigende (Teil-)Aspekte für die praktische Umsetzung von SP	306
Abbildung 60: Richtlinien für die Implementierung von SP.....	308

Tabelle

Tabelle 1: Anforderungen an eine gestärkte PV	28
Tabelle 2: PVEs in Österreich.....	31
Tabelle 3: Teilnehmende Einrichtungen des Pilotprojektes SP	54
Tabelle 4: Teamrollen nach Belbin und deren Anwendbarkeit für das SP-Projekt.....	70
Tabelle 5: Grobziel 1 mittels SMART-Konzept.....	72
Tabelle 6: Grobziel 2 mittels SMART-Konzept.....	73
Tabelle 7: Grobziel 3 mittels SMART-Konzept.....	73
Tabelle 8: Kompetenzmatrix	74
Tabelle 9: Bedarfserhebung Version 1	80
Tabelle 10: Bedarfserhebung Version 2	80
Tabelle 11: Bedarfserhebung Version 3	80
Tabelle 12: Bedarfserhebung Version 4	81
Tabelle 13: Bedarfserhebung Endversion.....	81
Tabelle 14: Suchbegriffe und search strings.....	82
Tabelle 15: Analysierte Quellen.....	83
Tabelle 16: Codebäume	88
Tabelle 17: Öffnungszeiten Gruppenpraxis.....	91
Tabelle 18: Schlüsselaufgaben von Link Worker:innen	132
Tabelle 19: Altersstruktur der Klient:innen	146
Tabelle 20: Verteilung des Familienstandes	147
Tabelle 21: Verteilung der Wohnsituation der Klient:innen.....	147
Tabelle 22: Verteilung der Wohnverhältnisse der Klient:innen	148
Tabelle 23: Verteilung der höchsten Bildungsabschlüsse der Klient:innen	148
Tabelle 24: Verteilung der Beschäftigungsverhältnisse der Klient:innen	149
Tabelle 25: Erreichbarkeit unterschiedlicher Zielgruppen	150
Tabelle 26: Möglichkeiten der Überweisung	152
Tabelle 27: Verhältnis der Überweisungen	153
Tabelle 28: Durchschnittliche Terminanzahl pro Klient:in.....	158
Tabelle 29: Kontaktfrequenz mit den Klient:innen.....	159
Tabelle 30: Betreuungssetting	160
Tabelle 31: Verhältnis der Verweisungen	161
Tabelle 32: Verweisungen nach Themenbereichen	162
Tabelle 33: Anzahl der Wochenstunden der Link Worker:innen.....	165
Tabelle 34: Erneute Inanspruchnahme des LW-Angebotes.....	177
Tabelle 35: Prozentzahl der Abbrüche.....	177
Tabelle 36: Evaluierungszeitpunkte	179
Tabelle 37: Versorgungsziele PVE	182
Tabelle 38: Kapazitäten.....	195
Tabelle 39: Maßnahmen bei Ausschöpfung der Kapazitäten.....	197
Tabelle 40: Soziodemographie allgemein	198
Tabelle 41: Maßnahmen bei Verständnisschwierigkeiten	200
Tabelle 42: Gut erreichbare Zielgruppen	202

Tabelle 43: Relevante Faktoren und Maßnahmen zur besseren Erreichbarkeit.....	204
Tabelle 44: Rahmenbedingung der Überweisung.....	209
Tabelle 45: Überweisungspfade (interne Überweisung, externe Überweisung, Selbstüberweisung).....	210
Tabelle 46: Rückmeldung an die Überweiser:innen.....	213
Tabelle 47: Mitteilung der Überweisung („Überweisungssatz“).....	214
Tabelle 48: Form der Überweisung	215
Tabelle 49: Informationserhalt durch Überweiser:in und erste Kontaktaufnahme	217
Tabelle 50: Aspekte des Ersttermins (Termindauer und Inhalte des Ersttermins).....	220
Tabelle 51: Weitere Vorgehensweise (nach dem Ersttermin)	221
Tabelle 52: Terminvereinbarungen und Nicht-Wahrnehmen von Terminen	222
Tabelle 53: Kontaktdauer und -frequenz.....	224
Tabelle 54: Hausbesuche.....	226
Tabelle 55: Interne vs. externe Angebote	227
Tabelle 56: Möglichkeiten, Form und Dauer der Verweisung.....	229
Tabelle 57: Austausch von Klient:inneninformationen mit dem 3. Sektor	233
Tabelle 58: Abschluss	234
Tabelle 59: Stellenbeschreibung LW	236
Tabelle 60: Stundenausmaß und Besetzung sowie Austausch zwischen Link Worker:innen.....	237
Tabelle 61: Aufgaben Link Worker:in.....	239
Tabelle 62: Aus-/Fortbildung und Kompetenzen.....	242
Tabelle 63: Grundlagen der Klient:innenarbeit.....	245
Tabelle 64: Methodik	247
Tabelle 65: Rahmenbedingungen für die LW-Funktion.....	248
Tabelle 66: Supervision und Intervision.....	250
Tabelle 67: Teambesprechungen und Klausur	252
Tabelle 68: Zusammenarbeit, Austausch, Dokumentation.....	254
Tabelle 69: Bezug von Wissen, Austauschtreffen, Wissensaspekte	259
Tabelle 70: Datensammlung und Datenbank.....	262
Tabelle 71: Versorgungslücken, Kosten, Regionalität.....	265
Tabelle 72: Kriterien	268
Tabelle 73: Anbindung und Entscheidungskompetenz	270
Tabelle 74: Mitbestimmung	272
Tabelle 75: Häufigkeit erneuter Inanspruchnahme	275
Tabelle 76: Gründe für erneute Inanspruchnahme	276
Tabelle 77: Anzahl der Abbrüche	277
Tabelle 78: Kritische Prozessschritte und Abbruchgründe.....	278
Tabelle 79: Umgang mit Abbrüchen	281
Tabelle 80: Evaluierung.....	282
Tabelle 81: Beschwerdemanagement	285

Anhang A: Fragebogen

Social Prescribing

Liebe Teilnehmer*innen,

herzlich Willkommen zu der Befragung im Rahmen unseres **Forschungsprojektes „Social Prescribing“** mit **Fokus auf die Anwendung in der Praxis!**

Wir sind Masterstudentinnen der Sozialen Arbeit an der Fachhochschule St. Pölten und führen im Rahmen unserer Masterarbeit eine Forschung zur konkreten Anwendung von Social Prescribing in der Praxis durch.

Social Prescribing ist ein Interventionsansatz, bei dem Patient*innen von den in der Primärversorgung tätigen Berufsgruppen in Hinblick auf ihre nicht-medizinischen (insb. sozialen, emotionalen oder praktischen) Bedürfnisse an sogenannte Link Worker (v.a. Sozialarbeiter*innen) „überwiesen“ werden. [Da der Begriff „Link Worker“ aus dem Englischen übernommen wurde, wird dieser in seiner Ursprungsform verwendet, er gilt für alle Geschlechter gleichermaßen.]

Die Umfrage beinhaltet die Themenblöcke: Zielgruppe, Soziale Verschreibung, Link Worker / Sozialarbeiter*in und Nahtstellenmanagement.

Unser Ziel ist es, durch die Befragung einen umfassenden Blick bezüglich der Abläufe von Social Prescribing zu gewinnen und daraus Schlüsse für eine Musterkonzeption in einer aktuell entstehenden Primärversorgungseinheit zu ziehen.

Für eine fundierte Datengrundlage ist es wichtig, dass Sie den Fragebogen vollständig ausfüllen. Wir bitten Sie, sich in etwa 50 Minuten Zeit zu nehmen und den folgenden Fragebogen auszufüllen. Es besteht auch **die Möglichkeit die Befragung zwischenzuspeichern** und an einem späteren Zeitpunkt daran weiterzuarbeiten. Aufgrund des Layouts empfehlen wir, die Befragung auf dem PC durchzuführen.

Die Befragung verläuft **anonym**. Es sind **keine Rückschlüsse auf einzelne Personen** möglich. Die erhobenen Daten werden **ausschließlich von uns als Forschungsteam** im Rahmen der Masterarbeit verarbeitet und nicht an Externe weitergegeben.

Mit der Teilnahme leisten Sie einen wichtigen Beitrag für unsere Masterarbeit.

Bei Fragen können Sie uns jederzeit gerne kontaktieren: social-prescribing1@fhstp.ac.at (<mailto:social-prescribing1@fhstp.ac.at>)

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und Unterstützung!

Mit lieben Grüßen

Maria Fischer, Sabine Holzinger-Grath, Melanie Schinnerl, Devi Singh, Claudia Tritta

In dieser Umfrage sind 160 Fragen enthalten.

Allgemeines

Nachfolgende Fragen beziehen sich auf die **Primärversorgungseinrichtung (PVE), in der Sie tätig sind**.

Primärversorgungseinrichtungen (PVEs) können entweder als **Primärversorgungszentrum (PVZ)** oder als **Primärversorgungsnetzwerk (PVN)** organisiert sein. Bei einem PVZ arbeiten Mediziner*innen und andere Berufsgruppen unter einem Dach zusammen, während bei einem PVN mehrere Ordinationen, beispielsweise über einen Verein, miteinander verbunden sind.

Wie ist die PVE, in der Sie tätig sind, organisiert?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Primärversorgungszentrum (PVZ)
☐ Primärversorgungsnetzwerk (PVN)

Welche Berufsgruppen finden sich in der PVE?

🗨️ Kommentieren wenn eine Antwort gewählt wird

Bitte wählen Sie die zutreffenden Punkte aus und schreiben Sie einen Kommentar dazu:

☐ Arzt*Ärztin für Allgemeinmedizin

☐ Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*in

☐ Ordinationsassistent*in

☐ Facharzt*Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde

☐ Diätolog*in

☐ Ergotherapeut*in

☐ Hebamme

☐ Logopäd*in

☐ Physiotherapeut*in

☐ Psycholog*in

☐ Psychotherapeut*in

☐ Sozialarbeiter*in

Sonstiges:

Bitte fügen Sie der jeweiligen Berufsgruppe die Mitarbeiter*innenanzahl hinzu.

In Großbritannien setzt das nationale Gesundheitssystem (NHS) seit den 1990er Jahren auf einen Zugang zur Gesundheitsförderung der unter dem Namen **Social Prescribing** bekannt ist. In Österreich kommt diesem Konzept insbesondere im Zusammenhang mit dem Ausbau von Primärversorgungseinheiten (PVEs) Relevanz zu. Social Prescribing ist ein Interventionsansatz, bei dem Patient*innen von den in der Primärversorgung tätigen Berufsgruppen in Hinblick auf ihre nicht-medizinischen (insb. sozialen, emotionalen oder praktischen) Bedürfnisse an sogenannte Link Worker (v.a. Sozialarbeiter*innen) „überwiesen“ werden.

Findet Social Prescribing als Konzept bei Ihnen Anwendung?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein

Zielgruppe(n)

Die folgenden Fragen beziehen sich auf **Personen, welche die Angebote der PVE in Anspruch nehmen**.

Gibt es innerhalb der PVE eine **einheitliche Bezeichnung** für Personen, die die Angebote der PVE in Anspruch nehmen?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein

Wie werden Personen, welche die Angebote der PVE in Anspruch nehmen, betitelt?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
Antwort war 'Ja' bei Frage '4 [Z1]' (Gibt es innerhalb der PVE eine einheitliche Bezeichnung für Personen, die die Angebote der PVE in Anspruch nehmen?)

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

☐ Patient*innen

☐ Klient*innen

☐ Nutzer*innen

☐ Anders

Wie betiteln Sie als Link Worker bzw. Sozialarbeiter*in Personen, die die Angebote der PVE in Anspruch nehmen?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
Antwort war 'Nein' bei Frage '4 [Z1]' (Gibt es innerhalb der PVE eine einheitliche Bezeichnung für Personen, die die Angebote der PVE in Anspruch nehmen?)

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

☐ Patient*innen

☐ Klient*innen

☐ Nutzer*innen

☐ Anders

Zielgruppe(n): Kapazitäten

Folgende Fragen beziehen sich auf **die Kapazitäten** betreffend **die Klient*innen innerhalb Ihrer PVE**.

*Da wir uns mit diesem Konzept aus Sicht der Sozialen Arbeit befassen, sprechen wir nachfolgend von „Klient*innen“.*

Wie viele Klient*innen werden in der PVE durch die verschiedenen Berufsgruppen pro Woche ca. betreut?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

☐ Weniger als 50

☐ 51 - 75

☐ 76 - 100

☐ 101 - 125

☐ 126 - 150

☐ 151 - 175

☐ 176 - 200

☐ Mehr als 200

☐ Nicht bekannt

Wie viele Klient*innen werden von Ihnen als Link Worker / Sozialarbeiter*in pro Woche betreut?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

☐ Bis zu 5

☐ 6 - 15

☐ 16 - 30

☐ Mehr als 30

Wie viele Klient*innen **können**, angepasst an Ihre Arbeitszeitverpflichtung, angemessen pro Woche betreut werden?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

☐ Bis zu 5

☐ 6 - 15

☐ 16 - 30

☐ Mehr als 30

Welche Vorgehensweise / Maßnahmen gibt es, wenn die Kapazitäten betreffend Ihr Angebot als Link Worker / Sozialarbeiter*in ausgeschöpft sind, jedoch noch Bedarf bestehen würde?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Gibt es eine vorgegebene Quote an Klient*innenkontakten, die Sie in einem bestimmten Zeitraum erreichen müssen?

i Kommentieren wenn eine Antwort gewählt wird

Bitte wählen Sie die zutreffenden Punkte aus und schreiben Sie einen Kommentar dazu:

☐ Ja, nämlich

☐ Nein

Zielgruppe(n)

Es folgt eine Frage / es folgen Fragen, mit deren Hilfe **die Zielgruppe(n) der PVE genauer definiert** werden sollen.

Gibt es (eine) bestimmte Zielgruppe(n), die von der PVE angesprochen werden soll(en)?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

☐ Ja

☐ Nein

☐ Nicht bekannt

Welche Zielgruppe(n) sollen angesprochen werden?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja' bei Frage '12 [Z7]' (Gibt es (eine) bestimmte Zielgruppe(n), die von der PVE angesprochen werden soll(en)?)

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Welche Maßnahmen werden von Seiten der PVE gesetzt, um diese Zielgruppe(n) zu erreichen?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja' bei Frage '12 [Z7]' (Gibt es (eine) bestimmte Zielgruppe(n), die von der PVE angesprochen werden soll(en)?)

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Zielgruppe(n): Alter

Fragen zur **Altersstruktur** der Klient*innen

Ist Ihr Angebot als Link Worker / Sozialarbeiter*in auch für minderjährige Klient*innen verfügbar?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein

Wie schätzen Sie die Altersverteilung der Klient*innen ein, welche Ihr Angebot als Link Worker / Sozialarbeiter*in in Anspruch nehmen?

Von insgesamt 100% sind

❶ Die Summe muss gleich 100 sein
Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

Unter 14 Jahre

15 - 17 Jahre

18 - 25 Jahre

26 - 40 Jahre

41 - 50 Jahre

51 - 65 Jahre

Über 65 Jahre

Entspricht Ihrer Einschätzung nach die Altersstruktur Ihrer Klient*innen der Altersstruktur der Klient*innen der gesamten PVE?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein
☐ Nicht bekannt

Zielgruppe(n): Geschlecht

Fragen zur **Geschlechterverteilung** der Klient*innen

Nehmen die Klient*innen Ihr Angebot als Link Worker / Sozialarbeiter*in geschlechterspezifisch ausgeglichen in **Anspruch**?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein

Welche Klient*innengruppe nimmt Ihr Angebot als Link Worker / Sozialarbeiter*in **häufiger in Anspruch**?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
Antwort war 'Nein' bei Frage '18 [Z11]' (Nehmen die Klient*innen Ihr Angebot als Link Worker / Sozialarbeiter*in geschlechterspezifisch ausgeglichen in Anspruch?)

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Frauen
☐ Männer
☐ Diverse Personen

Nehmen Sie den **Bedarf** an Link Work / Sozialarbeit als geschlechterspezifisch ausgeglichen wahr?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein

Bei welchen Personen nehmen Sie einen höheren Bedarf wahr?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
Antwort war 'Nein' bei Frage '20 [Z12]' (Nehmen Sie den Bedarf an Link Work / Sozialarbeit als geschlechterspezifisch ausgeglichen wahr?)

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Weiblich
☐ Männlich
☐ Divers

Entspricht Ihrer Einschätzung nach die Geschlechterverteilung Ihrer Klient*innen der Geschlechterverteilung der Klient*innen der gesamten PVE?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein
☐ Nicht bekannt

Zielgruppe(n): Familienstand

Fragen zum **Familienstand** der Klient*innen

Wie schätzen Sie die Verteilung des Familienstandes der Klient*innen ein, welche Ihr Angebot als Link Worker / Sozialarbeiter*in in Anspruch nehmen?

Von insgesamt 100% sind

❗ Die Summe muss gleich 100 sein
Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

Ledig

Verheiratet / in eingetragener Partnerschaft

In einer Lebensgemeinschaft

Geschieden

Verwitwet

Nicht bekannt

Entspricht Ihrer Einschätzung nach die Verteilung der Familienstände Ihrer Klient*innen der Verteilung der Familienstände der Klient*innen, welche die PVE allgemein nutzen?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein
☐ Nicht bekannt

Zielgruppe(n): Wohnsituation / Wohnverhältnis

Fragen zur **Wohnsituation** bzw. zum **Wohnverhältnis** der Klientel

Wie setzt sich Ihrer Einschätzung nach die Verteilung der Wohnsituation der Klient*innen zusammen, welche Ihr Angebot als Link Worker / Sozialarbeiter*in in Anspruch nehmen?

Von insgesamt 100%

❶ Die Summe muss gleich 100 sein

❷ Nur ganzzahlige Werte können in diese Felder eingegeben werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

Sichere Wohnsituation

Unsichere Wohnsituation

Wohnungslos

Nicht bekannt

Entspricht Ihrer Einschätzung nach die Verteilung der Wohnsituationen Ihrer Klient*innen der Verteilung der Wohnsituationen der Klient*innen, welche die PVE allgemein nutzen?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein
☐ Nicht bekannt

Wie setzt sich Ihrer Einschätzung nach die Verteilung der konkreten Wohnverhältnisse der Klient*innen zusammen, welche Ihr Angebot als Link Worker / Sozialarbeiter*in in Anspruch nehmen?

Von insgesamt 100% sind

❶ Die Summe muss gleich 100 sein

❷ Nur ganzzahlige Werte können in diese Felder eingegeben werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

Alleinlebend

In WG lebend (privat)

Bei oder mit Familie bzw. (Ehe-)Partner*in lebend

In einer betreuten Wohnform lebend (z.B. Heim, WG, Übergangswohnen, Asylunterkunft)

Nicht bekannt

Andere

Entspricht Ihrer Einschätzung nach die Verteilung der Wohnverhältnisse Ihrer Klient*innen der Verteilung der Wohnverhältnisse der Klient*innen, welche die PVE allgemein nutzen?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein
☐ Nicht bekannt

Zielgruppe(n): Bildungsstatus / Beschäftigungssituation

Fragen zu **Bildungsstatus** und **Beschäftigungssituation** der Klient*innen

Wie setzt sich Ihrer Einschätzung nach die Verteilung der **höchsten Bildungsabschlüsse** der Klient*innen zusammen, welche Ihr Angebot als Link Worker / Sozialarbeiter*in in Anspruch nehmen?

❗ Die Summe muss gleich 100 sein

❗ Nur ganzzahlige Werte können in diese Felder eingegeben werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

Kein Pflichtschulabschluss

Pflichtschulabschluss

Lehrabschluss

Berufsbildende Mittlere Schule

Matura (AHS / BHS)

Hochschulabschluss (Fachhochschule / Universität)

Nicht bekannt

Entspricht Ihrer Einschätzung nach das Verhältnis der Bildungsstatusse Ihrer Klient*innen dem Verhältnis der Bildungsstatusse der Klient*innen, welche die PVE allgemein nutzen?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein
☐ Nicht bekannt

Wie setzt sich Ihrer Einschätzung nach die Verteilung der Beschäftigungsverhältnisse der Klient*innen zusammen, welche Ihr Angebot als Link Worker / Sozialarbeiter*in in Anspruch nehmen?

❗ Die Summe muss gleich 100 sein

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

Angestellte / Arbeiter*innen

Studierende

Schüler*innen

Pensionist*innen

In Karenz

Rehageldbezieher*innen / Invaliditäts-Pensionist*innen

Beschäftigungslos

Nicht bekannt

Entspricht Ihrer Einschätzung nach das Verhältnis der Beschäftigungssituationen Ihrer Klient*innen dem Verhältnis der Beschäftigungssituationen der Klient*innen, welche die PVE allgemein nutzen?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein
☐ Nicht bekannt

Zielgruppe(n): Verständigung

Fragen betreffend die **Verständigung mit den Klient*innen**

Kommt es zu Verständigungsschwierigkeiten mit Klient*innen (z.B. Sprachkenntnis, Sinnesbeeinträchtigung) bei der Vermittlung an Sie oder der Betreuung durch Sie?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein
☐ Teilweise

Von 100 Klient*innen, die Sie in der PVE betreuen: Bei wie vielen kommt es zu diesen Verständigungsschwierigkeiten?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja' oder 'Teilweise' bei Frage '33 [Z24]' (Kommt es zu Verständigungsschwierigkeiten mit Klient*innen (z.B. Sprachkenntnis, Sinnesbeeinträchtigung) bei der Vermittlung an Sie oder der Betreuung durch Sie?)

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Weniger als 1/4
☐ 1/4 bis 1/2
☐ Mehr als 1/2 bis 2/3
☐ Mehr als 2/3

Wie gehen Sie mit etwaigen Verständigungsschwierigkeiten um?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja' oder 'Teilweise' bei Frage '33 [Z24]' (Kommt es zu Verständigungsschwierigkeiten mit Klient*innen (z.B. Sprachkenntnis, Sinnesbeeinträchtigung) bei der Vermittlung an Sie oder der Betreuung durch Sie?)

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Entspricht Ihrer Einschätzung nach das Verhältnis der Verständigungsschwierigkeiten mit Ihren Klient*innen dem Verhältnis der Verständigungsschwierigkeiten mit den Klient*innen, welche die PVE allgemein nutzen?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein
☐ Nicht bekannt

Zielgruppe(n): Bedarf / Erreichbarkeit

Fragen zum **Bedarf** und zur **Erreichbarkeit** der Klient*innen

Welche Faktoren (z.B. Möglichkeit zur Kontaktaufnahme, Setting) tragen Ihrer Meinung nach allgemein zur Erreichbarkeit einer Zielgruppe bei?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Welche Zielgruppen nehmen Ihrer Erfahrung nach Ihr Angebot als Link Worker / Sozialarbeiter*in wahr?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Welche Zielgruppen nehmen Ihrer Erfahrung nach Ihr Angebot als Link Worker / Sozialarbeiter*in **selten bis nie** wahr?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wie versuchen Sie Zielgruppen, welche Ihr Angebot als Link Worker / Sozialarbeiter*in selten bis nie nutzen, "besser" zu erreichen?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Zielgruppe(n)

Was ich zum Thema Zielgruppe(n) noch sagen möchte...

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Soziale Verschreibung: Überweisung

Nachfolgende Fragen beziehen sich auf den Prozess der sozialen Verschreibung. Dieser bezieht sowohl die Überweisung zu Ihnen, die stattfindenden Termine zwischen Ihnen und den Klient*innen als auch die mögliche Verweisung der Klient*innen an Angebote des 3. Sektors ein.



Abb 1: Grafische Darstellung des Ablaufs einer sozialen Verschreibung

Nachfolgende Fragen beziehen sich auf die **ÜBERWEISUNG** der Klient*innen zu Ihnen.

Wer kann **innerhalb der PVE** Klient*innen zu Ihnen überweisen? (Mehrfachnennung möglich)

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Arzt*Ärztin für Allgemeinmedizin
- ☐ Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*in
- ☐ Ordinationsassistent*in
- ☐ Facharzt*Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde
- ☐ Diätolog*in
- ☐ Ergotherapeut*in
- ☐ Hebamme
- ☐ Logopäd*in
- ☐ Physiotherapeut*in
- ☐ Psycholog*in
- ☐ Psychotherapeut*in
- ☐ Sozialarbeiter*in

☐ Andere:

Können auch **externe Berufsgruppen** (externe Ärzte*Ärztinnen, andere Professionist*innen etc. außerhalb der PVE) Klient*innen zu Ihnen überweisen?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Wer (außerhalb Ihrer PVE) kann Klient*innen zu Ihnen überweisen?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja' bei Frage '43 [S2]' (Können auch externe Berufsgruppen (externe Ärzte*Ärztinnen, andere Professionist*innen etc. außerhalb der PVE) Klient*innen zu Ihnen überweisen?)

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Müssen diese Klient*innen, bevor sie zu Ihnen kommen, einen Termin bei einer anderen Person aus Ihrer PVE wahrnehmen?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja' bei Frage '43 [S2]' (Können auch externe Berufsgruppen (externe Ärzte*Ärztinnen, andere Professionist*innen etc. außerhalb der PVE) Klient*innen zu Ihnen überweisen?)

❗ Kommentieren wenn eine Antwort gewählt wird

Bitte wählen Sie die zutreffenden Punkte aus und schreiben Sie einen Kommentar dazu:

☐ Ja, nämlich

☐ Nein

Ist ein **Self-Referral** (Selbst-Überweisung seitens der Klient*innen zu Ihnen) möglich?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

☐ Ja

☐ Nein

Wie schätzen Sie das Verhältnis der Überweisungen zu Ihnen ein?

Insgesamt 100% verteilen sich wie folgt:

❗ Die Summe muss gleich 100 sein

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

Überweisungen von Allgemeinmediziner*innen in der PVE

Überweisungen von anderen Berufsgruppen in der PVE

Überweisungen von externen Berufsgruppen (Ärzte*Ärztinnen, andere Professionist*innen außerhalb der PVE)

Überweisungen durch die Klient*innen selbst (Self-Referral)

Überweisungen durch Andere

Soziale Verschreibung: Typischer Ablauf

Denken Sie bei den folgenden Fragen an einen **typischen Ablauf** in Ihrer PVE.

Gibt es einen standardisierten Ablauf bei der Überweisung an Sie?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

☐ Ja

☐ Nein

Wie wird dem*der Klient*in mitgeteilt, dass er*sie zu Ihnen überwiesen wird?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Gibt es einen "Überweisungssatz" = einen (teil-)standardisierten Satz für die Überweisung zu Ihnen?

❗ Kommentieren wenn eine Antwort gewählt wird

Bitte wählen Sie die zutreffenden Punkte aus und schreiben Sie einen Kommentar dazu:

☐ Ja, nämlich

☐ Nein

☐ Nicht bekannt

Wie sieht die Überweisung zu Ihnen konkret aus? z. B. mittels Zettel, mittels internem (EDV-)Dokument, durch

Begleitung seitens des*der Überweiser*in, Sie werden zum Überweiser*in ins Behandlungszimmer geholt

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wie erfolgt die **erste Kontaktaufnahme** mit dem*der Klient*in? (Mehrfachnennung möglich)

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

☐ Überweiser*in begleitet direkt nach dem Termin den*die Klient*in zu Ihnen

☐ Klient*in kommt direkt nach Termin beim*bei der Überweiser*in zu Ihnen (ohne Begleitung)

☐ Sie werden in das Behandlungszimmer des*der Überweiser*in gerufen, wo der*die Klient*in noch vor Ort ist

☐ Anruf durch Klient*in (unabhängig vom Zeitpunkt der Überweisung)

☐ E-Mail durch Klient*in (unabhängig vom Zeitpunkt der Überweisung)

☐ Sie nehmen aktiv Kontakt mit dem*der Klient*in auf

☐ Anders:

Woher haben Sie in der Regel **welche** Informationen, wenn der*die Klient*in das erste Mal zu Ihnen kommt?

	Welche Information?	Woher?
Woher haben Sie in der Regel welche Informationen?		
Woher haben Sie in der Regel welche Informationen?		
Woher haben Sie in der Regel welche Informationen?		
Woher haben Sie in der Regel welche Informationen?		
Woher haben Sie in der Regel welche Informationen?		
Woher haben Sie in der Regel welche Informationen?		
Woher haben Sie in der Regel welche Informationen?		
Woher haben Sie in der Regel welche Informationen?		
Woher haben Sie in der Regel welche Informationen?		
Woher haben Sie in der Regel welche Informationen?		

Bitte nutzen Sie pro Informationsart eine Zeile.

Informationen können sein: Stammdaten des*der Klient*in, medizinische Vorgeschichte, Überweisungsgrund etc.

Welche **Herausforderungen** ergeben sich aus Ihrer Perspektive bzw. Praxiserfahrung bei der Überweisung zu Ihnen?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Welche **Verbesserungswünsche** bei der Überweisung würde es Ihrerseits geben?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Soziale Verschreibung: 1. Termin

Denken Sie nun an den **1. Termin** mit Ihrem*Ihrer Klient*in.

Was wird beim 1. Termin gemacht?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Gibt es einen standardisierten Erhebungs-/Anamnesebogen für den 1. Termin?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein

Welche Aspekte umfasst dieser?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja' bei Frage '57 [S14]' (Gibt es einen standardisierten Erhebungs-/Anamnesebogen für den 1. Termin?)

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wie viel Zeit planen Sie für ein Erstgespräch ein?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Maximal 15 Minuten
☐ 16-30 Minuten
☐ 31-45 Minuten
☐ 46-60 Minuten
☐ Mehr als 60 Minuten

Wie geht es nach dem 1. Termin mit dem*der Klient*in weiter? Beschreiben Sie bitte stichwortartig die nächsten Schritte nach dem Erstkontakt bis zum Betreuungsende.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Soziale Verschreibung: Termine im Allgemeinen

Nachfolgende Fragen beziehen sich auf die **Klient*innen-Termine im Allgemeinen**.

Wie erfolgen die **Terminvereinbarungen** mit dem*der Klient*in?

❗ Kommentieren wenn eine Antwort gewählt wird

Bitte wählen Sie die zutreffenden Punkte aus und schreiben Sie einen Kommentar dazu:

- ☐ Über eine bestimmte Berufsgruppe bzw. Position (z.B. PV-Manager*in), nämlich
- ☐ Über den*die jeweilige Überweiser*in – er*sie vereinbart den Termin
- ☐ Mittels direktem Kontakt mit dem*der Klient*in (z. B. Anruf, Mail, persönlichem Kontakt)
- ☐ Anders

Gibt es ein zentrales Termineingabesystem in der PVE, in der Sie tätig sind?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein

Wie oft kommt es vor, dass Klient*innen vereinbarte Termine mit Ihnen nicht wahrnehmen?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Sehr oft
☐ Oft
☐ Selten
☐ Nie

Wie gehen Sie damit um, wenn Klient*innen vereinbarte Termine nicht wahrnehmen?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war gleich oder weniger als 'Oft' bei Frage '63 [S19]' (Wie oft kommt es vor, dass Klient*innen vereinbarte Termine mit Ihnen nicht wahrnehmen?)

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Gibt es Ihrerseits Maßnahmen, um der mangelnden Termineinhaltung im Vorfeld vorzubeugen?
(Mehrfachnennung möglich)

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Ja, Erinnerung vor dem Termin mittels Mail
☐ Ja, Erinnerung vor dem Termin mittels SMS
☐ Ja, Erinnerung vor dem Termin mittels Anruf
☐ Ja, mittels schriftlicher Information beim Termin über den darauffolgenden Termin
☐ Nein
☐ Andere:

Wie viele Termine gibt es durchschnittlich zwischen Ihnen und dem*der Klient*in?

❗ In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Termine

Gibt es eine maximale Terminanzahl pro Klient*in?

❗ Kommentieren wenn eine Antwort gewählt wird

Bitte wählen Sie die zutreffenden Punkte aus und schreiben Sie einen Kommentar dazu:

☐ Ja, maximal

☐ Nein

Wie stellt sich Ihrer Einschätzung nach die prozentuelle Verteilung der Kontaktfrequenz mit den Klient*innen dar?

*Von insgesamt 100% der Klient*innen kommen....*

❗ Die Summe muss gleich 100 sein

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

Mehrmals pro Woche

1 x pro Woche

Alle 2 Wochen

1 x pro Monat

Seltener

Haben Sie die Möglichkeit, Hausbesuche bei den Klient*innen durchzuführen?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja, es gibt diese Möglichkeit und ich mache auch Hausbesuche
- ☐ Ja, es gibt diese Möglichkeit, aber ich mache keine Hausbesuche
- ☐ Nein, da keine Notwendigkeit gegeben ist
- ☐ Nein, ich würde es mir jedoch wünschen bzw. wäre es für meine Arbeit hilfreich

Gibt es betreffend Hausbesuche Vorgaben seitens der PVE? Wenn ja, welche?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja, es gibt diese Möglichkeit und ich mache auch Hausbesuche' bei Frage '69 [S23]' (Haben Sie die Möglichkeit, Hausbesuche bei den Klient*innen durchzuführen?)

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Aus welchem Grund / welchen Gründen werden Ihrerseits keine Hausbesuche durchgeführt?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja, es gibt diese Möglichkeit, aber ich mache keine Hausbesuche' bei Frage '69 [S23]' (Haben Sie die Möglichkeit, Hausbesuche bei den Klient*innen durchzuführen?)

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Sie als Link Worker / Sozialarbeiter*in verfügen über eine bereichsspezifische, fachliche Expertise und können mit den Klient*innen bestimmte Aspekte innerhalb Ihrer Arbeit in der PVE abdecken (internes Angebot = „klassische“ Sozialarbeit). Social Prescribing-Konzepte sehen in der Regel darüber hinaus eine Weiterverweisung an Angebote des 3. Sektors vor (externes Angebot).

Wie viel % der Klient*innen werden ausschließlich intern betreut bzw. weiterverwiesen an Angebote aus dem 3. Sektor?

Von insgesamt 100% werden

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

ausschließlich durch Angebote von Ihnen als Link Worker / Sozialarbeiter*in betreut (internes Angebot)

ausschließlich an Angebote aus dem 3. Sektor weiterverwiesen (externes Angebot)

durch eine Kombination aus internen und externen Angeboten betreut

Dritter Sektor meint Organisationen, die weder zu dem Pol „Markt“ noch zu „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. Der Dritte Sektor kann auch lokale Akteur*innen umfassen.

Welche Angebote bieten Sie als Link Worker / Sozialarbeiter*in Ihren Klient*innen **intern** (d.h. in den Räumlichkeiten der PVE) an? Und für welche Angelegenheiten / Themenbereiche verweisen Sie Ihre Klient*innen an **externe Angebote**?

Soziale Verschreibung: Verweisung



Abb 1: Grafische Darstellung des Ablaufs einer sozialen Verschreibung

Nachfolgende Fragen beziehen sich auf die **VERWEISUNG** zu weiteren Angeboten (vorwiegend) außerhalb der PVE.

Wohin verweisen Sie Ihre Klient*innen bei Bedarf? (Mehrfachnennung möglich)

❗ Kommentieren wenn eine Antwort gewählt wird

Bitte wählen Sie die zutreffenden Punkte aus und schreiben Sie einen Kommentar dazu:

☐ Formelle Angebote des 3. Sektors (institutionelle Angebote wie z. B. Schuldnerberatung, Familienberatung)

☐ Informelle Angebote des 3. Sektors (z. B. nicht-institutionalisierte Angebote wie z.B. lokale Kreativgruppen, Sportvereine)

☐ Andere Berufsgruppe(n) innerhalb der PVE

Sonstiges:

Bitte fügen Sie bei den jeweiligen Antwortmöglichkeiten das Verhältnis der Verweisungsarten in % hinzu, sodass sich ein Wert von 100% ergibt!

In welche Bereiche des 3. Sektors überweisen Sie Ihre Klient*innen?

Von 100% der Klient*innen.....

❗ Die Summe muss gleich 100 sein
Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

Wohnen

Sozialleistungen und Finanzen

Erwerbsarbeit, Bildung / Ausbildung, Weiterbildung

Gesunder Lebensstil und körperliche Aktivität, Bewegungsprogramme

Kunst, Gartenarbeit, kreative Aktivitäten

Freiwilligenarbeit

Soziale Kontakte, Gemeinschaftsaktivitäten

Sonstige Beratungen

Gibt es bei der Verweisung zum 3. Sektor ein standardisiertes Verfahren?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein

Wie sieht die **Verweisung zum 3. Sektor** konkret aus? z. B. mittels Zettel, mittels (EDV-) Dokument, durch Begleitung zum ersten Termin, durch E-Mail

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Geben Sie im Zuge der Verweisung Klient*inneninformationen (mit deren Zustimmung) an Akteur*innen des 3. Sektors weiter?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein

Welche Informationen erhalten die Akteur*innen des 3. Sektors im Zuge der Verweisung von Ihnen?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
Antwort war 'Ja' bei Frage '78 [S30]' (Geben Sie im Zuge der Verweisung Klient*inneninformationen (mit deren Zustimmung) an Akteur*innen des 3. Sektors weiter?)

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

In welcher Form **geben** Sie die Informationen an die Akteur*innen des 3. Sektors **weiter**?
(Mehrfachnennung möglich)

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
Antwort war 'Ja' bei Frage '78 [S30]' (Geben Sie im Zuge der Verweisung Klient*inneninformationen (mit deren Zustimmung) an Akteur*innen des 3. Sektors weiter?)

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Durch ein EDV-System
☐ Mittels Anruf
☐ Mittels Mail

☐ Anders, nämlich:

Welche Informationen **erhalten** Sie als Link Worker / Sozialarbeiter*in nach der Verweisung über die Aktivitäten bzw. den weiteren Verlauf von den Akteur*innen des 3. Sektors?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Bedarf es für den Informationsaustausch mit den Akteur*innen des 3. Sektors einer Klient*innenzustimmung?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein
☐ Nicht bekannt

Welche **Herausforderungen** ergeben sich aus Ihrer Perspektive bzw. Praxiserfahrung bei der Verweisung?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Welche **Verbesserungswünsche** bei der Verweisung würde es Ihrerseits geben?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Soziale Verschreibung

Was ich zum Thema Soziale Verschreibung noch sagen möchte...

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Link Worker / Sozialarbeiter*in

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Link Worker / Sozialarbeiter*innen. Diese spezialisierte Fachkraft leistet Unterstützung in Absprache mit den Klient*innen. Sie nimmt in der Regel eine Lots*innenfunktion ein, indem sie Zugang zu formellen und informellen lokalen Unterstützungsquellen bereitstellt.

Nachfolgende Fragen beziehen sich auf **allgemeine Informationen zu Ihrer Funktion** innerhalb der PVE.

Wie wird Ihre Funktion in der PVE betitelt?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wie lange sind Sie bereits in dieser Funktion tätig?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Bis zu einem halben Jahr
- ☐ Ein halbes Jahr bis 1 Jahr
- ☐ Länger als 1 Jahr bis 2 Jahre
- ☐ Länger als 2 Jahre bis 3 Jahre
- ☐ Länger als 3 Jahre

Wie viele Wochenstunden sind Sie in dieser Funktion tätig?

i In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wochenstunden

Wie viele Link Worker / Sozialarbeiter*innen sind in Ihrer PVE tätig?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ Mehr als 3

Wie viele Gesamtstunden an Link Work / Sozialarbeit sind in der PVE verfügbar?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war '2' oder '3' oder 'Mehr als 3' bei Frage '89 [L4]' (Wie viele Link Worker / Sozialarbeiter*innen sind in Ihrer PVE tätig?)

❗ In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Stunden pro Woche

Gibt es einen Austausch zwischen Link Workern / Sozialarbeiter*innen innerhalb Ihrer PVE?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war '2' oder '3' oder 'Mehr als 3' bei Frage '89 [L4]' (Wie viele Link Worker / Sozialarbeiter*innen sind in Ihrer PVE tätig?)

Bitte wählen Sie die zutreffenden Punkte aus und schreiben Sie einen Kommentar dazu:

☐ Ja, nämlich

☐ Nein

Der Austausch erfolgt in folgender Frequenz:

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war bei Frage '91 [L4b]' (Gibt es einen Austausch zwischen Link Workern / Sozialarbeiter*innen innerhalb Ihrer PVE? `$(document).ready(function() { var thisQuestion = $('#question{QID}'); // Remove some text inputs $('#checkbox-text-item:eq(1) .comment-item', thisQuestion).remove(); });`)

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

☐ Wöchentlich

☐ Monatlich

☐ Nach Bedarf

☐ Sonstiges

Gibt es in Ihrer PVE Personen, die Link Worker-Funktionen ausführen, die eine andere Ausbildung haben als Sie?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war '2' oder '3' oder 'Mehr als 3' bei Frage '89 [L4]' (Wie viele Link Worker / Sozialarbeiter*innen sind in Ihrer PVE tätig?)

❗ Kommentieren wenn eine Antwort gewählt wird

Bitte wählen Sie die zutreffenden Punkte aus und schreiben Sie einen Kommentar dazu:

☐ Ja, nämlich

☐ Nein

Was zählt zu Ihren Aufgaben als Link Worker / Sozialarbeiter*in?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Entspricht Ihr tatsächliches Aufgabengebiet den Angaben Ihrer Stellenbeschreibung als Link Worker / Sozialarbeiter*in?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

☐ Ja

☐ Nein

Link Worker / Sozialarbeiter*in: Aus- und Fortbildung

Nachfolgende Fragen beziehen sich auf Ihre **Ausbildung und Fortbildung**.

Welche (Berufs-)Ausbildung haben Sie absolviert? (Grundberuf)

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Welche Schwerpunkte / Inhalte ihrer Berufsausbildung sind für Sie in Ihrer aktuellen Funktion besonders hilfreich?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Welche Fähigkeiten und Kenntnisse sind, über die Ausbildungsinhalte hinaus, in Ihrem Arbeitsalltag besonders wichtig?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Haben Sie für Ihre aktuelle Funktion als Link Worker / Sozialarbeiter*in in der PVE eine Zusatzausbildung absolviert?

❶ Kommentieren wenn eine Antwort gewählt wird

Bitte wählen Sie die zutreffenden Punkte aus und schreiben Sie einen Kommentar dazu:

☐ Ja, nämlich

☐ Ist geplant, nämlich

☐ Nein

Haben Sie die Möglichkeit an Fortbildungen teilzunehmen?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

☐ Ja, verpflichtend

☐ Ja, freiwillig

☐ Nein

Wie viele Stunden an Fortbildungen dürfen / sollen Sie jährlich konsumieren?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja, freiwillig' oder 'Ja, verpflichtend' bei Frage '100 [L11]' (Haben Sie die Möglichkeit an Fortbildungen teilzunehmen?)

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

☐ Im Ausmaß meiner Wochenstundenanzahl

☐ Keine Einschränkung

☐ Sonstiges

Link Worker / Sozialarbeiter*in: Klient*innenarbeit I

Nachfolgende Fragen beziehen sich auf die **Arbeit mit Klient*innen**.

Werden mit den Klient*innen gemeinsame Zielvereinbarungen erarbeitet?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

☐ Ja

☐ Nein

Welche fünf Aspekte sind Ihnen in der Arbeit mit den Klient*innen besonders wichtig?

Die Reihenfolge beinhaltet keine Gewichtung der Antworten.

Link Worker / Sozialarbeiter*in: Klient*innenarbeit II

Denken Sie an die direkte Klient*innenarbeit. Reihen Sie die folgenden Aspekte nach Ihrer subjektiven Einschätzung betreffend Wichtigkeit.

❶ Alle Ihre Antworten müssen unterschiedlich sein, und müssen zugeordnet sein.

❷ Bitte wählen Sie maximal 10 Antworten.

Bitte nummerieren Sie jede Box in der Reihenfolge Ihrer Präferenz, beginnen mit 1 bis 10

- Bereitschaft des*der Klient*in zur aktiven Mitarbeit
- Beziehungsarbeit
- Kontakt(frequenz)
- Kreativität hinsichtlich Methodenwahl
- Möglichkeit zur Mitbestimmung durch den*die Klient*in
- Nachhaltigkeit des Angebots
- Niederschwelligkeit
- Transparenz
- Vertraulichkeit
- Wahrung der Autonomie des*der Klient*in

Welche sozialarbeiterischen Methoden kommen in der Arbeit mit Klient*innen zum Einsatz?

(Mehrfachnennung möglich)

❶ Kommentieren wenn eine Antwort gewählt wird

Bitte wählen Sie die zutreffenden Punkte aus und schreiben Sie einen Kommentar dazu:

- ☐ Einzelfallhilfe
- ☐ Case Management
- ☐ Soziale Gemeinwesenarbeit
- ☐ Gendersensible Arbeit
- ☐ Angehörigenarbeit
- ☐ Andere
- ☐ Andere
- ☐ Keine

Welche Diagnostikinstrumente kommen in Ihrer Arbeit mit Klient*innen zum Einsatz? (Mehrfachnennung möglich)

📌 Kommentieren wenn eine Antwort gewählt wird

Bitte wählen Sie die zutreffenden Punkte aus und schreiben Sie einen Kommentar dazu:

☐ Biographischer Zeitbalken

☐ Ecomap

☐ Genogramm

☐ Inklusionschart

☐ Netzwerkkarte

☐ Personenliste

☐ Soziales Atom

☐ Systemische Denkfigur

☐ Andere

☐ Andere

☐ Keine

Link Work / Sozialarbeiter*in: Rahmenbedingungen

Nachstehende Fragen beziehen sich auf die **Rahmenbedingungen Ihrer Tätigkeit**.

Steht Ihnen für die Gespräche mit den Klient*innen ein eigener Raum innerhalb der PVE zur Verfügung?

📌 Kommentieren wenn eine Antwort gewählt wird

Bitte wählen Sie die zutreffenden Punkte aus und schreiben Sie einen Kommentar dazu:

☐ Ja

☐ Nein, ich nutze

Sind Sie mit den derzeitigen Räumlichkeiten, die Ihnen zur Verfügung stehen zufrieden?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

☐ Ja

☐ Eher ja

☐ Eher nein

☐ Nein

Was ist Ihnen in Ihrem räumlichen Arbeitsumfeld besonders wichtig?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Link Worker / Sozialarbeiter*in: Psychohygiene

Nachstehende Fragen beziehen sich auf Ihre **Psychohygiene**.

Haben Sie die Möglichkeit Supervision in Anspruch zu nehmen?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja, verpflichtend
☐ Ja, freiwillig
☐ Nein

Welche Form der Supervision steht Ihnen zur Verfügung? (Mehrfachnennung möglich)

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja, verpflichtend' oder 'Ja, freiwillig' bei Frage '110 [L20]' (Haben Sie die Möglichkeit Supervision in Anspruch zu nehmen?)

❗ Kommentieren wenn eine Antwort gewählt wird

Bitte wählen Sie die zutreffenden Punkte aus und schreiben Sie einen Kommentar dazu:

☐ Einzelsupervision

☐ Teamsupervision mit folgenden Berufsgruppen

☐ Andere

Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Angeboten hinsichtlich Stundenausmaß/Frequenz in Ihrer Funktion als Link Worker / Sozialarbeiter*in?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	Intervision	Klausur	Supervision	Teambesprechung
Sehr zufrieden	☐	☐	☐	☐
Zufrieden	☐	☐	☐	☐
Wenig zufrieden	☐	☐	☐	☐
Nicht zufrieden	☐	☐	☐	☐
Nicht vorhanden	☐	☐	☐	☐
Keine Angabe	☐	☐	☐	☐

Link Worker / Sozialarbeiter*in

Was ich zu der Funktion als Link Worker / Sozialarbeiter*in noch sagen möchte...

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Nahtstellenmanagement

Um Klient*innen umfassend versorgen zu können, bedarf es einer Vielzahl an Abstimmungsprozessen, eines sogenannten Nahtstellenmanagements. Die folgenden Fragen beziehen sich sowohl auf die Zusammenarbeit innerhalb der PVE als auch mit Akteur*innen des 3. Sektors.

Nachstehender Abschnitt bezieht sich auf den **internen Austausch innerhalb der PVE**.

Welche fünf Faktoren sind Ihnen in der Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen innerhalb der PVE besonders wichtig?

Die Reihenfolge beinhaltet keine Gewichtung der Antworten.

Wie sieht der Austausch mit anderen Berufsgruppen innerhalb der PVE aus?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	Gemeinsame Intervision	Gemeinsame Klausur	Gemeinsame Supervision	Gemeinsame Teambesprechung
Wöchentlich	☐	☐	☐	☐
Monatlich	☐	☐	☐	☐
Nach Bedarf	☐	☐	☐	☐
Anderer zeitlicher Abstand	☐	☐	☐	☐
Findet nicht statt	☐	☐	☐	☐

Wer hat innerhalb der PVE Zugriff auf welchen Teil der Klient*innen-Dokumentation?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Nahtstellenmanagement: Austausch mit Akteur*innen des 3. Sektors

Nachfolgende Fragen beziehen sich auf den **Austausch mit Akteur*innen des 3. Sektors**.

Woher beziehen Sie Ihr Wissen über Akteur*innen des 3. Sektors und deren Angebot? *(Mehrfachnennung möglich)*

📌 Kommentieren wenn eine Antwort gewählt wird

Bitte wählen Sie die zutreffenden Punkte aus und schreiben Sie einen Kommentar dazu:

☐ Persönliche Treffen mit Akteur*innen des 3. Sektors

☐ Telefonischer Kontakt

☐ Website

☐ Informationsmaterial der Akteur*innen des 3. Sektors (z.B. Flyer, Newsletter)

☐ Sonstiges

Über welches Wissen hinsichtlich der Akteur*innen des 3. Sektors (z.B. Zielgruppen, Kapazitäten, eventuelle Kosten) verfügen Sie in der Regel?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Nehmen Sie von sich aus aktiv Kontakt mit Akteur*innen des 3. Sektors auf, um sich über das Angebot zu informieren?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein

Nehmen Sie an Austauschtreffen (Sozialarbeitskreis, Runde Tische, Vernetzungstreffen) mit Akteur*innen des 3. Sektors teil?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein

Wie oft finden Austauschtreffen mit Akteur*innen des 3. Sektors statt?

i Kommentieren wenn eine Antwort gewählt wird

Bitte wählen Sie die zutreffenden Punkte aus und schreiben Sie einen Kommentar dazu:

☐ Jährlich

☐ Einmal im Quartal

☐ Monatlich

☐ Nach Bedarf

☐ Nie

☐ Sonstiges

Gibt es Austauschtreffen, die von Ihnen organisiert werden?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein

Wie oft organisieren Sie diese Austauschtreffen?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
Antwort war 'Ja' bei Frage '122 [N9]' (Gibt es Austauschtreffen, die von Ihnen organisiert werden?)

❗ Kommentieren wenn eine Antwort gewählt wird

Bitte wählen Sie die zutreffenden Punkte aus und schreiben Sie einen Kommentar dazu:

☐ Jährlich

☐ Einmal im Quartal

☐ Monatlich

☐ Nach Bedarf

☐ Sonstiges

Nahtstellenmanagement: Dokumentation von Informationen über Akteur*innen des 3. Sektors

Nachfolgende Fragen beziehen sich auf die **Dokumentation von Informationen über Akteur*innen des 3. Sektors**.

In welcher Form werden Daten sowie Informationen über Akteur*innen des 3. Sektors erfasst?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Gibt es eine Datenbank zur Speicherung der Informationen von Akteur*innen des 3. Sektors?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

☐ Ja

☐ Nein

Wie ist die Datenbank strukturiert?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja' bei Frage '125 [N11]' (Gibt es eine Datenbank zur Speicherung der Informationen von Akteur*innen des 3. Sektors?)

❗ Kommentieren wenn eine Antwort gewählt wird

Bitte wählen Sie die zutreffenden Punkte aus und schreiben Sie einen Kommentar dazu:

☐ Unstrukturiert

☐ Nach formellen / informellen Angeboten

☐ Nach Kosten

☐ Nach Themenbereichen

☐ Nach Zeitpunkt der Vernetzung

☐ Anders

Wird die Datenbank regelmäßig aktualisiert?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja' bei Frage '125 [N11]' (Gibt es eine Datenbank zur Speicherung der Informationen von Akteur*innen des 3. Sektors?)

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein
☐ Nicht bekannt

In welchem zeitlichen Abstand erfolgt eine Aktualisierung der Datenbank?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja' bei Frage '127 [N11b]' (Wird die Datenbank regelmäßig aktualisiert?)

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Wöchentlich
☐ Monatlich
☐ Jährlich
☐ Sonstiges

Wer übernimmt die Aktualisierung der Datenbank (z.B. eine bestimmte Berufsgruppe)?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja' bei Frage '127 [N11b]' (Wird die Datenbank regelmäßig aktualisiert?)

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wer hat Zugriff auf die Datenbank?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja' bei Frage '125 [N11]' (Gibt es eine Datenbank zur Speicherung der Informationen von Akteur*innen des 3. Sektors?)

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Arzt*Ärztin für Allgemeinmedizin
☐ Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*in
☐ Ordinationsassistent*in
☐ Facharzt*Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde
☐ Diätolog*in
☐ Ergotherapeut*in
☐ Hebamme
☐ Logopäd*in
☐ Physiotherapeut*in
☐ Psycholog*in
☐ Psychotherapeut*in
☐ Sozialarbeiter*in

☐ Andere:

Werden Akteur*innen des 3. Sektors über die Aufnahme in Ihre Datenbank informiert?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja' bei Frage '125 [N11]' (Gibt es eine Datenbank zur Speicherung der Informationen von Akteur*innen des 3. Sektors?)

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein

Nahtstellenmanagement: Akteur*innen des 3. Sektors und deren Angebote

Nachfolgende Fragen beziehen sich auf **Akteur*innen des 3. Sektors und deren Angebote**.

Gibt es Akteur*innen / Angebote, die Sie für Verweisungen benötigen würden, die durch den 3. Sektor nicht ausreichend abgedeckt werden?

❗ Kommentieren wenn eine Antwort gewählt wird

Bitte wählen Sie die zutreffenden Punkte aus und schreiben Sie einen Kommentar dazu:

☐ Ja, nämlich

☐ Nein

Worin sehen Sie das Fehlen von Akteur*innen / Angeboten des 3. Sektors bezogen auf den Bedarf von Klient*innen in einzelnen Bereichen begründet?

(Mehrfachnennung möglich)

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja, nämlich' bei Frage '132 [N12]' (Gibt es Akteur*innen / Angebote, die Sie für Verweisungen benötigen würden, die durch den 3. Sektor nicht ausreichend

abgedeckt werden? \$(document).ready(function() { var thisQuestion = \$('#question{QID}'); // Remove some text inputs \$('checkbox-text-item:eq(1) .comment-item', thisQuestion).remove(); });)

❗ Kommentieren wenn eine Antwort gewählt wird

Bitte wählen Sie die zutreffenden Punkte aus und schreiben Sie einen Kommentar dazu:

☐ Grundsätzlich nicht vorhanden

☐ In der Region nicht vorhanden

☐ Zu wenig Kapazitäten

☐ Zu hohe Kosten

☐ Zu hochschwellig

☐ Anderes

Berücksichtigen Sie etwaige Kosten bei der Vermittlung von Klient*innen an Akteur*innen / Angebote des 3. Sektors?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein

Wie werden die etwaigen Kosten berücksichtigt? (Mehrfachnennung möglich)

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
Antwort war 'Ja' bei Frage '134 [N13]' (Berücksichtigen Sie etwaige Kosten bei der Vermittlung von Klient*innen an Akteur*innen / Angebote des 3. Sektors?)

📌 Kommentieren wenn eine Antwort gewählt wird

Bitte wählen Sie die zutreffenden Punkte aus und schreiben Sie einen Kommentar dazu:

☐ Es wird nach Angeboten gesucht, die den Einkommensverhältnissen des*der Klient*in angepasst sind.

☐ Die Kosten werden von anderen Stellen übernommen (z.B. Soziale Vereine).

☐ Die Klient*innen werden primär an kostenfreie Angebote verwiesen.

☐ Sonstiges

Bezogen auf die Regionalität von Akteur*innen des 3. Sektors: Wie groß ist deren Einzugsbereich?

📌 Kommentieren wenn eine Antwort gewählt wird

Bitte wählen Sie die zutreffenden Punkte aus und schreiben Sie einen Kommentar dazu:

☐ Regional

☐ Bezirksübergreifend

☐ Bundesländerübergreifend

☐ Sonstiges

Nahtstellenmanagement: Qualität der Angebote von Akteur*innen des 3. Sektors

Nachfolgende Frage bezieht sich auf die **Qualität der Angebote von Akteur*innen des 3. Sektors**.

Welche Kriterien müssen Ihrer Meinung nach erfüllt sein, damit Sie Klient*innen an Akteur*innen / Angebote des 3. Sektors verweisen? (*Mehrfachnennung möglich*)

🗨 Kommentieren wenn eine Antwort gewählt wird

Bitte wählen Sie die zutreffenden Punkte aus und schreiben Sie einen Kommentar dazu:

☐ Ich kenne die Ansprechperson persönlich.

☐ Eine Einrichtung / Institution steht hinter dem Angebot.

☐ Ich habe Zugang zu allgemeinen Kontaktdaten und Informationen über die Akteur*innen / Angebote.

☐ Ich war bereits persönlich bei den Akteur*innen / dem Angebot vor Ort.

☐ Sonstiges

Nahtstellenmanagement: Anbindung von Klient*innen an Akteur*innen / Angebote des 3. Sektors

Nachfolgende Fragen beziehen sich auf die **Anbindung von Klient*innen an Akteur*innen / Angebote des 3. Sektors**.

Wie sieht die Anbindung von Klient*innen an Akteur*innen / Angebote des 3. Sektors aus? (*Mehrfachnennung möglich*)

🗨 Kommentieren wenn eine Antwort gewählt wird

Bitte wählen Sie die zutreffenden Punkte aus und schreiben Sie einen Kommentar dazu:

☐ Kontaktdaten der Akteur*innen des 3. Sektors werden an Klient*innen weitergegeben.

☐ Folder / Informationsmaterialien werden an Klient*innen ausgehändigt.

☐ Telefonische Kontaktaufnahme wird stellvertretend für Klient*innen durchgeführt.

☐ Persönliche Begleitung der Klient*innen zu Terminen findet statt.

☐ Sonstiges

Nehmen Sie **bei Bedarf** stellvertretend für Klient*innen Kontakt mit Akteur*innen des 3. Sektors auf?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

☐ Ja

☐ Nein

Begleiten Sie Klient*innen **bei Bedarf** zu weiterführenden Angeboten?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

☐ Ja

☐ Nein

Wer entscheidet an welche nicht-klinischen Dienstleistungen der*die Klient*in verwiesen wird?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Nahtstellenmanagement

Was ich zu der Zusammenarbeit innerhalb der PVE und mit den Akteur*innen des 3. Sektors noch sagen möchte:

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Fast geschafft!

Abschließend folgen noch ein paar themenübergreifende Fragen zum Gesamtprozess der sozialen Verschreibung.

Nachfolgende Fragen beziehen sich auf die **Mitbestimmung der Klient*innen**.

Auf einer Skala von 1 (= Klient*in kann nichts entscheiden) bis 10 (= Klient*in entscheidet alles selbst) – Wie viel kann seitens des*der Klient*in im gesamten Prozessverlauf selbst entschieden werden?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Welche Aspekte kann der*die Klient*in in der Regel bestimmen bzw. mitbestimmen?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Erneute Inanspruchnahme des Angebotes

Nachfolgende Frage bezieht / Fragen beziehen sich auf die **erneute Inanspruchnahme Ihres Angebotes als Link Worker / Sozialarbeiter*in**.

Kommt es vor, dass Klient*innen zu einem späteren Zeitpunkt Ihr Angebot als Link Worker / Sozialarbeiter*in erneut nutzen?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
☐ Nein
☐ Nicht bekannt

Wie viel Prozent Ihrer Klient*innen nehmen Ihr Angebot **öfter als einmal** in Anspruch.

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja' bei Frage '145 [F3]' (Kommt es vor, dass Klient*innen zu einem späteren Zeitpunkt Ihr Angebot als Link Worker / Sozialarbeiter*in erneut nutzen?)

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

%

Aus welchem Grund kommt es zu einer erneuten Inanspruchnahme?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja' bei Frage '145 [F3]' (Kommt es vor, dass Klient*innen zu einem späteren Zeitpunkt Ihr Angebot als Link Worker / Sozialarbeiter*in erneut nutzen?)

❗ Die Summe muss gleich 100 sein

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

Aufgrund desselben Anliegens

Aufgrund eines anderen Anliegens

Aus welchen Gründen nehmen Klient*innen Ihr Angebot nur einmal in Anspruch?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Nein' bei Frage '145 [F3]' (Kommt es vor, dass Klient*innen zu einem späteren Zeitpunkt Ihr Angebot als Link Worker / Sozialarbeiter*in erneut nutzen?)

❗ Die Summe muss gleich 100 sein

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

Kein weiterer Bedarf

Bedarf gegeben, jedoch nicht in Anspruch genommen, weil

Abbrüche

Nachfolgende Fragen beziehen sich auf **mögliche Abbrüche** der Betreuung **seitens der Klient*innen**.



Abb 1: Grafische Darstellung des Ablaufs einer sozialen Verschreibung

Wie viel Prozent Ihrer Klient*innen brechen Ihrer Einschätzung nach die Betreuung im gesamten Prozessverlauf ab?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

% der Klient*innen

Welche(r) Prozessschritt(e) ist / sind besonders „anfällig“ für Abbrüche? (Mehrfachnennungen möglich)

❶ Kommentieren wenn eine Antwort gewählt wird

Bitte wählen Sie die zutreffenden Punkte aus und schreiben Sie einen Kommentar dazu:

☐ Zwischen der Überweisung zu Ihnen und der tatsächlichen Inanspruchnahme Ihres Angebots

☐ Während der Betreuungszeit durch Sie als Link Worker / Sozialarbeiter*in in der PVE (interne Angebote)

☐ Zwischen der Verweisung zum 3. Sektor (externe Angebote) und der tatsächlichen Inanspruchnahme des Angebots des 3. Sektors

☐ Andere, nämlich

Welche Faktoren führen Ihrer Erfahrung nach zu Abbrüchen der Betreuung durch Klient*innen?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wie gehen Sie mit Abbrüchen seitens der Klient*innen um?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Evaluierung

Nachfolgende Fragen beziehen sich auf die **Evaluierung** des Prozesses der sozialen Verschreibung.

Wird der Prozess der sozialen Verschreibung (inklusive Ihres Angebotes als Link Worker / Sozialarbeiter*in) evaluiert? (Mehrfachnennung möglich)

❶ Kommentieren wenn eine Antwort gewählt wird

Bitte wählen Sie die zutreffenden Punkte aus und schreiben Sie einen Kommentar dazu:

☐ Ja, innerhalb der PVE

☐ Ja, mit dem*der Klient*in

☐ Nein

Welche Aspekte werden mit dem*der Klient*in evaluiert?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
Antwort war 'Ja, mit dem*der Klient*in' bei Frage '153 [F8]' (Wird der Prozess der sozialen Verschreibung (inklusive Ihres Angebotes als Link Worker / Sozialarbeiter*in) evaluiert? (Mehrfachnennung möglich) \$(document).ready(function() { var thisQuestion = \$('#question{QID}'); // Remove some text inputs \$('checkbox-text-item:eq(0) .comment-item', thisQuestion).remove(); ('ch'); \$('checkbox-text-item:eq(1) .comment-item', thisQuestion).remove(); ('ch'); \$('checkbox-text-item:eq(2) .comment-item', thisQuestion).remove(); ('ch'); });)

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	Ja	Unsicher	Nein
Erreichung der Zielvereinbarung	☐	☐	☐
Dauer der Betreuung	☐	☐	☐
Zufriedenheit mit dem gesamten Prozess der sozialen Verschreibung	☐	☐	☐
Zufriedenheit mit Angeboten innerhalb der PVE	☐	☐	☐
Zufriedenheit mit Angeboten des 3. Sektors	☐	☐	☐

Welche Form(en) der Evaluierung findet / finden Anwendung? (Mehrfachnennung möglich)

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
Antwort war 'Ja, mit dem*der Klient*in' bei Frage '153 [F8]' (Wird der Prozess der sozialen Verschreibung (inklusive Ihres Angebotes als Link Worker / Sozialarbeiter*in) evaluiert? (Mehrfachnennung möglich) \$(document).ready(function() { var thisQuestion = \$('#question{QID}'); // Remove some text inputs \$('checkbox-text-item:eq(0) .comment-item', thisQuestion).remove(); ('ch'); \$('checkbox-text-item:eq(1) .comment-item', thisQuestion).remove(); ('ch'); \$('checkbox-text-item:eq(2) .comment-item', thisQuestion).remove(); ('ch'); });)

! Kommentieren wenn eine Antwort gewählt wird

Bitte wählen Sie die zutreffenden Punkte aus und schreiben Sie einen Kommentar dazu:

☐ Mittels persönlichem Gespräch zwischen Ihnen und dem*der Klient*in (persönliche Befragung / Feedbackgespräch)

☐ Mittels Fragebogen (anonym)

☐ Mittels Fragebogen (nicht anonym)

☐ Andere, nämlich

Zu welchem / welchen Zeitpunkt(en) erfolgt eine Evaluierung? (Mehrfachnennung möglich)

In 100% der Fälle erfolgt die Evaluierung zu folgenden Zeitpunkten:

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja, mit dem*der Klient*in' bei Frage '153 [F8]' (Wird der Prozess der sozialen Verschreibung (inklusive Ihres Angebotes als Link Worker / Sozialarbeiter*in) evaluiert? (Mehrfachnennung möglich) \$(document).ready(function() { var thisQuestion = \$('#question{QID}'); // Remove some text inputs \$('checkbox-text-item:eq(0) .comment-item', thisQuestion).remove(); ('ch'); \$('checkbox-text-item:eq(1) .comment-item', thisQuestion).remove(); ('ch'); \$('checkbox-text-item:eq(2) .comment-item', thisQuestion).remove(); ('ch'); });)

❗ Die Summe muss gleich 100 sein

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

Während des Prozesses der sozialen Verschreibung

Nach Abschluss des Angebots des 3. Sektors (externes Angebot)

Nach Abschluss der gemeinsamen Termine (internes Angebot)

Nach Abschluss des Gesamtprozesses der sozialen Verschreibung

Bei Bedarf

Gibt es eine Form der Feedbackmöglichkeit für die Klient*innen?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Nein' bei Frage '153 [F8]' (Wird der Prozess der sozialen Verschreibung (inklusive Ihres Angebotes als Link Worker / Sozialarbeiter*in) evaluiert?

(Mehrfachnennung möglich) \$(document).ready(function() { var thisQuestion = \$('#question{QID}'); // Remove some text inputs \$('checkbox-text-item:eq(0) .comment-item', thisQuestion).remove(); ('ch'); \$('checkbox-text-item:eq(1) .comment-item', thisQuestion).remove(); ('ch'); \$('checkbox-text-item:eq(2) .comment-item', thisQuestion).remove(); ('ch'); });)

❗ Kommentieren wenn eine Antwort gewählt wird

Bitte wählen Sie die zutreffenden Punkte aus und schreiben Sie einen Kommentar dazu:

☐ Ja, nämlich

☐ Nein

Wie erfolgt die Evaluierung innerhalb der PVE?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja, innerhalb der PVE' bei Frage '153 [F8]' (Wird der Prozess der sozialen Verschreibung (inklusive Ihres Angebotes als Link Worker / Sozialarbeiter*in) evaluiert?

(Mehrfachnennung möglich) \$(document).ready(function() { var thisQuestion = \$('#question{QID}'); // Remove some text inputs \$('checkbox-text-item:eq(0) .comment-item', thisQuestion).remove(); ('ch'); \$('checkbox-text-item:eq(1) .comment-item', thisQuestion).remove(); ('ch'); \$('checkbox-text-item:eq(2) .comment-item', thisQuestion).remove(); ('ch'); });)

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Was ich zu den Themen erneute Inanspruchnahme, Abbrüche und Evaluation noch sagen möchte...

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Was ich zum Schluss generell noch anmerken möchte...

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit für das Ausfüllen unseres Fragebogens genommen haben.

Bei Fragen oder Anmerkungen können Sie sich gerne unter social-prescribing1@fhstp.ac.at (mailto:social-prescribing1@fhstp.ac.at) melden.

Falls Sie Interesse an den Ergebnissen der Masterarbeit haben, können Sie uns dies gerne per Mail mitteilen. Je nach Möglichkeit werden wir die Masterarbeit für Sie zugänglich machen.

25.09.2021 – 17:04

Übermittlung Ihres ausgefüllten Fragebogens:

Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens.

Anhang B: Sozialanamnesebogen

Erhebungs-/Anamnesebogen		
Name Patient:in:		
SVNR:	Geburtsdatum:	
Datum:	Erstellt von:	
Zuweiser:in (Name und Profession):	☐ Intern, durch _____	
	☐ Extern, durch _____	
	☐ Selbstüberweisung durch Patient:in	
Überweisungsgrund		
1. Gesundheitliche Situation		
	<i>Zufriedenheit</i>	<i>Größter Wunsch</i>
2. Ernährung, Bewegung, Rauchen		
	<i>Zufriedenheit</i>	<i>Größter Wunsch</i>
3. Freizeitgestaltung/Hobbies		
	<i>Zufriedenheit</i>	<i>Größter Wunsch</i>
4. Soziale Integration/Freunde		
	<i>Zufriedenheit</i>	<i>Größter Wunsch</i>

5. Familiensituation/Herkunftsfamilie und Beziehung/Partnerschaft

	<i>Zufriedenheit</i>	<i>Größter Wunsch</i>

6. Arbeit/Beschäftigung/Ausbildung

	<i>Zufriedenheit</i>	<i>Größter Wunsch</i>

7. Wohnsituation (*Eigentum/Miete, Größe, Personenanzahl*)

	<i>Zufriedenheit</i>	<i>Größter Wunsch</i>

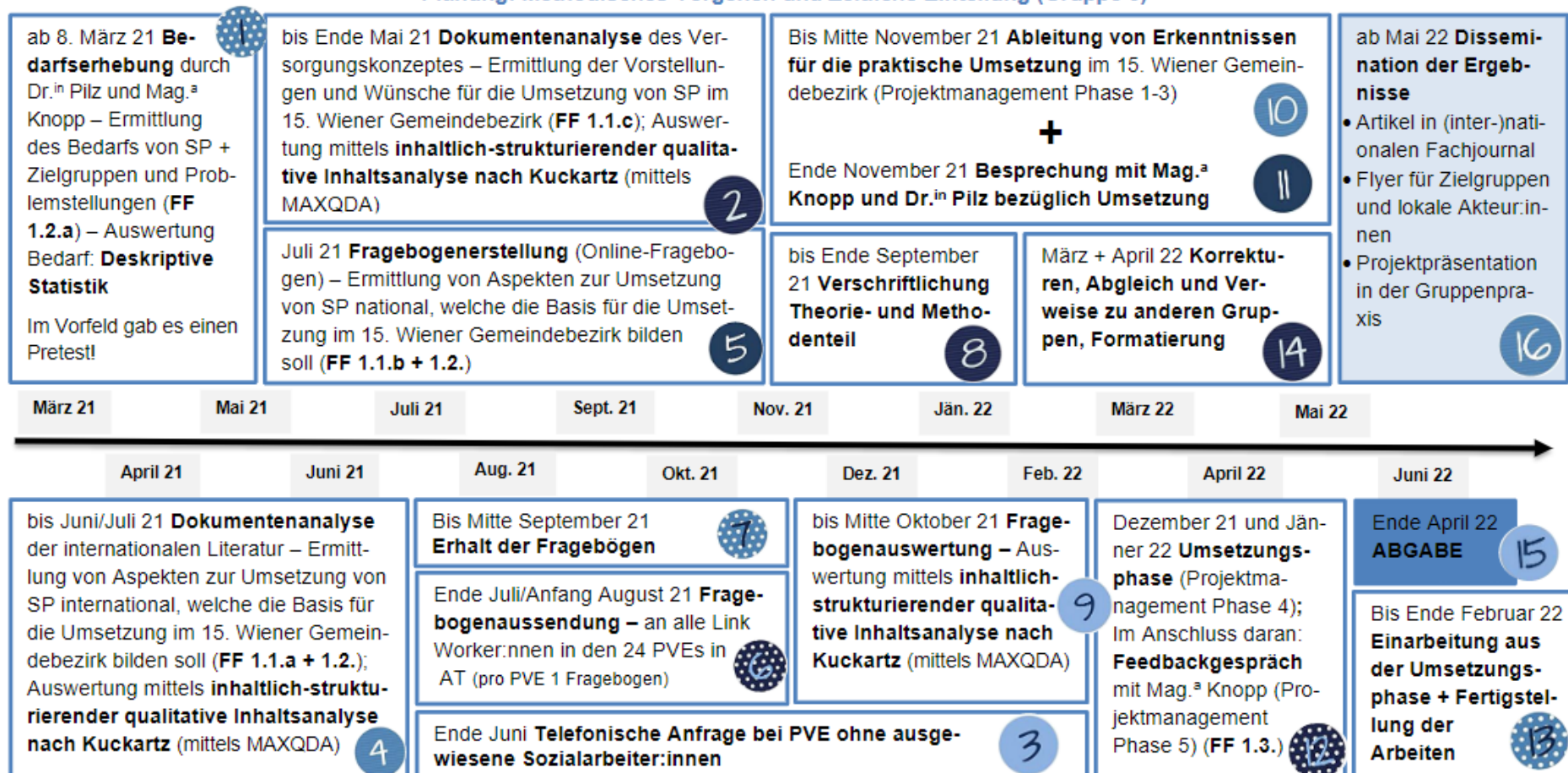
8. Finanzielle Situation (*Einkommen, Regelmäßigkeit, Schulden, Verbindlichkeiten*)

	<i>Zufriedenheit</i>	<i>Größter Wunsch</i>

Bestehendes Helfer:innensystem

Anhang C: Methoden- und Zeitplan bei Projektstart

Planung: Methodisches Vorgehen und Zeitliche Einteilung (Gruppe 3)



Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Maria Fischer**, geboren am **28.10.1997** in **Melk**, 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, 26. April 2022



Unterschrift

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Sabine Holzinger-Grath**, geboren am **20.12.1982** in **Tulln**, 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, 26. April 2022



Unterschrift

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Melanie Schinnerl**, geboren am **06.11.1989** in **Steyr**, 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, 26. April 2022



Unterschrift

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Devi Singh**, geboren am **20.07.1987** in **Klagenfurt**, 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, 26. April 2022



Unterschrift

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Claudia Tritta**, geboren am **12.06.1993** in **Mistelbach**, 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, 26. April 2022



Unterschrift

