

Endbericht

Evaluationsbericht zur Vorbereitung und Durchführung von Social Prescribing in Österreich

Berichtszeitraum: Juni – Dezember 2021

IMPRESSUM

queraum. kultur- und sozialforschung
Obere Donaustraße 59/7a
1020 Wien
Tel.: +43 1 958 09 11
E-Mail: office@queraum.org
www.queraum.org

Autor*innen:

Mag.^a Anna Schachner, MA; Roman Weber, MSc; Mag.^a Ulrike Fleischanderl, MSc;
Mag.^a Anita Rappauer

Stand: 15.12.2021

Zitiervorschlag: Schachner, Anna; Weber, Roman; Fleischanderl, Ulrike; Rappauer, Anita (2021): Evaluationsbericht zur Vorbereitung und Durchführung von Social Prescribing in Österreich. queraum. kultur- und sozialforschung, Wien

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

Inhaltsverzeichnis

EXECUTIVE SUMMARY	5
1. EINLEITUNG.....	11
2. ZIELE, ZIELGRUPPEN UND FRAGESTELLUNGEN DER EVALUATION.....	13
3. EVALUATIONSDESIGN.....	15
3.1. ÜBERREGIONALE EBENE	16
3.1.1. <i>Austausch mit dem GÖG-Team</i>	<i>16</i>
3.1.2. <i>Fokusgruppe mit Fachkräften mit Link Working-Funktion</i>	<i>16</i>
3.1.3. <i>Online-Feedback zur Schulung für Link Working-Fachkräfte</i>	<i>17</i>
3.1.4. <i>Fokusgruppe mit der Steuerungsgruppe</i>	<i>17</i>
3.1.5. <i>Beteiligung an Vernetzungstreffen</i>	<i>18</i>
3.1.6. <i>Rückmeldungen zum Dokumentationssystem</i>	<i>18</i>
3.2. REGIONALE EBENE.....	18
3.2.1. <i>Fokusgruppen mit lokalen Akteur*innen.....</i>	<i>18</i>
3.2.2. <i>Leitfadengestützte Interviews und egozentrierte Netzwerkkarten mit Link Working-Fachkräften</i>	<i>19</i>
3.2.3. <i>Leitfadengestützte Interviews mit Patient*innen.....</i>	<i>20</i>
3.3. REFLEXION DES FORSCHUNGSPROZESSES	21
4. ERGEBNISSE DER EVALUATION.....	23
4.1. HINTERGRÜNDE DER MODELLREGIONEN	23
4.1.1. <i>Ausgangsbedingungen der PVEs & Praxen im niedergelassenen Bereich ...</i>	<i>23</i>
4.1.2. <i>Gesundheitsverständnis und Vorerfahrungen mit Social Prescribing</i>	<i>25</i>
4.1.3. <i>Implementierung von Social Prescribing in den Einrichtungen</i>	<i>25</i>
4.1.4. <i>Zielgruppen und Bedürfnisse.....</i>	<i>26</i>
4.2. SENSIBILISIERUNG INNERHALB DER EINRICHTUNG	27
4.3. LINK WORKING: ROLLE UND KOMPETENZEN	29
4.3.1. <i>Rollenkonflikt</i>	<i>32</i>
4.4. ABLAUF DES SOCIAL PRESCRIBING-PROZESSES.....	35
4.4.1. <i>Diagnose und Verschreibung</i>	<i>36</i>
4.4.2. <i>Gespräche von Link Working-Fachkräften und Patient*innen.....</i>	<i>40</i>
4.4.3. <i>Vermittlung an Netzwerkpartner*innen.....</i>	<i>45</i>
4.5. KOOPERATIONEN UND NETZWERKPARTNER*INNEN.....	49
4.5.1. <i>Wege des Kooperationsaufbaus</i>	<i>49</i>

4.5.2.	<i>Qualitätsmanagement</i>	51
4.5.3.	<i>Herausforderungen</i>	54
4.5.4.	<i>Good Practices</i>	55
4.5.5.	<i>Netzwerkkarten</i>	56
4.6.	ERFAHRUNGEN DER PATIENT*INNEN	59
4.7.	NUTZEN UND WAHRGENOMMENE WIRKUNG VON SOCIAL PRESCRIBING	63
4.7.1.	<i>Nutzen von Social Prescribing für die Gesellschaft und das Gesundheitssystem – Makroebene</i>	63
4.7.2.	<i>Nutzen von Social Prescribing für die Einrichtungen – Mesoebene</i>	64
4.7.3.	<i>Nutzen von Social Prescribing für die Patient*innen – Mikroebene</i>	65
4.8.	STRUKTURELLE QUALITÄTSSICHERUNG	67
4.8.1.	<i>Regionale Qualitätssicherung</i>	67
4.8.2.	<i>Überregionale Qualitätssicherung</i>	69
4.8.3.	<i>Erfahrungen mit der Schulung Link Working</i>	70
4.9.	SICHERUNG DER NACHHALTIGKEIT, ZUKUNFTSWÜNSCHE UND PERSPEKTIVEN	71
5.	HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN UND IMPLIKATIONEN	76
5.1.	OPERATIVE EBENE: SOCIAL PRESCRIBING-PROZESS IN DEN EINRICHTUNGEN	76
5.2.	LOKALE EBENE: KOOPERATIONEN UND NETZWERKE.....	79
5.3.	SYSTEMEBENE	80
ANHÄNGE	83

Executive Summary

Hintergrund und Ziel der Evaluation

Im Rahmen des Projektcalls „Social Prescribing in der Primärversorgung“, der einen wichtigen Teil des übergreifenden Projekts „Vorbereitung und Umsetzung von Modellregionen Social Prescribing“ darstellte, wurden neun Einrichtungen der medizinischen Primärversorgung sowie Gruppenpraxen in vier Bundesländern gefördert, um Social Prescribing auf- bzw. auszubauen. Die Umsetzung erfolgte zwischen Juni und Dezember 2021 und wurde extern evaluiert. Ziel der externen Evaluation, durchgeführt von *queraum. kultur- und sozialforschung*, war es, (Lern-)Erfahrungen der beteiligten Modellregionen zu sammeln. Die externe Evaluation fokussierte insbesondere folgende Umsetzungsschritte:

- Sensibilisierung relevanter Berufsgruppen und Akteur*innen
- Etablierung von Social Prescribing in den Modellregionen
- Vernetzung und Austausch zwischen den Modellregionen

Evaluationsdesign

Das Evaluationsdesign wurde auf Basis der genannten Umsetzungsschritte und der, in Kapitel 2 dargelegten, Forschungsfragen entwickelt und sollte Erkenntnisse auf zwei Ebenen liefern: auf der Ebene der Modellregionen, wo Social Prescribing im Rahmen der Primärversorgung etabliert wird, und auf einer überregionalen Ebene, auf der die Projektsteuerung, die übergreifende Vernetzung und die Schulungsmaßnahmen für die Link Worker angesiedelt sind.

Zur Beantwortung der die Evaluation leitenden Fragestellungen auf den beiden Ebenen (regional und überregional) wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Mithilfe der qualitativen Methoden (Fokusgruppen mit den Einrichtungen und der Steuerungsgruppe, Interviews mit Fachkräften in Link Working-Funktion und mit Patient*innen, offener Feedbackbogen zur Schulung) gelang es, tiefere Einblicke in komplexe, individualisierte Prozesse zu generieren, die Daten kontextbezogen zu integrieren und Lernerfahrungen direkt aus den Modellregionen zu erhalten. Ergänzend zum qualitativen Forschungsprozess wurden die Ergebnisse der Bedarfs- und Vermittlungsdokumentation (entwickelt seitens der GÖG) für die Evaluation herangezogen.

Ergebnisse

Implementierung von Social Prescribing in den Einrichtungen

So unterschiedlich die neun Modellregionen sind, so unterschiedlich wird die Implementierung von Social Prescribing in den Einrichtungen gehandhabt. Die Mitarbeiter*innen der Modellregionen unterscheiden sich in ihrer professionellen Ausrichtung, ihrer verfügbaren Zeit und ihrer Tätigkeitsform (angestellt/ ehrenamtlich). Die Zielsetzungen der Einrichtungen fokussieren auf Sensibilisierung (des medizinischen Personals) und Bewusstseinsbildung innerhalb und außerhalb der Einrichtung, die Ausweitung des Angebotes sowie auf die Vertiefung und den Ausbau von Kooperationen, um weitere Zuweisungsmöglichkeiten zu schaffen. Wichtig ist – v. a. bei Einrichtungen, die bereits mit Elementen des Social Prescribing arbeiten – zudem die Systematisierung und Professionalisierung von Social Prescribing, um damit Kompetenzen

aufzubauen, Standards zu setzen und die „Treffsicherheit“ der Beratung und Unterstützung für Patient*innen zu erhöhen.

Einrichtungen schilderten eine große, interne Offenheit gegenüber dem Angebot des Social Prescribing, wobei deutlich wurde, dass Maßnahmen der Sensibilisierung notwendig sind, um eine größtmögliche Akzeptanz gegenüber dem Prozess von Social Prescribing zu gewährleisten und den Blick der Teams für das Erkennen von nicht medizinischen Bedürfnissen der Patient*innen zu schärfen.

Sensibilisierung in den Einrichtungen

Die Wege der Sensibilisierung aller Berufsgruppen der jeweiligen Einrichtungen für nicht medizinische, aber gesundheitsrelevante Bedürfnisse waren unterschiedlich weit und erforderten verschiedenste Schritte. Die neun Modellregionen entwickelten dementsprechend viele verschiedene Strategien zur Sensibilisierung der Teams:

- Teilnahme an bestehenden Besprechungsstrukturen der Einrichtungen
- Initiierung von Social Prescribing-Infoveranstaltungen und -Sensibilisierungsworkshops
- Tür-und-Angel-Gespräche zwischen dem Einrichtungspersonal
- Sichtbarmachung durch die räumliche Nähe der Link Working-Fachkraft
- kreative Ideen zur Motivationssteigerung: Gewinnspiel und Fragebogenerhebung
- schriftliche Kommunikationswerkzeuge: von Plakaten und Infoblättern bis hin zu eigenen Checklisten für die Zuweisung
- direkte Einbindung in den Prozess

In vielen Einrichtungen ist es nicht eine einzige Strategie, die zur Sensibilisierung gewählt wird, sondern eine Kombination von Strategien. Dabei zeigte sich, dass eine Wiederholung von einzelnen Maßnahmen der Sensibilisierung wichtig ist und insbesondere die Zeit als wichtiger Faktor für eine umfassende und tiefgehende Sensibilisierung im Team gesehen wird.

Link Working-Rolle und -Kompetenzen

Deutlich wurde in der Evaluation ein individuell geformtes Rollenverständnis der Link Working-Fachkraft. Ihre Rolle wird aus äußerlich-strukturellen Einflüssen, aber auch aus persönlichen Dimensionen gebildet. Der berufliche Hintergrund, Fähigkeiten und Kompetenzen sowie die sehr individuelle intrinsische Motivation für die Arbeit haben hier einen großen Einfluss. Die verschiedenen **Rollen** reichen von reinem Link Working, also der Arbeit mit den Patient*innen (Verweisungsfunktion), zu Link Working in Kombination mit Netzwerkaufbau/ Vernetzungsarbeit und/oder mit sozialarbeiterischer Beratung in Abgrenzung zu Link Working. Dazu kommen alltägliche ordinationsbezogene Aufgaben, wie Besprechungen, Teammeetings und Projektmanagement sowie die Dokumentation.

Zugleich werden von den Link Working-Fachkräften selbst verschiedene **Anforderungen** artikuliert, die essenziell im Beratungs-/ Social Prescribing-Prozess beziehungsweise für die Rolle sind. Dabei werden ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis, eine gewisse Offenheit gegenüber Menschen und deren Bedürfnissen, Geduld und die Fähigkeit, sich von den „Fällen“ persönlich abzugrenzen, angesprochen.

Besonders präsent wurde in den Erhebungen die Diskussion über den möglichen **Rollenkonflikt** zwischen Sozialarbeit und Link Working, wenn eine Person in beiden Rollen tätig ist. Eine

Region sah die Möglichkeit einer Auflösung des Konflikts in einer Unterscheidung zwischen sozialer Problemlage und gesundheitsrelevanten Bedürfnissen. Soziale Problemlagen müssten an eine*n Sozialarbeiter*in weitervermittelt werden. Gesundheitsrelevante Bedürfnisse hingegen könnten an gesundheitsbezogene Angebote (Bewegung, soziale Gruppen etc.) vermittelt werden. Herausfordernd dabei sei jedoch, dass die Unterscheidung zwischen sozialer Problemlage und gesundheitsrelevantem Bedürfnis erstens schwierig auszumachen sei und erst im Laufe der Beratungsgespräche konkretisiert werden könne und die beiden Dimensionen zweitens oft schwer voneinander zu trennen seien.

Ablauf des Social Prescribing-Prozesses

Die verschiedenen Rollenverständnisse der Personen mit Link Working-Funktion bedingen unterschiedliche Strukturen des Social Prescribing-Prozesses. Der Ablauf des Prozesses – von dem Besuch des/der Patient*in bei dem/der Arzt/Ärztin über die Kommunikation der Bedürfnisse und die Beratung durch die Link Working-Fachkraft bis hin zu einem Angebot – kann deswegen in den verschiedenen Modellregionen recht divers ausfallen. Patient*innen wurden am häufigsten durch ärztliches Personal an die Person mit Link Working-Funktion vermittelt, gefolgt von Sozialarbeiter*innen und Gesundheits- und Krankenpfleger*innen. Bei „Andere“ wurden – so die Bedarfs- und Vermittlungsdokumentation – Psychotherapeutinnen, die Raumpflege und eine gemeinsame Teamentscheidung genannt.

Im Kontext der Vermittlung von Patient*innen zu Link Working-Fachkräften ergeben sich einige **förderliche Aspekte**, welche von den interviewten Personen betont wurden. So werden die psychosoziale Kompetenz und das Gesundheitsverständnis der Ärzt*innen als elementar für einen gelungenen Link Working-Prozess gesehen, da hier häufig der erste Schritt des Prozesses getätigt wird. Zudem bedarf es einer räumlichen Nähe zwischen den Räumlichkeiten (falls welche existieren) der sozialen Beratung/ Link Working und der Ordination. Durch die räumliche Nähe wird die symbolische Verbindung zwischen Arzt/Ärztin und Beratung sichtbar und die Annahme der Beratung tendenziell niederschwelliger.

Zugleich herrschen bei der Vermittlung von Patient*innen verschiedene Herausforderungen/ Probleme vor. Es wird eine allgemeine **Skepsis** der Patient*innen gegenüber dem Beratungsangebot beobachtet. Vorurteile gegenüber der Sozialarbeit erschweren die Vermittlungsarbeit. Ein weiteres Problem wird von einer Link Working-Fachkraft geschildert: Die generelle Motivation des ärztlichen Teams, wirklich progressiv Link Working zu betreiben, wird in Frage gestellt. Passives Verhalten der Ärzt*innen wird dementsprechend als Hindernis genannt.

In Bezug auf die Vermittlung von Patient*innen zu Netzwerkpartner*innen haben verschiedene Faktoren einen positiven Einfluss auf eine gelingende soziale Überschreitung. Vor allem ist es bei Patient*innen, die häufiger Termine in der PVE oder Arztpraxis haben, wichtig, sie auf die vermittelten Angebote anzusprechen, immer wieder an diese zu erinnern oder nach Feedback zu fragen. Neben anderen Herausforderungen wurde auch deutlich, dass es eine gewisse Niederschwelligkeit der Angebote bedarf, sodass Patient*innen – vor allem sozioökonomisch marginalisierte Gruppen – auch wirklich die Möglichkeit haben, die vorgeschlagenen Angebote anzunehmen. Dazu gehören nicht nur Kostenlosigkeit und räumliche Nähe, sondern auch Akzeptanz und Toleranz gegenüber diesen Patient*innengruppen.

Kooperationen der Netzwerkpartner*innen

Um Patient*innen weiterverweisen zu können, braucht es inhaltlich breite und dennoch passgenaue Angebote. Dieser Bedarf an Angeboten muss durch Kooperationen mit Partner*innen – Vereine, Organisationen und Institutionen, die gesundheitsrelevante, nicht medizinische Angebote setzen – gedeckt werden. Gibt es in der Region kein solches Angebot, wurden in Einzelfällen sogar eigene kleine Initiativen (partizipativ) in diese Richtung gesetzt oder der Bedarf an Gemeinden kommuniziert.

Besonders wichtig ist es, Kooperationen gut zu dokumentieren, zu verwalten, zu pflegen und voranzutreiben – das wird aus den Gesprächen immer wieder deutlich. Daher ist das Netzwerkmanagement ein zentraler Teil im Social Prescribing-Prozess. Die Modellregionen konnten bei Projektstart bereits auf teilweise langjährige Kooperationen zurückgreifen und sind meist gut vernetzt. Allerdings wird mit der Teilnahme am Pilotprojekt nicht nur die inhaltliche Ausweitung von Kooperationen und der Aufbau von tragfähigen Netzwerken forciert, sondern auch das Management dieser in den Vordergrund gestellt. Dafür Zeit zur Verfügung zu haben, wird als wesentlich gesehen – denn Netzwerkarbeit ist *Arbeit* und sollte nicht „nebenher“ laufen.

Nutzen und wahrgenommene Wirkung

Der Nutzen von Social Prescribing wurde als sehr vielfältig beschrieben. Es handelt sich bei den Ausführungen um die individuellen Wahrnehmungen der Befragten und demnach nicht um eine Wirkungsanalyse mit quantifizierbaren Aussagen. Nutzen und Wirkung zeigen sich auf drei Ebenen: auf der Makroebene (Gesellschaft und Gesundheitssystem), der Mesoebene (Einrichtungen) und der Mikroebene (Patient*innen).

Umfassend diskutiert wurde in den Fokusgruppen mit den Einrichtungen, aber auch in der Steuerungsgruppe von Social Prescribing, der **hohe gesellschaftliche Nutzen und der Nutzen für das Gesundheitssystem**. Social Prescribing ermöglicht im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft eine stärkere Wahrnehmung nicht medizinischer, aber gesundheitsrelevanter Bedürfnisse der Patient*innen. Insbesondere die durch das Projekt verstärkte Vernetzung zentraler Angebote im Primärversorgungsbereich und der Gesundheitsförderung werden als große Bereicherung durch das Projekt gesehen. Sozialraumorientiertes Denken wird durch das Projekt weiterentwickelt und in der Primärversorgung verankert.

Auch auf **Ebene der Einrichtungen** – Primärversorgungseinrichtungen und niedergelassener Bereich – wurden vielerlei Wirkungen erkannt. Besonders prominent in den Ausführungen war der Mehrwert von Social Prescribing für mehr Klarheit, Wissen und einer stärkeren Sensibilisierung auch innerhalb des Teams für nicht medizinische, aber gesundheitsbezogene Bedürfnisse der Patient*innen. Angeregt wurde darüber hinaus die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team. Angesprochen wurde auch eine Entlastung der Ärzt*innen durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit auf Augenhöhe.

Sowohl die Praktiker*innen als auch die Patient*innen schildern, einen großen Nutzen auf der **individuellen Ebene der Patient*innen** durch den Prozess des Social Prescribing wahrgenommen zu haben. Geschildert wird ein Anstoßen der sozialen Teilhabe und eine Erweiterung des sozialen Netzwerkes der Patient*innen, eine Steigerung der Lebensqualität und des Wohlbefindens. Zentral war für die Patient*innen die Entlastung durch ein Gegenüber, das die Hand reicht, zuhört und Antworten parat hat. Darüber hinaus nehmen die Fachkräfte an bzw.

konnten teilweise beobachten, dass sich auch Krankheitsverläufe gebessert hätten bzw. Schmerzen reduziert wurden.

Strukturelle Qualitätssicherung

Zur Umsetzung von Social Prescribing wurden in den Einrichtungen teilweise unterschiedliche Strukturen entwickelt, welche die Qualität der Arbeit absichern sollen. Eine wichtige Maßnahme zur Gewährleistung der Qualität innerhalb der Einrichtung ist die **interne Kommunikation** zwischen allen involvierten Akteur*innen, insbesondere durch Teambesprechungen. Zentraler Bestandteil der Qualitätssicherung ist auch ein internes **Dokumentationssystem**, welches einen guten Einblick in die einzelnen Fälle gibt und gewährleistet, dass im Krankheitsfall oder bei einem Mitarbeiter*innen-Wechsel wichtige Informationen nicht verloren gehen.

Die Modellregionen wurden durch die GÖG im Zuge der Projektumsetzung umfassend begleitet. Es wurden überregionale Strukturen und **Tools** geschaffen, die – aus Sicht der befragten Modellregionen – sehr relevant für eine Qualitätssicherung und ein gelungenes Arbeiten während der wenigen Monate waren. Die GÖG fungierte als eine Art Drehscheibe und zielte nicht nur auf ein Monitoring der Projektfortschritte ab, sondern setzte eine umfassende Begleitung um, die den Einrichtungen von hohem Nutzen war. Als wesentlich für die Qualitätssicherung wurden von den befragten Regionen die **Vernetzungstreffen** gesehen, weil diese einen intensiven und regelmäßigen Austausch auf überregionaler Ebene ermöglichten.

Sicherung der Nachhaltigkeit und Zukunftsvisionen

Trotz der Herausforderungen hinsichtlich der unsicheren Weiter- bzw. Regelfinanzierung von Social Prescribing in den Einrichtungen verdeutlichten diese, dass die Erfahrungen aus der Projektlaufzeit einen nachhaltigen Nutzen hatten: Dieser betrifft einerseits die Sensibilisierung in den Einrichtungen hinsichtlich nicht medizinischer Bedürfnisse von Patient*innen, die zu einer Weiterentwicklung in der Einrichtung und im Team beisteuerte, und andererseits auch den Netzwerkaufbau, da Kooperationen auch nach Projektende bestehen bleiben. Verknüpft mit der Hoffnung, dass Social Prescribing eine weitere Umsetzung in den Einrichtungen erfahren kann, formulierten die Modellregionen **Zukunftswünsche und -visionen**. Es wird eine große Motivation der Einrichtungen deutlich, Social Prescribing auf Einrichtungs- und Netzwerkebene weiterzuentwickeln. Folgende Ideen wurden im Zuge der Evaluation aufgenommen:

- Ausbau der Teamstrukturen
- verstärkte Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit
- partizipative Prozesse der Weiterentwicklung
- Synergien mit anderen Projekten aus der Primärversorgung

Handlungsempfehlungen

Auf Basis der Erkenntnisse aus der Evaluation ergeben sich folgende zentrale Handlungsansätze und -empfehlungen auf operativer, lokaler Ebene und auf Systemebene.

Operative Ebene: Social Prescribing-Prozess in den Einrichtungen

- Umfassende Kommunikationsstrukturen aufbauen
- Link Working sichtbar machen
- Klares Aufgabenprofil des Link Working erstellen

- Klare Überweisungsstrukturen der Patient*innen etablieren
- Anschlusslogik mit Patient*innen und Netzwerkpartner*innen ermöglichen
- Dokumentation(en) konvergieren
- Supervision und Intervision strukturell implementieren
- Multidisziplinarität im Team leben und nutzen

Lokale Ebene: Kooperationen und Netzwerke

- Netzwerkmanagement umfassend denken
- Persönlichen Kontakt mit Netzwerkpartner*innen und laufende Netzwerkpflge anstreben
- Expertisen der Netzwerkpartner*innen bei Fallbesprechungen einholen
- Existierende Vernetzung nutzen und neue aufbauen
- Partizipative Prozesse hinsichtlich einer Einbindung von Patient*innen und Gemeinden zur Weiterentwicklung der Angebote fördern

Systemebene

- Überregionale Foren des Austausches für regionale Umsetzer*innen schaffen
- Weiterbildungen ausbauen
- Überregionale Koordinationsstelle einrichten
- Fruchtbare Miteinander mit anderen Projekten der Gesundheitsförderung und Primärversorgung fördern
- Öffentlichkeitsarbeit und Außenwirkung erweitern
- Finanzierungen für eine Implementierung und Ausrollung sichern

1. Einleitung

Das Konzept des Social Prescribing wurde ursprünglich in England entwickelt und umgesetzt. Es gilt als vielversprechender Ansatz, um die psychosozialen Bedürfnisse und die soziale Gesundheit von Menschen besser in den Blick zu nehmen und auch für benachteiligte und belastete Bevölkerungsgruppen den Zugang zu gesundheitsförderlichen Angeboten zu sichern. Besonders hervorgehoben wird, dass Social Prescribing die Menschen in den Mittelpunkt stellt und auf deren Ressourcen aufbaut.¹

Wie die Erfahrungen aus England zeigen, wirkt sich Social Prescribing positiv auf das allgemeine Wohlbefinden, die psychische Gesundheit und die soziale Teilhabe der betroffenen Personen aus und unterstützt sie dabei, sich aktiv an der medizinischen Behandlung zu beteiligen.²

In Österreich ist Social Prescribing ein relativ neuer Ansatz, der insbesondere im Zusammenhang mit dem Ausbau von Primärversorgungseinheiten auf großes Interesse stößt. Laut dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) übernehmen Primärversorgungseinheiten (z. B. Gruppenpraxen, Hausärzt*innen) dezidiert Aufgaben in den Bereichen Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitskompetenz: Konkret sieht das Aufgabenprofil vor, dass die Primärversorgung an populationsbezogenen und zielgruppenspezifischen regionalen Gesundheitsförderungsmaßnahmen und -programmen mitwirkt sowie auf vulnerable Gruppen (z. B. Personen mit Migrationshintergrund, sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen, Risikogruppen) aktiv zugeht und sie im Zugang zur Versorgung unterstützt.³

Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Konsumentenschutz und Pflege reagiert damit auf einen aktuellen Bedarf: Wie Zahlen belegen, erfolgt jede fünfte Konsultation in der Primärversorgung aufgrund gesundheitsrelevanter, nicht medizinischer Belange⁴. Hausärzt*innen, Allgemeinmediziner*innen oder andere Fachkräfte im Primärversorgungsbereich sind somit häufig mit sozialen Belastungen ihrer Patient*innen konfrontiert. Um die Patient*innen diesbezüglich gut betreuen und begleiten zu können, bedarf es u. a. einer intensiveren Verschränkung des Gesundheits- und Sozialbereiches und einer Etablierung von Fachkräften, die eine Vermittlungsfunktion übernehmen.

¹ Siehe u. a.: NHS (2020): Social prescribing and community-based support. Summary guide. NHS England and NHS Improvement.

² Siehe u. a.: Bertotti, M., Frostick, C., Hutt, P., Sohanpal, R. & Carnes, D. (2018). A realist evaluation of social prescribing: an exploration into the context and mechanisms underpinning a pathway linking primary care with the voluntary sector. In *Primary health care research & development*, 19 (3), 232–245. Farenden, C., Mitchell, C., Feast, S. & Verdenicci, S. (2015). Community Navigation in Brighton & Hove. Evaluation of a social prescribing pilot.

³ BMASGK (2019a): ÖSG 2017 – Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 30. Juni 2017 inklusive der bis 27. September 2019 beschlossenen Anpassungen. Verfasst von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien.

⁴ Polley, M., Bertotti, M., Kimberlee, R., Pilkington, K. & Refsum, C. (2017). A review of the evidence assessing impact of social prescribing on healthcare demand and cost implications. University of Westminster, London.

Social Prescribing gilt dabei als ein vielversprechender Interventionsansatz: Patient*innen werden von den in der Primärversorgung tätigen Berufsgruppen in Hinblick auf ihre nicht medizinischen Bedürfnisse an Fachkräfte mit Link Working-Funktion (z. B. Sozialarbeiter*in, Primärversorgungsmanager*in) weiter verwiesen. Im Rahmen ihrer Lots*innenfunktion erarbeiten diese spezialisierten Fachkräfte mit den Patient*innen passende individuelle Lösungen, die ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden verbessern können. Fachkräfte mit Link Working-Funktion unterstützen die Patient*innen bei Bedarf auch dabei, mit den weiterführenden Angeboten in Kontakt zu treten (z. B. Gesundheitsförderungsmaßnahmen, Sport- und Bewegungsprogramme, Ernährungsberatung, Sozial-, Schuldner*innen-, Arbeits- oder Wohnberatung, Gemeinschaftsaktivitäten, Nachbarschaftsnetzwerke).⁵

Um in Einrichtungen der medizinischen Primärversorgung erste Erfahrungen mit der Umsetzung von Social Prescribing in Österreich und fachliche Grundlagen für die nachhaltige Implementierung des Konzeptes zu sammeln, stellte das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGKP) im Rahmen von „Gesundheitsförderung 21+“ finanzielle Mittel zur Verfügung. Die Gesundheit Österreich GmbH übernahm die fachliche Begleitung des Projektcalls „Social Prescribing in der Primärversorgung“, der einen wichtigen Teil des übergreifenden Projekts „Vorbereitung und Umsetzung von Modellregionen Social Prescribing“ darstellte.

Im Rahmen des Projektcalls wurden neun Einrichtungen der medizinischen Primärversorgung sowie Gruppenpraxen in vier Bundesländern gefördert, um Social Prescribing auf- bzw. auszubauen. Je nach Ausrichtung und Ressourcen legten die beteiligten Einrichtungen den Schwerpunkt auf die Sensibilisierungsarbeit, die Etablierung eines Link Working-Prozesses, das Netzwerkmanagement und/oder auf Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Zur Unterstützung der Umsetzung stellte die Gesundheit Österreich GmbH Unterlagen zur Verfügung und organisierte eine Schulung für die Fachkräfte mit Link Working-Funktion sowie einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch. Neben einer internen Dokumentation der Link Working-Fälle in einer Bedarfs- und Vermittlungsdokumentation, wurde eine externe Evaluation der Umsetzung in den neun Einrichtungen durchgeführt.

Das Forschungsbüro *queraum. kultur- und sozialforschung* wurde mit der externen Evaluation beauftragt und führte diese im Zeitraum von Juni bis Dezember 2021 durch. Die Vorgehensweise und Ergebnisse der begleitenden Evaluation sind im folgenden Endbericht zusammengefasst. Die ersten beiden Kapitel beschreiben die Ziele, Zielgruppen und Fragestellungen der Evaluation (Kapitel 2) sowie das Evaluationsdesign (Kapitel 3). Im Kapitel 4 sind die Ergebnisse der begleitenden Evaluation zusammengefasst. Daraus abgeleitete Handlungsempfehlungen und Implikationen finden sich im Kapitel 5.

Ausgewählte Ergebnisse der Evaluation fließen zudem in das von der Gesundheit Österreich GmbH erstellte Handbuch „*Social Prescribing in der Primärversorgung – Implementierung leicht gemacht*“ ein.

⁵ Siehe Haas, S., Bobek, J., Braunegger-Kallinger, G., Ladurner, J. & Winkler, P. (2019). Social Prescribing. Factsheet. Gesundheit Österreich. URL: https://jasmin.goeg.at/1411/1/Factsheet_Social%20Prescribing_2019_bf.pdf (9. Dezember 2021)

2. Ziele, Zielgruppen und Fragestellungen der Evaluation

Das Projekt „Vorbereitung und Umsetzung Modellregionen Social Prescribing“ war auf zwei Ebenen aktiv: Zum einen auf der Ebene der Modellregionen, wo Social Prescribing im Rahmen der Primärversorgung auf- bzw. ausgebaut wurde, zum anderen auf einer übergeordneten, überregionalen Ebene, auf der die Projektsteuerung, die übergreifende Vernetzung und die Schulungsmaßnahmen für die Fachkräfte mit Link Working-Funktion angesiedelt waren. Die externe Evaluation fokussierte insbesondere folgende Umsetzungsschritte:

- Sensibilisierung relevanter Berufsgruppen und Akteur*innen
- Etablierung von Social Prescribing in Modellregionen
- Vernetzung und Austausch zwischen den Modellregionen

Ziel der externen Evaluation war es, (Lern-)Erfahrungen der beteiligten Modellregionen zu sammeln. Dabei standen die folgenden **evaluationsleitenden Fragestellungen** im Mittelpunkt:

- Welche förderlichen und hinderlichen Faktoren können bei der Erprobung von Social Prescribing identifiziert werden?
- Wie können die Teams in den Einrichtungen für gesundheitsrelevante, aber nicht medizinische Bedürfnisse von Patient*innen sensibilisiert werden?
- Welche Herausforderungen und Good Practices lassen sich hinsichtlich der Netzwerkarbeit in den Regionen erkennen?
- Welchen Mehrwert, Nutzen und welche (positiven wie negativen) Wirkungen von Social Prescribing nehmen diverse Akteur*innen und Patient*innen wahr?
- Wie beurteilen die Einrichtungen Maßnahmen der Qualitätssicherung (inkl. Schulungen)?
- Welcher (weiterer) überregionaler Unterstützungsbedarf für die Einrichtungen ist erkennbar?

In Abstimmung mit den Auftraggeber*innen dienten die Erhebungen auf regionaler Ebene nicht der Evaluation der Umsetzung in den jeweiligen Modellregionen. Vielmehr war es das Ziel, aus den Ergebnissen übergreifende – das heißt überregionale – Empfehlungen abzuleiten (siehe Kapitel 5).

Um möglichst viele Perspektiven zu berücksichtigen, wurden folgende Akteur*innen als **Zielgruppen** der Evaluation definiert:

- Patient*innen in den Modellregionen
- Fachkräfte mit Link Working-Funktion in den Modellregionen
- weitere Vertreter*innen der Einrichtungen in den Modellregionen (Leitung, medizinisches und nicht medizinisches Personal)
- Vertreter*innen des regionalen Netzwerkes
- Mitglieder der Steuerungsgruppe

- Mitglieder des Projektumsetzungsteams (Gesundheit Österreich GmbH)

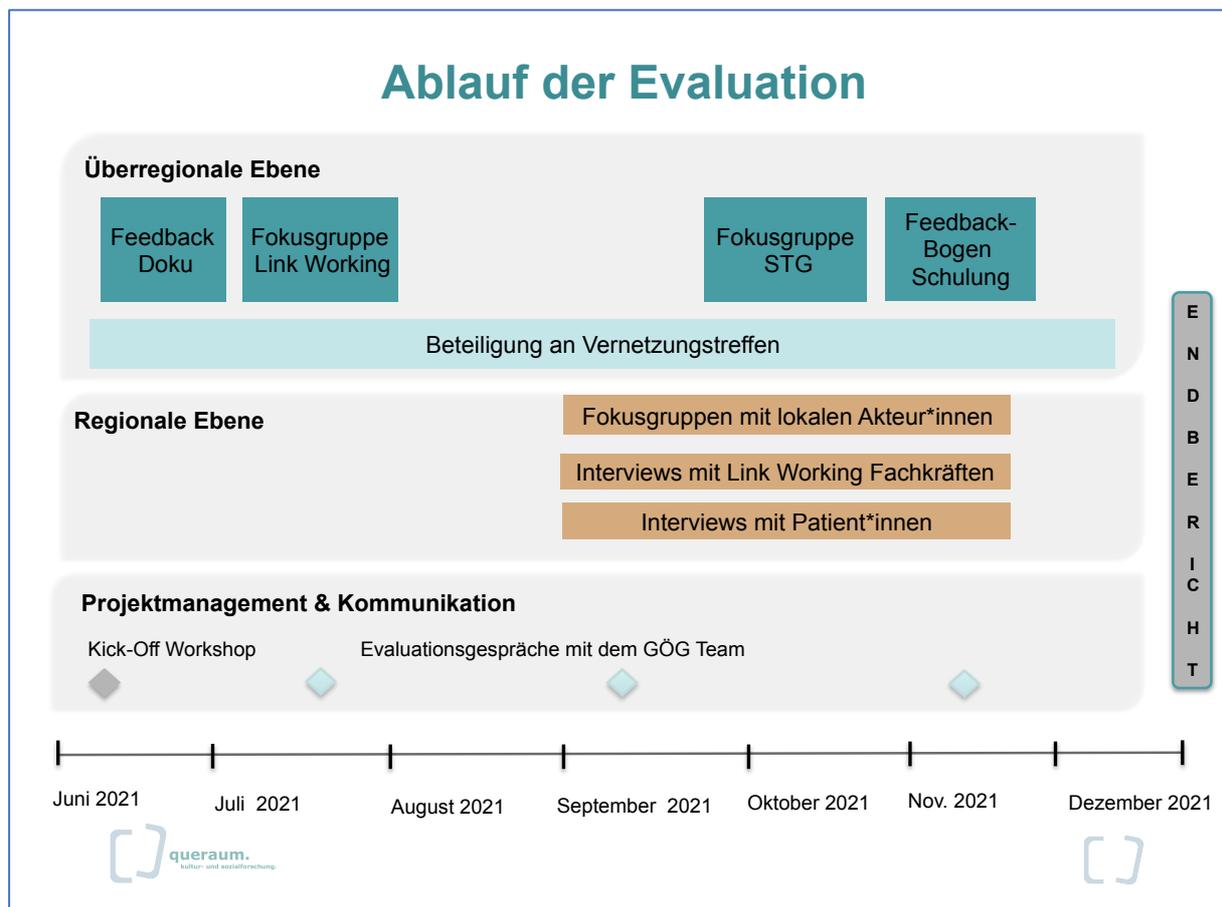
Das Evaluationsteam hat sich bewusst für einen qualitativen Zugang entschieden. Das Evaluationsdesign und die umgesetzten Evaluationsmaßnahmen sind im folgenden Kapitel beschrieben.

3. Evaluationsdesign

Das Evaluationsdesign wurde auf Basis der genannten Forschungsfragen entwickelt und sollte Erkenntnisse auf zwei Ebenen liefern:

- auf der Ebene der Modellregionen, wo Social Prescribing im Rahmen der Primärversorgung etabliert wird
- auf einer überregionalen Ebene, auf der die Projektsteuerung, die übergreifende Vernetzung und die Schulungsmaßnahmen für die Personen mit Link Working-Funktion angesiedelt sind

Um ein umfassendes, holistisches Bild zeichnen zu können, agierte die Evaluation auf beiden Ebenen. Dementsprechend wurden die Methoden der Evaluation jeweils einer der beiden Ebenen zugeordnet (siehe Kapitel 3.1. und 3.2.). Die folgende Grafik gibt einen groben Überblick über die gesetzten Maßnahmen:



Zur Beantwortung der die Evaluation leitenden Fragestellungen auf den beiden Ebenen (regional und überregional) wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Mithilfe qualitativer Methoden (Fokusgruppen, Interviews, Offener Feedbackbogen) gelang es, tiefere Einblicke in komplexe, individualisierte Prozesse zu erhalten, die Daten kontextbezogen zu integrieren und Einblicke in die Lernerfahrungen direkt aus den Modellregionen zu generieren. Damit wird auch die Grenze des vorliegenden Designs deutlich: Die Ergebnisse beziehen

sich auf einzelne Modellregionen und sind nur begrenzt verallgemeinerbar. Die Ergebnisse geben Einblick in relevante Themen und Handlungsfelder, die sich bei der Umsetzung von Social Prescribing ergeben können und liefern damit wertvolle Hinweise für die Weiterentwicklung und mögliche Ausrollung des Angebots auf weitere Modellregionen.

Im Folgenden werden Erhebungs- und Auswertungsmethoden im Zuge der Evaluation auf den beiden Ebenen im Detail beschrieben.

3.1. Überregionale Ebene

3.1.1. Austausch mit dem GÖG-Team

Die GÖG fungierte im gesamten Prozess als überregionale Stelle, unter anderem zum Monitoring und insbesondere zur Qualitätssicherung. Das Projektteam der GÖG war daher zentrale Ansprechpartnerin und gleichzeitig wichtige Ressource für die Interpretation und Kontextualisierung der Evaluationsergebnisse. Im Zuge der Projektlaufzeit wurden insgesamt fünf Abstimmungs- und Evaluationsgespräche (inkl. Kick-off und Abschlusspräsentation) abgehalten, um das Vorgehen der Evaluation und die Forschungsinstrumente zu konkretisieren, den Projektverlauf zu reflektieren, Zwischenergebnisse zu präsentieren und erste Lernerfahrungen zu identifizieren.

3.1.2. Fokusgruppe mit Fachkräften mit Link Working-Funktion

Zu Beginn des Projekts – im Juli 2021 – wurde mit den tätigen Fachkräften mit Link Working-Funktion eine Online-Fokusgruppe durchgeführt. Die Fokusgruppe diente einerseits dazu, Erwartungen, Wünsche und die Wahrnehmung der eigenen Rolle als Fachkraft mit Link Working-Funktion gemeinsam zu reflektieren, und bot andererseits auch die Gelegenheit, sich mit den Kolleg*innen aus den anderen Regionen über Lernerfahrungen auszutauschen und dabei voneinander zu lernen. An der Online-Fokusgruppe nahmen insgesamt acht Personen aus den Einrichtungen der Modellregionen teil, fünf Personen waren Fachkräfte mit Link Working-Funktion, drei Personen fungierten als Vertretungen (im Projekt-/ Netzwerkmanagement tätig), da es zu diesem Zeitpunkt noch keine Person im Link Working gab bzw. diese verhindert war. Die Dauer der Fokusgruppe betrug zwei Stunden. Zwei Einrichtungen konnten an der Fokusgruppe nicht teilnehmen.

Folgende Themenblöcke standen im Zentrum der Diskussion (siehe Leitfaden im Anhang):

- Erwartungen und Wünsche an die Tätigkeit
- Rolle und Tätigkeiten: Kompetenzen und Fähigkeiten der Fachkraft, Unterschiede zu anderen Tätigkeiten
- Herausforderungen und Stolpersteine
- Rahmenbedingungen und Unterstützung
- Zusammenarbeit (PVE, Netzwerkpartner*innen, Patient*innen)
- Relevanz der Tätigkeit
- Rückmeldungen zur Schulung für Fachkräfte im Link Working

Die Fokusgruppe wurde aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert. Das Textmaterial wurde mit der kategorialen Inhaltsanalyse (nach Mayring 2010⁶) ausgewertet und mit den anderen Ergebnissen trianguliert.

3.1.3. Online-Feedback zur Schulung für Link Working-Fachkräfte

Um gezielt Feedback auf die Schulung für Link Working-Fachkräfte einholen zu können, wurden die Teilnehmer*innen eingeladen, gegen Ende des Projekts einen kurzen Online-Feedbackbogen mit vorrangig offenen Fragestellungen auszufüllen. Folgende Fragen standen im Mittelpunkt der Befragung:

- Was hat Ihnen die Schulung gebracht? Welche Inhalte waren besonders relevant und hilfreich für Ihre Tätigkeit?
- Welche Inhalte waren Ihrer Meinung nach entbehrlich?
- Was hat Ihnen gefehlt? Welchen Input hätten Sie sich noch gewünscht?
- Wie hat Ihnen die methodische Aufbereitung gefallen? Was war gut und was hätte eventuell methodisch besser gemacht werden können?
- Wie schätzen Sie die Rahmenbedingungen (Dauer, Zeitpunkt, Online-Format etc.) der Schulung ein?
- Worin sehen Sie Vor- und Nachteile am Online-Schulungsformat?
- Würden Sie die Schulung weiterempfehlen?
- Falls Sie an der Schulung nicht teilgenommen haben: Welche Erwartungen hätten Sie an die Schulung und was müsste eine Schulung unbedingt beinhalten, damit Sie Ihrer Tätigkeit als Fachkraft mit Link Working-Funktion nachkommen können?

Es gaben insgesamt acht Personen Rückmeldung auf den Feedbackbogen. Davon waren zwei Personen bei der Schulung nicht dabei, gaben aber Einblick in ihre Vorstellungen und Wünsche. Die Ergebnisse sind in Kapitel 4.8. zur überregionalen Qualitätssicherung nachzulesen.

3.1.4. Fokusgruppe mit der Steuerungsgruppe

Die Projektsteuerungsgruppe – bestehend aus Vertreter*innen der Sozialversicherung, des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, des Dachverbands der Sozialversicherungen, der ÖGK, der Stadt Wien und der Diakonie – traf sich im Zuge der Umsetzung des Projekts insgesamt dreimal. Dabei wurden sie zum Projektverlauf informiert und diskutierten Visionen, Ziele und Potenziale des Projekts. In der Fokusgruppe wurden die überregionalen Beobachtungen und Erfahrungen aus dem Projekt sowie wichtige Kontextfaktoren (z. B. gesetzliche Regelungen, Finanzierungsfragen) ins Zentrum der Diskussion gestellt. Die Fokusgruppe wurde im November 2021 mit insgesamt vier Mitgliedern der Steuerungsgruppe abgehalten. Ergänzend dazu wurde ein telefonisches Gespräch mit einem weiteren Mitglied geführt und dessen Rückmeldungen wurden schließlich zu den Ergebnissen der Fokusgruppe eingefügt.

⁶ Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In Flick, U., von Kardorff, E. & Steineke, I. (Hg.). Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Rowohlt Verlag, Hamburg. 468-474.

Folgende Themen wurden im Zuge der einstündigen Fokusgruppe bearbeitet (siehe Leitfaden im Anhang):

- Vision und Erwartungen an Social Prescribing
- Reflexion erster Erkenntnisse aus der Evaluation
- notwendige Schritte in der Etablierung von Social Prescribing in Österreich
- Social Prescribing im Kontext anderer Projekte der Gesundheitsförderung und Primärversorgung

Die Fokusgruppe wurde im Anschluss protokolliert und in die Ergebnisse in die Ergebnisse in Kapitel 4.9. eingebettet.

3.1.5. Beteiligung an Vernetzungstreffen

Das Evaluationsteam nahm an zwei von drei Vernetzungstreffen der Einrichtungen teil. Dies diente vor allem dazu, die Einrichtungen über die nächsten Schritte der Evaluation zu informieren und Einblick in den aktuellen Stand in den Regionen zu erhalten. Die internen Vernetzungstreffen der Einrichtungen mit der GÖG waren nicht Bestandteil der Evaluation – somit finden sich keine Inhalte dieser Vernetzungstreffen in den Evaluationsergebnissen.

3.1.6. Rückmeldungen zum Dokumentationssystem

Neben der Evaluation der Projektumsetzung war die kollegiale Begleitung und Unterstützung auf regionaler Ebene ein weiterer Bestandteil der Evaluation. So war es Teil dieser Begleitung, das von der GÖG erstellte Dokumentationssystem für die Einrichtungen zur Dokumentation und Erfassung der Fälle zu sichten und Feedback zu geben. Dabei wurden Vorschläge zur Weiterentwicklung, Harmonisierung und Vereinfachung gemacht.

Ergebnisse aus der Dokumentation wurden von der GÖG aufbereitet und an das Evaluationsteam übermittelt, um an relevanten Stellen darauf Bezug nehmen zu können.

3.2. Regionale Ebene

Im Fokus der Evaluation auf der regionalen Ebene stand vor allem die Reflexion des Prozesses von Social Prescribing: Von der Sensibilisierung im Team über die Verschreibung der Patient*innen zum Link Working bis hin zur Weitervermittlung der Patient*innen an passende Angebote der Netzwerkpartner*innen. Um diesen Prozess aus möglichst vielen Blickwinkeln erfassen zu können, wurden einerseits Fokusgruppen mit am Prozess beteiligten Personen auf Ebene der Einrichtungen sowie Interviews mit Link Working-Fachkräften geführt und andererseits Patient*innen in Telefoninterviews zu ihren Erfahrungen befragt.

3.2.1. Fokusgruppen mit lokalen Akteur*innen

In der Fokusgruppe kamen pro Region die wesentlichen Akteur*innen rund um das Modellprojekt zusammen und wurden zu ihren Einschätzungen des neuen Angebots befragt. Die Fokusgruppen bestanden zumeist ausschließlich aus Vertreter*innen der Einrichtung – Projektmanagement, Netzwerkmanager*innen, Fachkräfte mit Link Working-Funktion, Ärzt*innen, Physio- und Ergotherapeut*innen, Angestellte im Sekretariat und in der Patient*innen-Anmeldung

– und, im Falle einer Fokusgruppe, auch eines zentralen Netzwerkpartners der Einrichtung. Die Zusammensetzung der Fokusgruppe orientierte sich stark an der jeweiligen regionalen Ausgestaltung des Angebots und wurde individuell in Abstimmung mit den Akteur*innen vor Ort festgelegt.

Alle Modellregionen wurden zu einer Fokusgruppe eingeladen. Es fanden schließlich sieben Fokusgruppen mit acht Regionen (zwei Einrichtungen wurden aufgrund der regionalen Nähe zusammengelegt) statt. Eine Fokusgruppe kam trotz mehrmaliger Kontaktaufnahme mit der Einrichtung nicht zustande.

Der Mehrwert der Fokusgruppen war die Verschränkung der Perspektiven aller in das Projekt involvierten Akteur*innen. Die Rückmeldungen der Akteur*innen waren wichtige Grundlagen für das Verständnis des Prozesses (und konkreter Ausgestaltungsmöglichkeiten) und zeigten förderliche sowie hinderliche Faktoren innerhalb und außerhalb der Einrichtung für die Implementierung von Social Prescribing auf. Zudem hatten die Fokusgruppen auch einen konkreten praktischen Nutzen für die lokalen Akteur*innen, indem ein gemeinsamer Reflexionsraum für diese eröffnet wurde, was ebenfalls zur Qualitätssicherung beitragen sollte.

Der Schwerpunkt der Fokusgruppen lag auf folgenden Themenblöcken (siehe detaillierter Leitfaden im Anhang):

- Hintergründe und Erwartungen
- bisherige Tätigkeiten der Akteur*innen
- Gestaltung des Social Prescribing-Prozesses: Implementierung und Sensibilisierung in der Einrichtung, Zuweisungen von Patient*innen
- Netzwerkarbeit und Netzwerkpartner*innen
- Bewertung des Angebots: Wirkungen und Verbesserungspotenziale
- Sicherung der Nachhaltigkeit
- Rückmeldungen zu den Unterstützungstools der GÖG

Die Fokusgruppen wurden aufgenommen und protokolliert. Die Protokolle wurden ebenfalls inhaltsanalytisch ausgewertet, zusammen mit den anderen erhobenen Daten nach zentralen Kategorien interpretiert und für den Endbericht aufbereitet.

3.2.2. Leitfadengestützte Interviews und egozentrierte Netzwerkkarten mit Link Working-Fachkräften

Zusätzlich zu den Fokusgruppen wurde mit der in der jeweiligen Einrichtung hauptverantwortlichen Person im Link Working ein leitfadengestütztes Interview geführt. Darin ging es vor allem um deren Wahrnehmung des Prozesses, Beispiele aus der Zusammenarbeit mit Patient*innen und die Einschätzungen zu den Wirkungen der Interventionen. Einen zentralen Aspekt stellten in den Interviews aber auch die Netzwerke, innerhalb derer die Person mit Link Working-Funktion tätig ist, dar. Um den Netzwerkaufbau möglichst umfassend erfassen zu können, wurde die Methode der egozentrierten qualitativen Netzwerkkarte nach Hollstein/Pfeffer 2010⁷ eingesetzt. Die egozentrierte Netzwerkkarte war eine gute Möglichkeit, einerseits

⁷ Hollstein, B. & Pfeffer, J. (2010): Netzwerkkarten als Instrument zur Erhebung egozentrierter Netzwerke. Verfügbar unter: <http://www.pfeffer.at/egonet/Hollstein%20Pfeffer.pdf>, Stand 28.03.2017

das Netzwerk der Befragten sichtbar zu machen und andererseits das Gespräch rund um die Netzwerkarbeit anzuregen.

Das Interview folgte der vorliegenden Struktur (siehe Leitfaden und Arbeitsauftrag zu den Netzwerkkarten im Anhang):

- persönlicher Hintergrund, Rolle und Tätigkeitsfelder
- Gespräche mit Patient*innen: Bedürfnisse der Patient*innen, Art und Umfang der Begleitung, Vermittlung
- Lernerfahrungen aus der Tätigkeit
- egozentrierte Netzwerkkarten: Die Befragten wurden gebeten, auf einem Papier mit drei konzentrischen Kreisen ihr Netzwerk hinsichtlich Social Prescribing, bestehend aus Personen, Organisationen und Institutionen sowohl innerhalb als auch außerhalb der Einrichtungen, einzuzichnen und deren Bedeutung zu bewerten
- Netzwerkarbeit: Herausforderungen, Lücken und Good Practices

Insgesamt wurden neun telefonische (Handy und Videotelefonie) Interviews mit Hauptverantwortlichen aus allen neun Einrichtungen geführt. Die Dauer betrug durchschnittlich eine Stunde. Die Gespräche wurden aufgenommen und es folgte eine Wort-für-Wort-Transkription, um zentrale Zitate im vorliegenden Bericht anonymisiert anführen zu können. Die Transkripte wurden inhaltsanalytisch ausgewertet und mit den anderen Ergebnissen kontrastiert und ergänzt. Die Netzwerkkarten wurden zusammengefügt und sind in Kapitel 4.5.5. beschrieben.

3.2.3. Leitfadengestützte Interviews mit Patient*innen

Um Aussagen darüber treffen zu können, wie das Angebot auf individueller Ebene wirken kann, war ein zentrales Anliegen der Evaluation, die Sichtweise der Patient*innen selbst einzubeziehen. Es ließen sich insgesamt sechs Patient*innen aus drei Modellregionen finden, die zu telefonischen Interviews (Dauer: 15–45 Minuten) für die Evaluation bereit waren. Der Erstkontakt und die Abklärung der Bereitschaft für ein Interview erfolgt durch die jeweilige Link Working-Fachkraft.

In den Einzelinterviews wurde darüber gesprochen, welche Erfahrungen die Patient*innen mit den Angeboten des Social Prescribing gemacht hatten, wie zufrieden sie mit dem Prozess waren und welchen Nutzen sie aus dem Prozess ziehen konnten (siehe Leitfaden im Anhang). Im Vordergrund stand somit die rein subjektive Wahrnehmung der Wirkung von Social Prescribing.

Im Vorfeld des Gesprächs wurde den Patient*innen ein Infoblatt übergeben, in dem die wichtigsten Informationen über die Erhebung (z. B. Ziele, Themen, Zeitumfang) und den Umgang mit den Daten zu finden waren. Das Blatt enthielt auch die Kontaktdaten des Evaluationsteams, um Rückfragen zu ermöglichen. Die Gesprächspartner*innen übermittelten ihre Einverständniserklärung, in welcher der Umgang mit den Daten (Anonymisierung, Vertraulichkeit etc.) erläutert wurde.

Die Interviews wurden aufgenommen und transkribiert. Die Auswertung erfolgte nach der kategorialen Inhaltsanalyse und die Ergebnisse wurden mit allen anderen Ergebnissen verknüpft.

3.3. Reflexion des Forschungsprozesses

Aufgrund der kurzen Projektdauer und der dementsprechend begrenzten Zeit seitens der jeweiligen regionalen Projektteams erwies sich die Durchführung der Evaluation als sehr intensiv, wenngleich der gewählte methodische Zugang eine umfassende Sicht sowohl auf überregionaler als auch auf regionaler Ebene bot. Folgende Faktoren erwiesen sich als besonders **förderlich in der Umsetzung des Evaluationsdesigns**:

- Es gelang, die Perspektive unterschiedlichster Akteur*innen und Nutzer*innen im Prozess von Social Prescribing in den Modellregionen zu erheben.
- Insbesondere das qualitative Forschungsdesign erlaubte es, die regionalen Unterschiede in die Interpretation der Daten ausreichend einzubeziehen und so Erkenntnisse sowie Handlungsempfehlungen zu erarbeiten, die den jeweiligen Spezifika der Regionen gerecht werden.
- Durch die unterschiedlichen Methoden (Fokusgruppen, Interviews, Netzwerkkarten) gelang es, Akteur*innen zu mehreren Zeitpunkten und mit unterschiedlicher Tiefe sowie Zielsetzung zu befragen.
- Die hohe Anzahl an Erhebungen und damit Terminen für die regionalen Teams hatte auch den Vorteil, dass die Evaluation immer mitgedacht wurde und der Reflexionsprozess während der gesamten Projektlaufzeit vertieft wurde.
- Aufgrund der Pandemie wurden fast alle Gespräche online oder telefonisch geführt. Dies hatte den Vorteil, dass Zeitressourcen geschont wurden und es möglich war, mehrere Personen aus einem Netzwerk zusammen „an einen Tisch“ zu bekommen.
- Sehr bereichernd war die Perspektive der Patient*innen, die vor allem hinsichtlich der subjektiv wahrgenommenen Wirkung von Social Prescribing wichtige Hinweise geben konnten. Die Befragten waren sehr offen in den Gesprächen, viele gaben einen sehr privaten Einblick in ihr Leben und ihren Gesundheitszustand.
- Hervorzuheben ist schließlich das hohe Engagement der Modellregionen: Diese unterstützten die Erhebungen und gaben sehr detaillierte Einblicke in ihr tägliches Tun.

Obwohl insgesamt das methodische Vorgehen als passend erlebt wurde und positive Resonanz erhielt, lassen sich auch einige **Hindernisse und hinderliche Faktoren** identifizieren:

- Die kurze Projektphase brachte viele Herausforderungen mit sich. Die regionalen Projektteams hatten oft nur begrenzte Zeitfenster, wenngleich sie jede Möglichkeit ausloteten, um bei den Erhebungen der Evaluation mitwirken zu können. Doch auch das Evaluationsteam geriet aufgrund der kurzen Projektdauer an Grenzen: Es wurden in kurzer Zeit sehr viele Daten erhoben, die es dann auch in kurzer Zeit auszuwerten galt. Obwohl in den Evaluationsbericht schließlich alle erhobenen Daten einbezogen werden konnten, könnte die Fülle an qualitativem Material noch mehr in die Tiefe ausgewertet werden. Das Material bietet für zukünftige Forschungen noch viel Potenzial.
- Leider konnten nicht so viele Patient*innen-Interviews wie geplant durchgeführt werden. Obwohl die regionalen Teams mehrfach daran erinnert wurden, konnten nur drei Regionen Patient*innen rekrutieren. Dies liegt an mehreren Faktoren: Wie oben beschrieben, waren bei den regionalen Teams wenig Zeitressourcen vorhanden.

Außerdem startete in einigen Einrichtungen das Link Working erst, daher bestanden noch nicht viele Kontakte. Zudem ist anzunehmen, dass vermehrte Belastungen auch aufgrund der Pandemie die Bereitschaft der Patient*innen senkten, an einem Interview teilzunehmen.

- Zwar setzte die Möglichkeit der Online- und telefonischen Erhebungen viele Zeitressourcen frei, trotzdem soll an dieser Stelle darauf verwiesen werden, dass Face-to-Face-Interviews und insbesondere Fokusgruppen – so unsere Erfahrungen – eine größere Dynamik aufweisen und eine angenehmere Atmosphäre schaffen. Das führt dazu, dass Themen im Face-to-Face-Setting zumeist umfassender diskutiert und in den Interviews durch einen gelungenen Vertrauensaufbau tiefergehend besprochen werden.

4. Ergebnisse der Evaluation

Im Folgenden werden nun die Ergebnisse im Detail entlang zentraler Themen auf regionaler und überregionaler Ebene erörtert. Die Erhebungen sind, dem umfassenden Charakter und Anspruch des Projekts entsprechend, keine Evaluationen der jeweiligen regionalen Umsetzungen von Social Prescribing. Die Ergebnisse wurden vielmehr auf der Ebene des Gesamtprojekts aggregiert und so weit abstrahiert, dass sich daraus in einem weiteren Schritt übergreifende Empfehlungen ableiten lassen.

4.1. Hintergründe der Modellregionen

Am Pilotprojekt „Social Prescribing in der Primärversorgung“ beteiligten sich neun Modellregionen. In diesem Kapitel werden die Hintergründe der Einrichtungen, an denen Social Prescribing pilotiert wurde, beschrieben.

Sieben der Einrichtungen befinden sich im **städtischen** Bereich (Wien und Graz), zwei weitere in **ländlichen** Regionen (Burgenland und Oberösterreich).

Die Einrichtungen:

Wien:

- Teampraxis Breitenecker
- AmberMed
- DOCK Sozial- und Gesundheitspraxis – ein Angebot von neunerhaus & Vinzenz Gruppe in CAPE 10
- PHC Medizin Mariahilf
- Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin Dr. Ouhadi/Dr.ⁱⁿ Pilz

Graz:

- Allgemeinmedizin Graz Gries
- Primärversorgungszentrum MEDIUS – Zentrum für Gesundheit

Burgenland:

- Gesundheitsnetzwerk Raabtal/GNR

Oberösterreich:

- PVE Hausarztmedizin Plus, Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin

In weiterer Folge werden die Einrichtungen, die am Pilotprojekt teilgenommen haben, als Gesamtes betrachtet und gemeinsam beschrieben, um einen Überblick über die Ausgangslagen geben zu können und Gemeinsamkeiten sowie Unterschiede kompakt aufzugreifen und dabei die zugesicherte Anonymität zu gewährleisten.

4.1.1. Ausgangsbedingungen der PVEs & Praxen im niedergelassenen Bereich

Die Ausgangsbedingungen der Modellregionen zur Teilnahme am Pilotprojekt sind recht unterschiedlich, betrachtet man die hauptsächlichen Zielgruppen (siehe weiter unten), die Angebotsinfrastruktur und die regionale Einbindung (Stadt/ Land sowie die Nähe zum Ausland).

Die Modellregionen haben unterschiedliche **Ausrichtungen** und organisationale Zugänge. So bezeichnen sie sich beispielsweise als Primärversorgungseinheiten oder -netzwerke (4), Gruppenpraxen (2), allgemeinmedizinische Praxis (1) oder als andere medizinische Einrichtungen mit spezifischen Zielgruppen (2). Teilweise geben die Gruppenpraxen an, auf dem Weg zu einer PVE zu sein, teilweise sind neue Angebote im Aufbau – in enger Zusammenarbeit mit und/oder eingebettet in bereits länger bestehende (Gesundheits-)Einrichtungen.

Die **Unterschiede** zwischen Einrichtungen in der **Stadt** und am **Land** werden in den Projektanträgen, aber auch in den qualitativen Interviews und Fokusgruppen thematisiert. So heißt es einmal, dass die ländliche Region wenig an Vernetzungsmöglichkeiten aufweist – es herrsche eine „ausgedünnte Angebotslage“. Der Fokus liegt hier auf einem Netzwerkausbau. Zudem werden auch eigene Projekte ins Leben gerufen und Initiativen aus der Bevölkerung angestoßen, bzw. begleitet. In der Stadt wird darauf hingewiesen, dass es bereits ein großes Angebot gibt und dass die Netzwerkarbeit eher darin besteht, sich ein tragfähiges Netzwerk aufzubauen sowie Angebote zu finden, die eine Lücke schließen. Die Einzugsgebiete unterscheiden sich zudem in der Anzahl, den Ausgangslagen und den Bedürfnissen der Zielgruppen.

Weiters gibt es zwischen den Einrichtungen u.a. große Unterschiede in der Ausrichtung der **Teams**. So wird beispielsweise in einzelnen Einrichtungen mit ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen gearbeitet (v. a. in der Arbeit mit nicht versicherten Menschen).

Die Ausgangslagen zur Teilnahme am Pilotprojekt scheinen günstig: Neben einem oft biopsychosozialen Ansatz gab es vor allem auch bereits **bestehende Kooperationen** zu relevanten Vereinen, Organisationen, Institutionen. Diese waren unterschiedlich ausgeprägt und reichten von Kooperationen mit einzelnen Apotheken bis hin zur Teilnahme an regionalen Vernetzungsgremien. Die Netzwerkarbeit ist ein großer Teil in der Arbeit der Modellregionen – bereits aus den Projektanträgen geht hervor, dass Kooperation und Vernetzung im Projekt ausgebaut und vertieft werden sollten (Näheres dazu im Kapitel 4.5.).

Besonderheiten im Angebot der Modellregionen sind, wie erwähnt, über die Zielgruppen indiziert, aber auch der Zugang zu **nicht medizinischen Angeboten** ist divers. Neben Kooperationen mit Vereinen und Organisationen und Vermittlungen zu bestehenden Angeboten werden teilweise eigene Angebote entwickelt und/oder es werden Menschen in einem partizipativen Prozess eingeladen, selbst aktiv mitzuarbeiten: Es wird ihnen ermöglicht, eigene Projekte umzusetzen und so zivilgesellschaftliches Engagement gefördert.

„Man kann fast sagen, das ist so ein Gemeinwesenarbeitszugang, den wir da haben. Das ist dann aber mit Gesundheitsförderung verknüpft. So entwickeln sich dann halt gewisse Initiativen [...]. Die entstehen aus der Bevölkerung, aus der Initiative von einer Person oder einer kleineren Gruppe, und wir greifen das dann auf und begleiten das dann mit dem Ziel, das irgendwann einmal auf ehrenamtliche Beine zu stellen. Was es im Hintergrund halt immer braucht. Aber da habe ich das Gefühl, dass das eine lange Begleitung braucht, bis das so weit ist, bis sich das wirklich selber organisiert.“ (FG_LW)

Die Unterstützung und Begleitung dieser Initiativen benötigen Zeit und Einfühlungsvermögen sowie Betreuung – das wird in vereinzelt Gesprächen hervorgehoben.

4.1.2. Gesundheitsverständnis und Vorerfahrungen mit Social Prescribing

Das jeweilige Verständnis von Gesundheit in den Einrichtungen wird von den Modellregionen selbst unterschiedlich beschrieben und manifestiert sich z. B. in den spezifischen Problemlagen der Zielgruppen oder den Ausgangsbedingungen in den Regionen – gemeinsam ist jedoch allen, dass das Verständnis für die Bedarfe der Patient*innen über ein rein medizinisches hinausgeht.

*„Soziale Dienstleistungen sind auch Teil des Gesundungsprozesses oder des Gesundbleibens oder der Prävention. Da bin ich absolut davon überzeugt. Das was 1978 in Alma-Ata von der WHO festgelegt wurde, das bio-psycho-soziale Modell von der ganzheitlichen Gesundheit, da stehe ich absolut dahinter. Das habe ich auch unten aufgehängt, weil meine Ärzt*innen oft gefragt werden: Das war 1978, warum wir das bis jetzt noch immer nicht haben.“ (LW_6)*

Aus den Konzepten, den Fokusgruppen und den qualitativen Interviews mit den Fachkräften mit Link Working-Funktion geht hervor, dass sich die meisten davon bereits mit einem **bio-psycho-sozialen Konzept** identifizieren oder sogar die Gründung ihrer Einrichtung auf Basis dieses Konzepts erfolgte. Gesundheitsrelevante, aber nicht medizinische Bedürfnisse und Belastungen werden wahrgenommen und integriert – das Modell ist allerdings nicht überall im gleichen Ausmaß verankert.

Die Modellregionen geben auch an, dass sie Interdisziplinarität und Multiprofessionalität auszeichnen würde und weitere Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Umsetzung gegeben sind. Zudem wurde teilweise bereits vor der Pilotierung eine Sozialberatung in den Modellregionen etabliert, die **Elemente von Social Prescribing** beinhaltet, um auf die Multiproblemlagen der Zielgruppen eingehen zu können. Das heißt, dass einigen Modellregionen die Herangehensweise von Social Prescribing nicht fremd ist und sie de facto bereits damit arbeiten, wie in den Fokusgruppen und Interviews deutlich wird. Vor allem Fachkräfte mit Link Working-Funktion, die eine Ausbildung im Bereich der Sozialarbeit haben, können sich sehr mit der Tätigkeit identifizieren. In einem Fall wurde auch von einer „Lernreise“ nach Großbritannien berichtet, bei der das Team festgestellt hat, dass sie „im kleinen Stil“ Ähnliches bereits aufgebaut haben – „nicht wissend, dass es das dort gibt.“ (LW_5)

Für die Modellregionen war die Teilnahme am Pilotprojekt Social Prescribing insofern sehr wichtig, als sie eine Professionalisierung und Systematisierung anstreben konnten.

„Wir haben nicht Link Working dazu gesagt, aber im Wesentlichen war das eine unserer Ausgangslagen, dass wir gesagt haben, das machen wir eigentlich. Jetzt professionalisieren wir das und bringen wir das noch einen Schritt weiter im Projekt.“ (LW_9)

4.1.3. Implementierung von Social Prescribing in den Einrichtungen

So unterschiedlich die Modellregionen sind, so unterschiedlich wird die Implementierung von Social Prescribing in den Einrichtungen gehandhabt. Die **Mitarbeiter*innen** der Modellregionen unterscheiden sich in ihrer professionellen Ausrichtung, ihrer verfügbaren Zeit und ihrer Tätigkeitsform (angestellt/ ehrenamtlich). In den Anträgen zum Pilotprojekt zeigte sich diese Variabilität bereits. Eine ganz unterschiedliche Anzahl an Allgemeinmediziner*innen, Fachärzt*innen, spezifischen Fachgebieten (z. B. Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychotherapie, Diätologie, Hebamme), Pflegefachkräften/ DGKP, Ordinationsassistent*innen

und Sozialarbeiter*innen/ Sozialpädagog*innen werden genannt. Teilweise kommen Dolmetscher*innen, Zivildienstler, med. Lehrpraktikant*innen, Mitarbeiter*innen im Backoffice, med. Verwaltungsassistenten, Management sowie ärztliche Leitungen und studentische Mitarbeiter*innen hinzu.

Die **Zielsetzungen** der Einrichtungen fokussieren die Sensibilisierung (des medizinischen Personals) und die Bewusstseinsbildung innerhalb und außerhalb der Einrichtung, die Ausweitung des Angebotes sowie die Vertiefung und den Ausbau von Kooperationen, um weitere Zuweisungsmöglichkeiten zu schaffen. Wichtig ist zudem – v. a. bei Einrichtungen, die bereits mit Elementen des Social Prescribing arbeiten – die Systematisierung und Professionalisierung von Social Prescribing, um damit Kompetenzen aufzubauen, Standards zu setzen und den Prozess der Beratung und Unterstützung für Patient*innen zu verbessern. Strukturiertes Netzwerkmanagement, genau definierte Abläufe und ein ausgebautes Dokumentationssystem werden ebenfalls als Ziele genannt.

„Wir haben es bis dato nicht als Social Prescribing bezeichnet, aber im Endeffekt haben wir es gemacht oder machen es nach wie vor. Jetzt, mit dem GÖG-Projekt, haben wir viele Strukturen und Abläufe, die sich so nach und nach im Tun entwickelt haben, noch besser strukturieren können. Das ist jetzt der Vorteil von dem Projekt, dass wir das jetzt wirklich in einen sehr gut strukturierten Rahmen bringen können, was sich vorher halt so zufällig alles irgendwie entwickelt hat.“ (LW_5)

4.1.4. Zielgruppen und Bedürfnisse

Die verschiedenen Ausrichtungen und regionalen Verankerungen der Einrichtungen bedienen unterschiedliche Zielgruppen. Neben der Allgemeinbevölkerung, beispielsweise im Einzugsgebiet bestimmter Bezirke in der Stadt oder in ländlichen Gebieten mit bestimmten soziodemografischen Besonderheiten (wie z. B. Überalterung), werden Schwerpunktzielgruppen in ihren Problemlagen unterstützt. Hier geht es um besonders vulnerable Gruppen wie:

- Menschen ohne Versicherung (und darunter beispielsweise wohnungs- und obdachlose Menschen, Personen mit unklarem Aufenthaltsstatus, schwangere Frauen)
- (ältere) Menschen mit HIV
- Transgender-Personen
- Menschen mit Migrationshintergrund
- Menschen mit Suchterkrankungen
- Genannt werden auch spezifische Erkrankungen wie Patient*innen mit Herzerkrankungen oder mit Post-Covid-Symptomatik.

Eine Fachkraft mit Link Working-Funktion fasst es so zusammen:

„Der ursprüngliche Anlass, warum Menschen hingehen, ist schon ein medizinischer. Sie können dann Sozialarbeit in Anspruch nehmen, müssen aber nicht. Viele tun es gleichzeitig [...], das ergibt sich auch schon aus der Zielgruppe, weil bei der Zielgruppe so viel Bedarf da ist. Ich glaube, das ist schon einmal der Unterschied auch zu einer regulären PVE, wo jetzt nicht unbedingt gerade ein jeder Patient einen sozialarbeiterischen Bedarf hat.“ (LW_8)

Zudem werden bereits in den Projektanträgen Menschen mit bestimmten Bedürfnissen als Zielgruppen genannt. In den qualitativen Erhebungen werden ebenfalls die Bedürfnisse und

Belastungen der Patient*innen thematisiert (siehe auch Kapitel 4.4.1.) – es wird also auf Belastungen eingegangen, die als nicht medizinisch zu bezeichnen sind, wie zum Beispiel

- psychische Belastungen,
- Gewalterfahrungen,
- finanzielle Notlagen sowie
- Einsamkeit und/oder soziale Isolation.

4.2. Sensibilisierung innerhalb der Einrichtung

Wie im vorherigen Kapitel deutlich wurde, hatten bzw. haben die Modellregionen ganz unterschiedliche Ausgangssituationen für die Implementierung von Social Prescribing. Dementsprechend waren die Wege der Sensibilisierung aller Berufsgruppen der jeweiligen Einrichtungen für nicht medizinische, aber gesundheitsrelevante Bedürfnisse auch unterschiedlich weit und erforderten verschiedenste Schritte.

Zwei Modellregionen schilderten am Anfang des Projekts, mit **Ängsten** und einer gewissen **Skepsis** seitens des medizinischen und nicht medizinischen Personals konfrontiert worden zu sein. Es bestand vor allem die Befürchtung, den durch das Angebot des Link Working potentiell wachsenden Andrang von Patient*innen nicht bewältigen zu können.

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

Andere Einrichtungen schilderten eine **große Offenheit gegenüber dem Angebot**, wobei auch hier deutlich wurde, dass Maßnahmen der Sensibilisierung notwendig sind, um eine klare Akzeptanz des Social Prescribing-Prozesses zu gewährleisten und den Blick der Teams für die nicht medizinischen Bedürfnisse der Patient*innen zu schärfen.

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

Die neun Modellregionen entwickelten dabei viele **Strategien zur Sensibilisierung** der Teams, die folgendermaßen zusammengefasst werden können:

Teilnahme an bestehenden Besprechungsstrukturen der Einrichtungen:

Ein Großteil der Einrichtungen nutzte bestehende Strukturen der Kommunikation, wie beispielsweise große Teambesprechungen, um über die Ziele und den Fortschritt von Social Prescribing zu informieren. Der Vorteil lag bei größeren Einrichtungen darin, dass bei den strukturell implementierten Teambesprechungen alle relevanten Personen zusammenkamen und so eine größere Reichweite der Sensibilisierung gelang.

Initiierte Social Prescribing-Infoveranstaltungen und -Sensibilisierungsworkshops:

Die Modellregionen initiierten auch eigene Veranstaltungen, Workshops und sogar Schulungen zur Sensibilisierung. Dabei wurde oftmals das gesamte Team zu einem Termin eingeladen, der ausschließlich der Information zu Social Prescribing und der Sensibilisierung für nicht medizinische Bedürfnisse der Patient*innen galt.

„Wir möchten gerne im Team sensibilisieren, so dass das wirklich jeder im Team, auch die Assistentinnen, alle Therapeutinnen, die Ärzte, immer parat haben: Es gibt diese nicht medizinischen Bedürfnisse und wir haben da eben ein Angebot. [...] Und zu dem Thema haben wir eben einen dreistündigen Workshop gemacht. Es gibt jetzt dann auch eine Schulung, die wir angeboten haben für das gesamte Team, zum Thema motivierende Gesprächsführung.“ (LW_5)

Tür-und-Angel-Gespräche:

Als nicht unwesentlich wurden kurze Gespräche „zwischendurch“ von einigen Einrichtungen gesehen. Durch sogenannte Tür-und-Angel-Gespräche gelinge es, den Teams das Projekt und dessen Ziele immer wieder ins Bewusstsein zu rufen und mit „kleinen Häppchen“ die Informationen so zu dosieren, dass diese nicht zu Überforderung führen.

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

„Die Sensibilisierung erfolgt immer in kleinen Tropfen. Natürlich gibt es so Events, die wichtig und notwendig sind, aber das passiert auch im Kleinen, das passiert in direkten Kontakten. Das führt zu größerer Akzeptanz des Ganzen.“ (FG_3)

Sichtbarmachung durch räumliche Nähe:

Vielfach erwähnt wurde in den Erhebungen, dass die räumliche Nähe der Fachkraft mit Link Working-Funktion zur Praxis/ PVE eine wichtige Rolle spielt, einerseits als Sichtbarmachung gegenüber dem Team und andererseits für die Sichtbarkeit für Patient*innen selbst. Indem die Fachkraft mit Link Working-Funktion direkt im Tagesbetrieb anwesend ist, gelingt es auch, dass die Tätigkeiten und vor allem Erfolge der Fachkraft mit Link Working-Funktion transparent werden. Dies erhöhe auch die Bereitschaft der Teams, vermehrt Patient*innen zuzuweisen.

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

Kreative Ideen zur Motivationssteigerung:

Einzelne Teams zeigten große Kreativität darin, das Team zu sensibilisieren, indem beispielsweise ein Gewinnspiel im Sinne eines Wettbewerbs organisiert wurde: Wer die meisten Patient*innen an das Link Working zuweist, gewinnt einen Preis. In einer anderen Einrichtung

wurde ein eigener Fragebogen entwickelt, um zu eruieren, wo das Team steht und die Ergebnisse bei einem Workshop diskutieren zu können.

„Es hat gezogen, sozusagen. Es war dann, es war dann so, dass nicht nur die Ärzte bei diesem Pseudogewinnspiel mitgemacht haben, sondern auch die Ordinationsassistentinnen, andere Ärzte im Haus. Und wir haben da regelmäßiges Feedback gegeben, wie viele Zuweisungen wir da jetzt gekriegt haben.“ (LW_9)

Schriftliche Kommunikationswege:

Neben der mündlichen Vermittlung über Besprechungen und Veranstaltungen sowie Tür-und-Angel-Gespräche, werden auch schriftliche Informationen zur Sensibilisierung genutzt. Genannt wurden Plakate, Infoblätter oder eigene Checklisten für die Zuweisung.

Direkte Einbindung:

Als motivationsfördernd für vermehrte Zuweisungen durch das Team wurde von zwei Einrichtungen die gezielte, direkte Einbindung in die Prozesse des Link Working genannt. So wurde in einer Einrichtung die Expertise der Ordinationsassistentinnen bei der Übersetzung von anderen Sprachen oder auch beim Netzwerkmanagement eingeholt.

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

In vielen Einrichtungen ist es zumeist nicht eine Strategie, die zur Sensibilisierung gewählt wird, sondern vielmehr eine **Kombination von Strategien**. Dabei zeigte sich, dass eine Wiederholung einiger Aktivitäten zur Sensibilisierung wichtig ist und insbesondere die Zeit als wichtiger Faktor für eine umfassende Sensibilisierung im Team gesehen wird.

„Die Idee ist mittlerweile wirklich gut angekommen, aber es war ein ziemlicher Prozess. Da mussten wir uns Zeit nehmen.“ (LW_8)

4.3. Link Working: Rolle und Kompetenzen

„Das Navi kennen wir ja, wenn wir wohin möchten, dieses technische Ding. Aber wo es eigentlich einen starken Benutzeranteil gibt. Also der Benutzer muss eigentlich eingeben, von wo aus er startet. Der Benutzer ist auch der, der eingeben muss, wohin er möchte, der das eigentliche Ziel bestimmt. Das Navi ist im Hintergrund der- oder diejenige, die das Gelände gut kennt – sagen wir mal, die Angebote gut kennt. Aber dieser starke Benutzeranteil war uns so wichtig. Zum Beispiel auch beim Navi: Wenn wir was eingeben, wählen wir auch die Geschwindigkeit aus. Das war für mich so etwas, wo das für mich so verständlich geworden ist. [...] Das hat auch was damit zu tun: Wenn wir falsch abbiegen zum Beispiel, dann kommt ja auch die Stimme: ‚Kehren Sie um!‘ Oder das Navi sagt: ‚Die Route wird neu berechnet.‘ Was für mich auch ein wesentlicher Punkt ist, weil ich mir denke, es kann sich auf dem Weg auch ergeben, dass jemand anders abbiegt oder einen Umweg nimmt, oder

noch einmal zurückfährt ein Stück. Das Navi schaltet sich dann nicht aus. Es zieht sich nicht beleidigt zurück, sondern berechnet dem Benutzer die Route neu. Und das ist, finde ich, auch ein sehr stimmiges Bild eigentlich.“ (LW_3)

Hier beschreibt eine Link Working-Fachkraft, wie sie im Team Social Prescribing oder generell das Link Working verstehen. Eine **Anpassung des „Wordings“** für die Tätigkeit ist bei den Modellregionen immer wieder zu beobachten: Beratung, Gesundheitsnavi, Link Working, Gesundheitssprechstunde, Weiterverweisung, Begleitung, Sozialberatung oder Gesundheitsbüro. Wie letztendlich der Prozess um Social Prescribing bezeichnet wird, hängt von vielerlei Faktoren ab. Einerseits ist die Begrifflichkeit gekoppelt an die jeweilige Zielgruppe der Gesundheitseinrichtung. Zum Beispiel eine Arztpraxis im urbanen Raum, welche viele jüngere Menschen zu ihren Kund*innen zählt, kann den Begriff des Social Prescribing oder des Link Working verwenden, ohne dabei auf Unverständnis zu stoßen. In anderen Kontexten ist ein anderer Zugang notwendig:

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

Das Verständnis, was Social Prescribing letztendlich ist, hängt auch mit den jeweiligen Fokuslegungen der PVEs/ Praxen zusammen (siehe Kapitel 4.1.). Allerdings spielt hierbei auch das Rollenverständnis der unterschiedlichen Link Working-Fachkräfte eine höchst relevante Rolle.

Das anfänglich verwendete Zitat verdeutlicht ein **individuell geformtes Rollenverständnis**. Die eingenommene Rolle wird aus den eben angesprochenen äußerlich-strukturellen Einflüssen, aber auch aus persönlichen Dimensionen gebildet. Der berufliche Hintergrund, Fähigkeiten und Kompetenzen sowie die unterschiedliche intrinsische Motivation für die Arbeit haben hier einen großen Einfluss. Diese verschiedenen Aspekte werden in diesem Kapitel behandelt und letztendlich in einem vergleichenden Rollenverständnis verdichtet.

In den neun Modellregionen haben sieben (hauptverantwortliche) Personen mit Link Working-Funktion eine sozialarbeiterische Ausbildung. Eine Person kommt aus der Sozialwissenschaft und hat sich im Laufe des beruflichen Weges immer mehr in Richtung Sozialarbeit entwickelt. Eine weitere Person mit Link Working-Funktion ist als Gesundheits- und Krankenpfleger*in in einer PVE angestellt. Bei den sozialarbeiterischen Link Working-Fachkräften differenzieren sich die beruflichen Hintergründe nochmals: Von Sozialpädagogik über Sonder- und Heilpädagogik bis hin zur Klinischen Sozialarbeit und zur Sozialen Arbeit mit Public Health-Spezialisierung. Mit den unterschiedlichen Ausbildungen gehen auch verschiedene Ausbildungsschwerpunkte und somit **Fähigkeiten** einher, die sich ebenfalls in der Rolle der Link Working-Fachkraft niederschlagen. Eine in der Sozialen Arbeit ausgebildete Person führt dazu an:

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

Link Working wird bei allen Personen aus dem pädagogischen Bereich als Teil von Sozialer Arbeit gesehen. Teilweise haben sie „Link Working“ schon früher durchgeführt, es aber nicht mit diesem Begriff bezeichnet (zum Unterschied zwischen Link Working und Sozialer Arbeit später mehr). Demnach sind Gesprächstechniken und Wissen über die Soziallandschaft bei den Pädagog*innen bereits vorhanden. Die Link Working-Fachkraft aus dem Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege führt hingegen an, dass er/sie sich Wissen und damit auch Sicherheit in den Gesprächen mit den Patient*innen erst aufbauen musste:

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

Auch die Person mit Link Working-Funktion, die aus der Sozialwissenschaft kommt, hat – obwohl sie seit Jahren im Sozialbereich tätig ist – durch die praktische Arbeit noch Systemwissen dazugewonnen:

„Das Systemwissen auf alle Fälle. Obwohl ich schon seit Jahren im Sozialbereich bin, ist es etwas anderes, wenn man einen Folder einer Einrichtung weitergibt, die man nur von dem Folder kennt, oder ob man einen Folder einer Einrichtung weitergibt, wo man die Leute kennt, mit denen man schon geredet hat, wo man vielleicht schon mal zu Besuch war. Dieses Wissen und, wie gesagt, die Sicherheit, die daraus hervorgeht.“ (LW_2)

Im Vergleich dazu führt beispielsweise eine Person, die in der Sozialen Arbeit ausgebildet wurde und schon viele Jahre in dem Bereich tätig ist, an, dass die beruflichen Vorerfahrungen und Kontakte nun die Vermittlungsarbeit prägen. Dort, wo man die Menschen und die Arbeitsweise kennt, entstehen intensive Netzwerke, auf welche nun vermehrt zugegriffen wird. Oftmals wird auf langjährig aufgebautes Systemwissen zurückgegriffen, welches sich „Branchenferne“ erst aufbauen müssen. Allerdings wird dies nur als Vorteil, jedoch nicht als Voraussetzung – auch bei den Sozialpädagog*innen – gesehen:

„Man kann sagen, dass Link Working eine Ergänzung zu den Gesundheitsberufen ist, eine Art erweiterter Handlungsspielraum. Da ist dann der Hauptberuf egal.“ (FG_LW)

„Es gibt andere Professionen, die das auch super können, das Link Working.“ (LW_6)

Auf die Frage, was die **Kernaufgaben** der Link Working-Fachkraft sind, werden je nach Besetzung des internen Projektteams, nach individueller Qualifikation oder Projektfokus (wie bereits erwähnt) unterschiedliche Bereiche beschrieben. Die verschiedenen **Rollen** reichen von reinem Link Working, also der Arbeit mit den Patient*innen (Verweisungsfunktion) zu Link Working in Kombination mit Netzwerkaufbau/ Vernetzungsarbeit und/oder mit sozialarbeiterischer Beratung in Abgrenzung zu Link Working. Dazu kommen alltägliche ordinationsbezogene Aufgaben, wie Besprechungen, Teammeetings und Projektmanagement sowie die Dokumentation. In manchen Modellregionen gibt es lediglich eine Person, die für das Projekt zuständig beziehungsweise hauptverantwortlich ist. Hier sind die Aufgaben sehr divers, da eine Person Beratung und Netzwerkaufbau übernimmt. In anderen Regionen gibt es größere und kleinere Teams, in welchen die verschiedenen Aufgabengebiete an einzelne Mitarbeiter*innen übergeben werden. Demnach gibt es beispielsweise eine Person mit dem Auftrag, ein Netzwerk

aufzubauen, es gibt eine/n Projektmanager*in und eine Link Working-Fachkraft. Je nach diesen Zusammensetzungen ist die tatsächliche Beratungsdimension unterschiedlich ausgebaut.

Zugleich werden von den Link Working-Fachkräften selbst verschiedene **Anforderungen** artikuliert, die essenziell im Beratungs-/ Social Prescribing-Prozess, beziehungsweise in der dazugehörigen Rolle, sind. Dabei werden ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis, eine gewisse Offenheit gegenüber Menschen und ihren Bedürfnissen, Geduld und die Fähigkeit, sich von den „Fällen“ persönlich abzugrenzen, angesprochen:

„Ich glaube, die Person sollte ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis haben, um zu wissen oder einfach erahnen zu können, dass sich soziale Bedürfnisse genauso gut auch auf die Gesundheit auswirken können.“ (FG_LW)

„Diese Offenheit, die da erforderlich ist und diese Unvoreingenommenheit, da auf die Menschen zuzugehen. Auch die einzelnen Angebote, die man im Rahmen dieses Netzwerkes mit aufnimmt. Also, gerade auf dem Land ist das ja auch sehr oft so, dass die einzelnen Vereine sich auch politisch definieren, und auch da braucht es dann die Offenheit der Link-Workerin, dass man da auf alle gleichermaßen offen zugeht und sich darauf einlässt und denen die Chance gibt, da mitzuwirken.“ (FG_LW)

„Ich würde da noch sowas wie Geduld oder langen Atem ergänzen, weil ich jetzt schon auch in den zwei Monaten, seitdem ich das mache, den Eindruck hatte: Natürlich geht es auch um einen Beziehungsaufbau und um einen Vertrauensaufbau mit dem Patienten.“ (FG_LW)

„Und da finde ich, dass es da diese Abgrenzung braucht, und was auch immer man dafür braucht, dass man sich gut abgrenzen kann. Das ist, glaube ich, auch wichtig.“ (FG_LW)

Eine weitere Anforderung wird von einer Person, die im Bereich der Sozialen Arbeit ausgebildet ist, beschrieben: die Fähigkeit, zu erkennen, wo die eigene Zuständigkeit aufhört. Alle sozialpädagogisch geschulten Personen sind zugleich auch als „richtige“ Sozialarbeiter*innen in den medizinischen Einrichtungen angestellt oder führen diese Tätigkeit nebenbei/ außerhalb aus. Die doppelte Beratungsrolle, in welcher sich demnach viele Link Working-Fachkräfte befinden, wurde in den Interviews und Fokusgruppen sehr häufig diskutiert. Die Fähigkeit der Grenzziehung – Was ist meine Zuständigkeit? – wird somit als eine zentrale Anforderung beschrieben. So eine Person mit Link Working-Funktion:

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

4.3.1. Rollenkonflikt

Es kommt unweigerlich zu einem Rollenkonflikt, wenn die Entscheidung getroffen werden muss: In welcher Rolle befinde ich mich gerade? In der Link Working-Funktion oder in der Soziale Arbeit-Funktion? Eine befragte Person, die Link Working in einer PVE, aber

gleichzeitig die Profession eines/einer Gesundheits- und Krankenpfleger*in ausübt, reflektiert diesen Rollenkonflikt von außen:

„Also, viele Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen sagen auch, sie haben ein Problem damit zu sehen, wo ist jetzt Social Prescribing und wo ist Sozialarbeit. [...] Ich habe mir gedacht, es geht um das medizinische Personal, welches den Bedarf praktisch erhebt oder sieht und dann ... ich habe das als erstes beim Social Prescribing schon gedacht, dass ich praktisch an die Sozialarbeit verweise. Und die Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen sehen das aber nicht so, dass praktisch schon ein Social Prescribing passiert ist, indem die Personen zu ihnen verwiesen wurden.“ (LW_1)

In diesem Sinne müsste eine Person mit Link Working-Funktion, die selber eine sozialpädagogische Ausbildung hat, stets überlegen: Braucht der/die Patient*in eine Begleitung durch eine/n Sozialarbeiter*in? Kann ich diese Rolle übernehmen oder vermittele ich den/die Patient*in an jemand anderen mit sozialpädagogischer Kompetenz?

„Meistens muss ja alles auf die Sekunde sein. Ich habe vor Kurzem einen Fall gehabt, da ging es um eine Wohnungsräumung, wo es seit 2018 eine Entscheidung gibt, und jetzt ist es sozusagen umgesetzt worden. Und da kommt es jetzt darauf an, ob ich als Sozialarbeiter oder als Link Worker da bin.“ (LW_6)

Eine Person mit Link Working-Funktion und sozialarbeiterischer Ausbildung betont, dass bei Patient*innen häufig akute soziale Problemlagen vorherrschen, die sie nur in der Rolle eines/einer Sozialarbeiter*in adressieren kann. Hier wird demnach eine **Unterscheidung zwischen kurzfristigen, akuten Problemlagen (Soziale Arbeit) und etwas langfristigeren Bedürfnissen (Link Working)** getroffen.

„Bei dem, was wir an Patientinnen haben, ist es immer anders. Im Wesentlichen dadurch, dass wir halt so klein sind als hauptberufliches Team, ist sozusagen diese Schnittstelle... Also, ich glaube, in den anderen Einrichtungen, die das machen, gibt es zumindest auch die Trennung zwischen Sozialarbeit und Link Working. Und bei uns schaut das wirklich eher so aus, dass unsere ärztlichen Fachkräfte irgendwann dann sagen: ‚Ja, okay, bei der Person könnte Sozialberatung passen.‘ [...] Hier sind unsere Patientinnen auch sehr stark ausgerichtet auf kurzfristige Interventionen – das heißt, alles was für sie jetzt gerade relevant ist. Dadurch fällt es uns schwer, Personen zum Beispiel an Sport- oder Bewegungsaktivitäten oder andere Sachen weiterzuleiten, weil bei unserer Klientel, bei unserer Zielgruppe einfach das Thema mit prekärem Wohnen zum Beispiel, mit nicht dokumentiertem Arbeiten, mit tatsächlich ohne Papiere im Land zu sein, sehr einschneidend ist und es da häufig wirklich um ganz grundlegende Lebensbedürfnisse geht. Das heißt, ich komme bei den Leuten nicht wirklich viel weiter, wenn ich sage, es gibt Bewegungsangebote.“ (LW_2)

Von einem/einer Interviewpartner*in wird in dem Sinne reflektiert, dass diese kurzfristig intervenierende Arbeit eigentlich nicht der Tätigkeit des Link Working zuzuordnen sei. Dies birgt einen Konflikt:

„So auf der einen Seite, dass die Leute das bekommen, was sie brauchen. Also zum Beispiel soziale Unterstützung. Auf der anderen Seite, das möglichst nicht selbst zu machen [...]“ (LW_6)

Zudem könnte es – in diesem Fall subjektiv interpretiert – einen inneren Konflikt geben, mit den Bedürfnissen/ Problemen der Patient*innen konfrontiert zu sein, selber die Fähigkeit zu

besitzen, diese zu adressieren, aber dennoch nicht auf diese aktiv einzugehen und den Patient*in an eine/n Sozialarbeiter*in weiterzuvermitteln.

„Ich bin die einzige Link Workerin und die einzige Sozialarbeiterin im Haus. Wahrscheinlich wäre es leichter, wenn noch andere Berufsgruppen Link Working übernehmen, vielleicht ist es da dann besser zu trennen.“ (LW_7)

Dieser Rollenkonflikt tritt bei der medizinisch geschulten Link Working-Fachkraft nicht auf. Für ihn/sie ist klar, dass er/sie selber keine sozialarbeiterische Funktion hat. So wird im Fall, dass eine sozialarbeiterische Begleitung erforderlich ist, an eine/n Sozialarbeiter*in vermittelt. In der PVE der betreffenden Person gibt es auch keine Link Working-Sprechstunden, die vermittelnde Funktion wird im beruflichen Alltag ausgeführt. Gleichzeitig ergibt sich daraus die neue Herausforderung, dass das Erfordernis, eine/n Sozialarbeiter*in hinzuzuziehen, erst einmal erkannt werden muss:

„Ich denke, die Herausforderung für uns als Nichtsozialarbeiter ist, zu erkennen, wann ist es ein sozialarbeiterisches Thema und ich muss den Patienten zu einem Sozialarbeiter weiterleiten, vielleicht auch im Sinne einer Art Link Working – aus meiner Sicht jetzt –, und wann ist es ein Gesundheitsbedürfnis oder sonstiges, das der Patient hat, wo ich zu einem Netzwerkpartner zum Beispiel weiterverweisen kann? Das finde ich total spannend, wenn es jetzt um massive finanzielle Schwierigkeiten geht, da werde ich dem Patienten nicht raten, da gibt es das oder das, sondern dann schicke ich ihn direkt zum Sozialarbeiter.“ (LW_1)

Nach dieser so formulierten Logik wäre es so, dass es eine **Unterscheidung zwischen sozialer Problemlage und gesundheitsrelevantem Bedürfnis** gibt. Soziale Problemlagen müssten an eine/n Sozialarbeiter*in weitervermittelt werden. Gesundheitsrelevante Bedürfnisse hingegen könnten an gesundheitsbezogene Angebote (Bewegung, soziale Gruppen etc.) vermittelt werden. Diese Unterscheidung wird in manchen Modellregionen direkt vom Arzt/von der Ärztin getroffen:

„In der Praxis funktioniert es so bei uns, dass auch in die Sozialarbeit zugewiesen wird und daher verwenden Sozialarbeiter Social Prescribing eigentlich als ein Tool von vielen. Also, wenn jetzt die finanzielle Problematik im Vordergrund steht und es braucht eine Schuldnerberatung, dann wird halt dorthin zugewiesen. Wenn so diese Wohlfühl- oder die sozialen, gesundheitlichen Themen im Vordergrund stehen, dann ist es eher so die Social Prescribing-Richtung.“ (FG_LW)

„Ja, also grundsätzlich, wenn es klassisch unter Social Prescribing läuft, dann kriege ich eine Überweisung, wo dann oben steht ‚Bewegungsangebot‘ oder ‚Gewichtsabnahme‘ oder ‚Einsamkeit‘ oder ‚auf Suche nach‘ – so in diese Richtung. Wenn es natürlich sozialarbeiterisch ist, dann kriege ich eine andere Art der Überweisung.“ (LW_7)

Herausfordernd dabei ist jedoch, dass die Unterscheidung zwischen sozialer Problemlage und gesundheitsrelevantem Bedürfnis erstens schwierig auszumachen ist und erst im Laufe der Beratungsgespräche konkretisiert werden kann und die beiden Bereiche zweitens teilweise schwer voneinander zu trennen sind.

Ein weiterer Rollenkonflikt wird deutlich, wenn der/die vermittelnde Arzt/Ärztin den/die Patient*in jeweils direkt an die verschiedenen potenziellen Rollen der Person mit Link Working-Funktion überschreibt:

„Weil die Ärztinnen sagen, Sozialarbeit wäre notwendig, oder die Diätologin kommt in ihrer Beratung drauf – ‚Puh, da ist eine starke Belastung oder familiäre Belastung‘ – und kommt auch zu mir. Also, sie gehen immer zu [mir]. Einmal ist eine Überweisung dabei für Social Prescribing und das andere Mal ist es halt nur Sozialarbeit oder manchmal ist es beides zusammen.“ (LW_7)

Zusätzlich spiegelt sich dieser Konflikt zwischen Sozialer Arbeit und Link Working nicht nur in der individuellen Rolle der Person mit Link Working-Funktion wider, sondern auch im Rahmen und in der Ausgestaltung des Prozesses. Es stellt sich die Frage, welche Intensität ein Link Working-Prozess einnehmen kann/darf (Anzahl der Treffen), um noch als solcher zu gelten. Herausfordernd ist zudem, dass je nach ausgeübter Rolle, die Einträge in die Dokumentationssysteme unterschiedlich sind bzw. sein müssten (Zuweisung der Stunden zu Sozialarbeit oder Link Working), und die Verweisung auf die eigene sozialarbeiterische Rolle müsste als Vermittlung im Sinne des Link Working dokumentiert werden.

Um auf das anfängliche Zitat (Kapitel 4.3.) zurückzukommen: Die in den Interviews angesprochenen Schwierigkeiten der Unterscheidung zwischen Link Working und Sozialer Arbeit haben sich bei den meisten involvierten Personen geglättet. So konnte im Laufe des Projektes immer mehr Klarheit gewonnen werden, wie man mit diesem Rollenkonflikt und der Unterscheidung umgeht. Der Umgang prägt sich je nach Einrichtung individuell aus und wird auch in den Begrifflichkeiten des Angebotes sichtbar:

„Also mir persönlich hat diese Navi-Erklärung geholfen. Für mich persönlich war es schwierig, diese Link Working-Position von der Sozialarbeit zu unterscheiden oder diese Grenze zu ziehen, oder zu schauen, wo fließt eins ins andere. Also dieses Navi hat es für mich ein Stück geklärt im Kopf. Und ich merke, es wird insgesamt auch für die anderen klarer: Was ist denn eigentlich tatsächliches Link Working? Und wie kurz es auch immer ist... Dass es auch Episoden sind in einer sozialarbeiterischen Begleitung, dass Link Working immer wieder ein Teil davon sein kann. Das hat sich bei uns auch irgendwie geklärt, das war am Anfang sehr verschwommen und nicht klar.“ (LW_3)

4.4. Ablauf des Social Prescribing-Prozesses

Die verschiedenen Rollenverständnisse der Personen mit Link Working-Funktion bedingen, wie bereits im vorletzten Kapitel angesprochen, unterschiedliche Strukturen des Social Prescribing-Prozesses. Der Ablauf des Prozesses – vom Besuch des/der Patient*in bei dem/der Ärzt*in über die Kommunikation der Bedürfnisse und die Beratung durch die Link Working-Fachkraft bis hin zu einem vermittelten Angebot – kann deswegen in den verschiedenen Modellregionen recht divers ausfallen. Ein standardmäßiger beziehungsweise prototypischer Ablauf, welcher in einigen PVEs und Arztpraxen durchgeführt wird, sieht wie folgt aus:

1. Patient*in kommt mit körperlichen Symptomen zum/zur Arzt/Ärztin
2. Suche nach der Ursache
3. Es wird ein gesundheitsrelevantes, aber nicht medizinisches Bedürfnis festgestellt (zumeist vom Arzt, von der Ärztin)
4. Zuweisung zur Person mit Link Working-Funktion

- Patient*in macht direkt einen Beratungstermin aus oder er/sie wird angerufen bzw. angesprochen von der Link Working-Fachkraft, beziehungsweise der/die Patient*in ruft diese an
- 5. Anschließend: Sozialmedizinische Analyse/ Beratungsgespräch mit Link Working-Fachkraft als offenes Gespräch: „Wo sieht Patient*in eigene Entwicklungsvision?“
- 6. Suche nach geeigneten Angeboten für den/die Patient*in
- 7. Information und Kontakt zum Angebot oder persönliche Begleitung durch Person mit Link Working-Funktion
- 8. Wenn Patient*in wieder in die Praxis kommt (Besuch beim/bei der Arzt/Ärztin oder Folgetermin bei Person mit Link Working-Funktion), wird nachgefragt, ob er/sie das Angebot genutzt hat und wie es ihm/ihr damit geht

In den nächsten Kapiteln werden die einzelnen Schritte eines Social Prescribing-Prozesses gesondert betrachtet, dabei auf die Variationen zwischen den einzelnen Einrichtungen eingegangen und Erfolgsfaktoren sowie Herausforderungen beschrieben.

4.4.1. Diagnose und Verschreibung

Im Folgenden werden die verschiedenen Aspekte des Diagnose- und Verschreibungsprozesses hinsichtlich der Bedürfnisse und Erreichbarkeit der Patient*innen, der Variationen des Prozesses, der förderlichen Aspekte und der Herausforderungen ausgeführt.

Bedürfnisse der Patient*innen:

Da die verschiedenen Modellregionen in ihren jeweiligen Einzugsgebieten mit unterschiedlichen sozioökonomischen und soziokulturellen Milieus zu tun haben, variieren die Patient*innengruppen und somit auch die Bedürfnisse der Patient*innen, welcher man sich im Zuge von Social Prescribing annimmt. Bestimmte und gehäuft vorkommende Bedürfnisse verlangen zudem spezifische Angebote und somit kommt es zu einer Art Netzwerk-Spezialisierung der PVEs und Arztpraxen.

In den Interviews mit den Personen mit Link Working-Funktion wurden folgende Bedürfnisse genannt:

allgemeine Unzufriedenheit, Lebensstil-Problematiken (zum Beispiel Übergewicht), generelle psychische Probleme (welche besonders durch die Corona-Pandemie verstärkt wurden, zum Beispiel Angststörungen oder Vereinsamung/ soziale Isolation), Geldsorgen, Wohnungsprobleme, Pensionssorgen, Belastungsreaktionen, psychisch oder lebensstilinduzierte Schmerzproblematiken, Burnout, familiäre Probleme, Suchtkrankheiten, chronische Schmerzen, fehlende Tagesstruktur, Depression, Obdach- und Wohnungslosigkeit, Probleme mit Schwangerschaft, elementare Probleme in der Existenzsicherung.

Laut der Bedarfs- und Vermittlungsdokumentation war der häufigste Vermittlungsgrund „Sonstige soziale oder emotionale Bedürfnisse/ Belastungen“ (16,6%). Zweit- und dritthäufigster Grund für eine Vermittlung an die Person mit Link Working-Funktion war „Bedarf für Gesundheitsförderung und Prävention“ und „Kein soziales Netz oder sonstige Unterstützung vorhanden (Isolation, Einsamkeit)“ (je 13%). Die häufigsten Unterstützungs- bzw. Handlungsbedarfe wurden mit „Benötigt Unterstützung in der medizinischen Krankheitsbewältigung“, „Psychische Belastung/en“ und „Gesundheitsförderung und Prävention“ beschrieben.

Erreichbarkeit der Patient*innen:

Hinsichtlich der Erreichbarkeit der Patient*innen decken sich (zum Großteil) die Aussagen der Link Working-Fachkräfte. Bezüglich der Zielgruppe „allein und isoliert lebender Menschen“ gehen die Meinungen der Link Working-Fachkräfte aber teilweise auseinander. So wird einerseits beschrieben, dass diese Personengruppe nur schwer erreicht werden kann. Andererseits wurden die Chance und der Vorteil artikuliert, dass diese Personengruppe, wenn sie überhaupt rausgeht, dann am ehesten den Arzt oder die Ärztin aufsucht:

„Ich bin sehr froh und überrascht, dass die Zielgruppe, nämlich die, die antriebslos ist und nicht außer Haus geht, dass von denen doch viele bei mir sind. Ja, weil das ist an sich eine Gruppe, wenn die unter Einsamkeit leiden und unter Panikattacken, dann kontaktieren die ganz wenig und das dürfte wirklich eine Gruppe sein, die über den Hausarzt gut zu erreichen ist und sonst eigentlich nicht gut erreichbar ist.“ (LW_4)

Des Weiteren werden vor allem junge Menschen, nicht mobile Menschen und Personen, die kaum oder kein Deutsch sprechen, als schwer erreichbare Gruppen beschrieben.

Zur allgemeinen Reichweite des Link Working-Angebotes führt eine Person mit Link Working-Funktion aus, dass diese generell sehr hoch sei. Dies sei besonders darauf zurückzuführen, dass sich das Angebot auch unter den Patient*innen rumspricht:

„Ich habe eigentlich das Gefühl, dass die Reichweite eine sehr große ist. Also, ich glaube, viel passiert auch über Mundpropaganda. Also, es kommen tatsächlich auch ins Gesundheitszentrum, von dem, was ich mitbekommen habe, jeden Tag Patientinnen, Klientinnen, ‚aus dem Nichts‘, wo man einfach davon ausgeht, das spricht sich herum.“ (LW_8)

Diagnose- und Verschreibungsprozess:

Von dem anfänglich formulierten „typischen“ Ablauf des Social Prescribing-Prozesses gibt es jedoch eine Vielzahl an Variationen, die vom strukturellem Aufbau einer Ordination, den Präferenzen der Ärzt*innen, den Kompetenzen der Mitarbeiter*innen – schlicht von den internen Mechanismen der PVEs und Arztpraxen – abhängen.

Vorweg gesagt: Patient*innen wurden am häufigsten durch ärztliches Personal an die Person mit Link Working-Funktion vermittelt, gefolgt von Sozialarbeiter*innen und Gesundheits- und Krankenpfleger*innen. Bei „Andere“ wurden, der Bedarfs- und Vermittlungsdokumentation zufolge, Psychotherapeutinnen, die Raumpflege und eine gemeinsame Teamentscheidung genannt.

Die Prozessvariationen, welche sich auf die Phase der Diagnose und Verschreibung beziehen, werden nun kurz aufgeführt:

- Unterschiedliche Rollen werden adressiert: Teilweise trifft der Arzt/die Ärztin bei dem Patient*innengespräch bereits eine Unterscheidung zwischen sozialer Problemlage (Sozialarbeit) und gesundheitsrelevantem, nicht medizinischem Bedürfnis (Link Working). Daraus ergibt sich eine doppelte Überweisungsstruktur, die ebenso unterschiedlich gekennzeichnet ist (wie oben bereits beschrieben).
- Zugangsweg Team: Es gibt auch das Vorgehen, dass in wöchentlichen, teaminternen Fallbesprechungen über Patient*innen gesprochen wird. Dort kann ebenso kollektiv beschlossen werden, dem/der Patient*in einen Link Working-Termin anzubieten.

- Zugangsweg Selbstmelder*innen: Es kann ebenso geschehen, dass Patient*innen in der Ordination oder in der ärztlichen Sprechstunde direkt nach dem Angebot des Link Working fragen – sogenannte „Selbstmelder*innen“.
- Zugangsweg fachliche Person: In manchen PVEs und Arztpraxen verweist nicht (nur) der Arzt oder die Ärztin auf das Beratungsangebot, sondern das allgemeine medizinische Personal übernimmt (auch) diese Rolle. In manchen Einrichtungen ist das medizinische Personal/ die Ordination intern dazu nicht legitimiert – nur der Arzt/die Ärztin darf die „Überschreibung“ tätigen. In anderen Einrichtungen ist es jedoch ausdrücklich gewünscht, dass auf das Angebot des Link Working verwiesen wird, wenn in Gesprächen zwischen Mitarbeiter*innen und Patient*innen Bedürfnisse/ Problemlagen offenlegt werden.
- Direkter Zugang: Gleichsam kann es auch sein, dass Beratungsgespräche quasi während der Behandlungen „zwischen Tür und Angel“ durchgeführt werden, da es keine eigenen Terminvergaben gibt.
- Vorstellung im Wartezimmer: Zuletzt gibt es auch die Möglichkeit, dass die Link Working-Fachkraft im Wartezimmer das Angebot vorstellt:
„Ich habe Vorstellungsrunden im Wartezimmer und sage: ‚Ich bin jetzt da, ich bin kein Amt, zu mir können Sie kommen und mir was erzählen, wenn Sie was brauchen oder einfach nur reden‘ und bringe ein paar Beispiele, was ich halt machen kann.“ (LW_4)

Förderliche Aspekte:

Bei der Vermittlung von Patient*innen zu Link Working-Fachkräften ergeben sich einige förderliche Aspekte, welche von den interviewten Personen betont wurden.

So wird die psychosoziale Kompetenz der Ärzt*innen als elementar für einen gelungenen Link Working-Prozess gesehen, da hier häufig der erste Schritt des Prozesses gemacht wird. Es wird immer wieder betont, dass der Arzt/die Ärztin an zentraler Stelle des Link Working-Prozesses steht. Je mehr Zeit in der ärztlichen Sprechstunde zur Verfügung steht, desto gründlicher kann nachgefragt werden und so ein intensiveres Gespräch stattfinden. Dieses guten Gesprächs zwischen Patient*in und Arzt/Ärztin bedarf es, um eine Korrelation zwischen sozialen Dimensionen und der Körperlichkeit des/der Patient*in auszumachen. Es wird in diesem Zusammenhang auch betont, dass es auch Mut vom Arzt/von der Ärztin braucht, um das ärztliche Gespräch überhaupt in diese Richtung zu lenken.

Zudem bedarf es einer räumlichen Nähe zwischen den Räumlichkeiten (falls welche existieren) der sozialen Beratung/ Link Working und der Ordination. Durch die räumliche Nähe wird die symbolische Verbindung zwischen Arzt/Ärztin und Beratung sichtbar und die Annahme der Beratung für die Patient*innen tendenziell einfacher. Die physischen Mühen, um zur Beratung zu gelangen, sind geringer (gerade bei älteren Patient*innen relevant) und die Kommunikation zwischen der Person mit Link Working-Funktion und dem medizinischen Team kann auch einmal „zwischen Tür und Angel“ stattfinden, was die Sensibilisierung des Teams für die Beratung erhöht (siehe Kapitel 4.2.).

Die Bedeutung des „Wordings“ und des Infomaterials wird auch hier noch einmal betont. Dieses sei wichtig, um die Angebote niederschwellig zu halten:

„Und jetzt, seit dem Projekt Social Prescribing, wird das einfach viel mehr betont, weil es halt Karten sind. Es liegen überall die Folder auf bei den Ärztinnen, und die sagen zum Beispiel, da ist ihnen total geholfen, dass jetzt diese bunten Folder da liegen. Genau. Und die sind bei den Ärztinnen halt auch und wenn jetzt jemand im Gespräch depressiv, einsam, Existenzängste, Sorgen, finanziell, Arbeitslosigkeit ... dann können sie halt immer mit dem Folder verweisen: ‚Ah, wir haben ein Projekt, darauf legen wir besonderen Wert!‘ Sonst ist es halt: ‚Gehen Sie zur Sozialarbeiterin!‘ Aber da ist halt mit dem Projekt nochmal ein bisschen mehr der Fokus drauf und die Eingangsschwelle ein bisschen niedriger.“ (LW_7)

Herausforderungen:

Bei der Vermittlung von Patient*innen sind verschiedene Herausforderungen/ Probleme zu erkennen:

Es wird eine allgemeine Skepsis der Patient*innen gegenüber dem Beratungsangebot beobachtet. So existieren auch Vorurteile gegenüber der Sozialarbeit, was die Vermittlungsarbeit erschwert.

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

Auch wird von der Schwierigkeit berichtet, dass Menschen unterschiedlicher Herkunft auch verschiedene, teils eher negativ behaftete Sichtweisen auf Soziale Arbeit und sozial-psychotherapeutische Themen haben:

*„Hier ist ein sensibles Vorgehen wichtig. Oft sind Hürden seitens der Patient*innen da, das Angebot zu nutzen. Manchmal muss man sehr vorsichtig vorgehen und wenig direkt auf die Personen zugehen. Es kommt auch sehr auf die Zielgruppe an. Sozioökonomisch benachteiligte Personen nehmen Sozialarbeit vielleicht eher weniger an, manchmal aufgrund von Stigmatisierung oder keiner Sensibilisierung und kultureller Bildung zu sozial-psychotherapeutischen Themen.“ (FG_8)*

Eine Link Working-Fachkraft schildert ein weiteres Problem: So wird die generelle Motivation des ärztlichen Teams, wirklich progressiv Link Working zu betreiben, in Frage gestellt. Passives Verhalten der Ärzt*innen wird dementsprechend als Hindernis genannt:

*„Aber ich bin mir nicht sicher, ob Ärzt*innen wollen, dass meine Leistung gut genutzt wird. Weil eigentlich produziere ich keine direkten Einnahmen, sondern nur pauschalierte Einnahmen, die eins zu eins zu mir wieder rausgehen. Meine Vorgesetzten haben immer gesagt: ‚Du, mach es. Und wenn du nicht auffällst und wenn du uns nicht brauchst, sondern alles selbst entscheiden kannst, was für dich passt, ist uns das am allerliebsten.““ (LW_6)*

Dennoch werden gerade hinsichtlich der formulierten Skepsis der Patient*innen gegenüber dem Beratungsangebot positive Entwicklungen beschrieben.

*„Es spricht sich aber [unter den Patient*innen] rum und wird immer besser angenommen.“ (FG_4)*

4.4.2. Gespräche von Link Working-Fachkräften und Patient*innen

Im Folgenden werden die verschiedenen Arten des Kontakts zwischen der Link Working-Fachkraft und den Patient*innen hinsichtlich der Anzahl der Gespräche, der Gesprächssettings, der inhaltlichen Ausgestaltung und Themen sowie allgemeiner Herausforderungen knapp zusammengefasst:

Anzahl der Gespräche:

Das erste Gespräch zwischen Patient*in und Link Working-Fachkraft dient nur zur Orientierung und kann einerseits 10 bis 15 Minuten und andererseits bis zu 45 Minuten dauern. Ein „richtiges“ Beratungsgespräch wird danach vereinbart.

„Also, ich glaube, ein Termin ist ganz selten. Ich habe meistens ein Erstgespräch und dann einen Folgetermin. Also, zwei in der Regel. Was ich so bei den Falldokumentationen im Kopf habe, waren es meistens zwei Termine.“ (LW_7)

„[...] Ein Social Prescribing-Termin ist normiert mit 45 Minuten Erstgespräch und dann halt mehrere Folgekontakte. [...] man kann anrufen bei uns und sagen: ‚Ich möchte so eine Gesundheitssprechstunde haben!‘“ (LW_9)

Teilweise gibt es nur einmalige Beratungsgespräche und keine Nachbesprechung (zu den Nachbesprechungen später mehr).

„Von so einem richtigen Begleitungsprozess kann in den meisten Fällen nicht die Rede sein, weil es häufig beim Erstkontakt bleibt. Also, es werden wirklich in der Beratung die Themen abgesprochen, die jetzt gerade notwendig sind. Die Personen werden weitergeleitet und dann... sie kommen vielleicht dann wieder zum Arzt, aber die nicht medizinischen Belange haben sich dann beantwortet aus dem einen Gespräch.“ (LW_2)

Wenn es in dieser PVE ersichtlich wird, dass es soziale Problemlagen gibt, dann wird zu einem/einer Sozialarbeiter*in vermittelt. Es wird keine eigene sozialarbeiterische Rolle übernommen, daher handelt es sich zumeist auch um einmalige Link Working-Gespräche.

In einigen PVEs oder Arztpraxen gibt es eine Mischung aus längeren (häufigere Treffen) und einmaligen Begleitungen. Die Beweggründe sind ganz unterschiedlich:

„In England gibt es ja so diesen Richtwert von sechs Treffen im Rahmen des Link Workings. Das hätten wir jetzt irgendwie so auch im Hinterkopf behalten, aber wir haben es jetzt noch nicht definiert, weil wir es einfach mal probieren wollten oder schauen wollten, wie es läuft. Oder wie sich das entwickelt, ohne dass wir es gleich so strukturieren. Und vom zeitlichen Aufwand her ist es jetzt noch gut machbar, dass manche wirklich sehr viel Betreuung brauchen und sich das lange dahinzieht, ja, bis auch jemand dann bereit ist, was anzunehmen oder was zu tun. Dafür sind es aber oft auch sehr kurze Treffen. [...] bei denen, die wirklich nur so die Angebotsstruktur kennenlernen wollen und halt irgendwie sich dann entscheiden, irgendeinen Gymnastikkurs zu besuchen, die sind halt dann wieder weg und dann ist halt das Link Working abgeschlossen und fertig.“ (LW_5)

„[Terminkalender], der ist halt schon klassisch mit halbstündlichen bis stündlichen Terminen bespickt, die sozialarbeiterisch und Social Prescribing sein können. Also die Social Prescribing-Termine sind grundsätzlich einmal mit einer halben Stunde angesetzt. [...] Also, in der Regel, habe ich gemerkt, sind es zwei Termine, wenn es um Social Prescribing und das Wohin-Schicken gegangen ist. Einmal das Erstgespräch und dann eine Wiedervorstellung

[bzw. ein Beratungsgespräch] und im besten Fall eine Rückantwort, wie es gelaufen ist. Also, so zwei bis drei Termine waren so der Regelfall, aber natürlich kann auch aus einem Social Prescribing ein ein bisschen längerfristiger Prozess werden.“ (LW_7)

Dies drückt nochmals den beschriebenen Rollenkonflikt zwischen Sozialarbeit und Link Working aus, da in einem ersten Gespräch von der Person mit Link Working-Funktion entschieden wird, ob es eine kurz angelegte Beratung (Link Working) oder eine längere Begleitung (Soziale Arbeit) wird.

Ebenso gibt es die Beratungsstrategie, von Anfang an mehrere Termine zu vereinbaren, da die Vorannahme besteht, dass es erst eines Vertrauensaufbaus bedarf, um zu den Patient*innen „durchzudringen“ und wirkliche Bedürfnisse und Problemlagen zu erkennen.

„Natürlich geht es auch um einen Beziehungsaufbau und um einen Vertrauensaufbau mit dem Patienten. Jedes Mal ist beim zweiten Termin ein neues Thema dazugekommen. Man geht sozusagen beim Ersttermin ... also, da wird einmal abgeklappert: Was sind so die Grundsachen? Und beim zweiten Termin kommt dann noch dazu: ‚Ja, meine Mama hat einen Knoten in der Brust, will aber nicht zum Arzt gehen.‘ Also, das sind dann noch einmal andere Themen, und ich glaube, dass auch gerade deswegen die Langfristigkeit des Projekts noch einmal so wichtig ist. Man muss jetzt nicht über Jahre Therapien machen, aber ich denke mir, dass wir so drei bis vier Termine mit einem Patienten anpeilen, dann ist vielleicht zwei Jahre Pause und dann kommen die wieder, weil sie die Erfahrung gemacht haben, dass es da jemanden gibt, der unvoreingenommen zuhört.“ (FG_LW)

Gesprächssetting:

In der PVE, in welcher die Person mit Link Working-Funktion den Beruf eines/einer Gesundheitspfleger*in einnimmt, kommt es – wie bereits beschrieben – zu Beratungen während der Behandlungen oder in den Pausen dazwischen.

„Ja, also, bei uns kommt es ganz schnell zum Gespräch. Wir als Gesundheits- und Krankenpflegerinnen sind zuständig für Blutabnahmen oder für Schmerzinjektionen, Schmerzinfusionen, für Wundmanagement. Und da hat man dann auch schnell mal Zeit, ins Gespräch zu kommen. [...] Ja, entweder bei uns oder beim Arzt, bei der Ärztin während der Konsultation. Manchmal ist es auch nur so ein Bauchgefühl, wenn man sich denkt, da ist was dahinter. [...] Aber manche kommen auch und sind gleich aufgelöst beim ersten Satz und dann braucht man nicht mehr viel raten, also, da muss irgendwas dahinterstecken. Aber bei manchen ist es halt nicht so offensichtlich. Genau, aber eigentlich eh im Normalbetrieb, in unseren normalen Tätigkeiten kommt es zu den Erstgesprächen oder zu den Gesprächen, ja.“ (LW_1)

Teilweise gibt es in der Ordination keine Beratungsräumlichkeiten. In einem Fall arbeitet die Person mit Link Working-Funktion mit Hausbesuchen.

„Also, wir telefonieren einmal und ich schau einmal, was ist es und inwieweit sind sie bereit oder wofür sind sie bereit. Und ja, meistens machen wir uns einen Hausbesuch aus. Das ist vielleicht ein Spezifikum, da ich ja noch nicht Teil dieses gesamten Teams bin. Es gibt keine Sozialarbeiterin, die fix vor Ort ist an bestimmten Tagen. Insofern ist es mir sympathischer, mich zu einem Hausbesuch einzuladen und die Patienten schätzen das sehr. Also, man merkt, diese erste Kontaktaufnahme in den eigenen vier Wänden, das hat noch einmal ganz was anderes.“ (LW_3)

Andere Personen mit Link Working-Funktion haben zwar die Möglichkeit, Hausbesuche durchzuführen, dies ist aber lediglich eine Option und kein fixes Angebot.

Inhaltliche Ausgestaltung & Themen:

Beratung wird teilweise wie ein Coaching gesehen.

„[...] die persönlichen Gespräche mit den Patientinnen oder Klientinnen im Rahmen des Link Workings – das sind halt eher so, fast wie Coachinggespräche, wo man versucht, halt auch die Ressourcen herauszufinden und viel zu motivieren halt, dass Angebote dann wahrgenommen werden können.“ (LW_5)

Es wird auch eine „aus der Not geborene“ Variante aus Sozialarbeit und Link Working in den Beratungsgesprächen etabliert, da die Ressourcen für reine Sozialarbeit in der Form nicht ausreichen, um die vermittelten Patient*innen längerfristig zu begleiten.

*„Wir haben ungefähr 2.000 Patient*innenkontakte pro Woche. Und ich habe 10 Wochenstunden. Da kann ich alles machen, nur fast nicht mit den Leuten reden, das heißt Sozialarbeit mache ich da sowieso nicht. Sondern ich schaue nur, dass die Leute irgendwo hinkommen und angebunden werden, die Leistungen kriegen, die sie brauchen.“ (LW_6)*

„Da habe ich jetzt gar keine so intensive Unterscheidung, weil ich das fast parallel mache. Wobei beim Link Working weniger Kontakte grundsätzlich sind als bei der Sozialarbeit. Aber ich mache im Prinzip ein Erstgespräch. Da ist mein Schwerpunkt, dass ich mitbekomme: Was will die Person?“ (LW_6)

Über welche Themen in den Beratungsgesprächen gesprochen wird, hängt einerseits mit den jeweiligen Bedürfnissen der Patient*innen (siehe letztes Kapitel), aber andererseits auch mit den Gesprächsstrategien der Link Working-Fachkräfte zusammen. Besonders die methodischen Fragen nehmen hier eine relevante Rolle ein und prädestinieren ein Beratungsgespräch:

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

„Also, der erste Kontakt – da gilt es immer zu schauen, was ist das Thema, was sind die Themen? Sind es die Themen, mit denen mir jemand überhaupt zugewiesen wurde oder unterscheidet sich das möglicherweise? Ist immer auch sehr spannend zu sehen. Ja, und dann, so klassisch sozialarbeiterisch, schon auch sowas wie eine Anamnese zu machen, im Sozialen ein bisschen. Und dann eben mit den Betroffenen zu schauen: An welchem Faden ziehen wir denn jetzt? Wenn es komplexer ist: Wo ist der nächste Schritt und wo gibt es einen Veränderungswunsch hin, wie könnte der ausschauen? Also: ‚Wie könnte der ausschauen?‘ ist eigentlich der übernächste Schritt. Also, ich widme dem immer auch gut Zeit, mit den Betroffenen zu erarbeiten, an welchem Faden wir denn wirklich ziehen. Also, bevor man schon weiß, wohin überhaupt. Aber was ist so das Dringendste und wo gibt’s Veränderungswünsche? Wo brauchen Sie auch Unterstützung? Oder wo haben Sie schon eigene Ideen hin?“ (LW_3)

Herausforderungen:

Von den Link Working-Fachkräften wurden verschiedenste **Herausforderungen** im Kontext der Patient*innengespräche dargelegt.

Viele Herausforderungen gehen mit dem bereits geschilderten Rollenkonflikt zwischen Sozialer Arbeit und Link Working einher. So können beispielsweise Patient*innen die Beratungsgespräche an sich als für sie hilfreiche „Angebote“ erleben und fixieren sich auf die Link Working-Fachkraft. So entsteht eine Spirale wiederkehrender Termine, ohne dass dabei eine Vermittlung zu externen Angeboten entsteht.

*„Naja, wie soll ich sagen, eine Herausforderung ist sicher, dass nicht alle Patienten zu mir kommen, die auch wohin gehen wollen, also, außer zu mir. Das ist manchmal der Punkt, ja, dass ich das Gefühl habe, okay, wir machen eben Entlastungsgespräche und es ist ein gutes Gesprächsklima und sie findet das super bei mir und sie kommt gerne zu mir, aber woanders hin will sie nicht. Also, das ist so die Frage, da mich, mich auch wieder rauszunehmen oder nicht. Also, wie sehr biete ich diese Entlastungsgespräche öfter mal an. Ich habe eine Patientin, die kommt jetzt dann, glaube ich, das sechste Mal, sie wollte aber noch nirgends hin. Es war nie das Thema, sie will mir einfach nur erzählen, wie es ihr geht, ja.“
(LW_4)*

Sich – als ausgebildete/r Sozialarbeiter*in – aus dieser Spirale wieder „rauszunehmen“ geht mit einem subjektiven Gefühl des „Fallenlassens“ einher. Vor allem, wenn die Person mit Link Working-Funktion keine oder kaum Stunden für Sozialarbeit zur Verfügung hat, muss diese „Grenze“ aber gezogen werden:

„Unterstützung zu geben, aber auch die Grenzen der Unterstützung klarzumachen. Das heißt, genau das, was wir am Anfang besprochen haben. Zwischen Link Working, einmal vermitteln, ein zweites Mal anrufen: Warst du dort? Waren Sie nicht dort? Aha, Sie waren nicht dort, haben Sie sich zu früh den Termin ausgemacht? Zu Mittag oder zu spät? Wie war Ihre emotionale Lage? Um einmal festzustellen, warum das überhaupt zustande gekommen ist. Offiziell begleite ich nicht so viel, aber natürlich, als Sozialarbeiter begleite ich viel. Weil sonst geht das gar nicht.“ (LW_6)

Besonders wenn Patient*innen an die Link Working-Fachkräfte weitergeleitet werden, die mit (existenziellen) sozialen Problemlagen konfrontiert sind, kommt es zur Herausforderung, individuell entscheiden zu müssen, wie dieser Person geholfen werden kann. Da die meisten Link Working-Fachkräfte jedoch auch sozialarbeiterische Kapazitäten haben, wechseln sie (notgedrungen) ihre Rolle dahingehend und nehmen den Link Working-Prozess als Grundlage für die weitere sozialbetreuerische Begleitung der Patient*innen.

„Der Bedarf nach Link Working ist bei unseren Klienten sicher gegeben. Da würden das auch viele annehmen, aber wenn es um Existenzsicherung geht, dann muss ich nicht mit einer Häkelgruppe kommen. Ich sag das mal so: Basteln gegen Armut wird nicht funktionieren, da muss erstmal der Versicherungsstatus, der Aufenthaltsstatus und diverse andere Dinge, sozialpolitische Ansprüche, geregelt sein, bevor ich da ins Feine gehen kann. [...] [Das ist] die Zielgruppe, die mit psychischen Problemen, mit Panikattacken zu tun hat und nicht einfache Probleme hat, die sich mit dem Gärtnern auf einer Baumscheibe in Wien reduzieren lassen [...].“ (FG_LW)

Eine weitere, auch mit diesem letztgenannten Aspekt verwandte Herausforderung sind die komplexen Problemlagen der Patient*innen. Recht „einfache“, schnell diagnostizierte gesundheitliche, nicht medizinische Bedürfnisse sind häufig Türöffner zu einem Raum voller weiterer Bedürfnisse oder eben sozialer Problemlagen. Diesen auf den Grund zu gehen, braucht Zeit und somit mehr Beratungsstunden. Gleichzeitig ist die Entscheidung darüber, welches der verschiedenen Bedürfnisse und/oder sozialen Problemlagen überhaupt im Kontext der Beratung adressiert werden kann, stets eine Gratwanderung.

„Es braucht Raum und Zeit, sich der Bedürfnisse anzunehmen. Vor allem muss geschaut werden, welches Bedürfnis adressiert wird, damit es nicht überfordernd wird.“ (FG_7)

„Wie gesagt: Da, wo es neben dem eigentlichen Problem, von dem wir sprechen, eine Komplexität von Schauplätzen gibt. Also, meistens geht's hier nicht nur um: ‚Ich möchte mit dem Rauchen aufhören und brauche ein Angebot‘. (...) Und ja, das sehe ich dann schon als Herausforderung. Dort vermischt es sich natürlich auch sehr mit der Sozialarbeit dann. Also, so die Frage: Wie tief steigen wir da überhaupt ein? Welchen Schauplätzen können wir uns in dieser Funktion wirklich auch widmen dann? Und zwar nachhaltig widmen, weil das braucht Zeit. Das braucht auch Arbeitszeit, um da dranbleiben zu können.“ (LW_2)

Diese komplexen Problem- bzw. Bedürfnislagen bedingen eine weitere Herausforderung des Link Working: Teilweise geringes „Commitment“ oder Unbeständigkeit der Patient*innen wird gebündelt als die Herausforderung einer fehlenden „Compliance“ (Bereitschaft eines/einer Patient*in zur aktiven Mitwirkung an therapeutischen Maßnahmen) beschrieben. Nach Terminvereinbarungen kommen beispielsweise Patient*innen nicht, was besonders gravierend in PVEs und Arztpraxen ist, in welchen die Person mit Link Working-Funktion nur einen Tag die Woche anwesend und somit der Terminkalender relativ voll ist.

„Das ist natürlich sehr anstrengend in einer Beratung, wenn ganz viele Menschen, die halt depressive Verstimmungen haben, da hat man halt mit ganz vielen Problemlagen zu tun und die nicht mehr kommen. Das ist natürlich klar. Wenn man ein Erstgespräch hat, und man macht sich die Arbeit dann und man recherchiert und schaut, wo könnte man diese Angebote finden.“ (LW_7)

*„Die Compliance, absolut, weil die Fluktuation sehr stark ist, auch die Dynamiken in den Biografien oder in den Lebenssituationen unserer Patient*innen sehr, sehr spannend sind, aber eine sehr hohe Fluktuation eben aufweisen. Das heißt, bei unseren Patienten, Patientinnen kann es heute passieren, dass sie in Österreich sind, nächste Woche sind sie dann schon wieder im Heimatland. (...) Ich glaube, die Verbindlichkeit der Sachen, die man sich ausmacht in der einen Beratungsstunde, ich, ich glaube wirklich, das Thema Verbindlichkeit ist etwas, das bei uns eine große Herausforderung ist, ja.“ (LW_2)*

Als einzige Gegenmaßnahmen werden beispielsweise Erinnerungs-SMS geschickt oder es wird bei den Terminvereinbarungen besonders betont, dass, erscheinen die Patient*innen nicht, sie ihren Vorteil einer kostenlosen Betreuung verlieren.

Damit verbunden wird es auch als Herausforderung angesehen, dass Patient*innen partiell wenig sensibilisiert für die eigenen Bedürfnisse sind.

„Oft sehen die Leute auch nicht oder wollen es nicht einsehen, dass sie etwas brauchen, weil sie dann sagen: ‚Ah, geh, ich bin jetzt schon 85, ich brauche nichts mehr!‘ Oder: ‚Mir

geht es eh gut, anderen geht es viel schlechter.‘ Also, dass sie überhaupt mal auch einsehen oder zugeben oder sich darauf einlassen auf dieses Social Prescribing.“ (LW_1)

Eine zentrale Herausforderung, die von einigen Personen mit Link Working-Funktion (vor allem im städtischen Bereich) kommuniziert wird, ist eine Sprachbarriere zwischen ihnen und den Patient*innen. Daran gekoppelt sind kulturelle Unterschiede in der Akzeptanz von externen Interventionen durch die Beratung:

„Sprachbarriere ist sicher ein ganz großes Problem und natürlich ist gekoppelt mit dem Problem auch, es ist schon für Österreicher oft nicht einfach, Hilfe in die Familie zu nehmen oder auch sowas wie Pensionistenklubs anzunehmen, ja. Das ist jetzt in Communities mit Migrationshintergrund, die noch viel stärker in rein familiären Strukturen leben, noch einmal eine größere Hürde.“ (LW_4)

Die letzte Herausforderung im Kontext der Beratungsgespräche betrifft eine mögliche Doppelbetreuung der Patient*innen, die in jedem Fall vermieden werden soll. So wird beschrieben, dass Patient*innen bereits woanders pädagogisch betreut werden, was teilweise erst im Verlauf der Beratung herauskommt.

4.4.3. Vermittlung an Netzwerkpartner*innen

Es ging in den letzten Kapiteln bereits um die Ausgangsbedingungen einer Vermittlung der Patient*innen an Netzwerkpartner*innen und somit implizit auch um die tatsächliche Vermittlung. In diesem Kapitel wird generell auf die diesbezüglich förderlichen Aspekte, auf die Herausforderungen sowie auf die Rückmeldungen der Patient*innen eingegangen.

Förderliche Faktoren:

In Bezug auf die Vermittlung von Patient*innen haben verschiedene Faktoren einen positiven Einfluss auf eine gelingende soziale Überschreitung. Zuerst ist es bei Patient*innen, die häufiger Termine in der PVE oder Arztpraxis haben, wichtig, sie auf die vermittelten Angebote anzusprechen, immer wieder an diese zu erinnern oder nach Feedback zu fragen. Dabei ist eine gewisse Lockerheit im Umgang mit den Patient*innen von Vorteil:

„Und oft ist es auch gut so ein bisschen mit Schmääh [...] ‚Na, probieren Sie das mal aus!‘, oder ‚Gehen Sie mal dorthin!‘, oder ‚Schauen Sie sich mal den an, den Pensionistenverein!‘, oder so.“ (LW_1)

Es wird zurückgemeldet, dass es besonders im ländlichen Raum auch möglich ist, Patient*innen außerhalb der Arbeit zu treffen. Hier besteht ebenso die Möglichkeit, eine Erinnerung oder Nachfrage zu platzieren:

„Wenn man sich zufällig trifft, was bei uns passiert, dass man dann kurz stehenbleibt und sagt: ‚Und? Wie läuft es? Gibt es irgendwas?‘ Manchmal ergibt sich daraus dann wieder ein Bedarf, man merkt dann auch, dass es vielleicht nicht schlecht wäre, sich wieder zu treffen, da grade die Kontinuität bei Menschen mit psychischen Erkrankungen oft nicht gegeben ist ... regelmäßig wohin gehen ... Dann braucht es wieder einen Neustart. [...] Das ist schon ein Riesenvorteil, dass man sich irgendwie immer ‚krallt‘ in der ländlichen Struktur, man kann nicht so schnell verschwinden.“ (FG_LW)

Eine persönliche Begleitung zu den Angeboten, gemeinsam mit dem/der Patient*in bei den Angeboten anzurufen oder schlicht den Weg zum Angebot genau zu schildern, erhöht indes die Wahrscheinlichkeit, dass die Patient*innen das Angebot auch wahrnehmen.

„Da gehst du in den ersten Innenhof, dann geht es durch einen durch und dann in den nächsten Innenhof und da schaut es dann so aus‘... Um wirklich den Leuten auch Sicherheit zu geben und auch für die Interaktion Sicherheit zu geben, weil sie dann doch sehr, sehr unsicher teilweise sind, wenn sie zu uns kommen.“ (FG_LW)

Wenn persönliche Kontakte zu Angeboten bestehen, ist es – nach Aussage einer Link Working-Fachkraft – ratsam, diesen persönlichen Kontakt auch im Patient*innengespräch anzubringen. Dadurch kann Vertrauen und ein Sicherheitsgefühl aufgebaut werden.

„Das ist sicher auch immer ein Unsicherheitsfaktor. Kann ich dort hingehen, werde ich dort aufgenommen, muss ich dort irgendwelche Ausweise zeigen? Und da auch die Sicherheit zu geben: ‚Nein, das ist sicher nicht so, da gibt es die eine Person, die kennt sich aus und das passt.‘ Das einzubauen ist ein wichtiger Faktor.“ (FG_LW)

„Es ist für sehr viele Menschen eine Hemmschwelle, irgendwo anzurufen oder vorbeizuschauen. Wenn man aber die Personen vor Ort kennt, dann kann man auch detailliertere Informationen geben, welche diese Hemmschwellen auch abbauen.“ (FG_2)

Bei der Bedarfs- und Vermittlungsdokumentation sind die drei am häufigsten genannten förderlichen Faktoren: 1. eine gemeinsame Kontaktherstellung und Terminvereinbarung, 2. niederschwellige Angebote (Kosten, räumliche Nähe), 3. Vertrauen in die Beratungskompetenz (professionell helfende Beziehung).

Herausforderungen:

Doch auch bei der Vermittlung an Netzwerkpartner*innen bestehen einige spezifische Herausforderungen. Die erste liegt darin, qualitative Angebote für spezielle Zielgruppen zu finden. Häufig gehen mit einer potenziellen Vermittlung gewisse Anforderungen an das Angebot einher – zum Beispiel barrierefreie Sprache:

*„Eine Brücke kann man nur bauen, wenn es auf der anderen Seite ein Ufer gibt. Wenn Nutzer*innen vermittelt werden sollen, dann muss das vermittelte Angebot auch wirklich professionell ein Ufer bereiten. Barrierefreie Sprache und Räumlichkeiten, Videodolmetsch sind hierbei zu nennen. Auch nicht Deutschsprechende müssen vermittelt werden können. Dafür muss klar sein, dass ein Angebot auch darauf eingehen kann.“ (FG_7)*

Eine weitere Herausforderung – an die Link Working-Fachkräfte selbst – ist mit diesem Aspekt verwandt. Vermittelte Angebote, die den Qualitätsansprüchen genügen, sollen nach der Vermittlung eines/einer Patient*in dorthin nicht komplett alleine gelassen werden. Es bedürfe einer Anschlusslogik nach der Vermittlung:

„Ich finde, der Link Worker oder die Link Workerin muss dann auch zur Verfügung stehen, wenn es schwierig ist im Verein oder in der Gruppe, die man zuweist – das sind ja jetzt nicht die klassischen Vereinsmeier, die wir da schicken, die sich von sich aus dann super in dem Verein integrieren und das nächste Amt übernehmen und super in den Verein passen. Das wird wahrscheinlich schwierig, jemanden dort zu integrieren, und da finde ich, da darf man die Vereine dann nicht alleine lassen, und das ist ja ein ganz wichtiger Punkt in der Netzwerkarbeit.“ (FG_LW)

Eine andere Herausforderung ist eine relativ komplexe: Manche der befragten Link Working-Fachkräfte befürchten, dass Patient*innen eine Vermittlung/ Verweisung als Vertrauensbruch interpretieren:

*„Doppeldeutigkeit für Patient*innen mit LW – reines Verweisen gibt den Patient*innen auch das Gefühl, wieder nicht angekommen zu sein. Hier ist daher ein Vorteil von eigenen Angeboten. Oder ein längerer Beziehungsaufbau bei einigen Patient*innen vielleicht sehr wichtig.“ (FG_8)*

Diese Herausforderung könnte durch die Doppelrolle Link Working und Sozialarbeit ausgehebelt werden. Das Gefühl, „weitergereicht zu werden“ soll bei den Patient*innen vermieden werden, da dadurch auch die Wahrscheinlichkeit steigt, dass sie das vermittelte Angebot nicht annehmen.

Angebote, die mit hohen oder überhaupt Kosten verbunden sind, stellen ebenso eine Herausforderung in der Vermittlung dar. Andersherum gedacht, besteht eine Herausforderung darin, dass viele Patient*innen nicht die finanziellen Ressourcen haben, um für sie passende Angebote wahrzunehmen.

„Ja, die Herausforderung, die ich sehe, ist: Viele wollen oder suchen immer kostenlose Angebote [...] Es gibt zum Beispiel einen Turnverein in der VHS gleich um die Ecke, dafür müssen sie halt was zahlen.“ (LW_1)

Bei einer weiteren Herausforderung spielen ebenso die Kosten eine Rolle. So wird angemerkt, dass besonders auf dem Land die räumlichen Distanzen sehr groß sind. Patient*innen nehmen Angebote teilweise nicht an, weil damit ein zu hoher Aufwand, etwa zu hohe Kosten, verbunden ist.

Komplexitäten und Wechselwirkungen der sozialen Problemlagen, gesundheitsrelevanten Bedürfnisse und physischen Schmerzen, beziehungsweise Einschränkungen bei den Patient*innen, stellen eine Hürde in der Vermittlung dar. Eine Link Working-Fachkraft beschreibt beispielsweise, wie die physischen Schmerzen einen/eine Patient*in davon abhalten, Angebote wahrzunehmen, die der Ursache der Schmerzen zuträglich wären:

„Genau, eine hat geantwortet: Nein, mit mir braucht sie keinen Termin, aber körperlich geht es ihr halt wieder schlecht. Was man schon bedenken muss ist, dass das Patienten sind... Also, die kommen ja nicht zu dem Arzt, weil sie nur eine Krankschreibung einmal im Jahr brauchen, sondern das sind Leute mit chronischen Schmerzzuständen, mit einer Batterie an Medikamenten, mit diversen Magenschmerzen, Gestellschmerzen, also orthopädischen Problemen und so. Und da ist es, ja, gerade mit dem einen Herrn, der justament nicht zu XY gehen will, den ich hinbegleitet habe, der ist halt massiv übergewichtig und hat dementsprechend Knieprobleme. Super wäre natürlich irgendwas einfaches wie Walken, aber er sagt, er kann nicht, weil er so Schmerzen hat.“ (LW_4)

Die letzte hier angeführte Herausforderung betrifft eine gewisse Niederschwelligkeit der Angebote, derer es bedarf, dass Patient*innen – vor allem sozioökonomisch marginalisierte Gruppen – auch wirklich die Möglichkeit haben, diese anzunehmen. Dazu gehören nicht nur Kostenlosigkeit und räumliche Nähe, sondern auch Akzeptanz und Toleranz gegenüber diesen Patient*innengruppen.

„Denn die Frage ist, wo Obdachlose überhaupt hingehen können. Da muss es eine gewisse Niederschwelligkeit geben, aber auch eine gewisse Akzeptanz der Gruppe geben. Wer nimmt die Menschen mit rein und werden die akzeptiert? Das wird uns auch noch sehr beschäftigen in der Akquise und der Netzwerkarbeit. Da muss man dann sehr genau hinschauen und... Wo ist da wirklich Barrierefreiheit und nicht ein Luxusangebot für wenige?“ (FG_LW)

Der Bedarfs- und Vermittlungsdokumentation nach, sind die drei meistgenannten für die Vermittlung hinderlichen Faktoren: 1. Vorbehalte (Wunsch nach Beratung durch Frauen, Angst vor Diskriminierung, Ängste, fehlendes Vertrauen, negative Vorerfahrungen, hohe Ansprüche), 2. Angebote werden nicht angenommen (Anspruch, es alleine zu schaffen, Bedarf wird von Patient*in nicht gesehen, unterschiedliche Auffassung über die Ursache von Symptomen), 3. fehlende Motivation (aufgrund des psychischen Zustandes der/des Patient*in, fehlende Verbindlichkeit).

Rückmeldungen:

Nach einer Vermittlung stellt sich die Frage für die Personen mit Link Working-Funktion, ob die Vermittlung erfolgreich war – das heißt, ob der/die Patient*in ein Angebot wahrgenommen und ob jenes einen positiven Einfluss auf die Gesundheit genommen hat. Aber: Wie kann es überhaupt zu Rückmeldungen kommen?

Zum einen wird in den Interviews erwähnt, dass Patient*innen in gewissen Arztpraxen nur flüchtig zugegen sind, sich dadurch keine persönliche Nachbesprechung ergeben kann und dass für ein aktives Nachfragen, zum Beispiel durch einen Anruf, keine Kapazitäten verfügbar sind.

Die Bedarfs- und Vermittlungsdokumentation vermittelt dazu weitere Einblicke: Die häufigsten Gründe für das Nichtstattfinden eines Feedbackgesprächs waren unter den abgeschlossenen Fällen, dass Personen sich nicht mehr meldeten (63 %) und, dass noch nicht der richtige Zeitpunkt für ein Feedbackgespräch war (29 %).

Zum anderen berichten Link Working-Fachkräfte davon, schon die Möglichkeit einer kurzen Nachfrage – zum Beispiel im Kontext eines erneuten Arztbesuches des/der Patient*in oder am Land auf der Straße – zu haben. Diese sei jedoch eher spontaner Natur. Wieder andere Link Working-Fachkräfte berichten davon, dass Patient*innen gerne nochmals kommen, um explizit von den Erfahrungen, welche sie bei den vermittelten Angeboten gemacht haben, zu berichten. Positive Erlebnisse werden somit häufiger zurückgespielt als negative.

„Ich habe aber den Eindruck, sie kommen sehr gerne wieder, um zu berichten, wie super das jetzt läuft. Ich glaube, das ist ein wichtiger Punkt, dass man da zur Verfügung steht und vielleicht braucht es das, dass die sagen können, dass es jetzt so super läuft. Und ich bleibe dabei und gehe wieder. Das braucht es einfach und das sind Zwei-Minuten-Gespräche, oft nicht einmal, aber ganz wichtig, wie ich glaube.“ (FG_LW)

Die Problematik der fehlenden Rückmeldungen ist auch bei anderen Link Working-Fachkräften eher weniger präsent. Hier wird im Vorhinein die Link Working-Tätigkeit größer skaliert und mehrere Beratungstermine vereinbart – darunter auch Nachbesprechungstermine. So ergibt sich ein Rahmen, innerhalb dessen nachgefragt werden kann. Hierbei wird jedoch auch die Schwierigkeit beschrieben, dass ein zu intensives Nachfragen als Drängen interpretiert werden kann und somit eher Hemmungen aufgebaut werden.

„Wie soll ich sagen, wenn ich das dritte Mal schon frage: ‚Waren Sie jetzt schon dort?‘ und ‚Woran scheitert es, dass Sie nicht hingehen?‘, dann habe ich das Gefühl, dann führt das manchmal dazu, dass sich die ein bisschen bedrängt fühlen und sich zurückziehen, und das will ich natürlich nicht. Ich sage ihnen auch immer: ‚Meine Angebote sind sozusagen Türen, die ich öffne. Hineinschauen und durchgehen müssen sie immer selber.‘“ (LW_4)

Letztendlich sind auch hier individuelle Zugänge der Link Working-Fachkräfte zu beobachten. Wird Link Working als Form der Begleitung gesehen oder eher als einmalige Vermittlung? Beide Tätigkeitsweisen haben ihre Vor- und Nachteile – wie in diesem gesamten Kapitel immer wieder aufgezeigt werden konnte.

4.5. Kooperationen und Netzwerkpartner*innen

Um Patient*innen weiterverweisen zu können, braucht es inhaltlich breite und dennoch passgenaue Angebote. Dieser Bedarf an Angeboten muss durch Kooperationen mit Partner*innen gedeckt werden: Vereine, Organisationen und Institutionen, die gesundheitsrelevante, nicht medizinische Angebote setzen. Gibt es in der Region kein passendes Angebot, ist es prinzipiell auch möglich, eigene kleine Initiativen (partizipativ) in diese Richtung zu setzen und zu begleiten (dazu mehr in Kapitel 4.5.4.).

Besonders wichtig ist es, Kooperationen gut zu dokumentieren, zu verwalten, zu pflegen und voranzutreiben – das wird aus den Gesprächen immer wieder deutlich. Daher ist das Netzwerkmanagement ein zentraler Teil im Social Prescribing-Prozess.

Die Modellregionen können bei Projektstart bereits auf teilweise langjährige Kooperationen zurückgreifen und sind meist gut vernetzt. Allerdings wird mit der Teilnahme am Pilotprojekt nicht nur die inhaltliche Ausweitung von Kooperationen und der Aufbau von tragfähigen Netzwerken forciert, sondern auch das Management dieser in den Vordergrund gestellt. Dafür Zeit zur Verfügung zu haben, wird als wesentlich gesehen – denn Netzwerkarbeit ist *Arbeit* und sollte nicht „nebenher“ laufen. Das Ziel der Modellregionen ist dabei, Kontakte und Informationen systematisiert und gut dokumentiert aufzubereiten.

In den folgenden Unterkapiteln werden die Wege des Kooperationsaufbaus, welche die Modellregionen genutzt haben, sowie die Eindrücke und Schlussfolgerungen, die sie daraus ziehen konnten, beschrieben. Zudem werden Herausforderungen und auch „Good Practices“ erörtert. In den qualitativen Interviews mit den Fachkräften mit Link Working-Funktion wurden Netzwerkkarten angefertigt, die zusammenfassend beschrieben und dargestellt werden.

4.5.1. Wege des Kooperationsaufbaus

„Man braucht den persönlichen Kontakt, spezifische Telefonnummern. Man braucht ein Gesicht dazu.“ (FG_2)

Der **persönliche Kontakt** wird im Kontext eines Kooperationsaufbaus von den Einrichtungen als am zielführendsten beschrieben. Darüber wird Verbundenheit geschaffen. Dies bedeutet auch, sich gegenseitig zu besuchen und potenzielle Kooperationspartner*innen einzuladen. Viele Modellregionen legen großen Wert darauf.

Eine bloße Liste mit allen möglichen Vereinen zu führen, die in einem Bereich tätig sind, wird als weniger effizient angesehen, denn zugewiesen werden Patient*innen an Einrichtungen, welche die Modellregionen bereits kennen und zu deren Arbeit Vertrauen besteht.

„Wenn du die Leute persönlich kennst, dann steigt die Wahrscheinlichkeit, dass du dorthin zuweist.“ (LW_9)

Sicherlich sind schriftliche Informationen wichtig und notwendig, um Kontakte bewahren zu können, trotzdem ist eine persönliche Kontaktaufnahme essenziell. Es wurden zudem eigene Veranstaltungen organisiert, zu denen potenzielle Partner*innen eingeladen wurden. Mit der Covid-19-Pandemie war das nicht immer leicht und es konnten nicht alle gewünschten Gespräche persönlich stattfinden.

Die Überschreibungen werden für die Einrichtungen einfacher, je besser man die Organisationen oder Personen kennt. Die Herausforderung dabei ist, dass die Erarbeitung, Pflege und der Aufbau viel **Zeit** benötigen – vor allem bei Netzwerkpartner*innen, die nicht so häufig und organisch kontaktiert werden. Den Kontakt zu derartigen Partner*innen zu halten ist mitunter aufwändiger. Die Zeit für eine intensive Netzwerkpflge fehlt selbst bei jenen, die durch das Social Prescribing Projekt Ressourcen dazugewinnen konnten – so die Personen mit Link Working-Funktion.

Letztlich ist dies jedoch besonders zielführend und der persönliche Kontakt wird am gewinnbringendsten eingeschätzt.

„Man bekommt schneller Termine, wenn man jemanden kennt.“ (FG_4)

Netzwerkarbeit sollte möglichst individuell und die Besuche bzw. Termine bei Partner*innen gut vorbereitet sein. Sich persönlich zu kennen, macht eine Beziehung und Kooperation tragfähiger. Für die Modellregionen ist dies besonders wichtig, da sie sich unabhängige Partner*innen wünschen, die Bedürfnisse abdecken können. Der persönliche Besuch ist zudem wichtig, um bestehende Kooperationen wieder aufleben zu lassen und Kontakte zu aktualisieren.

Die Kooperationspartner*innen, Initiativen, Vereine und Organisationen werden **zielgruppengerecht** gesucht und kontaktiert. Es werden konkret Partner*innen gesucht, die Angebotslücken für die Zielgruppen füllen können, wie z. B. niederschwellige und kostenlose Bewegungsangebote oder Initiativen für spezifische Zielgruppen.

Bestimmte (größere) Kooperationspartner*innen sind ein großer Gewinn für das Netzwerk, denn, so erwähnt ein/e Interviewpartner*in, diese verfügen oft bereits über viele Kontakte, Erfahrung und Wissen, auf dem aufgebaut werden kann, ohne viele eigene Ressourcen aufwenden zu müssen.

Zudem gibt es, um bestimmte Themen gruppiert, auch „informelle Vernetzungstreffen“, die man nur kennt, wenn man gut vernetzt ist. Solche Informationen müssen sich erst etablieren, Netzwerke werden über viele Jahre hinweg aufgebaut, es wird von „**Langzeitbeziehungsarbeit**“ gesprochen.

In einem Fallbeispiel wird deutlich, wie gewinnbringend und auf wie vielen Ebenen eine gute Vernetzung wirken kann: Einer Ärztin war eine „kleine Häufung“ an bestimmten Beschwerden aufgefallen, die auf Schönheitsoperationen bei jungen Frauen zurückzuführen sind. Die Modellregion brachte dies in ein regionales Forum ein und tauschte sich mit Netzwerkpartner*innen darüber aus. Daraufhin gelang es, in einem persönlichen Treffen mit dem

Bezirksvorsteher und Netzwerkpartner*innen zu überlegen, was mögliche Maßnahmen wären und welche Handlungen von wem im Netzwerk gesetzt werden könnten. Die Überlegung war schließlich, bereits präventiv anzusetzen, das heißt in Kindergarten und Volksschule Initiativen für ein gutes Körperbewusstsein zu starten.

Die **Recherche** und/oder Kontaktaufnahme mit interessanten Angeboten kann im Team aufgeteilt werden.

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

Hier kommen mitunter persönliche Interessen, berufliche Vorerfahrungen oder bereits aufgebaute Kooperationen zum Tragen. Es wird als großer Gewinn gesehen, wenn im Team Kolleg*innen ausgemacht werden, mit denen auf Basis eigener Vorerfahrungen und Kontakte, persönlicher Hintergründe, beruflicher Schwerpunkte etc. Recherchen und Kontaktaufnahmen zu Kooperationspartner*innen aufgeteilt werden können.

Das wird als sinnvoller Weg angesehen, um möglichst viele Informationen in gemeinsamer Arbeit sammeln zu können. Es ist dabei wichtig, sich einen (gemeinsamen) Überblick über die verschiedenen Tätigkeitsfelder zu verschaffen, um eine bestimmte Beratungskompetenz aufzubauen. Am Ende des Projektes findet beispielsweise in einer Modellregion noch eine Klausur statt:

„Um genau dieses Moment nochmal herauszuschälen: Was wissen wir jetzt über Angebote im Bereich Kunst und Kultur, Angebote im Bereich Bewegung? Wie ist dort die Situation? Was kann mir der zugehörige Link Worker, was kann er allen anderen Link Workern da weitergeben am Ende des Projektes?“ (LW_9)

4.5.2. Qualitätsmanagement

Kontakte im Netzwerk für Partner*innen und Patient*innen aufzubereiten und zu dokumentieren, ist ein wesentlicher und gewinnbringender Aspekt an der Netzwerkarbeit. Informationen müssen so aufbereitet werden, dass es auch bei vorangegangenen persönlichen Kontakten durch andere oder im Krankheits- bzw. Abwesenheitsfall, für Vertretungen möglich ist, rasch einen Kontakt zu finden und weiterverweisen zu können. In einem Fall werden sogar genaue – nämlich auch räumlich genaue – Protokolle der Besuche verfasst, *„sodass sich die anderen Sozialarbeiter*innen vorstellen können, wie es dort aussieht, damit es an Klient*innen weitergegeben werden kann.“ (FG_3)* So wird dafür gesorgt, dass nicht alle, die an die Kooperationspartner*innen weiterverweisen, auch selbst dort gewesen sein müssen – und trotzdem den Patient*innen mitgeben können, wie es dort ungefähr aussieht. Das schafft Vertrauen und senkt die Hemmschwelle.

„Das gibt mir in der Beratung eine andere Sicherheit, [...] zu wissen, ich schicke sie erstens wohin, wo ich selbst schon einmal war. Ich weiß, wie es dort aussieht, ich kann es ihnen beschreiben. Und zweitens, ich weiß, dass sie richtig sind, weil ich jetzt besser über diese Organisation Bescheid weiß. [...] Wenn man mit Leuten zu tun hat, die meistens schon sehr gebrannte Kinder sind, wenn es ums Herumgeschicktwerden geht, ist man dann selbst froh,

*wenn man vielleicht die Stelle ist, die die Leute mal wohin schickt, wo sie dann richtig sind.“
(LW_2)*

Social Prescribing und die Teilnahme am Pilotprojekt werden als Chance gesehen, die Zusammenarbeit mit Netzwerkpartner*innen zu stärken. Die Kooperationen, die schon existiert hatten, wurden nochmals vertieft und institutionalisiert. Zudem wird das Projekt als Möglichkeit gesehen, die Qualität des eigenen Netzwerks zu verbessern.

„Es ist ein riesengroßes Netzwerk eigentlich da und ganz, ganz viele Angebote, an die täglich weitervermittelt wird, ohne dass wir uns das bislang eigentlich genau angeschaut hätten. Also, das war ja auch ein super Anlass, sich das ein bisschen vor Augen zu führen: Mit wie vielen anderen Einrichtungen arbeiten wir eigentlich zusammen?“ (LW_8)

Mit der Teilnahme am Projekt wird nicht nur das Netzwerk ausgeweitet, sondern auch das **bestehende Netzwerk evaluiert**. Wesentlich für die Qualität eines Netzwerkes sind Partner*innen, die strukturell oder institutionell gut verankert sind und über qualifizierte, langfristige Mitarbeiter*innen verfügen.

Es ist für die Einrichtungen relevant, ob sie bei der Weiterverweisung den Patient*innen bloß einen Folder einer Einrichtung weitergeben können oder ob sie die Personen, die in dieser Einrichtung tätig sind, kennen bzw. vielleicht selbst schon einmal dort waren. Ein verlässliches Netzwerk und Wissen über die Qualität der Angebote gibt den Fachkräften mit Link Working-Funktion genügend **Sicherheit** für die Weiterverweisungen. Das ist ihnen sehr wichtig, denn:

„Wir arbeiten mit Menschen, die sehr prekär leben und die ganz viel Erfahrung damit haben, von Pontius bis Pilatus geschickt zu werden. Und das (...) ist dann schön zu wissen, gut, wir schicken sie richtig.“ (LW_2)

Einrichtungen, an die viele Patient*innen verwiesen werden, sollten auch weiterhin von den verweisenden Einrichtungen kontaktiert werden, um diese Qualität beizubehalten. Dies ermöglicht, einerseits Link Working besser bekannt zu machen und würde die Qualitätssicherung auf beiden Seiten gewährleisten oder sogar verbessern.

Vor der Zuweisung werden die Patient*innen mitunter angekündigt und so wird sichergestellt, dass sich jemand um die Person kümmert. In Einzelfällen ist auch eine persönliche Begleitung von Patient*innen wichtig und wird mitunter praktiziert.

Ein nächster Schritt in der Qualitätssicherung ist, aktiv bei den Patient*innen nachzufragen, ob die Weiterverweisung gelungen, das Angebot das richtige gewesen ist oder ob ein anderes Angebot vielleicht passender wäre.

Als wichtige Partner*innen, die für Qualität im Prozess sorgen, werden in einer Modellregion so genannte „**Lösungspartner*innen**“ (FG_2) als Kooperationspartner*innen genannt, mit denen gemeinsam ein individueller Fall in einer Art „Sub-Beratung“ durchgegangen und überlegt wird, welche Möglichkeiten es für Patient*innen geben könnte.

Wichtig ist es auch, auf „**ideologische Hintergründe**“ bei Netzwerkpartner*innen und Kontaktaufnahmen zu achten. Eine Person mit Link Working-Funktion meint, dass es wichtig sei, *„dass man politisch niemanden ganz draußen lässt und sich da nur auf eine Richtung spezialisiert.“ (FG_LW)* Dies stellt eine Herausforderung dar, weil man diesbezüglich sensibel und neutral bleiben sollte.

In den Kooperationsgesprächen mit potenziellen Partner*innen muss deutlich werden, dass es keine Konkurrenz, sondern ein Partnerschaftsaufbau ist:

*„Hier lohnt es sich, bereits vor dem Projekt Social Prescribing schon viel Netzwerkarbeit geleistet zu haben und schon bekannt zu sein. Wichtig sind viele Gespräche und Transparenz in der Tätigkeit. Es braucht Geduld und Zeit, es darf kein Bevormunden von Netzwerkpartner*innen sein, sondern eine Zusammenarbeit. Förderlich ist auch, als Person bekannt und greifbar zu sein.“ (FG_5)*

Kooperationsaufbau sollte zudem nie eine „Einbahnstraße“ sein, der Beziehungsaufbau basiert auf **Gegenseitigkeit** – dies macht eine Beziehung nachhaltig. Es ist sinnvoll, sich vorab zu überlegen:

„Was ist das Attraktive, wenn ihr mit uns als Primärversorgungszentrum kooperiert? Was können wir euch da anbieten?“ (LW_9)

Für die Netzwerkpartner*innen kann eine Kooperation mit einer medizinischen Einrichtung etwas Besonderes sein, das zusätzlich hinzukommt und ein neues Feld erschließt, welches über den psychosozialen Bereich hinausgeht.

In einer Modellregion wurde überlegt, mit diesem Pilotprojekt ein eigenes, neues Netzwerk mit einem positiven Namen („Netzwerk Lebensfreude“) zu gründen, das auch nach außen transportiert wird. Die Modellregion wollte damit ein Netzwerk schaffen, das nicht nur informell existiert, sondern sichtbar wird. Die Netzwerkpartner*innen bekommen kleine Geschenke (Stoffsackerl mit den Logos) und werden so als Teil eines größeren Ganzen wertgeschätzt. Es ist die Hoffnung dieser Modellregion, dass dieses Netzwerk ein dauerhaftes wird und weiter betreut werden kann.

Die **Rückmeldungen** von den Organisationen und neuen Partner*innen auf den Netzwerkauf- und -ausbau sind jedenfalls – für manche überraschend – sehr gut:

„Die Zusammenarbeit mit diesen Link Working-Partnern läuft viel besser, als ich mir am Anfang gedacht habe. Am Anfang habe ich mir gedacht: Das wird mühsam oder: Naja, da werden wir halt Werbung machen und schauen ... Vielleicht kann ich die ja irgendwie dafür begeistern, daran teilzunehmen. Um das geht es gar nicht. Die wollen. Die wollen sogar viel mehr.“ (LW_6)

Das Projekt kommt in den Gesprächen gut an, die Menschen sind an der Vorgeschichte und an der Erzählung, dass Social Prescribing in Großbritannien bereits länger Teil des Gesundheitssystems ist, interessiert. Dies macht es einfacher, das eigene Vorhaben zu erklären. Social Prescribing ist beispielsweise für ein/e Interviewpartner*in ein guter „Aufhänger“ für die Gespräche mit (potenziellen) Kooperationspartner*innen und den Austausch:

„Wenn ich nachdenke: Meine bisherigen Vernetzungstreffen waren nie unter zwei Stunden. Da tauscht man dann sehr viel aus. Ich persönlich nutze eher das Wort ‚Social Prescribing‘, ich finde das ist ein gutes Wort zum Erklären. Und erst dann kommt man in die Themen, was wir dazu beitragen können. Und ich finde, erst das trägt dazu bei, dass das eine tragfähige Kooperation ist.“ (FG_LW)

4.5.3. Herausforderungen

Netzwerkarbeit ist, wie weiter oben beschrieben, per se **zeitaufwändig** und eine **langfristige** Arbeit – die Pflege eines bestehenden Netzwerks ist mindestens ebenso relevant wie der Aufbau eines solchen. Eine Person mit Link Working-Funktion beschreibt den Bedarf so:

„Das habe ich mir auch aus den Link Working-Schulungen mitgenommen: Dass es eigentlich zwei verschiedene Personen bräuchte, einmal eine Person für Netzwerkmanagement und Netzwerkaufbau und eine für Link Working.“ (LW_8)

Es ist wichtig, dass **Vertrauen** in die Netzwerkpartner*innen vorhanden ist und die Partnerschaft auf „guten Beinen“ steht. Den Link Working-Fachkräften aus den Modellregionen ist es wichtig, die Patient*innen mit einer Weiterverweisung nicht erneut zu belasten oder zu stigmatisieren:

„Da sind dann Vulnerabilitäten in großen Ausmaßen da, das muss man sich genau anschauen, wo man die hinschickt. Und dann ist die Netzwerkarbeit wahnsinnig wichtig, dass die fundiert ist.“ (FG LW)

Dieser Vertrauensaufbau benötigt Zeit. Gesucht werden auch Angebote, die über einen lustvolleren Zugang zu Gesundheit verfügen und nicht unbedingt Problematiken in den Vordergrund rücken (ein/e Gesprächspartner*in nennt das Beispiel der „Schuldnerberatung“ im Unterschied zu positiv konnotierten Angeboten, wie Bewegungsangeboten etc.). Der zeitliche Aufwand ist also durchaus eine Herausforderung im Netzwerkaufbau – jedoch lohnt er sich, um eine Passgenauigkeit der Angebote und eine Win-Win-Situation zu gewährleisten.

Die richtigen Kooperationspartner*innen für die **Bedarfe** der **Zielgruppe** zu finden, ist essenziell. Es müssen passende und niederschwellige Angebote sein, die vermittelt werden können (siehe vorheriges Kapitel), damit die Modellregionen im Sinne der Patient*innen handeln können.

Weitere Herausforderungen in Bezug auf Zugangsvoraussetzungen bzw. -beschränkungen werden im **ländlichen Raum** und Grenzgebieten genannt, da manche Angebote an ein Bundesland gekoppelt sind und nicht von Bewohner*innen eines angrenzenden Bundeslandes besucht werden können. Zudem sind manche Angebote räumlich sehr weit entfernt.

Als eine weitere Hürde wird erkannt, dass manche **Angebote** selbst nur sehr **eingeschränkt** verfügbar seien, beziehungsweise die Ansprechperson nur wenige Stunden zur Verfügung und daher auch für eine Netzwerkarbeit mit den Modellregionen keine Zeit habe.

Angebote, die spezialisiert sind und so in Summe für eine Vielfältigkeit in der Angebotslandschaft sorgen können, werden teils von den Modellregionen vermisst. Als Beispiele werden genannt:

- Freizeitangebote
- Senior*innenberatung
- Wohnberatung
- Angebote für Magersucht, speziell bei jungen Frauen
- mehr Angebote für Diabetes-Patient*innen
- Gewaltschutzzentren

Teilweise fehlt den Modellregionen auch ein leichter Zugang zu Dolmetscher*innen.

Die **Covid-19-Pandemie** wird als große Herausforderung im Netzwerkaufbau und auch in der Weiterverweisung gesehen. Viele Treffen und Angebote (z. B. Selbsthilfegruppen) wurden abgesagt, *„der Informationsfluss wird eigentlich wieder gecuttet.“* (FG_6) Die Modellregionen überlegen, wie sie dies für die Patient*innen kompensieren und die Informationen trotzdem zur Verfügung stellen können. In Summe ist die Netzwerkarbeit eine laufende Arbeit, die auch immer wieder aktualisiert werden muss – insbesondere in Zeiten der Pandemie.

Die Netzwerkarbeit beinhaltet auch, **Vorurteile** gegenüber medizinischen Einrichtungen abzubauen. Kooperationspartner*innen müssen wohl manchmal überzeugt werden, dass auch Ärzt*innen soziale Bedarfe erkennen können und dementsprechend das Link Working-Projekt von Relevanz ist.

Die Kontakte zu **größeren Organisationen**, sozialen Dienstleistern und Behörden sind manchmal schwieriger für die Fachkräfte mit Link Working-Funktion. Diese größeren Organisationen handeln oft anonym und seien nicht so unmittelbar erreichbar. Als Beispiel wird ein „Rückrufticket innerhalb von 48 Stunden“ genannt. Die zuständigen Fachreferent*innen der Organisationen rufen auf eine Anfrage hin innerhalb von zwei Tagen zurück – die Fachkraft mit Link Working-Funktion muss dann hoffen, dass sie zum Zeitpunkt des Rückrufs auch erreichbar ist.

Außerdem wird erwähnt, dass manche dieser Kooperationspartner*innen befürchten, durch eine starke Kooperation vermehrt Fälle zugewiesen zu bekommen, die sie nicht mehr abdecken können. Hier werden also mögliche Grenzen in den Zugeständnissen großer Träger identifiziert.

Die knapp bemessene Zeit des Projektes bzw. das **Ende des Projektes** wird ebenfalls in Zusammenhang mit dem Netzwerkmanagement und Kooperationsaufbau angesprochen. Die Interviewpartner*innen befürchten, dass *„es bei den Organisationen nicht gut ankommen wird, wenn wir jetzt einen Beziehungsaufbau starten und nach sechs Monaten eigentlich nichts mehr kommt von uns, weil keiner mehr Zeit zur Verfügung hat, das wäre eigentlich sehr schade.“* Es wird befürchtet, dass *„diese Funktion nach dem halben Jahr vielleicht gar nicht mehr gebraucht wird. [...] Es geht dann nur darum [die Informationen] zu erhalten – sie zu aktualisieren.“* (FG_LW)

4.5.4. Good Practices

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

Neben dem Vorteil einer Erkenntnis, wie viele Angebote oft bereits vorhanden sind, die potenziell wichtig für die eigene weitere Arbeit sind, ist es ein großer Gewinn auf regionaler Ebene, wenn es gelingt, in der Netzwerkarbeit die Angebote auch **untereinander zu vernetzen** und „zusammenzubringen“. Es wird erkannt, dass ein Netzwerk davon stark profitiert:

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

Bei Angeboten und Netzwerkpartner*innen, die in ihrer Kernarbeit eventuell weniger mit benachteiligten Personengruppen zu tun haben und vielleicht auch medizinische Bedürfnisse

nicht berücksichtigen, ist der Kooperationsaufbau ein bisschen aufwändiger, wie eine Fachkraft mit Link Working-Funktion beschreibt. Wenn es hier gelingt, mit Gesprächen **Verständnis** und Kooperation **aufzubauen**, ist viel erreicht.

Gute Kontakte aus dem Netzwerk machen mitunter auch einmal eine **Ausnahme** bei bestimmten **Aufnahmekriterien** für die Patient*innen.

Es werden – wie oben beschrieben – auch **eigene**, neuartige **Projekte initiiert** bzw. unterstützt, wenn kein passendes Angebot gefunden werden kann, aber Bedarf vorhanden ist:

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

Hier geht es um kleinere Initiativen in der näheren Nachbarschaft oder in der Region, die gemeinsam mit bzw. zwischen Partner*innen organisiert werden. Diese seien eine gute Möglichkeit für manche Modellregionen, Angebote setzen zu können. Hier einige **Beispiele** für selbst gesetzte Initiativen, teilweise **partizipativ** mit Patient*innen auf Basis von deren Ideen entstanden:

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

Diese eigenen Initiativen werden zunächst im Team besprochen, damit auch abgeklärt werden kann, ob ein solches Angebot zum eigenen Konzept passt.

Bei der weiteren Ausgestaltung der Projekte wird darauf Wert gelegt, dass die Angebote neben der inhaltlichen Schwerpunktsetzung auch immer das Ziel haben, dass es in der Gruppe einen guten Austausch und ein soziales Miteinander gibt. In der Zusammenarbeit mit den Fachkräften, die diese Gruppen und Projekte dann teilweise anleiten oder begleiten, stand also immer auch der soziale Aspekt, den diese Gruppen und Initiativen mit sich bringen, im Vordergrund.

Die entstehenden Gruppen benötigen meist laufende Unterstützung und Begleitung durch die Modellregionen. Es kann nicht erwartet werden, dass die Gruppen selbstständig weitergeführt werden.

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

4.5.5. Netzwerkkarten

In den Interviews mit Fachkräften mit Link Working-Funktion wurden individuelle egozentrierte Netzwerkkarten erstellt. Dabei ging es um Personen oder Organisationen (sowohl intern als auch extern), die für die Arbeit der einzelnen Personen wichtig sind. Dabei gibt es weniger

wichtige und sehr wichtige Akteur*innen. Im Mittelpunkt der Karten, die in den Interviews angefertigt wurden, stand die jeweilige Fachkraft, die konzentrischen Kreise symbolisierten die Wichtigkeit und Nähe zu ihr. In diese Kreise konnten Personen, Organisationen und Institutionen gesetzt werden.

Im ersten Kreis stehen Organisationen und Personen, die für die eigene Arbeit sehr wichtig sind, bzw. sehr großen Einfluss haben. Dieser Einfluss nimmt mit der Entfernung vom Zentrum ab, im äußersten Kreis stehen Personen und Organisationen, die für die Arbeit weniger wichtig scheinen, bzw. weniger Einfluss haben. Bei der Besprechung der Netzwerkkarten war uns neben den Namen der eingezeichneten Organisationen/ Personen auch wichtig, warum diese in dem spezifischen Kreis stehen und ob die Distanz dazwischen etwas bedeutet (siehe auch Leitfaden zum Interview im Anhang).

Für die zusammenfassende Darstellung wurden die jeweils genannten Personen/ Institutionen/ Organisationen ihrer durchschnittlichen Verortung nach auf die einzelnen Kreise verteilt. Stehen sie in mehreren Kreisen, kennzeichnet dies eine Nennung in verschiedenen Kreisen durch die Befragten. Je größer die Bezeichnung der Personen/ Institutionen/ Organisationen usw., desto häufiger die Nennung. Aus der Häufigkeit aller Nennungen und der Verortung in den Kreisen ergibt sich die folgende zusammenfassende Netzwerkkarte (siehe Abbildung):

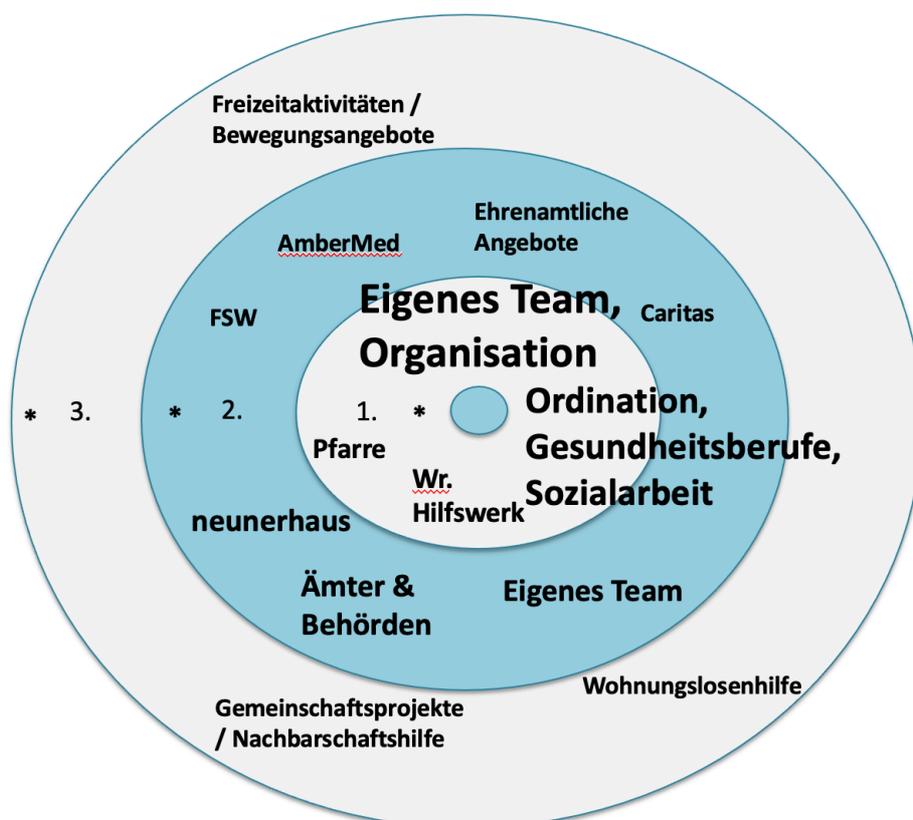


Abbildung: Zusammenfassende Netzwerkkarte

Ergänzende Einzelnennungen werden aufgrund des Platzes mit einem Stern * gekennzeichnet und sind hier zusammengefasst zu finden:

1. (innerster) Kreis: * bedeutet Einzelnennungen wie: Bürgermeister*innen/ Gemeinden, Dolmetscher*innen, Rechtsberatungsstellen, Beratung für finanzielle Grundsicherung, Kriseninterventionszentrum, Wiener Sozialdienste, Stadtteileinrichtung Margaretenbad, AIDS-Hilfe Wien, LogIn, Sprungbrett, FEM, Thema Demenz, Thema Sucht, Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen, Non-Profit-Caféhaus, Regionalforum, FSW.

2. (mittlerer) Kreis: * bedeutet Einzelnennungen wie: Pfarrer, diverse Beratungsstellen (Recht, Frauen, Arbeitsmarkt, Schwangerschaft, Sucht, Wohnungslosigkeit), bestehende Gesundheitsförderungsangebote: ÖGK, Gesundheitsfonds Steiermark, IfGP, Psychosozialer Dienst, Wiener Hilfswerk, Omega und Zebra (Psychotherapie für Menschen mit Migrationshintergrund), Verein GIN, Verein Courage, Lila Villa, Diversity Care, Waff Arbeitsintegration, Gesellschaftsförderung seelischer Gesundheit, Theater auf Rezept.

3. (äußerer) Kreis: * bedeutet Einzelnennungen wie: AMS, PVA, GFSG (psychosoziale, psychiatrische, ambulante Leistungen), Beratungsstellen rund um Migration und Sucht, Fachärzt*innen und niedergelassene Therapeut*innen, Angebote für Kinder (z. B. ZOOM Kindermuseum, WienXtra), Pflegedrehscheibe, Teamleitungen Sozialarbeit („Die hätte ich gerne noch näher bei mir“), Grätzlpolizist.

Gänzlich fehlen würden Angebote für Diabetes und Schuldnerberatung, so je eine Modellregion.

Auf der zusammengeführten Netzwerkkarte sind die **eigene Einrichtung** und das **eigene Team** bei einem Großteil der Befragten sehr nah am „Ich“ und in dem Kreis mit den sehr wichtigen Personen und Einrichtungen. Auch im 2. Kreis kommen sie öfters vor.

Auch wenn sich die einzelnen Netzwerkkarten zwecks der besseren Visualisierung zu einer gesammelten Netzwerkkarte zusammenfügen lassen, werden die **individuellen Ausgangslagen** der jeweiligen befragten Modellregion erneut deutlich. Sowohl die **regionale Streuung** als auch die passgenauen Angebote für die **spezifischen Zielgruppen** der Modellregionen werden durch die vielen Einzelnennungen im Netzwerk ebenfalls gut sichtbar. Einige Faktoren tauchen im Netzwerk mancher Modellregionen gar nicht auf, andere an anderer Stelle. Für einige sind bestimmte Personen oder Institutionen essenziell, für andere nicht präsent oder nur im äußersten Kreis.

Die Netzwerkkarten können also Aufschluss darüber geben, welche Faktoren im Netzwerk hilfreich und unterstützend sind. Gleichzeitig zeigen sie auch auf, welche Personen, Institutionen und Organisationen nicht so sehr im individuellen Zentrum stehen und keine große Rolle im Netzwerk spielen.

Ein tragfähiges Netzwerk hat letztlich die Aufgabe, innerhalb des Pilotprojektes den Bedürfnissen der Patient*innen begegnen zu können. Im nächsten Kapitel wird es um die Erfahrungen der Patient*innen mit dem Pilotprojekt und dem Prozess darin gehen.

4.6. Erfahrungen der Patient*innen

Im Zuge der Evaluation konnten insgesamt sechs Interviews mit Patient*innen geführt werden, welche in einem Social Prescribing-Prozess über die Personen mit Link Working-Funktion zu gesundheitsfördernden Angeboten vermittelt wurden. Die jeweiligen Hintergründe dieser Beispiele werden nun kurz dargestellt. Da die Kontaktaufnahme zwischen den Evaluators*innen und den Patient*innen über Personen mit Link Working-Funktion erfolgte, wurden vermutlich eher erfolgreiche Fälle weitervermittelt – was eine Art Bias darstellen kann.

Patient 1 berichtete von zwei Link Working-Prozessen. Der erste betrifft den Bruder des Patienten. Dieser hatte einen Schlaganfall und verlor dadurch die Fähigkeit, „richtig zu sprechen“.

„Er kann sich nur sehr schwer artikulieren. Wenn er kein Bild dazu hat, dann wird es ganz schwierig. Er braucht immer ein Bild dazu. Und das fehlt ihm natürlich oft. Und da wird's ganz schwierig, einfach draufzukommen, was er meint.“ (P_1)

Er wurde in einer Modellregion/ PVE behandelt und nahm dort das Angebot des Link Working wahr. Er wurde im Zuge des Prozesses an ein Angebot weitervermittelt, bei welchem Menschen, die normalerweise alleine kochen, für Menschen, die normalerweise alleine essen, Mahlzeiten zubereiten. Es handelte sich demnach um ein Angebot für Gemeinschaftspflege beziehungsweise -aufbau.

„Sie kümmern sich dann nicht nur um ihn, sondern es gibt eine ganze Reihe von Leuten, die dort kochen, die da Unterstützung brauchen.“ (P_1)

Es wird vom Interviewten betont, dass dieses Angebot hilfreich für den Bruder (gewesen) sei.

„Es ist natürlich ganz wichtig für ihn, dass er dort ein bisschen gefördert wird.“ (P_1)

Der Interviewpartner selbst (Patient 1) selbst hat hingegen Probleme mit der Halswirbelsäule. Auch er wurde in der PVE behandelt und geht dort zur Physiotherapie.

„Und die Physiotherapeutin, die im Projekt mit dabei ist, hat mich dann gefragt, ob ich das nicht machen möchte.“ (P_1)

Von dort wurde er von der Physiotherapeutin zu einem Angebot vermittelt, welches einerseits medizinisch motiviert ist, andererseits aber auch zu einer stärkeren sozialen Einbindung und Empowerment durch Gruppenangebote dienen kann. So sollten seine Bewegungs- und Ernährungsgewohnheiten verbessert werden. In diesem Gruppenangebot gibt es inhaltlichen Input zu gesunder Ernährung und es werden physikalische Übungen, wie zum Beispiel Yoga, gemacht.

„Naja, einerseits ist das der Punkt Ernährung, den ich ganz wichtig finde, oder irgendwelche physikalischen Übungen. Da ist es wichtig, da dranzubleiben und das regelmäßig zu machen. Was wir gemacht haben, war Yoga. War sehr interessant. Männer sind da vielleicht weniger interessiert an solchen Sachen, aber mir persönlich hat das eigentlich sehr gut gefallen. Ich mach das auch daheim weiter.“ (P_1)

„Ich finde es sehr, sehr hilfreich.“ (P_1)

Patientin 2 ist eine Mutter, die – nach eigenen Angaben – kaum soziale Kontakte hatte und über wenig Informationen zu Betreuungsangeboten für ihr Kind verfügte. Ihr fehlte es an

Austauschmöglichkeiten mit anderen Müttern. Sie kam über ihren Hausarzt mit der Link Working-Fachkraft in Kontakt und wurde daraufhin zu einem Angebot vermittelt, welches ihr half, sozialen Anschluss zu finden.

„Da kennt man halt dann auch einfach keine Leute. Und dann hat eben der Dr. X gesagt: ‚Weißt du was? Du, schau einmal da hin, die helfen dir, dass du alle Kontakte kriegst.‘ Wie eben Spielegruppe, Krabbelgruppe etc. Ja, das habe ich dann gemacht. Und so bin ich eigentlich dazu gekommen.“ (P_2)

Dieses Angebot stellt eine Art Gesundheitscafé dar, bei welchem eine Sozialarbeiterin den Besucher*innen mit Rat und Tat zur Verfügung steht.

„Dann habe ich eben das Gesundheitscafé kennengelernt, dann bin ich dort einmal auf einen Kaffee gegangen. Eben auch, um unter Leute zu kommen, dass man einfach noch wen anderen kennenlernt. Da haben sich einfach die Gespräche entwickelt, und dann habe ich den Flyer gesehen von einem anderen Angebot, und dann hat sie mich auf das angesprochen und so ist das halt ins Laufen gekommen.“ (P_2)

Von der Sozialarbeiterin vor Ort hat sie ein weiteres Angebot vermittelt bekommen. Bei diesem ist die Patientin selbst als „Gesundheitspartnerin“ tätig und führt mit älteren Personen einmal im Monat Sportübungen durch, wofür sie auch eine kurze Schulung absolvieren musste.

„Das ist eben auch ein Programm, wo sie eben hergehen, dass ältere Leute, die nicht mehr so mobil sind und aufgrund von Corona nur zuhause sitzen, einen Ansprechpartner haben. Da kommt einer, der macht mit ihnen Übungen. Da kommt man halt auch wieder zu verschiedenen Leuten. Das ist halt speziell für ältere Leute.“ (P_2)

Patientin 2 spricht von positiven Veränderungen in ihrem Leben, welche durch die vermittelten Angebote herbeigeführt wurden.

„Ich kenne jetzt mehr Leute als vorher. Ich kann mich jetzt beruhigt auf meine Ausbildung konzentrieren, weil ich weiß, dass es Angebote gibt, wo ich mein Kind unterbringe. Ja, das ist einfach das Um und Auf, man kann neben dem Familienleben noch eine Ausbildung nebenbei machen. Dass sich das einfach unter einen Hut stecken lässt.“ (P_2)

„Ich muss sagen, ich bin jetzt viel mehr aktiv.“ (P_2)

Patientin 3 ist Hausfrau und pflegende Angehörige. Ihre Stiefeltern sind beide hochgradig pflegebedürftig, ihr Mann arbeitet Vollzeit, sodass sie die Pflege übernimmt. Nach Jahren der Pflege ist sie, nach eigenen Angaben, überlastet, sozial isoliert und hat psychische Probleme. Über ihren Hausarzt ist sie in Kontakt mit der Link Working-Fachkraft gekommen. Diese hat einerseits für die Stiefeltern verschiedene Angebote vermittelt, zum Beispiel eine Vorlese-Patin, neue Pfleger*innen, einen Besuchsdienst sowie ein Palliativ-Team. Andererseits konnten auch der Patientin verschiedene Angebote nähergebracht werden. So ist sie nun in Psychotherapie und in einer Nordic Walking-Gruppe.

„Ich bin jetzt mit so einer Gruppe mitgegangen zum Walken, also, für mich, um den Kopf freizukriegen.“ (P_3)

Sie äußert große Dankbarkeit gegenüber der Person mit Link Working-Funktion, welche ihr sehr geholfen habe:

„Und man ist dann wirklich dankbar, wenn man jemanden trifft, der, der, der versucht, einem wirklich weiterzuhelfen. Und das finde ich von der Frau X sehr, sehr, also wirklich optimal, gell.“ (P_3)

Bei diesem Fallbeispiel hat die Person mit Link Working-Funktion die Patient*in über den Link Working-Prozess hinweg intensiv betreut und ist – nach eigener Interpretation – in ihre Rolle als Sozialarbeiter*in gewechselt: Vermittelte Angebote wie eine Nordic Walking-Gruppe adressieren ein gesundheitsrelevantes Problem. Andere soziale Problemlagen der Patientin konnten hingegen nur von einem/einer Sozialarbeiter*in bearbeitet werden.

Patientin 4 berichtete über familiäre Probleme und damit einhergehende Depressionen und Schlafstörungen. Auch sie wurde über ihren Hausarzt, an welchen sie zunächst wegen ihrer Rückenschmerzen herangetreten war, an eine Person mit Link Working-Funktion weitergeleitet.

„Na, der praktische Arzt ist eh in dieser Ordination und ich habe schon ein bisschen Probleme mit meinem Mann und Depression und Schlafstörungen. Und die Frau Doktor hat mir gesagt: ‚Wir haben eine Beratung. Wenn Sie wollen, machen Sie schon einen Termin aus und dann schauen wir mal weiter.‘ Und ja. Ja, ich habe einen Termin gemacht und es war so super, sie hat mir wirklich geholfen und dann habe ich immer einen Termin gemacht und es war immer besser und besser.“ (P_4)

Der Kontakt zwischen Patientin und Link Working-Fachkraft verlief recht intensiv. Sie trafen sich über mehrere Monate hinweg ungefähr alle zwei Wochen. Neben intensiven Gesprächen, die der Patientin bereits sehr gutgetan haben, wurde sie im Zuge des Link Working zu einem Bewegungsangebot (Yoga) vermittelt.

„Sie hat mir etwas, so eine Nummer, gegeben für Yoga und noch für Beratungen und psychologische Beratungen. Und ja, sie hat mir wirklich geholfen, sie hat viele Adressen.“ (P_4)

Sie sprach in höchsten Tönen von der Beratung und der Person mit Link Working-Funktion, welche ihr sehr geholfen habe.

„Ja, sie ist wirklich für mich wie so ein Engel, ja.“ (P_4)

Patientin 5 berichtete weder von physischen Beschwerden noch über gesundheitsrelevante Bedürfnisse. Dennoch kam die Patientin auch über die Hausärztin in Kontakt mit der Link Working-Fachkraft.

„Und die Frau X [Hausärztin] kennt sozusagen auch meine Krankengeschichte, unter anderem auch, sage ich mal, psychische Hintergründe, und sie hat mich quasi weiterempfohlen, dass ich mal zur Frau Y gehe. Sie hat mir die Daten übermittelt, einen Termin übermittelt und genau, dann hatte ich das Gespräch mit der Frau Y.“ (P_5)

Auch hier gab es viele Treffen über mehrere Monate hinweg. Neben der sozialarbeiterischen Beratung wurden ihr mehrere Angebote vermittelt: ein Meditationskurs und Nachhilfe.

„Und die Frau Y hat mich sozusagen erst super beraten. Sie ist auf jedes Thema eingegangen, was mich belastet, körperlich sowie psychisch, und hat mit mir nach Lösungen geschaut, Anlaufstellen geschaut, ja, dass es mir sozusagen besser geht.“ (P_5)

„Sie war stets für mich da. Also, einmal im Monat bin ich zu ihr gegangen und wir haben halt immer wieder darüber geredet. Dann, wie der Stand der Dinge ist, ob es geholfen hat, was sie mir vorgeschlagen hatte, genau, ja.“ (P_5)

Sie fühlte sich von der Link Working-Fachkraft sehr unterstützt und nimmt die vermittelten Angebote als sehr hilfreich wahr.

Patientin 6 führte an, dass sie Diabetikerin sei und unter Depressionen litt. Sie wurde von ihrem Hausarzt an die Link Working-Fachkraft überwiesen. Mit dieser gab es zwei Beratungstreffen (Hausbesuche) von je einer Stunde. Dabei wurden ihr verschiedene Angebote vorgestellt. Erfolgreich war dann eine Vermittlung einer Art Telefondienst/ Sozialarbeit. Bei diesem Dienst kann die Patient*in regelmäßig anrufen, um mit jemandem zu sprechen. Es gab hier jedoch auch persönliche Treffen.

„Ja, und mit der habe ich öfters telefoniert. Weil immer, wenn es mir sehr schlecht gegangen ist, wenn es schirch war, nebelig, oder ich verzweifelt war, dann habe ich die X angerufen und sie hat mich dann immer getröstet. Und jetzt rufe ich sie immer nur im positiven Sinne an, weil dann können wir miteinander lachen.“ (P_6)

Für das vermittelte Angebot war sie sehr dankbar.

„Jetzt bin ich wieder fit wie ein Turnschuh.“ (P_6)

„Aber für mich war die [Person mit Link Working-Funktion] wirklich super, die zwei Mal haben mich richtig gefreut, weil da habe ich wirklich reden können die zwei Stunden lang. Da haben wir halt diverse Themen angeschnitten.“ (P_6)

„Man braucht nicht immer einen Doktor, man braucht jemanden zum Reden.“ (P_6)

In den Interviews mit den Link Working-Fachkräften wurden noch **weitere positiv verlaufende Vermittlungsbeispiele** genannt. Diese werden an dieser Stelle exemplarisch angeführt:

„Ja, also, was gut gelungen ist, das sind, ich glaube, eh zwei Leute, die bei X angedockt sind und die das super finden, von denen ich es weiß. Ich glaube, vermittelt habe ich sie wegen einem Bewegungsangebot und dort sind sie dann draufgekommen. Es gibt da auch Kochen und alles Mögliche. Und ich glaube, also, das weiß ich auch, dass die sehr gut eingebunden sind dort. Ein Beispiel von einem jungen Mann, der Asylstatus oder subsidiären Schutz hat, und wo es gelungen ist, dass der jetzt noch im Herbst in einen VHS-Kurs mit Pflichtschulabschluss reinkommt.“ (LW_4)

„Zum Beispiel einen Mann mit psychischer Erkrankung, der ist eigentlich nicht gruppenfähig. Also, das ist unmöglich, den in eine Gruppe zu integrieren. Aber er nutzt das „Gesund-Büro“ [= Projektnamen] regelmäßig, trinkt da seinen Kaffee. Er ist so ein Computerfreak und hat jetzt zum Beispiel einen Computer installiert, der ist für die Allgemeinheit. Und das ist halt so seine, seine Wichtigkeit, und er versucht halt dadurch auch irgendwie anzudocken, ja und was Sinnvolles zu tun, ja.“ (LW_5)

„Also, ich habe eine langjährige Klientin, die fällt mir jetzt ad hoc ein, die begleite ich schon seit 2019. Und bei der hat der Prozess jetzt lange gedauert. Und im Zuge von Social Prescribing bin ich dann wieder auf ganz andere Dinge draufgestoßen, was man ihr anbieten kann, von Musiktherapie über Malen und gestaltpädagogischen Workshop bis zu einem

Bewegungsangebot. Und das war jetzt jahrelang wirklich ein bisschen schwierig mit ihr: Jede Woche beim Arzt und gerade arbeitslos und alleinerziehend und alles nur schwer. Und irgendwie hat sie diese chronischen körperlichen Probleme nie über die psychische Komponente gespiegelt, sondern immer gesagt: ‚Nein, ich muss ja das noch durchchecken und da habe ich eine Unverträglichkeit und da habe ich Magenweh.‘ Und inzwischen ist die wirklich gut bei einem Angebot angedockt und es geht jetzt sogar so weit, dass sie irgendwie ein bisschen ein besseres Körper-Psyche-Gefühl hat, sage ich jetzt ganz salopp, dass sie jetzt sagt: ‚Nein, vielleicht sind es doch Panikattacken und vielleicht ist da doch irgendwas.‘ (LW_7)

4.7. Nutzen und wahrgenommene Wirkung von Social Prescribing

Der Nutzen von Social Prescribing wurde als sehr vielfältig beschrieben. Es handelt sich bei den Ausführungen um die individuellen Wahrnehmungen der Befragten und demnach nicht um eine Wirkungsanalyse mit quantifizierbaren Aussagen. Im Folgenden werden die Wirkungen auf drei Ebenen dargestellt: auf der Makroebene (Gesellschaft und Gesundheitssystem), der Mesoebene (Einrichtungen) und der Mikroebene (Patient*innen).

4.7.1. Nutzen von Social Prescribing für die Gesellschaft und das Gesundheitssystem – Makroebene

Umfassend diskutiert wurde in den Fokusgruppen mit den Einrichtungen, aber auch in der Steuerungsgruppe von Social Prescribing, der hohe gesellschaftliche Nutzen und der Nutzen für das Gesundheitssystem.

„Social Prescribing hat einen großen Nutzen für die gesamte Gesellschaft, da es dazu beiträgt, Gesundheit und soziale Bedürfnisse vermehrt zu integrieren.“ (FG_7)

Das Projekt leistet einen **Beitrag zum Paradigmenwechsel** eines rein medizinischen Modells der Gesundheit und Gesundheitsförderung hin zum bio-psycho-sozialen Modell. Social Prescribing ermöglicht im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft eine stärkere Wahrnehmung nicht medizinischer, aber gesundheitsrelevanter Bedürfnisse der Patient*innen. Darüber hinaus kann das Projekt auch stärker sichtbar machen, dass Primärversorgungseinrichtungen nicht nur rein medizinische Behandlungen durchführen.

„Es entsteht ein öffnendes Bewusstsein der Medizin und die Verschränkung von Sozialem und Medizin. Es entsteht eine Ausweitung des Gesundheitsverständnisses der Menschen. Gesundheit ist nicht nur das Gegenteil von Krankheit. Die Seele muss auch mit reinspielen.“ (FG_4)

„Social Prescribing ist ein Schlaglicht darauf, dass soziokulturelle Aspekte wichtig sind für eine ganzheitliche Gesundheit.“ (FG_2)

„Als Gesundheitseinrichtung hat man oft den Stempel, dass man kommt, wenn man krank ist. Oft ist es nicht so klar, dass wir auch andere Dinge anbieten. Das kann durch diese Projekte verbessert werden.“ (FG_5)

Primärversorgungseinrichtungen und Einrichtungen des niedergelassenen Bereichs, die Social Prescribing durchführen, können eine wichtige Rolle darin spielen, eine holistische

Perspektive auf Gesundheit einzunehmen und **verschiedene Disziplinen und Professionen im Gesundheitssystem für das Wohle der Patient*innen zusammenzubringen**.

„Es werden Spuren hinterlassen in all diesen Einrichtungen. Es ist Wissen generiert worden, Kontakte aktiviert. Aus meiner Sicht kann es nicht nicht erfolgreich sein. [...] Man hat hier ein Zentrum geschaffen mit unterschiedlichen Disziplinen, die aufeinander zugehen.“ (FG_3)

Insbesondere die durch das Projekt verstärkte **Vernetzung zentraler Angebote** im Primärversorgungsbereich und der Gesundheitsförderung wird als große Bereicherung durch das Projekt gesehen. **Sozialraumorientiertes Denken** wird durch das Projekt somit weiterentwickelt und in der Primärversorgung geschaffen. Durch Social Prescribing gelingt eine Verlinkung zwischen verschiedenen Angeboten, insbesondere der Disziplinen Medizin und Sozialarbeit, so hebt eine Einrichtung hervor:

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

Schließlich bietet Social Prescribing aus Sicht einiger Einrichtungen auch das Potenzial, **Inklusion** nicht nur theoretisch zu denken, sondern auch **zu leben**, indem neue Räume für einige Patient*innen eröffnet werden, die bisher nicht zugänglich waren.

„Hochschwellige Angebote, zum Beispiel Gruppen, in denen normalerweise sozial schwächere Menschen nicht integriert sind, müssen und können auch durch SP überwunden werden. Das hat positive Konsequenzen: Das verändert einerseits die aktive Gruppe und andererseits die Gesellschaft, da dies gelebte Inklusion wird.“ (FG_7)

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

4.7.2. Nutzen von Social Prescribing für die Einrichtungen – Mesoebene

Auch auf Ebene der Einrichtungen, das heißt der Primärversorgungseinrichtungen und des niedergelassenen Bereichs, wurden vielerlei Wirkungen erkannt.

Besonders prominent in den Ausführungen war der Mehrwert von Social Prescribing für mehr **Klarheit, Wissen und eine stärkere Sensibilisierung** auch innerhalb des Teams für nicht medizinische, aber gesundheitsbezogene Bedürfnisse der Patient*innen.

„Ich glaube, dass es für meine Teamkolleginnen vielleicht noch klarer geworden ist: Sozialarbeit, Link Working, Zuweisungen, Indikationen. Weil wir halt im Team mehr zu diesem Thema der nicht medizinischen Bedürfnisse gearbeitet haben und einfach jetzt alle ein bisschen mehr den Fokus darauf haben.“ (LW_7)

Wahrgenommen wurde in den Einrichtungen, dass die **Fachkraft mit Link Working-Funktion** durch das Projekt viel stärker vom Gesamtteam als **Ressource** gesehen und genutzt wird.

Angeregt wurde darüber hinaus die **interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team**. Zudem konnte das Projekt dazu beitragen, dass sich die Fachkräfte selbst als wirksam und

wirkmächtig empfinden in ihrer Tätigkeit. Geschildert wurden eine **Schärfung des eigenen Berufsverständnisses** und eine **Stärkung des eigenen Selbstbewusstseins** im Berufsalltag.

„Bei uns ist es einfach so, dass wir alle total Spaß daran haben, dass wir so innovativ arbeiten können und dass wir wirklich auch den Eindruck haben: Das ist so sinnvoll und auch erfolgsversprechend. Ja, man sieht einfach die gute Wirkung so gut bei dem Projekt. Und beim PVE-Team habe ich auch das Gefühl, dass alle mit einem großen Spaß dabei sind, dass alle auch die Sinnhaftigkeit total gut erkennen. Ja, dass jeder eigentlich diesen Bedarf bei den Patientinnen auch feststellt und froh ist, dass er da jetzt auch was anbieten kann, in dem Moment dann, wo das rauskommt. Es fördert auch wieder diese interdisziplinäre Arbeit auf Augenhöhe zwischen den verschiedenen Disziplinen. Bei uns im Team habe ich wirklich das Gefühl, es gibt eine Augenhöhe, also gerade auch so, dass die Ärzte den Therapeutinnen und den Sozialarbeitern einfach das auch zutrauen, da selbst auch Entscheidungen zu treffen. Es muss nicht alles immer nur über den Arzt laufen, wenn es einfach nicht das Thema des Arztes ist. Also, auch dieser Prozess schärft einfach noch einmal so das eigene Berufsverständnis vom Berufsbild ... Wer ist wofür zuständig? Und wie laufen die Zuweisungen? Das hat sich echt alles total gut eingespielt und es ist, glaube ich, ein klarer Vorteil auch im Team, wenn man sich mit diesen Themen auch laufend beschäftigt.“
(LW_5)

In diesem Zitat wurde auch ein weiterer wahrgenommener Nutzen von Social Prescribing angesprochen: Nämlich die **Entlastung der Ärzt*innen** durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit auf Augenhöhe. Die Ärzt*innen sind nicht mehr alleine für das Wohlbefinden der Patient*innen zuständig und können im besten Fall auch Entscheidungsmacht abgeben und damit wertvolle Zeitressourcen gewinnen. Dies schilderte in einer Fokusgruppe ein befragter Arzt aus seiner Perspektive:

„Ich bin so glücklich. Ich muss nicht mehr das Gefühl haben, dass ich die Leute wegschicken muss, ohne sie umfassend behandelt zu haben.“ (FG_4)

4.7.3. Nutzen von Social Prescribing für die Patient*innen – Mikroebene

Wie bereits im Kapitel 4.6. herausgearbeitet wurde, zeigt sich eine Wirkung bei den Patient*innen in vielerlei Hinsicht. Sowohl die Praktiker*innen als auch die Patient*innen selbst schildern, einen **großen Nutzen auf individueller Ebene der Patient*innen** durch das Social Prescribing wahrgenommen zu haben. Fachkräfte mit Link Working-Funktion berichteten in den Interviews mehrfach von direkten Rückmeldungen der Patient*innen dahingehend, dass ihnen der Prozess sehr geholfen habe. Dabei wurden von den Fachkräften unterschiedliche Wirkungen wahrgenommen: Geschildert wird ein **Anstoßen der sozialen Teilhabe** der Patient*innen, ein **Bewusstsein für soziale Gesundheitsthemen** und eine **Steigerung der Lebensqualität**. Darüber hinaus nehmen die Fachkräfte an bzw. konnten teilweise beobachten, dass sich auch die **Krankheitsverläufe gebessert** hätten bzw. eine Reduktion des Schmerzempfindens herbeigeführt wurde.

Die Wahrnehmungen der befragten Praktiker*innen hinsichtlich der Wirkungen für Patient*innen decken sich mit den Schilderungen der Patient*innen selbst. Für alle sechs befragten Patient*innen war Social Prescribing hilfreich. Es zeigten sich Wirkungen aus subjektiver Sicht in folgenden Bereichen, die mit Zitaten der Patient*innen exemplarisch beschrieben werden:

- **Entlastung durch ein Gegenüber, welches die Hand reicht, zuhört und Antworten parat hat:**

„Sie hat mir ihre Hand gereicht, und es hat sehr vieles erleichtert.“ (P_5)

„Man braucht nicht immer einen Doktor, man braucht jemanden zum Reden. Und die Ärzte, die sind eh schon überlastet. Wenn ich zum Herrn Doktor komme und erzähle, wie es mir geht, dann sind es 10 Minuten, und dann muss ich hinaus. Bei der X habe ich dann eine Stunde lang reden können, und sie hat mir zugehört und hat sich alles aufgeschrieben.“ (P_6)

„Und wenn ich sie etwas frage, sie weiß die Antwort und wenn sie es nicht weiß, dann ruft sie an bei anderen Frauen. So habe ich immer eine Antwort.“ (P_4)

- **Lotsen durch Angebote:**

„Ich kann mich jetzt beruhigt auf meine Ausbildung konzentrieren, weil ich weiß, dass es Angebote gibt, wo ich mein Kind unterbringe. Ja, das ist einfach das Um und Auf, man kann neben dem Familienleben noch eine Ausbildung nebenbei machen. Dass sich das einfach unter einen Hut stecken lässt.“ (P_2)

- **Steigerung des Wohlbefindens:**

„Und wie gesagt, ich war vom September bis Oktober wirklich am Boden. Und im September habe ich mir gedacht, wenn es so weitergeht ... jetzt habe ich das innerlich akzeptiert, andere haben andere Krankheiten. Da kann man nichts machen. Und dann plötzlich ist alles anders geworden. Dann habe ich die Semester, die man eigentlich nur drei Monate nehmen darf, schon langsam absetzen können.“ (P_6)

- **Erweiterung des sozialen Netzwerkes:**

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

- **Steigerung der Aktivität und Schaffung von Anreizen:**

„Ich muss sagen, ich bin jetzt viel mehr aktiv. Ich tu‘ nicht nur sitzen und Daumen drehen.“ (P_2)

„Aber der Mensch ist halt so, er braucht immer ein bisschen einen Schubser.“ (P_1)

- **Erweiterung der Handlungsspielräume, neue Ideen und Inputs:**

„Ich musste immer auf zwei Füßen stehen und ich habe immer irgendwie das Ganze zu koordinieren und zu schaffen. Habe ich schon immer wieder auch geschafft, aber ich bin dann froh, wenn ich zwischendurch immer wieder wen habe, der auch einmal... damit man über das sprechen kann ... und dann vielleicht auch wieder neue Ideen hat, gell.“ (P_3)

- **Motivations- und kraftpendend:**

„Also, ich muss sagen, die Frau X ist eine Person, die einen sehr gut motivieren kann, die einem auch sehr viel Kraft geben kann. [...] Sie hat sich wirklich ins Zeug gelegt, um mir diese Stellen rauszusuchen und mir den Kontakt auch zu vermitteln zu den Personen direkt, dass ich auch einen Namen habe, zum Beispiel. Also, die Frau X hat mir sehr vieles erleichtert, wo ich nicht die Kraft gehabt hätte, dass ich das selber mache.“ (P_5)

Aufgrund dieser vielen positiven Erfahrungen schilderten alle Patient*innen, dass sie das Angebot des Link Working **wieder nutzen und es auch weiterempfehlen** würden bzw. in manchen Fällen bereits gemacht haben.

„Jetzt eigentlich haben wir das einmal so weit abgeschlossen ... aber ich weiß, wenn jetzt irgendetwas passiert, dass sich unsere Situationen wieder verändern, dann würde ich sie sofort wieder anrufen und sie würde, sie würde uns unterstützen. Das weiß ich hundertprozentig, da bin ich zweihundertprozentig sicher.“ (P_3)

4.8. Strukturelle Qualitätssicherung

Eine gelungene Implementierung von Social Prescribing und damit eine Sicherstellung der oben beschriebenen Wirkung auf allen drei Ebenen (Makro-, Meso- und Mikroebene) setzt eine umfassende strukturelle Qualitätssicherung voraus, und das sowohl innerhalb der Modellregionen als auch auf überregionaler Steuerungsebene. Die wichtigsten Erkenntnisse und Rückmeldungen aus den Erhebungen der Evaluation werden im Folgenden dargestellt.

4.8.1. Regionale Qualitätssicherung

Zur Umsetzung von Social Prescribing wurden in den Einrichtungen teilweise unterschiedliche Strukturen entwickelt, die die Qualität der Arbeit absichern sollen.

Eine wichtige Maßnahme zur Gewährleistung der Qualität innerhalb der Einrichtung ist die **interne Kommunikation** zwischen allen involvierten Akteur*innen. Wie bereits in Kapitel 4.1. und 4.2. eingehender beschrieben, stehen die regionalen Teams vor unterschiedlichen Herausforderungen bei der internen Implementierung und Sensibilisierung der Kolleg*innen hinsichtlich Social Prescribing. Zentral war eine interne Klarheit in der Kommunikation und hinsichtlich der Rollen im Social Prescribing-Prozess. In den Modellregionen wurden unterschiedliche Strategien entwickelt, um die interne Kultur der Kommunikation zu verbessern bzw. zu erhalten.

Einige Modellregionen setzen eigene **Teambesprechungen** (wöchentlich bis alle zwei Wochen) um. Diese dienen vor allem dazu, sich im Social Prescribing-Team über Themen der Sensibilisierung, des Link Working und des Netzwerkmanagements auszutauschen. Durch die strukturell implementierten regelmäßigen Besprechungen konnte die Expertise im Team (zu Zielgruppen, Arbeitsweisen und Netzwerkpartner*innen) gebündelt werden; sie erleichterten, so einige Modellregionen, die Arbeitsschritte. Für die Qualitätssicherung spielt auch die Multidisziplinarität im Team eine Rolle: Unterschiedliches Fachwissen dient einerseits dazu, Fallbesprechungen zu Patient*innen aus verschiedenen Blickwinkeln zu führen und andererseits dazu, das regionale Netzwerk hinsichtlich unterschiedlicher Angebote und Zielgruppen auszubauen. In einer Modellregion werden bereits monatliche **Fallbesprechungen** durchgeführt und damit sehr positive Erfahrungen gemacht, wie die folgende Schilderung zeigt:

„Wir haben auch gerne, also öfters Fallbesprechungen gemacht. Das ist sehr hilfreich. Manchmal nur in unserem Team, manchmal auch mit dem Verein gemeinsam, was überhaupt am spannendsten ist, weil es dann halt verschiedene Sichtweisen gibt. Das ist auf jeden Fall sehr, sehr hilfreich, weil man sich da auch zusammenspricht: Welche Maßnahmen sind schon gesetzt worden, welche sind vielleicht noch sinnvoll, welche sieht zum

Beispiel das medizinische Personal sinnvoll, welche die Sozialarbeit? Das ist sehr, sehr wichtig.“ (LW_1)

Genutzt wurden in einigen Einrichtungen auch **bestehende Besprechungsstrukturen**. Einige Modellregionen schilderten den Mehrwert, an größeren Besprechungen teilzunehmen und hier dafür zu sorgen, das Thema Social Prescribing als fixen Besprechungspunkt zu implementieren. Dies erhöht auch die Sensibilisierung der Einrichtung.

Für eine gelungene Kommunikation und bessere **Sichtbarmachung** für alle in den Social Prescribing-Prozess involvierten Personen, wurde als zentral erlebt, dass die Fachkraft mit Link Working-Funktion in ihrer Rolle auch wahrgenommen wird (siehe hier auch Kapitel 4.3.). Dazu zählen einerseits kurze Kommunikationswege (diese werden in den meisten Einrichtungen dadurch gewährleistet, dass die Fachkraft mit Link Working-Funktion direkt im Regelbetrieb räumlich angesiedelt ist) und andererseits eine eigene Telefonnummer und E-Mail-Adresse der Fachkraft. Zweiteres wird aufgrund der Unsicherheiten hinsichtlich der Weiterführung des Projekts derzeit von einigen Einrichtungen nicht umgesetzt, obwohl sie es als wichtig erachten würden, um die Kommunikation zu erleichtern und die Tätigkeit sichtbarer zu machen. Insbesondere bei der Zusammenarbeit mehrerer Praxen, die auf dieselben Link Working-Fachkräfte zurückgreifen, ist dies zentral.

Als einen weiteren Aspekt zur Qualitätssicherung innerhalb der Einrichtungen wurden **Angebote der Supervision und Intervision** gesehen. Obwohl diese erst in wenigen Teams umgesetzt werden konnten (dies liegt vermutlich auch an der kurzen Projektdauer), werden Möglichkeiten der Supervision und Intervision als notwendig erachtet, um eine hohe Qualität in der Arbeit zu gewährleisten.

Zentraler Bestandteil einer Qualitätssicherung ist auch ein internes **Dokumentationssystem**, welches einen guten Einblick in die einzelnen Fälle gibt und gewährleistet, dass im Krankheitsfall oder bei einem Mitarbeiter*innenwechsel wichtige Informationen nicht verloren gehen. Die Erfahrungen mit der Dokumentation sind in den Einrichtungen zumeist sehr positiv, dies betrifft vor allem das durch die GÖG bereitgestellte Dokumentationssystem hinsichtlich der „Bedarfs- und Vermittlungsdokumentation“ für Patient*innen, aber auch für Kooperationsangebote.

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

In einem Team wird angemerkt, dass die Dokumentation sehr ausführlich sei und daher nicht der Anspruch sein darf, „dass alles ausgefüllt werden muss. Dann wäre das Tool so nicht sonderlich sinnvoll.“ (FG_6) Herausfordernd erlebt wird hierbei, dass es in den jeweiligen Einrichtungen zumeist schon interne Dokumentationssysteme gibt. So galt es hier, die beiden Parallelsysteme ineinander zu integrieren und dabei darauf zu achten, den Zeitaufwand für Dokumentation nicht zu verdoppeln oder in einem Fall sogar zu verdreifachen. Zumeist kam es zu sehr einfachen Lösungen, dass nämlich bei der Vermittlung des Patienten/der Patientin zum Link Working in der bestehenden Dokumentation ein Verweis zur weiteren Dokumentation in der „Bedarfs- und Vermittlungsdoku“ gemacht wurde.

Um Maßnahmen zur Qualitätssicherung setzen zu können, sei es jedoch aus Sicht einiger Modellregionen wichtig, den Link Working-Fachkräften und den Netzwerkmanager*innen ausreichend **zeitliche Ressourcen** zur Verfügung zu stellen; einerseits hinsichtlich der

Projektlaufzeit und andererseits hinsichtlich der Wochenzeit. Welchen Umfang diese haben müssten, wurde nicht kommuniziert.

„Es gibt ein knappes Zeitfenster und wenig Ressourcen. Das macht es für uns schwerer und stellt eine Herausforderung dar. In kurzer Zeit muss hier viel bewegt werden.“ (FG_2)

4.8.2. Überregionale Qualitätssicherung

Die Modellregionen wurden durch die GÖG im Zuge der Projektumsetzung umfassend begleitet. Es wurden überregionale Strukturen und Tools geschaffen, die – aus Sicht der befragten Modellregionen – sehr relevant für eine Qualitätssicherung und ein gelungenes Arbeiten im Verlauf der wenigen Monate waren.

Die GÖG fungierte als eine Art Drehscheibe, indem nicht nur ein Monitoring der Projektfortschritte Ziel der Tätigkeit war, sondern eine umfassende Begleitung umgesetzt wurde, die den Einrichtungen von hohem Nutzen war. Ein Bereich der Qualitätssicherung auf regionaler Ebene wurde von den Einrichtungen darin gesehen, wichtige **Tools und Materialien als Arbeitshilfen** zur Verfügung gestellt zu bekommen. Diese umfassten einerseits die bereits angesprochenen Dokumentationsgrundlagen „Bedarfs- und Vermittlungsdoku“ sowie die Dokumentationsvorlage für Kooperationen, aber auch Checklisten zur Einführung von Social Prescribing, zum Prozesskonzept und für das Qualitätsmanagement mit Kooperationspartner*innen sowie ein Factsheet zur Sensibilisierung. Die Evaluation nutzte die Gelegenheit, an unterschiedlichsten Stellen Rückmeldungen zu den Tools einzuholen: Deutlich wurde hierbei, dass eine hohe Zufriedenheit mit den entwickelten Materialien besteht. Das Dokumentationstool für die Kooperation wurde von einer Einrichtung als besonders nützlich dahingehend gesehen, Lücken im eigenen Netzwerk zu identifizieren und eventuell schließen zu können. Nur in einer Fokusgruppe kam der Hinweis, dass die Liste der Kooperationspartner*innen *„nicht so hilfreich für den Großstadtbetrieb gewesen“* sei, da *„das Angebot in Wien wirklich dicht“* ist. Positive Rückmeldung gab es zum Prozesskonzept, welches wichtig war, *„das große Ganze und die Strukturen nicht aus den Augen zu verlieren“ (FG_2)*. Erste Befürchtungen hinsichtlich der „Bedarfs- und Vermittlungsdoku“ wurden von allen Befragten verworfen und das Tool als sehr sinnvoll und zumeist selbsterklärend zu befüllen empfunden. Verbesserungspotenzial sah eine Einrichtung im Datenschutzbogen: Dieser sei nicht niederschwellig genug, wodurch sie diesen in Absprache mit der GÖG übersetzt hätten.

„Zeit und Raum haben, sich auszutauschen, ist das A & O“ (FG_2): Als wesentlich zur Qualitätserhöhung wurden von den befragten Regionen die **Vernetzungstreffen** gesehen. Im Zuge der Projektlaufzeit fanden drei Treffen statt. Obwohl diese zeitlich nahe aneinander lagen (monatlich zwischen September und Oktober), wurde der intensive und regelmäßige Austausch auf überregionaler Ebene von den Einrichtungen als sehr bereichernd erlebt, da voneinander gelernt werden konnte.

„Die Treffen sind sehr interessant. Vor allem weil da immer wieder Stolpersteine besprochen werden und man sich austauschen kann.“ (FG_4)

Zusätzlich – auf Eigeninitiative einzelner Einrichtungen – wurden **Exkursionen bzw. „Lernreisen“** zu anderen Einrichtungen unternommen, um sich die jeweilige Umsetzung vor Ort genauer ansehen zu können.

„Also, ich würde sehr gerne mit Einzelnen Kontakt aufnehmen und Termine machen, weil ich es total spannend finde, auch mal vor Ort zu sein.“ (FG_LW)

4.8.3. Erfahrungen mit der Schulung Link Working

Sehr umfassendes Feedback wurde von der Evaluation hinsichtlich der Schulung für Fachkräfte mit Link Working-Funktion gesammelt. Die Schulung wurde von der GÖG als „eine wichtige Maßnahme zum Capacity Building und zur Qualitätssicherung“ (Reflexionstreffen GÖG) initiiert. Die Modellregionen wurden zu einer Teilnahme mindestens einer Person des Social Prescribing-Teams an der Schulung verpflichtet. Die Schulung startete im Juli und endete im November 2021 – umgesetzt wurden vier Halbtage. Folgende Rückmeldungen konnten von der Evaluation zur Schulung gesammelt werden:

Nutzen der Schulung: Gefragt danach, welche Inhalte besonders hilfreich waren, wurden unter anderem die allgemeine Einführung in Social Prescribing und die Hintergründe des Konzepts (Blick nach Großbritannien) genannt. Auch die Wiederholung wichtiger Themen, zum Beispiel Gesprächsführungstechniken, wurde als bereichernd erlebt. Hilfreich an der Schulung waren aus Sicht einzelner Teilnehmer*innen auch die rechtlichen Aspekte und ethischen Grundhaltungen. Sehr relevant war für einige Befragte der Austausch mit anderen Einrichtungen bzw. Link Working-Fachkräften und praktische Beispiele sowie Fallbesprechungen.

„Gebracht hat es einen sehr wertschätzenden und bereichernden Austausch mit engagierten Personen aus ganz Österreich.“ (Online-Feedback)

„Sehr spannend an der Schulung finde ich immer den Austausch unter uns allen, dass wir uns einmal mitbekommen und mitbekommen, wie sich wo was entwickelt. Dass man sich vielleicht irgendwo unterstützen kann. Oder sich was anschauen kann oder einfach offen reden kann: Was funktioniert und was nicht funktioniert, was lässt man vielleicht direkt bleiben?“ (FG_LW)

Alle Befragten im Online-Feedback würden die Schulung weiterempfehlen.

Entbehrliche und ergänzende Inhalte: Von drei Personen wurden Vorschläge dazu gemacht, welche Inhalte aus ihrer Sicht gekürzt werden könnten. Genannt wurden hier Übungen zur Beratungssituation, Datenschutz und rechtliche Grundlagen im aktuellen Umfang.

Ergänzt werden könnten – so zwei Teilnehmer*innen – eine detailliertere Auseinandersetzung mit den Networking-Tätigkeiten, anonyme Problembearbeitung (Troubleshooting) sowie noch mehr ergänzende und neue Tools für die Praxis. Gewünscht wurde von einer Person noch mehr Austausch im Zuge der Schulung. Insbesondere zur Sensibilisierung im Team könnten noch tiefere Auseinandersetzungen und Good Practices aus den Einrichtungen gesammelt werden. In der Schulung könnte auch gezielten Erfahrungsberichten und einer detaillierten Beschreibung der Einrichtungen Platz eingeräumt werden.

„Und mich würde es schon auch interessieren, wenn innerhalb der Schulung die Möglichkeit besteht, ein Konzept nochmal genauer zu beschreiben. Vielleicht mit einer Grafik, mit Organisationsstruktur, mit ‚Wie viele Personen machen was?‘ Also ich weiß, das wäre für uns alle ein Aufwand, aber ich glaube, das Voneinander-Lernen kommt ein bisschen zu kurz, auch weil alles halt online stattfindet. [...] Weil ich das Gefühl habe, dass es oft um so viele

Kleinigkeiten und Details, wie Raumnutzung oder was auch immer, geht, wo man voneinander viel profitieren könnte.“ (FG_LW)

Allgemeine Verbesserungspotenziale: Vier Personen merkten an, dass es wichtig wäre, hier an den Erfahrungen der Teilnehmer*innen anzusetzen. So seien unter den Link Working-Fachkräften auch „*einige erfahrene alte Hasen*“, wodurch manche „Basics“ nicht mehr benötigt würden. Hier könnte differenzierter vorgegangen werden.

Rückmeldungen zur Methodik: Die befragten Teilnehmer*innen erlebten die angewandte Methodik größtenteils als passend. Eine Person empfand die Vorträge und Diskussionen als sehr kurzweilig und interessant, während eine weitere Befragte anmerkte, dass ein Vortrag eher trocken war. Die Unterlagen wurden von einer Person als hilfreich hervorgehoben.

Rahmenbedingungen der Schulung: Viele Rückmeldungen betrafen das Online-Format. Einige Personen hätten sich eine Schulung in Präsenz gewünscht (insbesondere für Übungen und den informellen Austausch).

„Für ein persönliches Kennenlernen und intensiveren Austausch braucht es reale Begegnungsmöglichkeiten – zu viel an Atmosphäre, Zwischentönen, speziell bei gemeinsamen Übungen, geht online verloren bzw. ist gar nicht möglich.“ (Online-Feedback)

Gleichzeitig sahen Befragte den Vorteil, dass so eine Teilnahme für andere Bundesländer erleichtert werden würde. Zudem würden die Break Out-Sessions eine stärkere Durchmischung in der Diskussion unter den Teilnehmer*innen ermöglichen. Vorgeschlagen wurde eine Kombination aus Online und Präsenz für zukünftige Schulungen. Die Dauer der Schulung wurde insgesamt von den rückmeldenden Personen als angemessen erlebt. Eine Person merkte an, dass der Zeitpunkt für Teilnehmer*innen mit anderen beruflichen Verpflichtungen schwierig war und späte Nachmittagstermine bevorzugt werden.

Zudem wurden Personen, die an der Schulung nicht teilnehmen konnten, gefragt, was sie sich von der Schulung erwarten/ wünschen würden. Neben theoretischen Grundlagen (z. B. Möglichkeiten und Grenzen von Link Working, Gemeinsamkeit und Unterschiede zu anderen Gesundheitsberufen) werden ein Austausch und eine gemeinsame Diskussion im Zuge der Schulung gewünscht. Nach Rückmeldung einer Person könnte die Schulung hier neben einer reinen Vorbereitung auf die Tätigkeit auch Möglichkeiten der Intervision schaffen, wenn mehr Termine über einen längeren Zeitpunkt angeboten werden würden.

4.9. Sicherung der Nachhaltigkeit, Zukunftswünsche und Perspektiven

In den Modellregionen war die sehr intensive Aufbauarbeit von Social Prescribing meist mit der Unsicherheit darüber verknüpft, wie nachhaltig dieser Aufbau sein wird. Alle Einrichtungen schilderten die Sorge, sehr viel Engagement in die Implementierung, Umsetzung und Qualitätssicherung gesteckt zu haben, vieles jedoch aufgrund des Projektendes und unklarer Finanzierungsstrukturen wieder verloren gehen könnte.

„Ein Stück weit ist es schon diese Sicherheit, die jetzt noch fehlt. Also die Sicherheit: Das hat jetzt noch Zukunft, da tut sich was. Investieren. Das ist schon eine Arbeit, die man mit

viel Herzblut macht, finde ich. Und deswegen braucht es das, diesen sicheren Rahmen, damit das auch nachhaltig möglich ist.“ (FG_LW)

„Es ist sehr schwierig, dass Einrichtungen allein gelassen werden damit, ein Fortlaufen von Social Prescribing und der Netzwerkarbeit zu organisieren. Es kann jetzt nichts für eine Nachhaltigkeit aufgebaut werden, wenn es keine Finanzierung gibt. Das ist frustrierend.“ (FG_8)

„Es ist wahnsinnig viel Energie, die da reingesteckt wird in eine super Idee und dann kommt aber immer auch gleich von den beteiligten Personen – nehmen Sie jetzt nicht nur die professionell Beteiligten, sondern auch die Patientinnen, Patienten, die fragen ja auch: Was ist dann? ... Wenn man sich das vorstellt, wir haben ein Projekt, das geht jetzt sechs Monate und dann ist es wichtig, dann zu wissen, dass man die Leute auch ein bisschen beruhigen kann, dass es weitergeht und dass es nicht einfach so eine Blitzidee ist, die wir einfach mal probieren. Das wäre so meine Erwartung.“ (FG_LW)

Insbesondere für Patient*innen und auch Netzwerkpartner*innen wäre es, so heben alle Einrichtungen hervor, sehr schade, wenn der Prozess wegen fehlender Finanzierung nicht weitergeführt werden könnte. Diese Unsicherheit bezüglich der Nachhaltigkeit führte schon im Projektprozess zu Herausforderungen bei den Modellregionen. So wurde in der Kommunikation nach außen – vor allem gegenüber Netzwerkpartner*innen – darauf geachtet, hier keine Erwartungen einer langfristigen Zusammenarbeit im Social Prescribing-Prozess zu schüren.

Trotz der Herausforderungen hinsichtlich der unsicheren Weiter- bzw. Regelfinanzierung von Social Prescribing in den Einrichtungen wird verdeutlicht, dass die Erfahrungen aus der Projektlaufzeit einen hohen und auch nachhaltigen Nutzen für die Einrichtungen haben: Dies betrifft einerseits die Sensibilisierung in den Einrichtungen hinsichtlich nicht medizinischer Bedürfnisse von Patient*innen, die zu einer Weiterentwicklung in der Einrichtung und im Team beisteuerte (siehe Kapitel Nutzen 4.7.), und andererseits den Netzaufbau, da Kooperationspartner*innen auch nach Projektende zur Verfügung stehen.

„Ich glaube, mittlerweile eben dadurch, dass es ja auch sehr viele interne Gespräche zu dem Thema gegeben hat, auch. Dass wir uns ganz, ganz viel auch von den bisherigen Überlegungen mitnehmen und das auch weitertragen. Also, es ist auch der Plan, sich noch mehr damit zu beschäftigen und tiefergehend damit zu beschäftigen und das jetzt nicht Mitte Dezember ruhen zu lassen, sondern zu schauen: Was können wir davon mitnehmen und wie umsetzen? Genau. Und den Input, den ich aus den Link Working-Schulungen, aus den Vernetzungstreffen, aus den ganzen Theorien und Materialien mitgenommen habe, das dann auch mitzunehmen und weiter zu verwerten.“ (FG_8)

Verknüpft mit der Hoffnung, dass Social Prescribing eine weitere Umsetzung in den Einrichtungen erfahren kann, verbalisierten die Modellregionen **Zukunftswünsche und -visionen**. Es wird die große Motivation der Einrichtungen deutlich, Social Prescribing auf Einrichtungs- und Netzwerkebene weiterzuentwickeln. Folgende Ideen und Gedanken wurden im Zuge der Evaluation aufgenommen:

- **Ausbau der Teamstrukturen:** Vereinzelte Modellregionen mit einem kleinen Team bzw. nur einer Fachkraft im Link Working wünschen sich eine Vergrößerung des Link Working-Teams, um einen interdisziplinären Austausch zu fördern und Arbeitsprozesse durch stärkere Differenzierung zu verbessern.

„Also, Link Working-Team würde ich urspannend finden. [...] Ja, mit mehreren Kolleginnen, wo da durchaus auch Sozialarbeiter dabei sein können, wo vielleicht auch Therapeutinnen ins Link Working eingebunden sind. Ich arbeite sehr gerne im Team und arbeite jetzt in meiner direkten Tätigkeit doch relativ alleine. Also, das würde ich sehr spannend finden, da, da für diese psychosoziale Ebene noch einmal einen Austausch zu haben. Ja und, und, also, wie soll ich sagen, es ist so ein, wir sind so ein kleiner Betrieb. Und dementsprechend gibt es diese ganzen Ressourcen – wie jemanden, der das Management macht, oder der sich um das Qualitätsmanagement kümmert, oder jemanden, der Aussendungen macht und sich um Drucksorten kümmert –, also, das ist jetzt alles so bei uns in Personalunionen und da auf eine größere Organisationsstruktur zurückgreifen zu können...“ (FG_4)

- Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit: Genannt wurde von den Modellregionen, aber auch von zwei Patient*innen, der Wunsch nach einem flächendeckenden Ausbau von Social Prescribing. Demnach sollten mehr Primärversorgungseinrichtungen und Praxen das Angebot des Social Prescribing umsetzen und so auch in anderen Regionen Patient*innen die Möglichkeit des Link Working anbieten. Verknüpft damit ist auch der Ruf nach mehr Öffentlichkeitsarbeit, um das Angebot bekannter zu machen und eine Ausweitung zu stützen.

„Wenn ich so drüber nachdenke, wäre es toll, wenn es mehr in die Breite gehen würde. Ganz einfach, dass sich mehr Menschen an solchen Projekten beteiligen, weil ich das einfach wichtig finde.“ (P_1)

„In manchen Belangen hätte ich mir schon gedacht, das ist super, dass es solche Angebote gibt. Ich kenne Orte oder Bezirke, da gibt es die eben nicht. Das finde ich sehr schade. Wo man sagt: Das könnte man schon ein bisschen ausbauen.“ (P_2)

„Ich glaube, dass es wichtig wäre, diese Information auch in der Gesellschaft zu streuen. Das heißt, Öffentlichkeitsarbeit ist ganz wichtig.“ (LW_6)

- Partizipative Prozesse zur Weiterentwicklung: In einigen Gesprächen wurde die Vision einer stärkeren Partizipation der Zielgruppe in der Weiterentwicklung des Angebots und beim Aufbau der Netzwerke genannt. Dabei reicht der Wunsch nach Partizipation von einer Bedürfniserhebung bei Patient*innen bis hin zu deren Mitgestaltung von Angeboten, wie beispielsweise Gruppenangeboten zur Schließung von Lücken im Netzwerk. Auch wird in zwei Fokusgruppen ein partizipativer Einbezug der Gemeinden angekündigt bzw. bereits teilweise umgesetzt. Hier wird ein großes Potenzial zur Verankerung des Angebots und zur Qualitätssicherung gesehen: Die Gemeinden könnten eine Vermittlungsposition einnehmen zwischen Patientinnen, Gesundheitseinrichtung und Netzwerkpartner*innen (siehe auch Kapitel 4.5.).
- Synergien mit anderen Projekten: Sorgen wurden in vereinzelt Einrichtungen hinsichtlich einer möglichen Konkurrenz mit weiteren Projekten geäußert, die ebenso einen Bezug zur Stärkung der kommunalen Gesundheitsförderung und Primärversorgung haben (z. B. Community Nursing, Caring Communities etc.). Zentral wäre es für die Einrichtungen, hier Synergien zu nutzen.

„Grundsätzlich habe ich den Eindruck, dass sich das jetzt wirklich zum tollen Projekt entwickelt hat. Österreichweit hat sich da echt eine super Sache entwickelt. [...] Was ich immer ein bisschen schwierig finde, sind diese Parallelentwicklungen. Ich spreche jetzt konkret von Community Nurse, wo es ja ganz klar auch wieder Überschneidungen gibt. [...] Ich

finde, man sollte da echt Synergien nutzen und schauen, dass man das auch ressourcenschonend aufbaut und nicht von vornherein Parallelstrukturen, wo jeder im Endeffekt dann ähnliche Dinge macht. Also, ich fände es super, wenn es da jetzt bei mir in der Nähe eine Community Nurse gäbe, die sich dann speziell um diese Zielgruppe kümmert. Aber es macht nur dann Sinn, wenn wir so eng kooperieren miteinander. Ja, weil wenn die jetzt da einfach für sich wieder was Neues aufzieht, dann ist das eher kontraproduktiv, als dass es irgend jemandem hilft. Und es sind auch vergeudete Ressourcen, weil das Netzwerk ist ja schon aufgebaut.“ (LW_5)

Einige dieser Zukunftsvisionen teilten auch zentrale Entscheidungsträger*innen aus der **Steuerungsgruppe von Social Prescribing**. Sie wurden gegen Ende des Evaluationsprozesses in einer Fokusgruppe zu ihren Erwartungen hinsichtlich einer nachhaltigen Implementierung von Social Prescribing befragt.

Eine Vision aus der Steuerungsgruppe ist, dass das bio-psycho-soziale Modell in der Primärversorgung umfassend gelebt wird. Dazu braucht es aber auch mehr finanzielle Mittel und auch mehr rechtliche Grundlagen im Primärversorgungsbereich der Bundesländer.

*„Das wird auch schon von einigen Ärzt*innen gelebt und Social Prescribing von diesen schon länger praktiziert. Der Wunsch ist da, dass das auch systematisch in allen Einrichtungen passiert.“ (SG)*

„Das sind Sachen, die primär geklärt gehören: personell, finanziell und rechtlich, damit man eine Grundlage hat, das gut zu argumentieren und dann das auch zu implementieren.“ (SG)

Zentral für eine Implementierung sei allerdings – so ein Mitglied der Steuerungsgruppe – eine Unterscheidung zwischen Primärversorgungseinrichtungen und Praxen im niedergelassenen Bereich. Hier brauche es andere Strukturen und Grundlagen, sofern eine Ausrollung des Angebots erfolgt.

Lohnend sei es, so wurde in der Steuerungsgruppe hervorgehoben, den Blick auch weiterhin nach Großbritannien zu richten, wo Social Prescribing bereits umfassend gelebt wird. Vor allem hinsichtlich der Honorierung der Tätigkeiten des Link Workings und der Verschreibung nicht medizinischer Angebote seitens der Ärzt*innen stellt Großbritannien ein Good Practice-Beispiel dar und kann für die Implementierung in Österreich wichtige Hinweise geben.

Und auch in der Steuerungsgruppe ist die Vision eines Gelingens von Social Prescribing eng verknüpft mit einer gezielten und strukturellen Einbettung in die gesamte Angebots- und Projektlandschaft in der kommunalen Gesundheitsförderung und Primärversorgung.

„Also, wirklich ein klares, abgegrenztes Bild zu anderen Angeboten und den Nutzen dazu verdeutlichen.“ (SG)

Für eine Abgrenzung zu anderen, parallelen Angeboten und für eine gute Zusammenarbeit ohne Konkurrenz sei allerdings wichtig, dass die Bundesländer hier an einem Strang ziehen und die Umsetzung der verschiedenen Angebote nicht weiterhin in unterschiedlichem Tempo und mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen fortgeführt wird.

„Regional bedarfsgerecht zu sein, halte ich für wichtig. Aber regional beliebig zu sein, halte ich wieder für schwierig. Da braucht es einen gemeinsamen Diskurs.“ (SG)

Dieser gemeinsame Diskurs solle auf Ebene des Bundes geführt werden, indem die zentralen Stakeholder aus den Ländern zusammengebracht werden.

Aufbauend auf den Visionen von Social Prescribing hinsichtlich einer möglichen Ausrollung, konnten aus den Ergebnissen der Evaluation erste Handlungsempfehlungen und Implikationen entwickelt werden, die im folgenden Kapitel dargestellt werden.

5. Handlungsempfehlungen und Implikationen

Auf Basis der Erkenntnisse aus der Evaluation ergeben sich die folgenden zentralen Handlungsansätze und -empfehlungen auf operativer, lokaler Ebene und auf Systemebene.

5.1. Operative Ebene: Social Prescribing-Prozess in den Einrichtungen

▪ **Umfassende Kommunikationsstrukturen aufbauen:**

Innerhalb der PVEs und Arztpraxen muss für eine erfolgreiche Etablierung von Social Prescribing-Prozessen eine Sensibilisierung des medizinisch-allgemeinen Personals geschehen. Dies ist insofern elementar, als nur auf Grundlage von Verständnis, Wissen und Akzeptanz Systemstrukturen errichtet werden können, welche die erfolgreiche Etablierung des Konzeptes fördern. Möglichkeiten der Sensibilisierung ergeben sich beispielsweise in bereits strukturell implementierten Teambesprechungen, da diese das gesamte Team auch außerhalb des Social Prescribing-Teams zusammenbringen. Gemeinsam die sozialen Dimensionen von Körperlichkeit besprechen zu können, stellt eine Kommunikationsgelegenheit dar, welche – so die Annahme – einer Sensibilisierung des medizinischen Teams zuträglich ist. (Eventuell bestünde hierbei die Möglichkeit, dass die Person mit Link Working-Funktion nicht nur die Moderation übernimmt, sondern auch von positiven Link Working-Beispielen berichtet).

▪ **Sichtbarmachung des Link Working ermöglichen:**

Ebenso zentral für die Sensibilisierung des internen Teams ist die räumliche Präsenz des Beratungsangebotes in der PVE/ Praxis. Räumlichkeiten, in denen das Link Working stattfindet, sollten möglichst innerhalb der Ordination angesiedelt sein. Dadurch ergibt sich überhaupt erst die Möglichkeit, im alltäglichen Geschäft einen Austausch „zwischen Tür und Angel“ der Personen mit Link Working-Funktion mit dem medizinisch-allgemeinen Team zu etablieren. Dieser informelle Austausch wird als hochgradig relevant für funktionierende Überweisungs- und zielgerichtete Teamstrukturen angesehen.

Die gemeinsamen Räumlichkeiten tragen zudem zur symbolischen Verbindung zwischen Arzt/Ärztin und Link Working bei. Diese Symbolik stellt eine gewisse Niederschwelligkeit zwischen den beiden Bereichen dar, sodass vor allem für Patient*innen die Verbindung ersichtlich wird und Hemmschwellen, das Beratungsangebot anzunehmen, abgebaut werden.

Durch die räumliche Nähe werden zudem spontane Link Working-Prozesse ermöglicht. Es können fixe Sprechstunden angegeben werden, etwaige physische Anstrengungen (im Sinne einer weiteren Anfahrt oder eines Treppenganges) werden vermieden, die symbolische Verbindung zwischen Gesundheit und sozialer Beratung wird gestärkt, teambezogener Austausch ermöglicht und Verständnis/ Wissen über die Beratungsabläufe generiert.

▪ **Klares Aufgabenprofil und Abgrenzungen des Link Working herausarbeiten:**

Vor allem in Kapitel 4.3.1. wird auf den Rollenkonflikt von Personen mit Link Working-Funktion eingegangen, die eine sozialarbeiterische Ausbildung haben und neben der Link Working-Tätigkeit auch Beratungsstunden im Sinne klassischer sozialer Arbeit in den jeweiligen PVEs/ Arztpraxen anbieten. Die Unterscheidung (beziehungsweise Synergien zwischen Sozialarbeit und Link Working) wird aktuell individuell nach den jeweiligen Erfahrungen, Verständnissen

und Schwerpunktsetzungen der Link Working-Fachkraft und der vor Ort tätigen Ärzt*innen getroffen beziehungsweise erkannt und gelebt. Hier wird die Empfehlung ausgesprochen, einheitliche und klare Grundlagen für die Unterscheidung der Tätigkeiten und Rollen zu etablieren. Eine in den Interviews mit den Link Working-Fachkräften formulierte Unterscheidungsmöglichkeit liegt in den Begrifflichkeiten der „sozialen Problemlage“ und der „gesundheitsrelevanten Bedürfnisse“. Soziale Problemlagen befänden sich dabei im Spektrum der Sozialen Arbeit und wären dementsprechend vielseitig (z. B. organisatorische/ behördliche Themen, familiäre Probleme, Sucht, Gewalt, Obdachlosigkeit, Sozialplanung, Pflege). Gesundheitsrelevante Bedürfnisse stünden im Kontext des Link Workings. Diese Bedürfnisse sind weniger akut und existenziell. Es würde sich einerseits um soziale Bedürfnisse (Einsamkeit, Isolation, Frustration) und andererseits um physisch-psychische Wechselwirkungen (Übergewicht, Ernährung etc.) drehen. Somit ständen bei Link Working vermehrt Gesundheitsprävention und -förderung im Fokus.

Eine mögliche strukturelle Einbettung dieser Unterscheidung in bisher gelebte und in diesem Bericht aufgezeigte Vorgehensweisen der Link Working-Fachkraft könnte wie folgt aussehen: Eine Überweisung an die Link Working-Fachkraft – im Kontext des Link Working – ist dabei der obligatorische erste Schritt. In diesem Gespräch (bzw. in mehreren Gesprächen) sollte die Unterscheidung zwischen Link Working und Sozialer Arbeit getroffen werden. Da es für die Arbeit mit Patient*innen stets eine Vertrauensgrundlage braucht, gäbe es die Möglichkeit, eine gewisse Anzahl an Treffen für die Entscheidungsfindung zu veranschlagen – dies wäre Link Working (die Entscheidung könnte auch im Team beschlossen werden). Sollte der/die Patient*in vornehmlich von sozialen Problemlagen betroffen sein, könnte 1. diese/r an eine/n weitere/n Sozialarbeiter*in vermittelt werden oder 2. man geht selber in die Rolle des/der Sozialarbeiter*in über. Dieser Rollenwechsel sollte jedoch einen klaren Rahmen haben und in der Dokumentation (möglicherweise auch relevant für die Abrechnung) vermerkt werden. In diesem Fall gäbe es quasi ein Link Working an die eigene Person (in anderer Rolle).

Die Grenze zwischen sozialer Problemlage und gesundheitsrelevanten Bedürfnissen ist fließend und eine klare Unterscheidung oftmals schwierig. Gerade Themen wie psychische Probleme stehen – subjektiv betrachtet – zwischen den beiden Kategorien. Doch Unterscheidungen in akut/ existenziell/ Notlage und langfristig/ Prävention/ Bedürfnis könnten hierbei hilfreich sein. Eine klare Trennung ist oft nicht möglich, aber auch nicht anzustreben, da Probleme und Bedürfnisse stets individuell zu betrachten sind (und es etwa auch akute Bedürfnisse gibt), jedoch könnten solche Kategorien der groben Orientierung dienlich sein.

Der Rollenkonflikt ergibt sich jedoch nicht, wenn andere Gesundheitsberufe die Rolle des Link Workings übernehmen. Hier hat sich auch in den Interviews gezeigt, dass bei erkannten sozialen Problemlagen einfach an eine/n Sozialarbeiter*in überwiesen wird.

▪ **Klare Überweisungsstruktur etablieren:**

Eine einheitliche Überweisungsstruktur wird empfohlen. Mit einem Überweisungsschein für den/die Patient*in an die Person mit Link Working-Funktion, welchen der Arzt oder die Ärztin ausstellt, wird eine gewisse Verbindlichkeit geschaffen. Zugleich wird das symbolische Zusammenspiel zwischen sozialer und medizinischer Dimension gestärkt. Es bestünde auch die Möglichkeit – wie bereits teilweise in den Modellregionen so gelebt –, dass der/die überweisende Arzt/Ärztin bereits bei der Überschreibung eine Unterscheidung zwischen Sozialarbeit und Link Working trifft. So würde der/die Patient*in sogleich an die richtige Stelle verwiesen

werden und müsste nicht von Berater*in zu Berater*in wechseln, was als hemmender Faktor eines erfolgreichen Link Working-Prozesses verstanden wird. Zudem würde sich so die Rollenentscheidung der Link Working-Fachkraft auflösen.

- **Anschlusslogik mit Patient*innen und Netzwerkpartner*innen ermöglichen:**

Immer wieder wurde in den Interviews mit den Link Working-Fachkräften bemängelt, dass es keine bzw. kaum Möglichkeiten gibt, nach einer Vermittlung nochmals mit den Patient*innen in Kontakt zu treten und sie nach ihren Erfahrungen zu fragen. Diesem Bedürfnis sollten jedoch Ressourcen und somit Kapazitäten eingeräumt werden. Wie in manchen Modellregionen bereits vorgelebt, wäre es eine Möglichkeit, im Vorhinein einen Nachbesprechungstermin mit den Patient*innen zu vereinbaren. Kurze Telefonate, die man sich im Vorhinein ausmacht, wären eine weitere Möglichkeit.

Außerdem wurde von Link Working-Fachkräften das Bedürfnis artikuliert, Netzwerkpartner*innen/ Angebote, zu welchen die jeweiligen Patient*innen vermittelt werden, nicht komplett „alleine zu lassen“. Vorstellbar wäre es, die Handlungsempfehlung auszusprechen, bei manchen Netzwerkpartner*innen nachzufragen, wie die Zusammenarbeit mit dem/der Patient*in vorstatten geht und ob es etwaige Unterstützungsbedarfe, die z. B. in erneuten Gesprächen geklärt werden sollten, gibt.

Diese ideale Anschlusslogik wäre ein relevanter Beitrag zum Thema Qualitätssicherung. Da so auch etwaige Erfolge sichtbar gemacht und verfehlte Vermittlungen aufgedeckt werden können.

- **Gemeinsame Kontaktaufnahme:**

Ein relevanter Aspekt in der Vermittlung der Patient*innen zu Angeboten besteht – so die Erfahrungen der Personen mit Link Working-Funktion – darin, mit den Patient*innen gemeinsam bei einem potenziell passenden Angebot anzurufen und einen ersten Termin zu vereinbaren. Die Link Working-Fachkräfte berichten davon, dass sie teilweise mit einer großen Schüchternheit der Patient*innen konfrontiert seien. Die gemeinsame Kontaktaufnahme hilft den Patient*innen dabei, diese Schüchternheit zu überwinden. Ebenfalls erfolgreiche Vermittlungsfaktoren werden darin gesehen, den Patient*innen den Weg zu Angeboten genau zu beschreiben, diese eventuell zum Angebot zu begleiten oder einen persönlichen Kontakt bei dem Angebot zu empfehlen.

- **Dokumentation(en) vereinfachen und konvergieren:**

Der letztgenannte Aspekt wird auch in diesem Punkt relevant. Immer wieder wurde die Brisanz der Fall- und Besprechungsdokumentationen in den Interviews angesprochen. Denn die Dokumentation stellt in gewissem Maße die einzige Möglichkeit dar, erfolgreiche Vermittlungen und Patient*innenberatungen aufzunehmen und gegenüber dem Team oder den Vorgesetzten sichtbar zu machen. In diesem Zusammenhang wäre es durchaus hilfreich, das Doku-Tool so aufzubereiten, dass eine Verlinkung zum Parallelsystem und so eine Reduktion des bürokratischen Aufwands gelingt.

- **Implementierung von Supervision und Intervision:**

Formen der internen Reflexion und Evaluation sind eine wichtige Grundlage für die Qualitätssicherung der Prozesse. Aus diesem Grund erscheint es zentral, eine Empfehlung für eine strukturell verankerte Supervision und Intervision im Team auszusprechen. Der Bedarf hinsichtlich einer gezielten Reflexion und Aufarbeitung wurde bereits ersichtlich. Oftmals fehlten den Teams jedoch (zeitlich, finanziell und personell) die Möglichkeit, eine Supervision/ Intervision in Anspruch zu nehmen.

- **Multidisziplinarität leben und Größe des Teams nutzen:**

Eine große Ressource stellt ein größeres Team dar, das bestenfalls auch aus Personen mit unterschiedlichen professionellen Hintergründen und Ausbildungen besteht (soweit die Größe der Einrichtung das zulässt). In der Netzwerkarbeit und in den Fallbearbeitungen können so ganz vielschichtige Perspektiven verschränkt werden, und die Teammitglieder können vom kollektiven Wissen profitieren (siehe dazu auch die folgende Empfehlung).

5.2. Lokale Ebene: Kooperationen und Netzwerke

- **Netzwerkmanagement umfassend denken:**

Dem Netzwerkmanagement kommt eine wichtige Rolle zu. Besondere Qualität erhält ein Netzwerk, wenn es nicht nur von Einzelpersonen aufgebaut und gepflegt wird, sondern wenn sich mehrere Personen einer Einrichtung/ Modellregion beteiligen. Einerseits ist die Aufgabe oft mit vorhandenen Zeitressourcen und weiteren Aufgabengebieten nicht von einer Person bewältigbar, andererseits ist es eine große Ressource, wenn mehrere Personen aus dem Team eingebunden werden können. Es steht dann mehr Expertise zur Verfügung, und manche Teammitglieder verfügen über Vorerfahrungen mit (potenziellen) Partner*innen, Kontakte aus beruflicher oder persönlicher Vernetzung und weiteren Zugängen zu den Einrichtungen.

Um den Fokus der Netzwerkarbeit nicht zu verlieren, wird eine gezielte Auseinandersetzung mit dem Thema benötigt. Die Netzwerkarbeit ist umfassend und zeitaufwändig und sollte nicht „nebenher“ laufen. Um ein Netzwerk nachhaltig pflegen und weiter ausbauen zu können, bedarf es Zeit sowie einer Sicherheit, dass es sich auch lohnt, Ressourcen zu investieren.

- **Persönlicher Kontakt mit Netzwerkpartner*innen und laufende Netzwerkpflge:**

Der persönliche Kontakt mit Netzwerkpartner*innen ist besonders zielführend für ein tragfähiges Netzwerk. Es bedarf laufender Netzwerkpflge – ein Netzwerk ist nicht einmal angelegt und danach nachhaltig beständig. Kontakt zu halten, zu informieren, sich persönlich zu engagieren und „greifbar“ zu sein – all das sind wesentliche Elemente, um ein Netzwerk lebendig zu halten.

Die Netzwerkpartner*innen zu besuchen und sich ein Bild von den Organisationen vor Ort machen zu können, wird als ein wichtiges Element gesehen. Aber auch die Partner*innen in die jeweilige PVE oder Einrichtung einzuladen, ist konstruktiv. So werden sie sichtbarer für die Patient*innen und es gibt den Modellregionen die Möglichkeit, die eigene Einrichtung und Arbeitsweise zu zeigen. Dies stärkt die Vernetzung und baut Vertrauen auf.

- **Expertisen der Netzwerkpartner*innen bei Fallbesprechungen einholen:**

Vereinzelte Fallbesprechungen auch mit Netzwerkpartner*innen zu organisieren, kann im Sinne der Patient*innen sein, um bessere und schnellere Lösungen zu finden. Eine weitere Möglichkeit wäre es auch, innerhalb des Netzwerks eine Art „Expert*innen-Gremium“ aufzubauen, das in unregelmäßigen Abständen zu bestimmten Fallbesprechungen hinzugezogen werden kann.

- **Nutzung bestehender Vernetzungsstrukturen:**

Für den Aufbau von Kooperationen ist es besonders hilfreich, bereits vorhandene Strukturen der Vernetzung zu nutzen. So können bestehende Gremien herangezogen werden, um sich und die eigene Arbeit vorzustellen (z. B. Teilnahme an regionalen Foren oder von Bezirk oder Gemeinde organisierten Arbeitskreisen; Nutzung thematisch passender Strukturen wie z. B. „Gesunde Gemeinden“). Zudem können auch eigene Netzwerktreffen organisiert werden. Beides dient neben dem Kooperationsaufbau auch einer Sensibilisierung für das Thema und kann Öffentlichkeitsarbeit bedeuten.

Ein weiterer Vorteil eines derartigen Netzwerkaufbaus ist, dass sich die Netzwerkpartner*innen untereinander kennenlernen können und ein dicht verwobenes Netzwerk (und keine „Einbahnstraße“) entstehen kann. Die Einrichtungen (PVEs, Praxen) könnten als „Netzwerkknoten“ fungieren – als eine Art Drehscheibe zu den definierten Themen. Dies geht über den eigenen Gewinn hinaus und kann auch zentral für kommunale Gesundheitsförderung und deren Weiterentwicklung werden.

- **Förderung partizipativer Prozesse:**

Der Förderung partizipativer Prozesse kommt auf der lokalen Ebene ebenfalls große Bedeutung zu. So wurden Initiativen oder Ideen von Patient*innen realisiert, um Lücken im Netzwerk schließen zu können. Die Begleitung und Betreuung dieser Initiativen benötigen, neben Ressourcen wie Räumlichkeiten und z. B. Trainer*innen, weitere Betreuung und Begleitung, damit sich die Gruppen etablieren können, Rückhalt haben und schrittweise eigenständiger werden können. Hier ist unklar, wer diese Begleitung und Betreuung in weiterer Folge leisten kann.

5.3. Systemebene

- **Foren des Austausches etablieren:**

Ein wichtiges Element der Qualitätssicherung sind strukturell implementierte Foren des Austausches für die Modellregionen auf überregionaler Ebene. Die Ergebnisse zeigen, wie hilfreich für die Umsetzer*innen auf regionaler Ebene die Vernetzung mit Kolleg*innen aus anderen Regionen eingeschätzt wird. Die Vernetzungstreffen, aber auch die Schulung, bildeten wichtige Grundlagen für das Lernen voneinander und die Weiterentwicklung auf regionaler Ebene. Für eine mögliche Ausrollung des Angebots wird deshalb empfohlen, überregionale Vernetzungstreffen mindestens quartalsweise zu organisieren. Es zeigte sich, dass ein Wechsel zwischen Online- und Präsenzterminen geeignet wäre: So können Einrichtungen ihre zeitlichen Ressourcen durch Online-Termine schonen und gleichzeitig Präsenztermine einen informellen Austausch anregen. Als lohnenswert erscheint aus Sicht der Evaluation auch, die Idee der regionalen Exkursionen aufzugreifen. So könnten die Einrichtungen direkt die

Arbeitsweisen anderer Regionen kennenlernen und von Good Practices sowie Herausforderungen der anderen Einrichtungen lernen.

- **Möglichkeiten der Weiterbildung gewährleisten:**

Die Schulung wurde als wichtige Grundlage für die eigene Tätigkeit (insbesondere hinsichtlich der Hintergründe zu Social Prescribing, Gesprächsführungstechniken, ethische sowie rechtliche Aspekte) gesehen. Aufgrund der unterschiedlichen Quellberufe der Fachkräfte mit Link Working-Funktion, stellt die Schulung eine zentrale Ressource da, um ein gemeinsames Bild von Social Prescribing zu entwickeln.

Für die Umsetzung einer Schulung können zwei Handlungsempfehlungen formuliert werden: Wichtig ist erstens, dass die Schulung an bestehendes Wissen anknüpft und so die Link Working-Fachkräfte von ihrem jeweiligen Wissensstand „abholt“. Dies könnte beispielweise durch einen modularen Aufbau ermöglicht werden, wobei einige Module für alle verpflichtend und weitere frei wählbar sein könnten. Zweitens sollte sich die Schulung besonders intensiv mit dem Aufgabenprofil und den Grenzen des Link Workings auseinandersetzen und hier einen Beitrag zu einer weiteren Profilschärfung leisten (siehe auch Handlungsempfehlung auf Prozessebene).

- **Überregionale Koordination: „Nationales Zentrum Social Prescribing“ gründen:**

Um eine überregionale Vernetzung und eine Schulung sowie die gesamte Qualitätssicherung des Prozesses fachlich und umfassend begleiten zu können, benötigt es aus Sicht der Evaluation eine überregionale Koordination. Diese war bisher in der Projektumsetzung durch die GÖG gewährleistet. Aber auch bei einer möglichen Ausrollung ist es elementar, diese zentrale Stelle weiterzuführen. Sie schafft ein gemeinsames Verständnis über alle Einrichtungen und Bundesländer hinweg, stützt die Umsetzer*innen in ihrem Prozess, stellt einheitliche Arbeitsmaterialien zur Verfügung und sichert die Qualität durch geeignete Maßnahmen sowie Evaluationen. Eine nationale Stelle schützt vor einer zu starken Ausdifferenzierung der Angebote in den Bundesländern. Andere Projekte, wie z. B. die Frühen Hilfen, haben den großen Nutzen eines solchen nationalen Zentrums bereits gezeigt.

- **Strategische Zusammenarbeit der Projekte in der Gesundheitsförderung und Primärversorgung:**

Diskutiert wurde mit den Einrichtungen und auch mit der Steuerungsgruppe die parallele Entwicklung einiger Projekte im Bereich der Gesundheitsförderung und Primärversorgung (beispielsweise jenes der Community Nurse). Spürbar wurde, dass diese häufig als Konkurrenz wahrgenommen werden und auch in der Realität dazu führen, dass eines der Projekte in Einrichtungen mehr verfolgt wird und das andere in den Hintergrund rückt. Ganz zentral erscheint der Steuerungsgruppe und den Einrichtungen, hier einen gemeinsamen Diskurs zu führen und statt einem konkurrierenden Nebeneinander ein fruchtbares Miteinander zu fördern. Unterschiedliche Förderbedingungen und rechtliche Grundlagen, verstärkt durch das föderale System, hemmen dieses Miteinander und schaffen unterschiedliche Voraussetzungen. Um einen gemeinsamen Diskurs zu fördern, könnte eine Steuerungsgruppe auf die Metaebene gehoben werden: Neben den Steuerungsgruppen auf der Ebene der Projekte könnte eine solche Steuerungsgruppe projektübergreifend (und mit wichtigen Entscheidungsträger*innen und Steuerungsmitgliedern auf Projektebene besetzt) eingerichtet werden.

- **Öffentlichkeitsarbeit und Außenwirkung – Vermittlung eines einheitlichen Bildes:**

Um das Angebot und den Zugang von Social Prescribing bekannter zu machen, benötigt es bei einer möglichen Ausrollung eine gezielte und einheitliche Öffentlichkeitsarbeit. Dies kann ein weiteres Aufgabenspektrum einer nationalen Koordinationsstelle sein. Empfohlen wird hierbei, einheitlich und geschlossen zu kommunizieren. Dies beginnt bereits bei einem gemeinsamen Namen für Social Prescribing, um Verbindlichkeit innerhalb des Projekts und Klarheit nach außen (insbesondere in Abgrenzung zu anderen Angeboten) zu vermitteln. Dabei ist aus Sicht der Evaluation aber wichtig, dass diese Einheitlichkeit nicht zwingend auch in der Kommunikation mit Patient*innen gilt. Bei direkten Verschreibungen und Zuweisungen zeigt sich die Notwendigkeit, Begrifflichkeiten (wie etwa „Beratung“ etc.) zu wählen, die von der jeweiligen Zielgruppe auch gut verstanden werden.

- **Gesicherte Finanzierung für eine Implementierung und Ausrollung:**

Die Evaluation zeigte viele Facetten der gelungenen Umsetzung und auch der Wirkung von Social Prescribing auf vielen Ebenen. **In einer nur kurzen Projektdauer wurde viel Wissen gebündelt und es wurden bereits nachhaltige Schritte gesetzt, um „soziale Verschreibungen“ als wesentlichen Bestandteil der Gesundheitsversorgung zu etablieren und Vernetzungen im Gesundheitsförderungs- und Primärversorgungsbereich zu stärken.** Aus diesem Grund sollten die Erfahrungen aus dem Projekt weitergetragen werden – sofern ein gemeinsamer Diskurs und eine Zusammenarbeit mit anderen Angeboten wie Community Nurse ermöglicht wird. Es sollte jedoch nicht ausschließlich im Kompetenzbereich der Einrichtungen selbst liegen, die Finanzierung zu sichern und Einzellösungen umzusetzen. Vielmehr sollte ein rechtlicher und finanzieller Rahmen geschaffen werden, um weitere erfolgreiche Schritte der Einrichtungen und eine Ausweitung auf neue Regionen zu ermöglichen.

Anhänge

Informationsblatt für die Modellregionen

Vorbereitung und Umsetzung Modellregionen für Social Prescribing

Um was geht es?

Die Gesundheit Österreich GmbH führt zur Zeit mit Ihnen und Ihrer Einrichtung das Projekt „Vorbereitung und Umsetzung Modellregionen Social Prescribing“ durch, welches wir, *quer-aum. kultur- & sozialforschung*, begleiten bzw. evaluieren.

Sie und Ihre Einrichtung haben im Zuge dessen als eine von neun Modellregionen für gesundheitsrelevante Bedürfnisse sensibilisiert, Link Worker eingearbeitet und ein diesbezügliches Netzwerkmanagement eingeführt. Nun geht es darum, gemeinsam mit allen wesentlichen Akteur*innen die eingeschlagene Entwicklung zu reflektieren.

Die Evaluation richtet sich insbesondere an die Projektleiter*in, an die Leiter*in ihrer Einrichtung, an Ärzt*innen und andere Fachkräfte sowie an die Link Worker.

Vorgehensweise der begleitenden Evaluation

Evaluation bedeutet in diesem Zusammenhang, dass wir gemeinsam die Sichtweisen von möglichst vielen beteiligten Personen einholen. Ziel dabei ist es, einen umfassenden Einblick in die Erfahrungen, Bewertungen, Erfolgsfaktoren und die Gestaltung der Umsetzung zu erhalten.

Um gemeinsames Lernen herzustellen und neue Perspektiven anzuregen, wenden wir folgende, unterschiedliche Methoden an:

Einzelinterview mit Link Worker

Die in Ihrer Einrichtung eingesetzte Person mit Link Working Funktion steht als Berater*in ihrer Patient*innen im Zentrum der Projektausführung. Bei einem Interview geht es darum, die bisher gewonnenen Erfahrungen zu reflektieren und die Wahrnehmung des Prozesses sowie die Wirkungen der Intervention zu besprechen. Konkret handelt es sich um die Themen „Prozess und Netzwerk“, „Rolle als Link Worker und Lernerfahrungen aus der Tätigkeit“ und „Dokumentation und Unterstützungsbedarf“.

Als Zusatzmethode werden wir die egozentrierte Netzwerkkarte einsetzen. Diese Methode zielt darauf ab, die verschiedenen involvierten Personen graphisch darzustellen und mit einander in Zusammenhang zu setzen.

Fokusgruppe mit lokalen Akteur*innen

Vielfältige Erfahrungen und Sichtweisen der im Projekt involvierten Personen sind wichtige Informationen für die Herausarbeitung von Lernerfahrungen und Empfehlungen zur Skalierung des Modells des Social Prescribing. Wir möchten gemeinsam einen Raum errichten, in welchem offen und zielgerichtet über die bisherige Gestaltung (Verankerung, Sensibilisierung, förderliche und hinderliche Elemente), Kontextfaktoren (Synergien, Akzeptanz und Bedarfe) sowie Wirkungen (Nutzen und Entwicklungsbedarf) des Projektes diskutiert wird. Die Fokusgruppen sollen Online abgehalten werden und dauern etwa zwei Stunden. Die Zusammensetzung der Fokusgruppe wird mit dem jeweiligen Social-Prescribing-Team in der Modellregion abgestimmt und kann folgende Personen umfassen: Projektleitung/-management, Link Working Personen, Netzwerkmanagement, Ärzt*innen und weitere Fachkräfte der jeweiligen Einrichtung und eventuell auch zentrale Netzwerkpartner*innen.

Einzelinterviews mit Patient*innen

Um eine ganzheitliche Perspektive zu erhalten, planen wir, mit ein oder zwei Patient*innen, welche das Angebot des/der Link Worker angenommen haben, zu sprechen. Dabei werden die Patient*innen zu ihrer Zufriedenheit mit dem Angebot und bezüglich der wahrgenommenen Auswirkungen der Intervention befragt. Die Auswahl der Interviewpartner*innen möchten wir in Absprache mit den lokalen Projektverantwortlichen (v.a. Link Worker) durchführen.

Vertraulichkeit & Freiwilligkeit

Die Rückmeldungen der teilnehmenden Personen werden selbstverständlich vertraulich behandelt und ausschließlich in anonymisierter Form in die Berichte aufgenommen.

Das Evaluationsteam

queraum. kultur- & sozialforschung ist eine private Forschungseinrichtung mit Sitz in Wien, Villach und Salzburg.

Wir haben langjährige Erfahrung in der Entwicklung, Koordination, Umsetzungen, Evaluierung und Begleitung von regionalen, nationalen und europäischen Projekten. Unser inhaltliches Spektrum ist vielfältig: Es reicht von der Inklusion über Gesundheitsförderungen und Partizipation bis hin zu Mobilität und Sicherheitsforschung.

Ebenso vielfältig sind unsere Zielgruppen: Besonders wichtig ist uns die Arbeit mit und für sozial benachteiligte(n) Menschen unterschiedlicher Herkunft und unterschiedlichen Alters.

Das Evaluationsteam setzt sich wie folgt zusammen:

Mag.^a Anna Schachner, MA

Die Koordination des Projektes liegt bei Anna Schachner. Sie studierte Soziologie und Bildungswissenschaften. Seit 2012 ist sie für *queraum. kultur- & sozialforschung* in europäischen und nationalen Projekten sowie in Evaluationsprojekten tätig. Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen in den Bereichen Inklusion benachteiligter Personengruppen, Gesundheitsförderung,

Disability Studies und Gewaltforschung.

Mag.^a Ulrike Fleischanderl, MSc.

Ulrike Fleischanderl hat Soziologie und Soziale Ökologie studiert. Sie arbeitet seit 2007 für *queraum. kultur- & sozialforschung* und hat ihre Arbeitsschwerpunkte im Bereich Gesundheitsförderung, wobei ein besonderer Fokus auf Partizipation und Chancengerechtigkeit liegt.

Roman Weber, MSc.

Roman Weber studierte Sozialwissenschaften und Sozioökonomie. Vor seiner Tätigkeit bei *queraum. kultur- & sozialforschung* war er zuletzt im Kompetenzzentrum für (qualitative) empirische Forschungsmethoden an der Wirtschaftsuniversität Wien tätig. Seine Themenschwerpunkte liegen in den Bereichen Partizipation, Teilhabe und Alterssoziologie.

Leitfaden 1. Reflexion Fachkraft mit Link Working Funktion

Zu Beginn: Informationen zur Evaluation, Klärung Anonymität

Kurze Vorstellungsrunde & Hintergründe (Name, Region)

- Wie kam es dazu, dass sich bei dem Projekt in der Rolle der Fachkraft mit Link Working Funktion beteiligen?
- Wo stehen Sie aktuell mit der Umsetzung von SP in Ihrer Einrichtung? (Hat Link Working schon gestartet)?
- Wie waren Sie bisher im Projekt eingebunden und welche Tätigkeiten haben Sie bereits erfüllt als Fachkraft mit Link Working Funktion?

Erwartungen:

- Was waren/sind Ihre Erwartungen und Wünsche an die Tätigkeit und Zukunft des Projekts?

Rolle und Tätigkeiten:

- Wie würden Sie Link Working definieren? Wenn Sie jemanden erklären müssten, was Sie machen, wie würden Sie die Tätigkeit beschreiben?
- Was ist Ihrer Meinung nach Link Working nicht?
- Was sind Ihrer Meinung nach wichtige Kompetenzen und Fähigkeiten, die Fachkräfte mit Link Working Funktion haben sollten?
- Worin bestehen aus Ihrer Sicht die Unterschiede bzw. Gemeinsamkeiten zu ihrer bisherigen Tätigkeit (z.B. Sozialarbeit in der PVE)?

Unterstützung und Herausforderungen

- Wo sehen Sie Herausforderungen und Stolpersteine in der Tätigkeit? (Vermittlungsarbeit/Lostensfunktion, Sensibilisierung, Netzwerkmanagement)
- Welche Rahmenbedingungen und Unterstützung braucht es Ihres Erachtens, damit Fachkräfte mit Link Working Funktion ihre Aufgaben gut wahrnehmen können?
- Was benötigen Sie (noch), um Ihrer Tätigkeit für Sie persönlich zufriedenstellend erfüllen zu können und vom wem?

Zusammenarbeit

- Was sind wichtige Aspekte für eine gelungene Zusammenarbeit mit der PVE?
- Was sind wichtige Aspekte für eine gelungene Zusammenarbeit mit den Netzwerkpartner*innen?

- Wie sieht Ihrer Meinung nach eine gelungene Zusammenarbeit mit den PatientInnen aus? Wo liegen Grenzen?

Relevanz der Tätigkeit:

- Welchen Nutzen erwarten Sie von Ihrer Tätigkeit für die Patient*innen, das PV-Team und die Netzwerkpartner*innen?
- Wann ist für Sie das Projekt ein Erfolg?

Schulung:

- Falls Sie an zumindest einem der beiden Schulungstermine teilnehmen konnten: Was waren Ihre Eindrücke? Welche Informationen/Methoden/Inhalte waren für Sie besonders hilfreich? Welche waren für Sie neu?
- Was wären für Sie zentrale Inhalte, die in den weiteren Schulungsterminen noch vermittelt werden sollten?

Abschluss:

- Gibt es sonst noch etwas, was Ihnen wichtig wäre zurückzumelden, was wir noch nicht besprechen konnten?

Fokusgruppe Steuerungsgruppe am 23.11.21 via Zoom

Ablauf & Fragenkatalog:

1. Aktuelles: Projekt & Evaluation

- Update: Kurze Information zum Projektstand; Information zu den Zielen, Methoden und zum Stand der Evaluation

Ziel: Abholen & Auf aktuellen Stand bringen

2. Vision & Erwartungen an SP

- Welche Erwartungen haben sie an die Implementierung von SP in Österreich?
- Wie sieht ihre Vision für SP in Österreich aus?

Ziel: Motivation herstellen

3. Kurzer Teaser: Erste Ergebnisse der Evaluation

Ziel: Unsere Arbeit und ersten Rückmeldungen kurz vorstellen

4. Notwendige Schritte in der Etablierung von SP in Österreich

- Auf Grundlage dieser ersten Ergebnisse: welche Rahmenbedingung/Schritte/ Voraussetzungen sind erforderlich, damit SP über die Projektdauer hinaus bestehen und weiterentwickelt werden kann? (Rechtliche Regelungen, Finanzierung, Politische Entscheidungen, etc.)

Ziel: Gedankliche Vorbereitung auf das nächste Treffen mit dem Projektteam

5. SP im Kontext anderer Projekte im Umfeld Gesundheitsförderung und Primärversorgung (Aktivierung Primärversorgung, Community Nurse, Caring Communities, ...)

- Was ist der Beitrag von SP für Realisierung von Primary health care und kommunale Gesundheitsförderung?
- Was braucht es auf Ebene der PVE vor Ort (lokaler/Regionaler Ebene) und Systemebene, um Synergien mit den anderen Projekten zu kreieren und nicht in Konkurrenz zueinander stehen?
 - o Projekte, die ebenso einen Bezug zur Stärkung der kommunalen Gesundheitsförderung und Primärversorgung haben, ZB. Attraktivierung der Primärversorgung, Community Nursing, Caring Communities etc. (Projekte unter Gesundheitsförderung 21+)
 - o Was sind die Kriterien für ein gelingendes Zusammenspiel der Projekte (im Sinne einer Integration zu einem Gesamtpaket)

Ziel: Denkanstöße mit auf den Weg geben & Reflexion der übergeordnete Dimension (SP als ein Teil von Vielen in der Gesundheitsförderung) anregen

Leitfaden Fokusgruppe mit lokalen Akteur*innen

Zu Beginn: Informationen zur Evaluation, Klärung Anonymität

Kurze Vorstellungsrunde & Hintergründe (Name, Rolle im Projekt)

- Bitte beschreiben Sie kurz Ihre Rolle und bisherigen Tätigkeiten im Bezug auf das Social Prescribing Projekt?

Erwartungen:

- Was waren Ihre Erwartungen und Wünsche an das Projekt? Was sind heute Ihre Ziele?

Gestaltung des Social Prescribing Prozesses

- Wie wurde das neue Angebot konkret im Gefüge Ihrer Einrichtung verankert?
- Wie erfolgt/e die Sensibilisierung des Teams für das neue Angebot?
- Wie gestaltet sich der Ablauf einer Diagnose von „nicht-medizinischen, aber gesundheitsrelevanten Bedürfnissen“: Anzeichen, Indizien, Symptome, etc.? Wie und wann wird weiterverwiesen?
- Welche bereitgestellten Unterstützungstools der GÖG (Prozesskonzept/Übersicht zu potenziellen Kooperationspartner*innen etc.) nutzen Sie bisher? Wie finden Sie diese und worin sehen Sie eventuell Verbesserungsbedarf?

Kontextfaktoren des Prozesses

- Wie sieht Ihrer Meinung nach eine gelingende Zusammenwirken (für besseres Wohlbefinden, mehr Aktivität, Lebensqualität) mit PatientInnen aus? Wo liegen Grenzen?
- Was sind wichtige Aspekte für eine gelungene Zusammenarbeit mit den Netzwerkpartner*innen? Was sind Erfolgsfaktoren und worin liegen eventuell Stolpersteine?
- Wurden PatientInnen und/oder lokale Bevölkerung in die Planung/ Umsetzung von SP eingebunden?
- Welche Synergien ergeben sich mit anderen Initiativen? (Welche anderen Initiativen gibt es?)
- Welche regionalen oder lokalen Angebote werden genutzt? Welche (noch) nicht?
- Welche Angebote fehlen auf regionaler/lokaler Ebene?
- Wie groß ist die Motivation, eigene Angebote zu entwickeln? Oder sollen eher bestehende Angebote genutzt werden? Welche Vorteile haben jeweils interne und externe Angebote?

Bewertung des Angebots

- Welche (positiven, negativen) Wirkungen hat Social Prescribing aus Ihrer Sicht? Welchen Nutzen erwarten Sie für die Patient*innen, das PV-Team und die Netzwerkpartner*innen?
- Hat sich durch das Projekt Ihre Sichtweise auf Social Prescribing verändert?
 - Inwieweit hat das Projekt Ihre Sichtweise auf die Gesundheit der PatientInnen verändert?
- Wie könnte man den LW-Prozess verbessern? Was fehlt eventuell noch?
- Woran wird es liegen, dass es gelingt SP in Ihrer Einrichtung nachhaltig zu implementieren?
- Würden Sie auch andere Einrichtungen empfehlen, das Konzept umzusetzen? Warum/warum nicht?
 - Glauben Sie, dass SP standartmäßig in Primärversorgungseinrichtungen umgesetzt werden sollte?

Abschluss:

- Wann würden Sie sagen ist für Sie das Projekt ein Erfolg?
- Gibt es sonst noch etwas, was Ihnen wichtig wäre zurückzumelden, was wir noch nicht besprechen konnten?

Leitfaden Interviews Fachkräfte mit LW-Funktion

Zu Beginn: Informationen zur Evaluation, Klärung Anonymität

Einstieg – persönlicher Hintergrund und Tätigkeitsfelder:

- (Wie lange sind Sie bereits im Projekt involviert?)
- Waren Sie schon im Link Working aktiv? Wenn ja, wie lange?
 - Wie lange sind Sie bereits in der aktuellen Einrichtung?
- Welche Grundprofession haben Sie?
- Wie kam es dazu, dass Sie sich für die Rolle als Fachkraft im Link Working entschieden haben?
- Was sind Ihre konkreten Aufgaben im Projekt? Wie sieht eine typische Arbeitswoche bei Ihnen aus?

Gespräche mit Patient*innen

- Welche Patient*innen-Gruppen werden durch das Projekt gut erreicht? Welche eventuell noch weniger gut? Was braucht es aus Ihrer Sicht, um sie zu erreichen?
- Mit welchen Bedürfnissen kommen Patient*innen zu Ihnen? Was sind konkrete Inhalte in den Gesprächen? (wie kommt es bei Patient*innen an, dass sie danach gefragt werden, was für sie von Bedeutung ist)
- Bitte beschreiben Sie, wie die Begleitung der Patient*innen in etwa aussehen kann (hinsichtlich Dauer der Treffen, Länge der Begleitung, Schwerpunkte, Weitervermittlungen).
- Wie bezeichnen sie SP gegenüber den Patient*innen?
- Welche Rückmeldungen haben Sie eventuell schon von Patient*innen und von Netzwerkpartner*innen zu Social Prescribing bekommen?
- Was sind Ihrer Meinung nach besonders gelungene Beispiele von LW?
- Worin bestehen aus Ihrer Sicht besondere Herausforderungen bei der Zusammenarbeit mit den Patient*innen?

Lernerfahrungen aus der Tätigkeit

- Hat sich Ihre Tätigkeit, ihre Link-Working Rolle im Lauf der Zeit verändert? Hat sich Ihr Rollenverständnis geändert?
- Was haben Sie bisher bei Ihrer Tätigkeit gelernt?
- Wie nehmen andere Ihre Tätigkeit wahr? Funktioniert die Vermittlung an LW vom „medizinischen“ Team?
 - Wenn ja, was funktioniert gut? Wenn nein, worin könnte es liegen?
- Gibt es bei den potenziellen Zuweiser*innen ein Verständnis für die nicht medizinischen Bedarfe von Patient*innen?

- Wie gelingt die Sensibilisierung für Social Prescribing und Berücksichtigung sozialer, nicht-medizinischer Bedürfnisse (innerhalb und außerhalb der Einrichtung)?
- Welche Qualitätssicherungsmaßnahmen braucht es, um der Tätigkeit im Link Working aus Ihrer Sicht auch in Zukunft gut nachkommen zu können?
- Was ist das Bereichernde an der Tätigkeit? Was belastet/ sind Herausforderungen?

Egozentrierte Netzwerkkarte (Erstellung oder Besprechung bestehender Netzwerkkarten)

Im Folgenden geht es um Ihr Netzwerk als Fachkraft mit Link Working Funktion. Das heißt es geht um Personen oder auch Organisationen, die für Ihre Arbeit wichtig sind (sowohl intern als auch extern).

Diese Karte steht für Ihr persönliches System, in dem Sie als Fachkraft im LW in ihrer Einrichtung arbeiten. In der Mitte der Karte stehen Sie. Die Kreise zeigen die Nähe zu Ihnen als Fachkraft mit Link Working Funktion. Zeichnen Sie bitte auf der Karte alle Organisationen und Personen ein, die im Zusammenhang mit Ihrer Tätigkeit wichtig sind. Sowohl innerhalb der Einrichtung als auch hinsichtlich zentraler Netzwerkpartner.

1. In dem **ersten Kreis** kommen Personen oder Organisationen, die für Ihre Arbeit **sehr wichtig** sind beziehungsweise **sehr großen Einfluss** haben.
2. In dem **zweiten Kreis** kommen Personen oder Organisationen, die für Ihre Arbeit **wichtig** sind beziehungsweise **relativen Einfluss** haben.
3. In den dritten Kreis kommen Personen oder Organisationen, die für Ihre Arbeit **weniger wichtig** sind beziehungsweise **weniger Einfluss** haben.

Nachfrage zur egozentrierten Netzwerkkarte:

- Um welche Personen/Organisationen handelt es sich?
- Wieso wurden die Personen/Organisationen in diesen Kreis gesetzt?
- Bedeutet die Distanz zwischen den Personen/Organisationen etwas?

Nachfragen zum Netzwerk

- Wenn Sie die Netzwerkkarte für sich betrachten: Wer ist eventuell im Netzwerk noch weniger vertreten/zu weit weg? Wo läuft es rund?
- Welche Auswirkungen hat das Projekt aus Ihrer Sicht auf das Team der Einrichtung? Worin liegen Vorteile für das Team?
- Wie kommt SP bei Netzwerkpartner*innen an?
 - Wie ist die Zusammenarbeit? Wie wird von Seiten der Partner*innen die Zusammenarbeit betrachtet?
- Wie könnte das Netzwerk/die Zusammenarbeit optimiert werden?

Abschluss:

- Was wären für Sie wichtige Fragen an Patient*innen? Was wären spannende Themen für die nächste Fokusgruppe mit Fachkräften mit Link Working Funktion?

- Gibt es sonst noch etwas, was Ihnen wichtig wäre zurückzumelden, was wir noch nicht besprechen konnten?

→ Kennen Sie Patient*innen, die eventuell bereit wären, mit uns ein Interview zu führen?

Informationsblatt zum Interview für Patient*innen

Auf diesem **Informationsblatt** finden Sie nähere Informationen zur Evaluation des Beratungsangebotes, welches Sie in Anspruch genommen haben, und zum Ablauf eines Interviews. Durch die Interviews mit Patient*innen, erhalten wir wertvolle Informationen für die Weiterentwicklung des Angebotes.

Wer sind wir?

Wir - das sind Anna Schachner, Ulrike Fleischanderl und Roman Weber - arbeiten im **Forschungsbüro queraum**. Wir arbeiten in verschiedenen Projekten zur Gesundheitsförderung. Ein Schwerpunkt unserer Arbeit ist die Evaluation von Projekten und Angeboten.

Nähere Informationen zu unserem Forschungsbüro finden Sie auf unserer Homepage: www.queraum.org

Was macht die Evaluation?

Eine **Evaluation** möchte immer etwas **untersuchen**. Evaluiert werden können zum Beispiel **Projekte** oder **Angebote**. Wenn man etwas evaluiert, möchte man meistens herausfinden, wie ein Angebot noch weiter **verbessert** werden kann. Dabei ist es wichtig, alle Beteiligten nach ihrer Meinung zu fragen.

Bei der Evaluation möchten wir herausfinden, wie Patient*innen das Angebot wahrnehmen. *Wie zufrieden sind sie mit der Unterstützung und was hat sich durch die Unterstützung und Weiterverweisung verändert?*

Um das herauszufinden, führen wir Gespräche mit ungefähr **12 Nutzer*innen** in ganz Österreich, welche eine Gesundheits-Beratung in Anspruch nehmen. Auch mit dem Gesundheitspersonal führen wir Gespräche, um ihre Erfahrung zu sammeln.

Wie läuft ein Interview ab?

Wenn Sie Interesse daran haben, an einem Interview teilzunehmen, dann vereinbart ein/e Mitarbeiter*in des Evaluationsteams mit Ihnen oder in Absprache mit der/dem Gesundheits-Berater*in einen **Gesprächstermin**. Das Interview können wir auch gerne telefonisch durchführen. Das Gespräch dauert ungefähr **20 Minuten**. Im Interview geht es um Ihre persönliche Erfahrung mit dem Beratungsangebot.

Ganz wichtig dabei ist, dass das Interview **freiwillig** ist. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, dann müssen Sie das nicht. Sie können das Interview auch jederzeit **abbrechen** oder eine **Pause** machen.

Alles was Sie sagen, wird **anonymisiert**. Ihr Name wird an keiner Stelle genannt. Alles, was Sie uns erzählen, wird somit nicht mit Ihnen als Person in Verbindung gebracht.

Wenn es für Sie in Ordnung ist, dann **nehmen wir das Interview auf ein Aufnahmegerät auf**. Wir schreiben danach alles auf und schicken Ihnen gerne unsere Mitschriften. Die Aufnahme wird danach gelöscht.

Was passiert danach?

Wir sammeln alle Interviews und werten sie aus. Das bedeutet, dass die wesentlichen Themen, die für die weitere Arbeit des Beratungsangebotes wichtig sind, zusammengefasst werden.

Wenn Sie Fragen haben, können Sie uns gerne kontaktieren:

Kontakt

Einverständniserklärung Patient*innen

Einverständniserklärung

Name: _____

Bitte markieren Sie JA oder NEIN, um sich mit Folgendem einverstanden zu erklären:

Ich nehme gerne und freiwillig an der Befragung teil.

JA O NEIN O

Ich verstehe, dass meine Informationen vertraulich behandelt werden und bin mit einer anonymisierten Nutzung meiner Angaben einverstanden.

JA O NEIN O

Ich verstehe, dass ich jederzeit meine Teilnahme an der Untersuchung abbrechen kann, ohne dass es negative Folgen für mich hat.

JA O NEIN O

Unterschrift

Datum.....

Leitfaden Patient*innen-Interviews

Zu Beginn: Informationen zur Evaluation, Social Prescribing, Klärung Anonymität

Erzählgenerierende Einstiegsfrage

In diesem Gespräch steht Ihre Erfahrung mit (Name der Fachkraft im Link Working/der Einrichtung) im Mittelpunkt. Bitte schildern Sie uns, mit welchem Anliegen/ konkretem Anlass Sie zu (Name des Zentrums) gekommen sind?

Wie kam es dazu, dass Sie zu (Name der Fachkraft im Link Working/der Einrichtung) gekommen sind? Bitte erzählen Sie mir, was seither geschehen ist. Nehmen Sie sich zum Erzählen so viel Zeit wie sie möchten. Ich höre zuerst einmal nur zu und werde dann später Fragen stellen.

Wahrnehmung des Social Prescribing Prozesses

- Wie kam es dazu, dass Sie die Einrichtung aufgesucht haben?
- Wie verlief der Kontakt mit der Fachkraft mit Link Working Funktion?
- Welche Maßnahmen (Angebote) wurden vorgeschlagen?
- Was folgte auf den Besuch in der Einrichtung? Welche Angebote haben Sie dann auch genutzt und waren diese für Sie passend/bedeutsam?
- Besteht noch Kontakt mit der Fachkraft mit Link Working Funktion? Wenn ja: Was sind sind noch Themen/ Anliegen?

Wirkungen der Intervention

- Empfanden Sie das Angebot als hilfreich? Was war eventuell weniger hilfreich?
- Wobei war die Unterstützung (Link Working) besonders hilfreich?
- Wobei hätten Sie aus jetziger Sicht mehr Unterstützung benötigt? Was war schwierig?
- Hat sich durch das Angebot (vermitteltes Programm) etwas in Ihrem Leben verändert? Wenn ja: Welche Veränderungen (Bezug nehmen auf Konzept der positiven Gesundheit) haben Sie bei sich beobachtet?
- Hätten Sie Link Working Angebote gerne früher gehabt?
- Würden Sie das Angebot weiterempfehlen? Wenn ja: an welche Personengruppen?

Abschluss: Gibt es sonst noch etwas, was Ihnen wichtig wäre zurückzumelden, was wir noch nicht besprechen konnten?