

Social Prescribing – gesund:sozial:verbunden

Abbau der Zugangsbarrieren im Lichte der
Sozialen Arbeit: Erklärvideo und Begriffsfindung
im österreichischen Primärversorgungskontext

Mag. Thiemo Raoul Bischof
Katharina Maria Kalb, BA MA
Marlies Pfeifer, BA

Masterthese

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

Im April 2022

Erstbegutachterin: Dr.ⁱⁿ Eva Pilz
Zweitbegutachter: Dr. Richter Lukas BSc MSc

Projektbegleiter:innen:

Dr. Timo Fischer
Dr.ⁱⁿ Eva Pilz
FH-Prof. DAS Mag.(FH) Dr.PhDr. Redelsteiner Christoph, MSc

Vorwort

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

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

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

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

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

Social Prescribing – gesund:sozial:verbunden. Abbau der Zugangsbarrieren im Lichte der Sozialen Arbeit: Erklärvideo und Begriffsfindung im österreichischen Primärversorgungskontext (*Forschungsteam II*): Mit einem innovativen Design in Form eines Erklärvideos und einer damit verbundenen Online-Umfrage wird erforscht, welche Begriffe sich im Kontext der Primärversorgung für „social prescribing“ und die

damit einhergehende spezialisierte Fachkraft („link worker“) zur Verwendung eignen. In diesem Forschungsdesign geht es außerdem um die Frage, was bei der Konzeption und Produktion des Erklärvideos für den österreichischen Primärversorgungskontext unter Berücksichtigung einer interdisziplinären Expert:innenperspektive zu beachten ist.

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

Abstract

Social Prescribing – gesund:sozial:verbunden. Abbau der Zugangsbarrieren im Lichte der Sozialen Arbeit: Erklärvideo und Begriffsfindung im österreichischen Primärversorgungskontext

Bischof Thiemo, Kalb Katharina, Pfeifer Marlies. FH St. Pölten Studiengang Soziale Arbeit

Ausgangslage: In der Forschung zu Social Prescribing wurden bereits förderliche und hinderliche Faktoren für eine erfolgreiche Umsetzung identifiziert. Als Barrieren werden z.B. fehlendes Interesse, Skepsis gegenüber dem Nutzen, Schwierigkeit bei der Vermittlung des komplexen Konzepts und ein Vertrauensdefizit erkannt. Dabei ist auch die sprachliche Dimension in Form von Fachbegriffen zu berücksichtigen.

Ziele: Der (präventive) Abbau von Barrieren beim Zugang zu Social Prescribing zur Inklusionsförderung im österreichischen Primärversorgungskontext sowie ein Beitrag zur Erweiterung des gängigen Gesundheitsbegriffs um seine (psycho-)soziale Dimension.

Forschungsfragen: I. Was ist bei der Konzeption und Produktion eines Social Prescribing Erklärvideos für den österreichischen Primärversorgungskontext unter Berücksichtigung einer interdisziplinären Expert:innenperspektive zu beachten? II. Welche Begriffe eignen sich für „social prescribing“ sowie die damit einhergehende spezialisierte Fachkraft („link worker“) für den österreichischen Primärversorgungskontext?

Methoden: Ad I. Zwei Fokusgruppen mit österreichischen Social Prescribing und interdisziplinären Expert:innen. Ad. II. Nicht-repräsentative Online-Umfrage mit integriertem eigens erstelltem Social Prescribing Erklärvideo.

Ausgewählte Ergebnisse: In den Fokusgruppen wurden neben einem gemeinsamen Begriffsverständnis für Social Prescribing und Link Worker:innen Kernbotschaften und gestalterische Bedingungen erarbeitet. Z.B. kommt der Darstellung von Social Prescribing als ganzheitlichem und partizipativem Gesundheitskonzept, welches nicht-medizinische Bedürfnisse besonders berücksichtigt, sowie einer klaren Zieldefinition zentrale Bedeutung zu. Eine Analyse verdeutlicht, dass die englischen Begriffe „link worker“ und „social prescribing“, aber auch die deutsche Übersetzung *Soziale Verschreibung* für eine nationale Verwendung tendenziell ungeeignet sind. Zustimmung erhielten hingegen: *Gesund:sozial:verbunden*, *Gesundheitsnetz*, *Gesundheitskompass* sowie *Sozialarbeiter:in*, *Gesundheitskoordinator:in* und *soziale:r Gesundheitscoach:in*. Zudem wird ersichtlich, dass ein adäquater Begriff für die spezialisierte Fachkraft einer insbesondere berufspolitischen Diskussion bedarf.

Schlüsselwörter: Berufsqualifikation, bio-psycho-soziales Modell, Erklärvideo, Inklusion, Link Worker, Niederschwelligkeit, Social Prescribing, Primärversorgung, Soziale Arbeit, Soziale Verschreibung, Sozialarbeiter:in, Soziales Rezept, inklusive Terminologie, Transdisziplinarität von Sozialarbeitswissenschaft, Zugänglichkeit

Abstract

Social Prescribing – healthy:social:connected. Reducing access barriers in the light of social work: explanatory video and terminology in the Austrian primary care context

Bischof Thiemo, Kalb Katharina, Pfeifer Marlies. University of Applied Sciences St. Pölten Social Work Program

Starting point: Research on social prescribing has already identified facilitating and hindering factors for successful implementation. Barriers identified include lack of interest, skepticism about the benefits, difficulty in communicating the complex concept, and a trust deficit. The language dimension in the form of technical terms must also be taken into account.

Objectives: The (preventive) reduction of barriers in accessing social prescribing in order to promote inclusion in the Austrian primary care context as well as a contribution to the expansion of the common understanding of health to its (psycho-)social dimension.

Research questions: **I.** What should be considered in the conception and production of a social prescribing explanatory video for the Austrian primary care context, taking into account an interdisciplinary expert perspective? **II.** Which terms are appropriate for "social prescribing" as well as the associated specialized professional ("link worker") for the Austrian primary care context?

Methods: **Ad I.** Two focus groups with Austrian social prescribing and interdisciplinary experts. **Ad. II.** Non-representative online survey with an integrated self-made Social Prescribing explainer video.

Selected Results: In addition to a common understanding of the term social prescribing and link worker, the focus groups produced core messages and design conditions. For example, the presentation of social prescribing as a holistic and participatory health concept, which takes special account of non-medical needs, as well as a clear definition of goals, is of central importance. An analysis shows that the English terms link worker and social prescribing, but also the German translation Soziale Verschreibung, tend to be unsuitable for national use. In contrast, the following terms received approval: Gesund:sozial:verbunden, Gesundheitsnetz, Gesundheitskompass as well as Sozialarbeiter:in, Gesundheitskoordinator:in and soziale:r Gesundheitscoach:in. In addition, it becomes apparent that an adequate term for the specialized professional requires, in particular, a professional-political discussion.

Keywords: accessibility, bio-psycho-social, explanatory video, inclusion, link worker, primary care, professional qualification, social prescribing, social prescribing, social prescription, inclusive terminology, social work, social worker, transdisciplinarity of social work science

Das Forschungsteam

Thiemo Raoul Bischof



Der gebürtige Vorarlberger lebt seit vielen Jahren in Wien. Sein Grundstudium der Rechtswissenschaften absolvierte er an der Universität Wien und an der Universität van Amsterdam. Im Zuge dessen legte er den Schwerpunkt auf das Antidiskriminierungsrecht sowie auf die Grund- und Menschenrechte. Aktuell ist er für den Diakonie Flüchtlingsdienst als Rechtsberater tätig und für die fachliche Anleitung der Rechtsberatung zuständig. Ehrenamtlich engagiert er sich als Rechtsberater für die Organisation Queer Base und als Bewährungshelfer für den Verein NEUSTART.

Katharina Maria Kalb



Seit inzwischen sieben Jahren lebt die ebenfalls gebürtige Vorarlbergin in Wien. Sie absolvierte eine Ausbildung zur Kunsttherapeutin (MA) an der SFU Wien sowie die Ausbildung zur Kultur- und Sozialanthropologin (BA) an der Universität Wien. Berufs- und Projekterfahrungen sammelte sie in der Pädiatrischen Onkologie, der Lebenshilfe, der Senior:innenbetreuung und diversen Sozialprojekten (u.a. in Nicaragua). Aktuell ist sie als Sozialbetreuerin in der Caritas im Bereich Wohnungslosenhilfe für Männer beschäftigt.

Marlies Pfeifer



Marlies Pfeifer ist in Wienumgebung aufgewachsen. Im Jahr 2020 absolvierte sie ihr Bachelorstudium der Kultur- und Sozialanthropologie an der Universität Wien. Danach begann sie mit ihrem Masterstudium der Sozialen Arbeit an der Fachhochschule St. Pölten. Beruflich ist die 26-Jährige im Vollbetreuten Wohnen als Sozialbetreuerin tätig, mit Fokus auf die Assistenz und Begleitung für Menschen mit intellektueller und mehrfacher Behinderung. Neben den bereits genannten Qualifikationen sammelte Marlies Pfeifer Erfahrungen als Jugendmentorin, im Tourismus und Sozialbereich bei diversen Auslandsaufenthalten und realisierte Community Projekte in Kenia.

Inhalt

1	Einleitung – Bischof Thiemo.....	13
1.1	Vorgehensweise und Aufbau der Arbeit – Bischof Thiemo	14
1.2	Social Prescribing – ein Gesundheitskonzept auf dem Vormarsch in Österreich – Bischof Thiemo	16
1.3	Forschungsinteresse und leitende Fragen – Bischof Thiemo	19
1.4	Forschungsziele und Methodik – Bischof Thiemo.....	21
2	Sozialarbeiter:innen als Koproduzent:innen eines Erklärvideos – Bischof Thiemo	24
2.1	Soziale Arbeit – ein essenzieller Gesundheitsberuf zur Förderung des menschlichen Gedeihens – Bischof Thiemo.....	24
2.2	Gesundheitsverständnis im Lichte der Sozialarbeit(-swissenschaft) – Bischof Thiemo	28
2.3	Sozialarbeitswissenschaft – Pfeifer Marlies	30
2.3.1	Die Bedeutung der Transdisziplinarität von Sozialarbeitswissenschaft – Pfeifer Marlies	31
2.4	Das Erklärvideo – Pfeifer Marlies	33
2.5	Eignung von Erklärvideos für die Kommunikation des Gesundheitskonzepts Social Prescribing – Pfeifer Marlies.....	34
2.5.1	Erklärvideos und Inklusion – Pfeifer Marlies	35
2.5.2	Konkretes Beispiel: Frühe Hilfen – Pfeifer Marlies.....	35
2.5.3	Zusammenfassung – Pfeifer Marlies.....	36
3	Warum Sozialarbeiter:innen Österreich-spezifische Begriffe für Social Prescribing suchen – Kalb Katharina.....	37
3.1	Die Relevanz von Sprache für das menschliche Handeln – Kalb Katharina	37
3.2	Zur Fach- und Alltagssprache in der Sozialen Arbeit – Kalb Katharina	38
3.3	Die bisherige terminologische Diskussion in Österreich – Kalb Katharina	39
3.3.1	Ein Blick über den Tellerrand – ein kurzer Ländervergleich – Kalb Katharina	40
3.3.2	Zusammenfassung – Kalb Katharina	42
4	Phasen I und II: Inhaltliche und gestalterische Entstehungsbedingungen von Social Prescribing Erklärvideos – Pfeifer Marlies	43
4.1	Methodik – Fokusgruppe – Pfeifer Marlies.....	43
4.2	Phase I: Social Prescribing Expert:innenperspektive – Pfeifer Marlies	45
4.2.1	Entstehung der Fokusgruppe I – Pfeifer Marlies.....	45
4.2.2	Vorgehensweise – Pfeifer Marlies.....	47
4.2.3	Auswertung – Pfeifer Marlies	50
4.2.4	Ergebnisdarstellung – Pfeifer Marlies	51
4.2.5	Reflexion der Ergebnisse – Pfeifer Marlies	59
4.2.6	Reflexion der Methodenwahl und -anwendung – Pfeifer Marlies.....	62
4.3	Phase II: Interdisziplinäre Expert:innenperspektive – Kalb Katharina	63
4.3.1	Entstehung der Fokusgruppe II – Kalb Katharina	64
4.3.2	Vorgehensweise – Kalb Katharina	66

4.3.3	Auswertung – Kalb Katharina	71
4.3.4	Ergebnisdarstellung – Kalb Katharina	72
4.3.5	Reflexion der Ergebnisse – Kalb Katharina.....	79
4.3.6	Reflexion der Methodenwahl und -anwendung – Kalb Katharina	81
5	Phase III: Konzeption und Koproduktion eines Social Prescribing Erklärvideos – Bischof Thiemo	83
5.1	Wissensanwendung: der Entstehungsprozess – Bischof Thiemo.....	83
5.2	Produktionsergebnis – Bischof Thiemo	93
6	Phase IV: Online-Umfrage zur Österreich-spezifischen Begriffsfindung – Kalb Katharina.....	98
6.1	Operationalisierung – Kalb Katharina.....	98
6.2	Vorgehensweise und Erhebungsdesign – Kalb Katharina	99
6.2.1	Bewertung der gesammelten Begriffe – Kalb Katharina	101
6.2.2	Pretest – Kalb Katharina.....	102
6.2.3	Stichprobenziehung – Kalb Katharina	103
6.2.4	Beschreibung der Teilnehmenden – Bischof Thiemo	105
6.3	Deskriptive Ergebnisdarstellung – Kalb Katharina	108
6.3.1	Gesundheitsbezogener Interventionsansatz – Social Prescribing – Kalb Katharina	108
6.3.2	Spezialisierte Fachkraft – Link Worker:in – Kalb Katharina	111
6.3.3	Kommentare – Kalb Katharina	115
6.4	Auswertung – Kalb Katharina	116
6.4.1	Ergebnisdarstellung – Kalb Katharina, Pfeifer Marlies.....	117
6.5	Reflexion der Ergebnisse – Kalb Katharina.....	129
6.6	Reflexion der Methodenwahl und -anwendung – Kalb Katharina	132
7	Fazit – Pfeifer Marlies	134
7.1	Kritische Würdigung – Pfeifer Marlies	134
7.1.1	Fokusgruppen – Pfeifer Marlies.....	134
7.1.2	Erklärvideo – Pfeifer Marlies.....	135
7.1.3	Begriffssuche und Online-Umfrage – Pfeifer Marlies	136
7.2	Conclusio und Ausblick – Bischof Thiemo, Kalb Katharina, Pfeifer Marlies.....	137
7.2.1	Forschungsfrage I – Social Prescribing Erklärvideo – Bischof Thiemo, Kalb Katharina, Pfeifer Marlies	139
7.2.2	Forschungsfrage II – Österreichspezifische Begriffsfindung – Bischof Thiemo, Kalb Katharina, Pfeifer Marlies	141
	Danksagung.....	145
	Literatur	146
	Daten	157
	Abkürzungen	158
	Glossar.....	158
	Abbildungen	162

Tabellen	163
Anhang.....	164
Fragebogen für die Online-Umfrage	165
Reduzierte Begriffe.....	171
Gesundheitsbezogener Interventionsansatz: Bewertung nach dem Mittelwert.....	172
Platzierung nach der Häufigkeit der gewählten Lieblingsbegriffen („social prescribing“)	173
Spezialisierte Fachkraft: Bewertung nach dem Mittelwert	174
Platzierung nach der Häufigkeit der gewählten Lieblingsbegriffen („link worker“).....	176
Liebingsbegriffe für „link worker“, wenn das Gesundheitskonzept bekannt war	177
Liebingsbegriffe für „link worker“, wenn das Gesundheitskonzept nicht bekannt war	178
Kommentarfeld 1 – Begriffsvorschläge für den gesundheitsbezogenen Interventionsansatz („social prescribing“).....	179
Kommentarfeld 3 – Begriffsvorschläge für die spezialisierte Fachkraft („link worker“).....	183
Eidesstattliche Erklärung	187
Eidesstattliche Erklärung	188
Eidesstattliche Erklärung	189

1 Einleitung

Bischof Thiemo

Zu Beginn des Sommers 2021 gab der inzwischen zurückgetretene Sozial- und Gesundheitsminister Wolfgang Mückstein im Rahmen des Ö1 Morgenjournals bekannt, das Bundesbudget für die Gesundheitsförderung von sieben um sechs Millionen Euro zu erhöhen. Nicht zuletzt aufgrund der massiven Auswirkungen der COVID-19 Pandemie auf die Gesundheit der österreichischen Bevölkerung sollen im Zuge der Reformbestrebungen unter dem Titel *Gesundheitsförderung 21+* (vgl. Horváth 2021) psychosoziale Gesundheitsaspekte verstärkt in den Fokus rücken.

Eine zentrale Rolle zur Verwirklichung einer umfassenden und auf regionale Bedürfnisse zugeschnittenen Gesundheitsversorgung nähme dabei die seit 2014 neu ausgestaltete Primärversorgung (vgl. Glossar) ein. Der Verknüpfung von Primärversorgungszentren (vgl. Glossar) und anderen Angeboten käme dabei eine besondere Bedeutung zu. Als einen wichtigen Lösungsansatz führte der Sozial- und Gesundheitsminister das Gesundheitskonzept Social Prescribing ins Treffen und nannte dafür folgendes Beispiel (vgl. Ö1 2021):

„Ein älterer Mann, der ist nach dem Tod seiner Frau immer im Gasthaus und wird immer dicker, wird sozial isoliert und wird dadurch krank. Der braucht jetzt in erster Linie vielleicht nicht einen Arzt oder eine Ärztin, sondern der braucht vielleicht einen Sozialarbeiter und eine Diätologin. Da sieht man, dass Lebensumstände dazu führen können, dass Menschen krank werden. Und es braucht dann eben spezielle Angebote, zum Beispiel in Primärversorgungszentren.“ (ebd. Minute 0:40 – 1:05)

Zweifelsohne kann die öffentliche Anerkennung des Lösungspotenzials von Social Prescribing im Österreichischen Rundfunk durch ein Regierungsmitglied als Meilenstein für die Wahrnehmung und schrittweise Etablierung dieses Ansatzes identifiziert werden. Sie verdeutlicht jedoch insbesondere, was sich schon länger abzeichnet: Social Prescribing ist auch in Österreich auf dem Vormarsch.

Die Erwartungshaltung gegenüber dem Gesundheitskonzept ist groß. Vorrangig verspricht es die Förderung der allgemeinen Lebensqualität durch eine Steigerung des persönlichen Wohlbefindens. Dabei soll einer veränderten partizipativen Patient:innenrolle durch eine adäquate und verstärkte Berücksichtigung individueller Bedürfnisse Rechnung getragen werden (vgl. Haas et al. 2019). Der Fiskus sowie die Gesundheits- und Sozialpolitik erhoffen sich durch die flächendeckende Integration in das wachsende österreichische Primärversorgungssystem eine nachhaltige Entlastung des Gesundheitssystems (vgl. Rojatz et al. 2019)¹. Dies erfolgt unter Berücksichtigung

¹ In der Arbeit des Forschungsteams I wird in Kapitel 3 die Evidenzbasis hinsichtlich der Verbesserung der Gesundheit bzw. des Wohlbefindens der Nutzer:innen, der Reduktion von Belastungen und Kosten für das Gesundheits- und Sozialsystem unter die Lupe genommen.

bereits bestehender und sich abzeichnender sozialer infrastruktureller Herausforderungen, insbesondere aufgrund demografischer Alterung. Schließlich betonen Befürworter:innen das erhebliche Potenzial von Social Prescribing, insofern dieses marginalisierten Personengruppen verstärkt die Teilhabe an gesundheitsrelevantem Wissen und Angeboten ermögliche und dadurch den Abbau sozialer und damit letztendlich gesundheitlicher Ungleichheit befördere (vgl. Haas et al. 2019; vgl. NCVO 2020).

Für eine erfolgreiche Integration in das österreichische Gesundheitssystem und um den vielfältigen soeben skizzierten Erwartungshaltungen, insbesondere auch einem inklusiven Anspruch, gerecht zu werden, erscheint es prioritär und unerlässlich, (potenzielle) Nutzer:innen² von Social Prescribing, Angehörige der Gesundheits- und Sozialberufen, Stakeholder:innen, usw. – kurz, die breite Bevölkerung – über das Gesundheitskonzept zu informieren.

Ein Erklärvideo als modernes Kommunikationsmittel erscheint hierfür besonders geeignet (vgl. Kapitel 2.5). Die dieser Arbeit vorangehende Forschung legte einen Forschungsschwerpunkt auf die inhaltlichen und gestalterischen Entstehungsbedingungen und Potenziale eines Erklärvideos für den österreichischen Primärversorgungskontext, um ein solches möglichst zugänglich auszugestalten. Mit dem generierten Wissen wurde im Zuge des angewandten Forschungsprozesses ein eignes Erklärvideo konzipiert und koproduziert. Auf dessen Basis wurde im Rahmen des zweiten Forschungsschwerpunkts untersucht, welche Begriffe sich für das Gesundheitskonzept Social Prescribing und die damit einhergehende spezialisierte Fachkraft (Link Worker:in³) eignen.

1.1 Vorgehensweise und Aufbau der Arbeit

Anschließend an vorangehende einleitende Worte legt das 1. Kapitel offen, mit welchem Untersuchungsgegenstand sich die vorliegende Arbeit befasst. Nach einem einführenden Überblick zu dem aus England stammendem Gesundheitskonzept Social Prescribing samt gegenwärtiger Bestrebungen in Forschung und Praxis erfolgt eine Darlegung von Forschungsinteresse und -zielen inklusive der damit verbundenen untersuchungsleitenden Fragen.

² In dieser Arbeit ist ergänzend oder anstelle von Patient:innen – sofern nicht kontextbezogen indiziert – die Rede von Nutzer:innen (von Social Prescribing). Der in der Sozialen Arbeit an Bedeutung gewinnende Nutzer:innenbegriff unterstreicht ganz im Sinne des Gesundheitskonzepts den gesundheitsbezogenen und sozialarbeiterischen Leistungscharakter. Zudem verdeutlicht dieser eine partizipative Dimension. Denn der Erfolg des Gesundheitskonzepts ist durch ein aktives Zusammenwirken zwischen Nutzer:in und Fachkraft bedingt (vgl. Wagner 2018:346).

³ Obwohl es sich bei dem englischen Begriff link worker um eine an sich geschlechtsneutrale Formulierung handelt, wird dieser in der Arbeit aufgrund des deutschen Sprachkontexts dieser Arbeit – sofern nicht intendiert die englische Version verwendet wird – gegendert, um damit die Vielfalt an Geschlechtsidentitäten sichtbar zu machen.

Die darauffolgenden beiden Kapitel (2, 3) sind als gedankliche Fortsetzung, Begründung und Verdichtung des Forschungsinteresses zu sehen. Kapitel zwei erläutert, was Soziale Arbeit⁴ und Gesundheit verbindet, und umschreibt, weshalb gerade Sozialarbeiter:innen unter Berücksichtigung anderer Disziplinen die Entstehungsbedingungen eines Social Prescribing Erklärvideos unter die Lupe nehmen. Das anschließende Kapitel (3) unterstreicht die Bedeutung einer Österreich-spezifischen Begriffsfindung für das Gesundheitskonzept Social Prescribing und der damit einhergehenden speziell qualifizierten Fachkraft und kehrt dabei insbesondere die sprachliche Dimension hervor.

Die drei Großkapitel (4, 5, 6) bilden den Hauptteil der Arbeit. Entlang aufbauender Phasen veranschaulichen sie den ineinandergreifenden praxisorientierten, explorativen und empirischen Forschungsprozess und stellen die gewonnenen Ergebnisse samt ihrer Interpretation dar. Die erste Forschungsfrage steht im Zentrum des 4. Kapitels.

In Phase eins (4.2) wurden Expert:innen, welche sich bereits intensiv mit Social Prescribing im österreichischen Primärversorgungskontext beschäftigten, zu einer Fokusgruppe eingeladen. Im Zuge dessen wurde ein gemeinsames Begriffsverständnis herausgearbeitet und zudem aufgespürt, welche zentralen Botschaften in einem österreichischen Social Prescribing Erklärvideo nicht fehlen dürfen. Die zweite Phase (4.3) fokussierte sich auf die konkrete Umsetzung eines Social Prescribing Erklärvideos. Zu diesem Zweck wurden Expert:innen aus verschiedenen Fachgebieten, wie etwa dem Onlinemarketing, dem Kommunikationsmanagement, der Diversitäts- und Inklusionsforschung, der Gesundheitspolitik und der Videoproduktion, zu einer weiteren Fokusgruppe eingeladen. In dieser wurde eine Auswahl bereits bestehender (internationaler) Social Prescribing Erklärvideos aus der jeweiligen fachlichen Perspektive in den Blick genommen und auf ihre positiven sowie negativen Aspekte durchleuchtet. Die Darstellung der dritten Phase (5) widmet sich der Konzeption und (Ko-)Produktion eines eigenen Erklärvideos und präsentiert das Endprodukt. Die Datenerhebung, Auswertung und Ergebnisinterpretation einer austriifizierten Begriffsfindung bildet den Gegenstand des 6. Kapitels. Nach einer kritischen Würdigung (7) der vorliegenden Arbeit werden im letzten Kapitel (8) wesentliche Erkenntnisse rekapituliert, Empfehlungen formuliert und darauf basierend ein Ausblick gewagt.

⁴ Sozialarbeit und Soziale Arbeit werden in dieser Arbeit ohne begriffliche Unterscheidung verwendet.

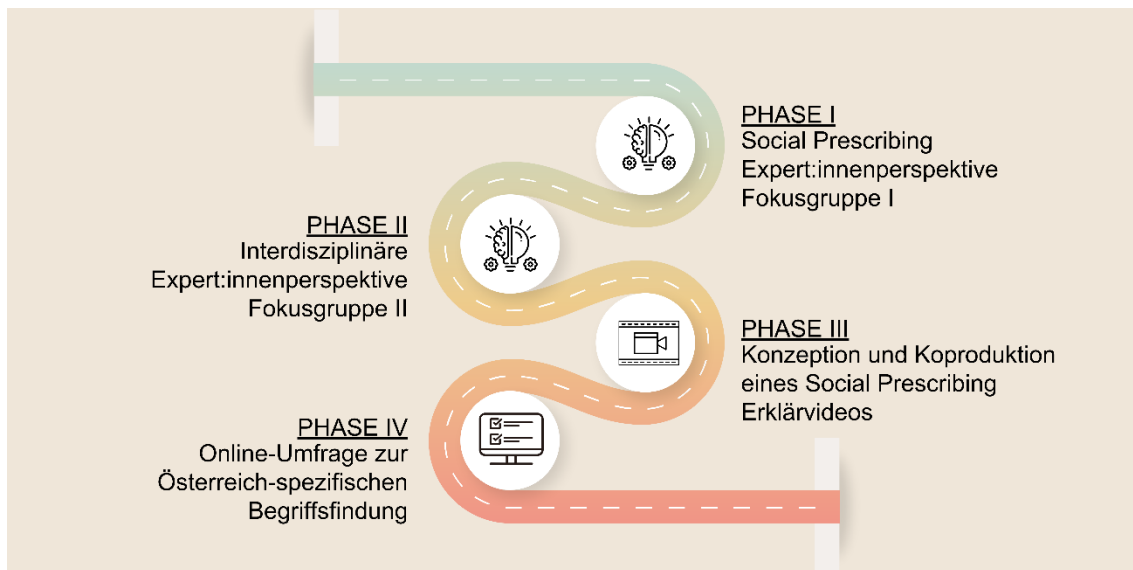


Abbildung 1: Erkenntnisprozess entlang vier zentraler Forschungsphasen

Quelle: Eigene Darstellung

1.2 Social Prescribing – ein Gesundheitskonzept auf dem Vormarsch in Österreich

Social Prescribing ist ein in England entwickelter und dort inzwischen etablierter gesundheitsbezogener Interventionsansatz. Das dahinterstehende Gesundheitskonzept verbreitete sich in den der letzten Dekade mit beachtlicher Geschwindigkeit. Es fand mit länderspezifischen Ausprägungen Eingang in die Gesundheits- und Sozialsysteme verschiedenster Staaten, darunter Irland, Spanien, Niederlande, Kanada, Australien und Neuseeland (vgl. Redelsteiner 2020:32).

Das ganzheitliche Gesundheitskonzept beruht im Wesentlichen auf folgender Erkenntnis: Psychosoziale Bedürfnisse und Belastungen, welche beispielsweise im Zusammenhang mit gesellschaftlicher Isolierung, chronischen Erkrankungen und sozioökonomischer Benachteiligung stehen, beeinflussen den menschlichen Gesundheitszustand und bedingen Krankheiten (vgl. Kimberlee 2015). Sozialen Fragen, Lebensbedingungen und gesellschaftlicher Teilhabe kommt nach diesem Verständnis eine entscheidende Bedeutung zu (vgl. Gibson et al. 2021). Diese an Geltung gewinnende Einsicht ist keineswegs neu. Sie scheint vielmehr eine Rückbesinnung auf das, was etwa bereits Ilse Arlt, Pionierin der österreichischen Sozialarbeitswissenschaften, im Jahr 1958 erkannte, als sie ihre armutsbedingende Bedürfnistheorie mit Blick auf das „Verhältnis von Armut und Gedeihen“ (Maiss / Pantuček) formulierte und feststellte, der Mensch könne nur gedeihen, sofern seine Grundbedürfnisse gestillt seien (vgl. Arlt 1958/ 2010; vgl. Kapitel 2.1).

Das Verständnis und die konkrete Ausgestaltung von Social Prescribing können je nach staatlichem, institutionellem und kulturellem Kontext variieren. Kimberlee (2015) identifizierte für das englische Setting vier Prozessmodelle, die sich anhand ihres

zunehmenden Ausprägungsgrads unterscheiden.⁵ Die holistische Form (vgl. Abbildung 2) scheint dem überwiegenden Konzeptverständnis auch hierzulande zu entsprechen (vgl. Haas et al. 2020). Diese hat auch die vorliegende Arbeit vor Augen. Demnach erkennen in Primärversorgungseinrichtungen tätige Fachkräfte, wie etwa eine Hausärztin oder ein Psychotherapeut, ein oder mehrere nicht-medizinische Bedürfnis(se) ihrer Patient:innen/Nutzer:innen und leiten diese anschließend an eine eigens dafür speziell qualifizierte Fachkraft weiter. Diese bespricht mit den Nutzer:innen Herausforderungen und Interessen entlang persönlicher Lebensumstände. Die spezialisierte Fachkraft verfügt aufgrund eines professionalisierten Netzwerkmanagements über ein breites Wissen an regionalen Angeboten und Möglichkeiten, mit anderen Worten den Community-Ressourcen des dritten Sektors (vgl. Glossar).

Gemeinsam mit den Nutzer:innen werden entlastende und auf die Steigerung des Wohlbefindens ausgerichtete Lösungen gesucht. Die spezialisierte Fachkraft unterstützt bei der Vermittlung an konkrete und auf die individuellen Bedürfnisse zugeschnittene Angebote. Soziale, gesundheitliche und rechtliche Beratungsangebote oder sportliche, künstlerische, religiöse, gärtnerische Aktivitäten usw. können dabei in Frage kommen (vgl. Whitelaw et al. 2017:1). Den Möglichkeiten sind hier keine Grenzen gesetzt. Die konzipierte Herangehensweise lehnt One-size-fits-it-all-Lösungsansätze ab. Mit einem biopsychosozialen Gesundheitsverständnis (vgl. Glossar; vgl. Kapitel 2.) und einem ressourcenorientierten Fokus werden Menschen darin unterstützt, eine aktive Rolle in ihrer eigenen Gesundheitsfürsorge einzunehmen.

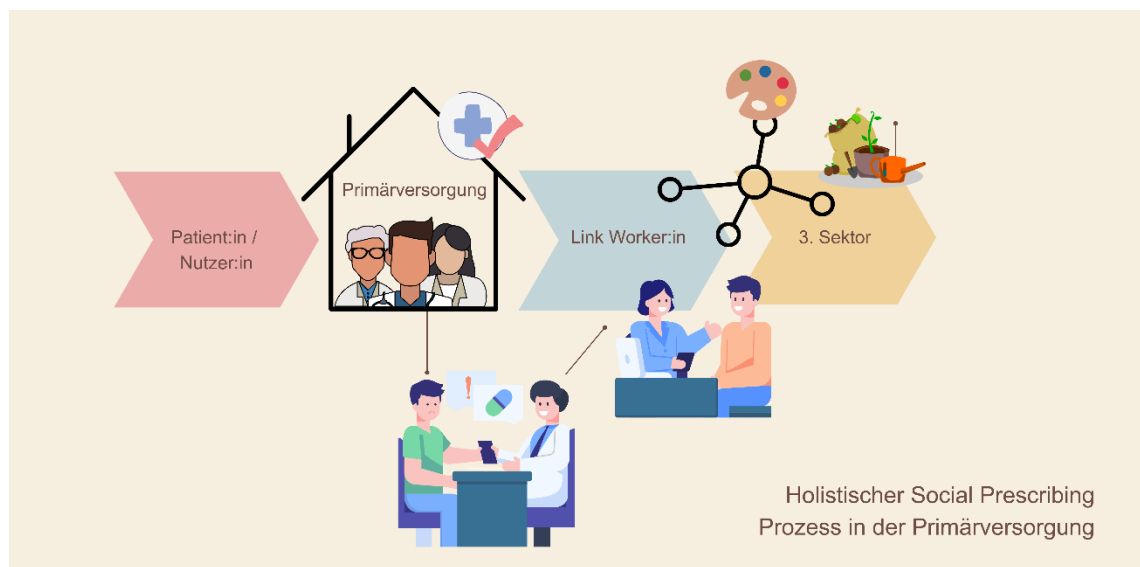


Abbildung 2: Holistischer Social Prescribing-Prozess in der Primärversorgung

Quelle: Eigene Darstellung

Das Lösungspotenzial des Gesundheitsansatzes ist aufgrund der individuellen und ganzheitlichen Herangehensweise nicht auf eine spezifische Zielgruppe beschränkt. Vielmehr kann dieser grundsätzlich für alle Menschen im Laufe ihres Lebens in Frage

⁵ Für eine ausführliche Darstellung siehe das Kapitel 3.2.1 der Arbeit des Forschungsteams I und das Kapitel 2.2.2.4 der Arbeit des Forschungsteams II.

kommen. Auf Basis bisheriger Erfahrungen finden sich in der Literatur allerdings Personengruppen, für die Social Prescribing besonders geeignet beziehungsweise einflussreich sein kann. Dazu zählen insbesondere Menschen

- mit einer oder mehreren Langzeiterkrankungen,
- die einsam oder isoliert sind,
- die Unterstützung in Bezug auf ihre psychische Gesundheit benötigen,
- mit leichten oder langfristigen psychischen Problemen,
- die häufig Gesundheitseinrichtungen aufsuchen („Drehtürpatient:innen“) oder
- die komplexe soziale Bedürfnisse haben, die ihr Wohlbefinden beeinträchtigen. (vgl. Drinkwater et al. 2019; Gesundheit Österreich GmbH 2019; Haas et al. 2019; NHS o.A.).

Darüber hinaus richte sich das Gesundheitskonzept besonders auch an von Armut betroffene Menschen, insbesondere in sozioökonomisch benachteiligten Regionen, sowie an jene mit einer geringen Gesundheitskompetenz (vgl. Antosik 2020:47–49; NCVO 2020; kritisch hierzu vgl. Gibson et al. 2021). Die adäquate Berücksichtigung nicht-medizinischer aber gesundheitsrelevanter Dimensionen entlaste schließlich auch die anderen im Primärversorgungsbereich tätigen Sozial- und Gesundheitsberufe. Diese werden deshalb auch regelmäßig als Profiteure und damit Zielgruppe des Gesundheitskonzepts geführt (vgl. Haas et al. 2019).

Zweifelsohne bilden Elemente von Social Prescribing seit langem einen fixen Beratungsbestandteil vieler medizinischer und psychosozialer Institutionen in Österreich.⁶ Das Innovative an Social Prescribing besteht allerdings insbesondere in der strukturellen Verflechtung des Primärversorgungssystems mit den Ressourcen des dritten Sektors (vgl. Glossar), wie niederschweligen, zielgruppenspezifischen Informations- und Kommunikationsangeboten oder Netzwerken (vgl. Owen 2020:Minute 16:00 - 16:40). Es wurde für den nationalen Kontext bereits wissenschaftlich aufgezeigt (vgl. Antosik 2020; Haas et al. 2019), dass dieses Gesundheitskonzept dazu geeignet ist, im österreichischen System der Primärversorgung (weiter) verankert zu werden.

Durch die verstärkte Einbeziehung von Sozialarbeiter:innen in das seit 2014 neu ausgestaltete Primärversorgungssystem⁷ werden bereits jetzt, bewusst oder unbewusst, vielerorts Elemente von Social Prescribing zur Anwendung gebracht und die sozialen Faktoren von Gesundheit stärker in den Fokus gerückt. Case Management als sozialarbeiterische Methode kann dabei handlungsleitend und strukturierend wirken (vgl. Finker et al. 2017).⁸ Auch die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) berücksichtigt die aktuellen Gegebenheiten in ihrem Prozesskonzept zur Umsetzung von Social Prescribing. Dabei hebt sie mit Blick auf den internationalen Erfahrungsschatz hervor,

⁶ Von welchen Berufen, Sozialarbeiter:innen ausgenommen, ausgeübt und in welchen institutionellen Kontexten Social Prescribing bereits zur Anwendung gelangt ist Gegenstand des 4. Kapitels der Arbeit des Forschungsteams I.

⁷ In Kapitel 2.1.4 der Arbeit des Forschungsteams III erfolgt eine ausführliche Darstellung der Neuausrichtung und Stärkung der Primärversorgung.

⁸ Für eine vergleichende Gegenüberstellung von Social Prescribing und Case Management vergleiche Kapitel 5 der Arbeit des Forschungsteams I.

dass durch Social Prescribing Bedürfnisse von Nutzer:innen „noch systematischer“ (Haas et al. 2020:1) berücksichtigt werden können (vgl. ebd.).

Im Sinne der eingangs erwähneter gesundheitsfördernder Reformbestrebungen stellte das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz insgesamt 285.000 Euro zur Verfügung, um damit in vier Bundesländern neun Social Prescribing Pilotprojekte im Primärversorgungskontext im Zeitraum Juni bis Dezember 2021 zu fördern.⁹ Mit fachlicher Begleitung durch die GÖG wurden Erfahrungen bei der Implementierung von Social Prescribing in Einrichtungen der Primärversorgung (Primärversorgungseinheiten, -netzwerke, Gruppenpraxen), evaluiert und daraus ein Handbuch erstellt (vgl. Rojatz et al. 2021a). Dieses mit Dezember 2021 datierte Handbuch erschien gemeinsam mit einem inhaltsähnlichem Policy Brief (vgl. Rojatz et al. 2021b) zeitgleich mit Fertigstellung dieser Arbeit. Das Handbuch richtet sich vorrangig an (potenzielle) Umsetzer:innen des Gesundheitskonzepts und beinhaltet neben allgemeinen Informationen, Einblicke in die bisherige Umsetzungspraxis, Empfehlungen und eine vier-stufige Implementierungsanleitung für Einrichtungen der medizinischen Primärversorgung. Im Rahmen des Projekts zur Vorbereitung und Umsetzung von Social Prescribing (vgl. Haas et al. 2020) fand im Sommer 2021 unter Einbeziehung des Departments Soziales der Fachhochschule St. Pölten die erste mehrtägige Qualifizierungsfortbildung unter dem Titel „Link Worker[:innen] Schulung“ statt. Weitere Fortbildungen sind für dieses Jahr geplant.

1.3 Forschungsinteresse und leitende Fragen

Im Jahr 2018 veröffentlichten Pescheny et al. eine Analyse unter dem Titel „Facilitators and barriers of implementing and delivering Social Prescribing services: a systematic review“. In Bezug auf das englische Primärversorgungssystem veranschaulichten sie eine Reihe an Faktoren, die hinsichtlich der Implementierung von Social Prescribing entweder förderlich oder hinderlich seien. Als zentrales Hindernis wurde die mangelnde Beteiligung von Nutzer:innen festgestellt („No or low patient engagement is a major barrier to the implementation and delivery of SP services“ (ebd.:10).

Darüber hinaus wurden unter anderem folgende Faktoren als maßgebliche Barrieren bei der Inanspruchnahme eines Social Prescribing Angebots identifiziert:

- eine erschwerte Einbeziehung von Patient:innen im Setting der ärztlichen Allgemeinpraxis aufgrund der neuartigen Arbeitsweise, gemischt mit Verständigungsschwierigkeiten seitens der Patient:innen infolge eines schwierig zu erklärenden Konzepts;
- das mangelnde Interesse an Social Prescribing und die Skepsis gegenüber dem potenziellen Nutzen;
- die gesellschaftliche Bewusstseinsverankerung in medizinischen Lösungsansätzen;
- geringe Motivation vom In-Erwägung-Ziehen zum Handeln überzugehen;

⁹ Siehe hierzu auch etwas ausführlicher Kapitel 2.2.3 in der Arbeit des Forschungsteams III.

- Angst vor Stigmatisierung aufgrund einer Verbindung zu psychiatrischen Diensten und Datenerfassungstools;
- generelles Vertrauensdefizit (vgl. Antosik 2020:66f; Pescheny et al. 2018a:10).

Wie Pescheny et al. in einem ebenfalls 2018 erschienenen Beitrag (vgl. Pescheny et al. 2018b) feststellten, fokussierten bisherige Untersuchungen überwiegend auf die Effektivität und Effizienz von Social Prescribing (vgl. Costa et al. 2021). An wissenschaftlichen Auseinandersetzungen zu Faktoren, welche die anfängliche Inanspruchnahme („uptake“) eines Social Prescribing Angebots beeinflussen, fehle es hingegen (vgl. Pescheny et al. 2018b:2). Dabei liegt es auf der Hand, dass eine erfolgreiche Implementierung von Social Prescribing von der tatsächlichen Beteiligung durch potenzielle Patient:innen/Nutzer:innen abhängt. Die fehlende oder geringe Beteiligung könne erhebliche Konsequenzen nach sich ziehen: vermeidbares Leiden, suboptimale Ergebnisse, Zunahme gesundheitlicher Ungleichheit und Verschwendung von Ressourcen (vgl. ebd.); mit anderen Worten: „menschliche Umwege (=Leiden)“ (Redelsteiner 2018:148).

Ein Fehlen an Kenntnis, Verständnis und Vertrauen hinsichtlich des Gesundheitskonzepts kann also erhebliche Barrieren bei der Inanspruchnahme eines entsprechenden Angebots produzieren. Vor diesem Hintergrund wurde im Zuge der Forschung zunehmend klar, dass es notwendig ist, über Social Prescribing aufzuklären.

Unter Berücksichtigung anderer Disziplinen (vgl. Kapitel 2.; 4.3) beschloss das Forschungsteam folglich zu untersuchen, was einerseits zentrale Botschaften eines Social Prescribing Erklärvideos sein sollten und wie die gestalterische Umsetzung idealerweise zu erfolgen hat. Demnach lautet die erste forschungsleitende Frage:

Was ist bei der Konzeption und Produktion eines Social Prescribing Erklärvideos für den österreichischen Primärversorgungskontext unter Berücksichtigung einer interdisziplinären Expert:innenperspektive zu beachten, insbesondere damit dieses zugänglich (verständlich, inklusiv, attraktiv, etc.) ausgestaltet ist?

Hierzu ist anzumerken, dass Grundgedanke und Elemente von Social Prescribing grundsätzlich auch auf andere Bereiche außerhalb des Primärversorgungskontexts übertragbar sind. Die Einschränkung auf diesen scheint jedoch in mehrfacher Hinsicht geboten. Dies einerseits, weil die systematische Verflechtung mit diesem, wie bereits erwähnt, das innovative Wesensmerkmal bildet (vgl. Owen 2020 Minute 16:00 – 16:40). Andererseits wird damit den bisherigen Erkenntnissen Rechnung getragen, wonach sich das Gesundheitskonzept grundsätzlich dazu eigne, in das österreichische Gesundheitssystem integriert zu werden (vgl. Antosik 2020; Haas et al. 2020). Schließlich scheint eine entsprechende Eingrenzung auch unter Berücksichtigung der bisherigen Umsetzungsbestrebungen (vgl. Kapitel 1.2) sowie angesichts beschränkter Ressourcen innerhalb der Forschung indiziert.

Bisher haben sich weder für das Gesundheitskonzept noch für die einhergehende spezialisierte Fachkraft österreichspezifische Begriffe durchgesetzt. Dass eine

Austrifizierung (vgl. Redelsteiner 2020:35) allerdings notwendig ist, wurde vor und im Laufe des Forschungsprozesses von Expert:innen mehrfach bekräftigt und allseits anerkannt. Das diesbezügliche Forschungsinteresse beruht schließlich auf der Annahme, dass Sprache und damit Begriffe den Zugang zu einem Social Prescribing Angebot ebenfalls maßgeblich beeinflussen können, mit anderen Worten entweder förderlich oder hinderlich sind (vgl. Kapitel 3.). Vor diesem Hintergrund lautet die zweite Forschungsfrage wie folgt:

Welche Begriffe eignen sich aufgrund ihrer Beliebtheit für den in Großbritannien als „social prescribing“ bezeichneten gesundheitsbezogenen Interventionsansatz sowie die damit einhergehende spezialisierte Fachkraft („link worker“) für den österreichischen Primärversorgungskontext?

1.4 Forschungsziele und Methodik

Die vorliegende Arbeit schließt an bisherige Forschungsergebnisse an. Davon nimmt sie ausgewählte Aspekte in den Blick und verfolgt das vorrangige Ziel, bereits identifizierte Barrieren beim Zugang zu einem Social Prescribing Angebots im österreichischen Primärversorgungskontext vorzubeugen beziehungsweise den Abbau solcher zu befördern. Sie rückt damit ausgewählte Zugangsbarrieren bei der Implementierung und Inanspruchnahme von Social Prescribing in den Fokus.

Die Stoßrichtung der ersten Forschungsfrage beabsichtigt, Erkenntnisse über die Herstellung und Gestaltung eines Social Prescribing Erklärvideos für den österreichischen Primärversorgungskontext aus einer sozialarbeiterischen Perspektive zu generieren. Neben dem Sammeln, Auswerten und Deuten von einschlägigen Erkenntnissen für die Produktion eines Social Prescribing Erklärvideos, soll durch Fokusgruppen Wissen etwa für die Sozial- und Gesundheitspolitik festgehalten werden, das sich auch für andere kommunikative Tools (z.B. Flyer, Podcasts, etc.) eignet, um über Social Prescribing in geeigneter Weise zu informieren (vgl. Kapitel 2.2).

Ein derartiges „gesundheitsbezogenes Informationshandeln“ (Link / Baumann 2019:19) erscheint in mehrfacher Hinsicht essenziell, um den von Pescheny et al. identifizierten Zugangsbarrieren entgegenzuwirken: Es wird angenommen, dass durch ein zugängliches (verständliches, inklusives, attraktives, etc.) Erklärvideo die Möglichkeit geschaffen werden kann, über ein an sich schwierig zu erklärendes Konzept verständlich und breitenwirksamen zu informieren. Zudem besteht die Hoffnung, hierdurch den Bekanntheitsgrad von Social Prescribing in der österreichischen Bevölkerung zu steigern, das *Interesse an Social Prescribing zu wecken* und eine *Skepsis gegenüber dem potenziellen Nutzen sowie eine generelles Vertrauensdefizit* zu beseitigen oder zumindest zu reduzieren (vgl. die Aufzählung in Kapitel 1.3). Schließlich ist die Auseinandersetzung mit der ersten Forschungsfrage auch Mittel zum Zweck (vgl. Kapitel 1.4). Denn erst durch die darauf bezugnehmenden, in den Fokusgruppen für den österreichischen Kontext generierten, Erkenntnisse konnte ein eigenes Erklärvideo

konzipiert und koproduziert werden und die zweite Forschungsfrage angegangen werden.

Die zweite Forschungsfrage verfolgt ebenfalls das Ziel, den Zugang zu einem Social Prescribing Angebot zu verbessern und sicherzustellen. Sie richtet dabei den Fokus auf die sprachliche Dimension und basiert auf der Annahme, dass Begriffe je nach ihrer Ausgestaltung einen inklusiven aber auch einen exkludierenden Effekt mit sich bringen können. Sprache schafft Wirklichkeit (vgl. Knoblauch 2017). Durch sie kann es gelingen, Vertrauen aufzubauen und die Teilhabe an Wissen und im Falle von Social Prescribing insbesondere an einem gesundheitlichen Leistungsangebot zu gewährleisten. Methodisch wird dies durch eine nicht-repräsentative Online-Umfrage gestützt, an der sich 434 Personen beteiligt. Aus dieser lässt sich qualitativ ableiten, welche Begriffe sich für das Gesundheitskonzept Social Prescribing und die damit einhergehende spezialisierte Fachkraft für den österreichischen Primärversorgungskontext aufgrund ihrer Beliebtheit eignen.

Die öffentliche Verbreitung des eigens erstellten Social Prescribing Erklärvideos ist schließlich auch darauf ausgerichtet, einen Beitrag zu einem gesellschaftlichen Umdenken von einer „medizinische geprägte[n] Versorgungskultur“ (Antosik 2020:100) zu einem biopsychosozialen Gesundheitsverständnis zu leisten. Denn wie bereits erwähnt, bildet die gesellschaftlich dominierende Bewusstseinsverankerung in medizinischen Lösungsansätzen eine weitere erhebliche Herausforderung für eine erfolgreiche Implementierung von Social Prescribing im österreichischen Gesundheitssystem (vgl. Antosik 2020:66f; Pescheny et al. 2018b:10). Die mit dem Gesundheitskonzept einhergehende und im Erklärvideo kommunizierte zentrale Bedeutung sozialer Faktoren oder wie die Sozialarbeitspionierin Ilse Arlt sagen würde, menschlicher Grundbedürfnisse (vgl. Kapitel 2.2), trägt das Potenzial in sich, das vorherrschende Narrativ zu verändern.

Letztendlich geht es um nichts weniger als um die Steigerung der öffentlichen Gesundheit und gesamtgesellschaftlichen Teilhabechancen. Die gesundheitlichen Auswirkungen der COVID-19 Pandemie verdeutlichen die Notwendigkeit von Gesundheitskonzepten wie dem Vorliegenden und zeigen, dass gesundheitliche Ungleichheit und soziale Gerechtigkeit zwei Seiten derselben Medaille sind.

Tabelle 1: Übersicht der Forschungsziele und methodischen Ansätzen

Forschungsziele	Ansatz/Methode
(Präventiver) Abbau von Barrieren (vgl. 1.3., inkl. sprachliche Dimension) beim Zugang zum Gesundheitskonzept Social Prescribing im österreichischen Primärversorgungskontext ...	Praxis-/prozessorientierte, angewandte Forschung
... durch das Generieren von Erkenntnissen zur Herstellung und Gestaltung von zugänglichen (verständliches, inklusives, attraktives, etc.) Social Prescribing Erklärvideos für den österreichischen Primärversorgungskontext	Fokusgruppe mit österreichischen Social Prescribing Expert:innen und mit interdisziplinären Expert:innen

... durch das Erforschen der Eignung von Österreich-spezifischen Begriffen für den in Großbritannien als „Social Prescribing“ bezeichneten gesundheitsbezogenen Interventionsansatz sowie für die damit einhergehende spezialisierte Fachkraft	Nicht-repräsentative Online-Umfrage samt eigens erstelltem Social Prescribing Erklärvideo
Beitrag zur Erweiterung des Gesundheitsbegriffs auf seine (psycho-)soziale Dimension	Verbreitung der Online-Umfrage samt eigens erstelltem Social Prescribing Erklärvideo
... durch die Steigerung des Bewusstseins für das Konzept Social Prescribing und damit die Verbesserung der Gesundheitskompetenz im Sinne gesamtgesellschaftlicher Teilhabechancen	Verbreitung der Online-Umfrage mit integriertem eigens erstelltem Social Prescribing Erklärvideo

Quelle: Eigene Darstellung

2 Sozialarbeiter:innen als Koproduzent:innen eines Erklärvideos

Warum untersuchen Sozialarbeiter:innen im Rahmen eines sozialarbeitswissenschaftlichen Studiums die inhaltlichen und gestalterischen Entstehungsbedingungen eines Social Prescribing Erklärvideos für den österreichischen Primärversorgungskontext und koproduzieren infolge ein solches? Welcher Bedeutung kommt dabei der Qualifikation von Sozialer Arbeit als Wissenschaft zu? Was zeichnet ein Erklärvideo als geeignetes gesundheitsbezogenes Kommunikationsmittel aus, um den zu Beginn dieser Arbeit identifizierten Zugangsbarrieren von Social Prescribing aktiv entgegenzutreten? Auf all diese Fragen wird im folgenden Kapitel näher eingegangen. Vorab scheint es jedoch als Grundlage für die gegenständliche Arbeit geboten, die gehaltvolle traditionelle sowie aktuelle Verflechtung zwischen den beiden Systemen Gesundheit und Soziale Arbeit in den Blick zu nehmen.

2.1 Soziale Arbeit – ein essenzieller Gesundheitsberuf zur Förderung des menschlichen Gedeihens

Die Soziale Arbeit ist seit ihrer professionellen Genese, insbesondere seit Anfang des 20. Jahrhunderts, hochgradig mit allen Facetten von Gesundheit verwoben. Sozialarbeiterisches Handeln ist dabei sowohl historisch als auch gegenwärtig durch „präventive, beratende und vermittelnde sowie rehabilitative gesundheitsbezogene Interventionen“ (Franzkowiak 2003:26) gekennzeichnet. Gleichzeitig ist darauf hinzuweisen, dass entsprechende Bestrebungen sich seit jeher nicht auf eine Mikroebene, also auf die direkte individuelle Hilfe, beschränken, sondern sich auch auf die Meso- (Gemeindearbeit, Bildungsarbeit) sowie auf die Makroebene (politische Beteiligung und Arbeit gegen unterdrückende Strukturen) erstrecken (vgl. Redelsteiner 2018:142).

In diesem Sinn darf an die amerikanische Feministin, Friedensnobelpreisträgerin und Pionierin der Sozialen Arbeit Jane Adams erinnert werden, die durch ihr Schaffen unzweifelhaft einen ganzheitlichen, und damit insbesondere auch gesundheitlichen, Ansatz verfolgte, um menschliches Leiden zu mildern. Beispielsweise avancierte das von ihr 1889 mitbegründete Hull House in Chicago – einem Kultur-, Begegnungs- und Bildungshaus – für unzählige Menschen im Rahmen der sogenannten Settlement-Bewegung zu einem Zufluchtsort vor den desaströsen gesundheitsbeeinträchtigenden Umwelteinflüssen (Abfallberge, giftiges Trinkwasser, Lärm, etc.) der industriellen Großstadt (vgl. ebd.:137).

Aber auch Ilse Arlt, die hierzulande zu den bedeutsamsten Wegbereiter:innen der professionellen Sozialen Arbeit und ihrer Wissenschaft zählt, widmete sich aus einer armutsforschenden Perspektive der Gesundheit des Menschen. Dabei richtete sie den Fokus auf jene sozialen Alltagsfaktoren, die das „menschliche Gedeihen“ (Arlt 1958:60)

aus ihrer Sicht wesentlich prägen. Das deklarierte Ziel? Die Steigerung der Lebensfreude. Denn diese sei das „Kernstück der Hilfe [...], das Kriterium, die unumstößliche Zielsetzung statt des bloßen Leidenlinderns“ (ebd.:38). Nach der Arlt'schen Wohlfahrts- und Fürsorgetheorie sind zu diesem Zweck insbesondere 13 menschliche Grundbedürfnisse in ihrer Wechselwirkung zueinander zu berücksichtigen. Als zentrale Bedürfnisse oder „Blickrichtungen“ (ebd.:61) identifizierte sie: „Ernährung; Wohnung; Kleidung; Luft; Licht; Wärme; Wasser; Körperpflege; Erziehung; Geistespflege; Familienleben; Rechtsschutz; Erholung; Unfallverhütung und Erste Hilfe; ärztliche Hilfe und Krankenpflege; Ausbildung zur wirtschaftlichen Tüchtigkeit“ (ebd.:62; vgl. Maiss / Pantuček :4f.).



Abbildung 3: 13 menschlichen Grundbedürfnisse nach Ilse Arlt
Quelle: Eigene Darstellung

Diese ganzheitliche und systematische, noch vor der Maslowsch'en Bedürfnishierarchie (vgl. Maslow 2021) entwickelte Theoriebetrachtung findet bis heute – bewusst oder unbewusst – Niederschlag in vielfältigen Gesundheitskonzepten, so auch bei Social Prescribing (vgl. Kapitel 1.2). Parallelen können etwa in den Überlegungen zu den prominenten Gesundheitsdeterminanten (vgl. Glossar) von Margret Whitehead und Göran Dahlgren aus dem Jahr 1991 (vgl. Franzkowiak et al. 2011:41f.), aber auch im Befähigungsansatz von Amartya Sen und Martha Nussbaum (vgl. Abel / Schori 2009) erkannt werden (vgl. Redelsteiner :33).

Rechte fordern diese die Profession dazu auf, „die körperliche, psychische, emotionale und spirituelle Integrität und das Wohlbefinden jeder Person [zu] stützen und [zu] verteidigen“ (IFSW / IASSW 2005).

Soziale (Un-)Gleichheit und (Un-)Gesundheit gehen Hand in Hand. Kein Handlungsfeld der Sozialen Arbeit ist ohne diese Dimension vorstellbar (vgl. Lützenkirchen 2005:7). Umgekehrt ist die Soziale Arbeit nicht mehr aus dem heutigen Gesundheitswesen wegzudenken. Bereits 2005 erkannte Lützenkirchen einen durch den sozialen Wandel bedingten, erheblichen „Problemlöse- und Innovationsdruck“ (ebd.) für den gesamten Gesundheits- und Sozialsektor, dem lediglich durch Synergie von Gesundheit und Sozialer Arbeit effektiv begegnet werden könne. Social Prescribing schlägt in die auch von Franzkowiak angeratene „Doppelstrategie“ (Franzkowiak 2003:28), wonach Soziale Arbeit und Gesundheit(-sförderung) sinnvollerweise als „autonome, jedoch sich überschneidende und z.T. ergänzende Erklärungs-, Professionalisierungs- und Interventionsgebäude“ (ebd.:7) zu agieren hätten.

Obwohl die Soziale Arbeit aus guten Gründen als Gesundheitsberuf zu qualifizieren ist (vgl. Ortmann 2015:13f; Redelsteiner 2018), fehlt bislang in bedenklicher Weise – wie auch für die Profession an sich – eine entsprechende gesetzliche Anerkennung (vgl. BMSGPK 2020). Ein Blick auf die 2011 von der Bundesgesundheitskommission und dem Ministerrat im Zuge eines breit angelegten Prozesses beschlossenen zehn Österreichischen Gesundheitsziele verdeutlichen jedoch die Notwendigkeit einer solchen. „Mehr gesunde Lebensjahre“ (BMGF 2012:5) sollen etwa durch die Stärkung der Gesundheitskompetenz (Ziel 3) und des sozialen Zusammenhalts (Ziel 5) sowie durch die Förderung gesunder und sicherer Bewegung im Alltag durch die entsprechende Lebensweltgestaltung erreicht werden. Ferner einigte man sich auf die Förderung der psychosozialen Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen (Ziel 9) und möchte in den nächsten zwanzig Jahren für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen (Ziel 1) (vgl. ebd.:9f.).

Die 2019 von der Statistik Austria durchgeführte österreichische Gesundheitsbefragung veranschaulicht eindrücklich den erheblichen Einfluss sozialer Faktoren auf die menschliche Gesundheit (vgl. Statistik Austria 2020a). Unzweifelhaft schärfte auch die COVID-19 Pandemie insbesondere mit ihren freiheitseinschränkenden Maßnahmen das gesellschaftliche Bewusstsein für diese Tatsache. Die unter dem Banner *Gesundheitsförderung 21+* initiierten Reformbestrebungen sind vor diesem Hintergrund als positives Signal zu werten. Als Schwerpunkt umfassen diese auch die bereits in Gang gesetzte Umsetzung von Social Prescribing (vgl. Kapitel 1.). Mit Blick auf die Österreichischen Gesundheitsziele kann kein Zweifel bestehen, dass diese ohne die Profession der Sozialen Arbeit samt ihrer Wissenschaft nicht gelingen kann, denn wie Ortmann zutreffend resümiert „gibt [es] keine andere Profession, die sich im Kontext von

Gesundheit und Krankheit ausdrücklich und systematisch mit sozialen Problemlagen befasst“ (Ortmann 2015:13).¹⁰

2.2 Gesundheitsverständnis im Lichte der Sozialarbeit(-wissenschaft)

Die Weltgesundheitsorganisation definierte die menschliche Gesundheit bereits 1948 als einen Zustand „völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (WHO 1948). In diesem Sinn erfassten auch Badura und Hehlmann den für gegenständliche Forschungsarbeit prägenden Gesundheitsbegriff. Demnach handelt es sich bei der menschlichen Gesundheit um „eine Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung, durch die ein positives seelisches und körperliches Befinden – insbesondere ein positives Selbstwertgefühl – und ein unterstützendes Netzwerk sozialer Beziehungen erhalten oder wieder hergestellt wird“ (Badura / Hehlmann 2003:13).

Obwohl die Bedeutung der Soziogenese, also dem Verständnis des Einflusses von sozialen Faktoren auf die Gesundheit, bereits nachweislich seit beinahe 200 Jahren in der (Sozial-)Medizin anerkannt ist (vgl. Hörning 2011:11), dominiert weiterhin ein überwiegend bio-medizinisches Gesundheitsverständnis (vgl. Glossar) den gesellschaftlichen und fachlichen Diskurs. Die Soziale Arbeit hat sich lange daran angepasst (vgl. Ortmann 2015:13). Sie gewinnt jedoch zunehmend an Selbstbewusstsein, sowohl als Profession als auch als Wissenschaft, und bringt dabei „eigene gesundheitsrelevante Handlungskonzepte“ (ebd.) zur Anwendung. Damit leistet sie – verkörpert durch ihre Akteur:innen – einen wesentlichen Beitrag zur Etablierung des seitens der Weltgesundheitsorganisation proklamierten bio-psycho-sozialen¹¹ (vgl. Glossar) und damit ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses sowie zu den Gesundheitszielen der Republik Österreich.

Angesichts dessen ist auf das umfangreiche methodische Handlungsrepertoire Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen hinzuweisen. Dazu zählen Psychoedukation, Krisenintervention, Case Management, Angehörigen-Arbeit, Netzwerk- und Vernetzungsarbeit, Empowerment, die Unterstützung bei der Absicherung materieller Grundsicherung und vieles mehr (vgl. Lützenkirchen 2005:17; Redelsteiner 2018:146). Zu den Kernaufgaben gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit zählt darüber hinaus die Aufklärungs- und Informationsarbeit, aber auch, wie im nachstehenden Kapitel näher erörtert, die sozialarbeitswissenschaftliche Forschung (vgl. ebd.:147).

Sozialarbeiterische Handlungsansätze korrespondieren in ihrem programmatischen Charakter mit der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 und den dort verankerten Handlungsstrategien (vgl. ebd.). Eine von drei zentralen Strategien der

¹⁰ Siehe hierzu auch die Forderung von Redelsteiner (2018:148) nach einer ausdrücklichen Nennung der Profession der Sozialen Arbeit in § 2 Abs. 3 im Primärversorgungsgesetz 2017 (PrimVG).

¹¹ Das Forschungsteam III beleuchtet das bio-psychosoziale Modell in Theorie und Praxis ausführlicher in den Kapiteln 2.2.1 und 2.3.2.1 ihrer Arbeit.

Charta lautet Befähigen und Ermöglichen (enable). Sie zielt auf die Reduktion gesundheitsrelevanter sozialer Unterschiede ab. Demnach sollen „alle Menschen befähigt werden, ihr größtmögliches Gesundheitspotenzial zu verwirklichen.“ (WHO 1986). Zentral sei dabei der Zugang zu allen wesentlichen Gesundheitsinformationen sowie der hohe Stellenwert der Entscheidungsfreiheit in puncto persönlicher Gesundheit. Das bereits erwähnte dritte Österreichische Gesundheitsziel steht mit diesem Strategieprinzip in Einklang. Es bezweckt die Steigerung der Gesundheitskompetenz (Health Literacy)¹² und umfasst damit die Stärkung persönlicher Kompetenzen, der gesundheitlichen Eigenverantwortung sowie der Rolle der Nutzer:innen und damit ihrer Souveränität. Zur Erreichung dieses Ziels sei es geboten, „den Zugang zu verständlicher, unabhängiger und qualitätsgesicherter Information zu erleichtern sowie das Bewusstsein für Gesundheitsvorsorge zu fördern“ (BMGF 2012:10).

Die Verlagerung von Kontrolle und Verantwortung von medizinischem Personal in Richtung Nutzer:innen geht, wie Elena Link in ihrer Untersuchung „Vertrauen und die Suche nach Gesundheitsinformationen“ 2019 feststellte, mit Herausforderungen einher. Eine geänderte Medienumgebung und die Vermehrung von Informationsquellen können zu einer bedenklichen subjektiven Unsicherheit und damit Gesundheitsbeeinträchtigungen führen. Der steigenden Unsicherheit sei aus ihrer Sicht mit einem adäquaten gesundheitsbezogenen Informationshandeln zu begegnen. Zudem seien Vertrauen und entsprechende Maßnahmen essenziell, um entsprechende Herausforderungen zu bewältigen (vgl. Link 2019:355f.). In Anbetracht einer geänderten partizipativen Rolle im Gesundheitswesen sei – übereinstimmend mit den Ausführungen im vorangehenden Absatz – ein „gewisser Grad an Informiertheit notwendig“ und erfordere „im Sinne der Gesundheitskompetenz Informations- und Handlungskompetenzen des/der [sic!] Einzelnen, um relevante Informationen finden, verstehen und bewerten zu können.“ (ebd.:4). Dabei darf nicht übersehen werden, dass die Soziale Arbeit und ihre Wissenschaft aufgrund ihres vorangehend beschriebenen Handlungsrepertoires über ein spezifisches und bedeutsames Know How verfügen und damit – wie diese Arbeit es auch beabsichtigt – wesentlich zur Reduktion gesundheitsrelevanter Unsicherheit beitragen können.

Soziale Arbeit und ihre Wissenschaft sind, wie in diesem Kapitel erörtert, praktisch und programmatisch eng mit Gesundheit verwoben. Eine Steigerung der allgemeinen Gesundheitskompetenz erfordert eine adäquate Aufklärung und einen effektiven Zugang zu verständlichen Informationen. Hierdurch wird das Fundament von Gesundheit oder, wie Ilse Arlt sagen würde, menschlichem Gedeihen gestärkt. Die vorliegende Arbeit ist in diesem Licht zu sehen. Sie widmet sich der Frage, wie die breite Bevölkerung über das Gesundheitskonzept in zugänglicher Weise informiert werden kann. Sie leistet damit einen Beitrag nicht nur zur breiteren Information über das Gesundheitskonzept Social Prescribing, sondern liefert auch Ergebnisse, die für die Sozial- und Gesundheitspolitik

¹² Die 2021 veröffentlichte Österreichische Gesundheitskompetenz-Erhebung verdeutlicht, dass der überwiegende Anteil der österreichischen Bevölkerung gesundheitsrelevante Informationen durch digitale Quellen wie dem Internet und soziale Medien und damit auch Erklärvideos (YouTube, Instagram, TikTok, etc.) erlangt (Griebler et al. 2021).

und deren Institutionen als Grundlage für nächste Schritte in der Implementierung von Social Prescribing im österreichischen Primärversorgungskontext nutzbar gemacht werden können.

2.3 Sozialarbeitswissenschaft

Pfeifer Marlies

Um der Frage nachzugehen warum die Soziale Arbeit an der Konzeption und Produktion eines Erklärvideos mitwirkt, erscheint es zunächst sinnvoll zu hinterfragen, inwiefern die Soziale Arbeit als Wissenschaft qualifiziert werden kann. Denn diese zählt, wie im vorangegangenen Kapitel erörtert, zum umfangreichen Handlungsrepertoire gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit und verdeutlicht nicht zuletzt die Dimension dieser Arbeit für den (politischen) Sozial- und Gesundheitsbereich.

Um der Frage nachzugehen warum die Soziale Arbeit an der Konzeption und Produktion eines Erklärvideos mitwirkt, erscheint es zunächst sinnvoll zu hinterfragen, inwiefern die Soziale Arbeit als Wissenschaft qualifiziert werden kann. Denn diese zählt, wie im vorangehenden Kapitel erörtert, zum umfangreichen Handlungsrepertoire gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit und verdeutlicht nicht zuletzt die Dimension dieser Arbeit für den (politischen) Sozial- und Gesundheitsbereich.

Soziale Arbeit als Wissenschaft wird als lebendig, gestaltbar und dynamisch wahrgenommen. In diesem Zusammenhang wird der Wissenschaftsstatus Sozialer Arbeit regelmäßig infrage gestellt. Sozialwissenschaftler:innen beschäftigen sich laufend mit Diskursen zu Definition, Notwendigkeit und Verortung Sozialer Arbeit im Wissenschaftssystem sowie mit der Problematik des „Theorie-Praxis-Dilemmas“ (vgl. Sommerfeld 2010:29).

Unter der Praxis der Sozialen Arbeit versteht man ein Geflecht aus Strukturen und sozialen Interventionsmöglichkeiten mit dem Vorhaben, soziale Notlagen zu bewältigen. Der Begriff Disziplin deutet auf das Wissenschaftssystem und dessen Abgrenzung hin. Hinsichtlich der Disziplin wird heute noch diskutiert, ob die Soziale Arbeit bereits einem wissenschaftlichen Anspruch gerecht oder ob erst die Theoretisierung des Faches eine Legitimierung als Wissenschaft ermöglichen wird (vgl. Michel-Schwartz 2016:2; vgl. ebd.:31).

An dieser Stelle ist zu betonen, dass bei der Implementierung von Social Prescribing das Vertrauen (vgl. Kapitel 2.2) in eine Sozialarbeitswissenschaft notwendig erscheint, um die Inanspruchnahme von Social Prescribing Angeboten zu erhöhen. Um dieser Angelegenheit gerecht zu werden, wird der Blick zunächst auf den Erkenntnisgegenstand der Sozialen Arbeit gerichtet.

Praktisch wie auch wissenschaftlich bilden soziale Probleme und Nöte, die auf gesellschaftlichen Entwicklungen fußen, das Materialobjekt der Sozialen Arbeit (vgl.

Wendt 2006 o.A.). Disziplinen, wie beispielsweise die Soziologie oder die Politologie, beschäftigen sich mit demselben Materialobjekt wie die Soziale Arbeit. Der Fokus wird allerdings auf andere Elemente des Gegenstands gerichtet. Um eine disziplinäre Abgrenzung Sozialer Arbeit zu ermöglichen, ist es wichtig, sich auch mit der Beschäftigung des Formalobjekts zu befassen. Damit ist ein Erkenntnisverfahren gemeint, genauer gesagt das Eruiere der Intervention, welche in bestimmten Notlagen als die geeignetste erscheint (vgl. Michel-Schwartz 2016:2). Hier ist hinzuzufügen, dass der Auftrag von Sozialarbeiter:innen sich durch den zu bearbeitenden Fall und das Helfer:innensystem ständig neu konstituiert (vgl. Wendt 2006 o.A.). Im Falle von Social Prescribing würde dies etwa bedeuten, dass die Interventionen individuell von der Klientel und den zu unterstützenden Fachkräften der Primärversorgung abhängen.

Die Soziale Arbeit weist weitere Überschneidungen mit benachbarten Disziplinen auf. Ein Beispiel dafür ist die konkrete Anwendung von Intervention, welche sich auf den Einzelfall beziehen. Dennoch lassen sich fachspezifische Gegenstände definieren, wodurch sich die Disziplin nach Michel-Schwartz als eigenständige Wissenschaft definiert. Zumal die Soziale Arbeit sich hinsichtlich ihres Formalobjekts von anderen Disziplinen unterscheidet, kann die Soziale Arbeit durchaus als Wissenschaft eingeordnet werden (vgl. Michel-Schwartz 2016:2).

Nachdem dargelegt wurde, weshalb die Soziale Arbeit als Wissenschaft eingeordnet werden kann, soll im Weiteren aufgezeigt werden, wo sich die Soziale Arbeit in der Wissenschaft positioniert und was sie von anderen Wissenschaftsdisziplinen unterscheidet. Diese Positionierung soll darüber hinaus begründen, warum Sozialarbeiter:innen ein auf Transdisziplinarität beruhendes Erklärvideo koproduzieren.

2.3.1 Die Bedeutung der Transdisziplinarität von Sozialarbeitswissenschaft

Um die Frage beantworten zu können, weswegen sich Sozialarbeiter:innen bei der Koproduktion eines Erklärvideos auf interdisziplinäre Perspektiven stützen, ist es erforderlich, die Wissensbeschaffenheit und die Verortung Sozialer Arbeit im Wissenschaftssystem zu reflektieren.

Die Soziale Arbeit weist Überschneidungen mit „Nachbardisziplinen“ wie beispielsweise mit der Soziologie, der Politologie oder der Pädagogik auf (vgl. Michel-Schwartz 2016:3). Im Vergleich zu den benachbarten Disziplinen ist die Sozialarbeitswissenschaft nicht stark im wissenschaftlichen Hochschulbereich verankert (vgl. Pantuček-Eisenbacher 2012:26).

Für die Verortung Sozialer Arbeit im Wissenschaftssystem ist die Differenzierung zwischen Basiswissenschaften und Handlungswissenschaften bedeutend. Dafür bedarf es einer Erklärung, was unter diesen Begriffen verstanden wird: Basiswissenschaften und angewandte Wissenschaften befassen sich mit kognitiven Problemen. Handlungswissenschaften hingegen beschäftigen sich mit praktischen Problematiken, wofür Theorien und Forschungserkenntnisse von Basis- und angewandten Wissenschaften herangezogen werden. Durch den Einsatz von Theorien aus den Basis-

und angewandten Wissenschaften werden diese zu Bezugswissenschaften der Sozialen Arbeit (vgl. Staub-Bernasconi 2007:169).

Durch die Qualifikation als eine Handlungswissenschaft könnte die Soziale Arbeit als Subdisziplin anderer Wissenschaften wahrgenommen werden. Die Kategorisierung in eine Unterdisziplin lässt Soziale Arbeit jedoch abhängig gegenüber ihrer Bezugswissenschaften wirken. Um dieser Vorstellung entgegenzuwirken, ist es notwendig, sich mit der Theoriebeschaffenheit und mit dem Theorietransfer Sozialer Arbeit zu befassen (vgl. Michel-Schwartz 2016:4).

Die Theoriewahl Sozialer Arbeit sowie der Gesundheitsansatz von Social Prescribing orientieren sich an einem bio-psycho-sozialen Modell. Nach Kleve (2009) kann daher davon ausgegangen werden, dass Sozialarbeiter:innen Theorien nutzen, welche mindestens eine der folgenden Ebenen behandeln:

- die biologische / körperliche Ebene
- die psychische/ kognitive und emotionale Ebene
- die soziale / kommunikative Ebene

Je nach Bedarf konzentriert sich die Soziale Arbeit auf die körperliche-, die psychische oder die soziale Ebene. Sozialarbeiter:innen können ebenso multidisziplinär arbeiten, indem jeweils eine der Ebenen theoretisch in den Blick genommen wird (vgl. Kleve 2009:109f.).

Das bereits im Einleitungskapitel erläuterte Beispiel des älteren Herren, welcher nach dem Tod seiner Frau keine sozialen Kontakte pflegt, regelmäßig Gasthäuser besucht, Gewicht zulegt, sich isoliert und in Folge erkrankt (vgl. Ö1 2021), betont die Bedeutsamkeit einer biologisch-psycho-sozialen Perspektive. Das Beispiel verdeutlicht zudem die Relevanz der Kooperation mit und der Bezugnahme auf benachbarte Disziplinen.

Die Disziplin Soziale Arbeit stützt sich auf ihre Bezugswissenschaften, wie beispielsweise die Soziologie, die Psychologie, die Ökonomie oder die Medizin (vgl. Wendt 2006 o.A.). Zu betonen ist, dass die Bezugswissenschaften allerdings nicht das Fundament der Sozialarbeitswissenschaft bilden, denn der Theorietransfer versteht sich als selbstreferenziell. Die Disziplin erschafft sowie erhält sich selbst. Theorien der Bezugswissenschaften werden ausschließlich eingebunden, wenn es der Auftrag verlangt (vgl. Michel-Schwartz 2016:3). Eine interdisziplinäre Wissenschaft greift auf einzelne Disziplinen zurück. Die Differenz zu einer transdisziplinären Wissenschaft liegt darin, dass andere Disziplinen ausschließlich eingebunden werden, wenn es der Auftrag verlangt. Dementsprechend wird die Soziale Arbeit als eine transdisziplinäre Wissenschaft bezeichnet (vgl. Wendt 2006 o.A.).

Zusammenfassend kann aus der Diskussion über die Wissensbeschaffenheit und aus der Verortung der Disziplin im Wissenschaftssystem festgehalten werden, dass Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft zahlreiche Berührungspunkte mit

gesamtgesellschaftlich relevanten Thematiken hat, für welche Forschung eine wichtige Rolle spielt und Transdisziplinarität notwendig ist, wenn es ein Fall verlangt.

Im Falle dieser Arbeit verlangt es nach Transdisziplinarität. Mit Blick auf die formulierten Forschungsziele (vgl. Kapitel 1.4) erweist sich aus der Perspektive des Forschungsteams, ein Erklärvideo als Instrumentarium geeignet, um passende Begriffe für Social Prescribing und die Fachkraft eines:r Link Worker:in für den österreichischen Primärversorgungskontext zu finden, um schließlich den Zugang zu Social Prescribing zu verbessern und sicherzustellen. Folgend wird aufgezeigt, weshalb ein Erklärvideo ein besonders geeigneter Kommunikationskanal ist, um die Inanspruchnahme von Social Prescribing im österreichischen Kontext steigern zu können. Dafür muss als Zwischenschritt erläutert werden, was Erklärvideos sind.

2.4 Das Erklärvideo

Um gewünschte Botschaften einer Zielgruppe näher zu bringen, eignen sich Erklärvideos besonders. Sie vermitteln Wissen über komplexe Sachverhalte in visualisierter Form innerhalb kürzester Zeit. Die Grundlage eines Erklärvideos bildet die Konzeption eines Skripts, in welchem die Kerninhalte hervorgehoben und kontextualisiert werden (vgl. Simscek / Kia 2017:23;71). Im Vordergrund von Erklärvideos steht „die Erzählung“ mit der Absicht, einen bestimmten Inhalt verständlich zu erläutern (vgl. Schwarz 2020:718).

Erklärvideos definieren sich vor allem durch ihre Kürze. Idealerweise soll ein Erklärvideo nicht länger als drei Minuten dauern (vgl. Simscek / Kia 2017:23;71). Um der Zielgruppe die Kerninhalte des Erklärvideos innerhalb des genannten Zeitraums zu vermitteln, bedarf es Simplizität. Dafür ist es wichtig, beim sogenannten „Storytelling“ den Anlass und die Bedeutsamkeit der Produktion zu kommunizieren. Der Inhalt soll dabei so einfach wie möglich gehalten werden (vgl. Krämer / Böhrs 2016:255).

Große Aufmerksamkeit ist zudem der gewählten Sprache zu schenken. Erklärvideos sind in einfacher, niederschwelliger und leichter Sprache zu produzieren, sodass die gewünschte Botschaft für jede Person verständlich und nachvollziehbar ist. Ein wesentliches Charakteristikum von Erklärvideos ist die Abgrenzung zu „How-to“-Videos. Solche Videos verfolgen die Absicht, Nutzer:innen eine Fähigkeit oder Tätigkeit durch Visualisierung zu lehren. Erklärvideos sind darauf ausgerichtet, dass Zusehende etwas mit der vorgestellten Thematik assoziieren können. Rein sachlich vermittelte Fakten können von Individuen neuronal nicht gut abgespeichert werden, weshalb ein emotionaler oder humorvoller Inhalt ein weiteres Charakteristikum für Erklärvideos bildet (vgl. Simscek / Kia 2017:17, 23, 29).

Es ist ungeklärt, wann das erste Erklärvideo produziert wurde. Festzuhalten ist allerdings, dass sich Erklärvideos in den letzten Jahren zu einem deutlichen Trend entwickelt, haben (vgl. Krämer / Böhrs 2016:254).

Erklärvideos finden in zahlreichen Branchen Anwendung. Grundsätzlich wird zwischen fünf typischen Anwendungsbereichen unterschieden:

- Erklärvideos über Produkte
- Erklärvideos für den Dienstleistungsbereich
- Videos zur Vorstellung und Erklärung von Unternehmen
- Erklärvideos für die interne Kommunikation
- Erklärvideos für Schulungen und E-Learning (vgl. Simschek / Kia 2017:38f.).

Das folgende Unterkapitel soll näher beschreiben, weshalb ein Erklärvideo der geeignete Kommunikationskanal ist, um die Erreichbarkeit von potenziellen Social Prescribing Nutzer:innen zu erhöhen und dadurch zukünftig die Inanspruchnahme von Social Prescribing zu steigern.

2.5 Eignung von Erklärvideos für die Kommunikation des Gesundheitskonzepts Social Prescribing

Sowohl die Produktion als auch der Konsum von digitalen audiovisuellen Medien wächst stetig. Gemäß Aussagen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) kann gesagt werden, dass die zunehmende Digitalisierung zu einer Revolution der Gesundheitsaufklärung geführt hat. Aus diesem Grund ist es zukünftig bedeutend, die Auswirkungsprozesse von digitalen Medien in der Gesundheitsaufklärung auf schwer erreichbare Zielgruppen tiefergehend zu erforschen (vgl. Schwarz 2020:717). Es scheint für die Gesundheitsforschung sowie für die Sozialwissenschaft relevant, sich der Frage zu widmen, inwiefern digitale audiovisuelle Medien dazu beitragen, Zugangsbarrieren zur Zielgruppe abzubauen und somit die Erreichbarkeit zu erhöhen.

Um Gesundheits- und Präventionsmaßnahmen zu kommunizieren, hat sich das Internet in den letzten Jahren zum „Leitmedium“ entwickelt (vgl. ebd.:716). Auch in der Sozialen Arbeit spricht der Einsatz von digitalen Medien dafür, Angebote niederschwellig sowie orts- und zeitunabhängig für Nutzer:innen zugänglich zu machen (vgl. Kutscher / Kreß 2019:157). Es ist daher naheliegend, die breite Bevölkerung über das Gesundheitskonzept Social Prescribing durch ein im Internet abrufbares Erklärvideo zu informieren (vgl. Kapitel 2.2).

In der Erläuterung zum Forschungsinteresse stellten Pescheny et al. (2018) hinderliche Faktoren hinsichtlich der Implementierung von Social Prescribing fest (vgl. Kapitel 1.3). Eine Barriere bildet beispielsweise die erschwerte Einbeziehung von Social Prescribing Nutzer:innen aufgrund einer neuartigen Arbeitsweise, deren Konzept komplex zu erklären sei (vgl. Antosik 2020:66f; Pescheny et al. 2018b:10). Ein Video könnte dazu beitragen, das Gesundheitskonzept zu erklären, indem Social Prescribing Angebote niederschwellig und kurzweilig, in einfacher Sprache erklärt werden (vgl. Simschek / Kia 2017:23).

Die Analyse hat außerdem ergeben, dass es an Interesse gegenüber Social Prescribing mangelt (vgl. Antosik 2020:66f; Pescheny et al. 2018b:10). Ein zusätzliches Potenzial von Erklärvideos ist es, Aufmerksamkeit zu generieren. Durch intuitive, emotionale Inhalte von Erklärvideos besteht das Potenzial Nutzer:innen-Identifikationen herzustellen (vgl. Mittelstand 4.0 Agentur Kommunikation o.A.:3) und somit das Interesse an Social Prescribing zu steigern. Das Forschungsteam erhofft sich durch die entstehenden Nutzer:innen-Identifikationen, das Vertrauen in Social Prescribing Angebote zu fördern sowie der Angst vor Stigmatisierungen entgegenzuwirken.

2.5.1 Erklärvideos und Inklusion

Das folgende Zitat unterstreicht die Verantwortung von Medien bezüglich der Darstellung von Inklusion:

„Medien haben eine besondere Relevanz für die Gestaltung von Inklusion, da über und mit Medien Inhalte, Bilder und Werte und in dem Sinne Kultur vermittelt und hergestellt werden und weil sie Teilhabe- und Interaktionschancen ermöglichen und bedingen“ (Bosse et al. 2019:19).

Neben den Potenzialen von Erklärvideos sollten mögliche Risiken nicht vernachlässigt werden, denn Medien können wiederum exkludierende Auswirkungen auf Personenkreise mit sich bringen (vgl. Angenent et al. 2019:10). Darum scheint es notwendig zu thematisieren, was unter einer inklusiven Gesellschaft verstanden wird.

Die Vereinten Nationen bezeichnen eine inklusive Gesellschaft als eine Gruppe von Menschen, in der alle Mitglieder das Recht und die tatsächliche Möglichkeit auf eine gleichberechtigte Teilhabe haben (vgl. BMSGPK 2016).

Die folgenden Kriterien heben hervor, weshalb Erklärvideos grundsätzlich ein inklusiver Charakter zugeschrieben wird:

- Die Geschwindigkeit des Erklärvideos kann individuell festgelegt werden.
- Erklärvideos sind orts- und zeitunabhängig.
- Erklärvideos bieten die Möglichkeit, sich den Inhalt wiederholt anzusehen.
- Erklärvideos verstehen sich als Selbstständigkeit fördernd.
- Erklärvideos schaffen emotionale Einbindung (vgl. Schulz, L. o.A.).

2.5.2 Konkretes Beispiel: Frühe Hilfen

Im Gesundheitsbereich wurden bereits Erklärvideos produziert, welche potenzielle Nutzer:innen über gesundheitsbezogene Angebote und Dienstleistungen informieren und aufklären. Als Beispiel hierfür kann gegenständlich auf das österreichische Projekt „Frühe Hilfen“ verwiesen werden. Dieses informiert und berät Schwangere und Familien mit Kindern vor der Geburt bis zum dritten Lebensjahr. Frühe Hilfen vollzieht die Informations- und Beratungsbestrebung unter anderem durch Erklärvideos. In diesen

Videos werden Dienstleistungen und Angebote von „Frühe Hilfen“ erklärt und wertvolle Tipps für den Umgang mit Neugeborenen und Kleinkindern kommuniziert. Zusätzlich schaffen die audiovisuellen Inhalte ein Verständnis dafür, wie Unterstützungsleistungen in Anspruch genommen werden können. Darüber hinaus wird thematisiert, wie die Vernetzungs- und Zusammenarbeit unterschiedlicher Gesundheitsberufe und Einrichtungen funktioniert, wodurch den Nutzer:innen, das Gefühl vermittelt werden soll, von einem interdisziplinären Team Unterstützungsleistungen in Anspruch nehmen zu können (vgl. Kellner 2016:00:01-02:47).

2.5.3 Zusammenfassung

Zusammenfassend kann die Frage, warum sich ein Erklärvideo zur Förderung der Inanspruchnahme von Social Prescribing im österreichischen Primärversorgungskontext als besonders geeignet erweist, wie folgt beantwortet werden:

- Durch die zunehmende Digitalisierung werden audiovisuelle Medien wie Erklärvideos immer bedeutender. Es handelt sich bei Social Prescribing um ein für Österreich verhältnismäßig neues Gesundheitskonzept. Trotz zunehmenden Bekanntheitsgrades in den letzten Monaten (vgl. Kapitel 1.) ist davon auszugehen, dass ein Großteil der in Österreich lebenden Menschen dieses noch nicht kennt. Ein Erklärvideo erscheint vor dem Hintergrund der vorangehenden Ausführungen geeignet das Konzept Social Prescribing der breiten Bevölkerung vorzustellen.
- Erklärvideos fördern den Inklusionsgrad, indem in einfacher Sprache orts- und zeitunabhängig ein Video kostenlos wiederholt angesehen werden kann.
- Ein Aufmerksamkeit generierendes Erklärvideo könnte das mangelnde Interesse gegenüber dem neuen Gesundheitskonzept lindern.
- Die emotionalen Inhalte von Erklärvideos tragen potenziell zu einer gewissen Identifikation mit den Inhalten des Erklärvideos bei, wodurch einem generellen Vertrauensdefizit und der Angst vor Stigmatisierung entgegengewirkt werden kann.
- Digitale Medien können exkludierende Auswirkungen haben, weshalb eine diversitätsorientierte Perspektive mit inklusivem Charakter besonders wichtig erscheint, um Zugangsbarrieren gegenüber der Inanspruchnahme von Social Prescribing zu vermindern.

Nicht nur digitale Medien, sondern auch sprachliche Dimensionen können exkludierende Auswirkungen mit sich bringen. Das Forschungsteam hat sich deswegen zum Ziel gesetzt (vgl. Kapitel 1.4), geeignete Begriffe für das aus Großbritannien stammende Gesundheitskonzept und die einhergehende Fachkraft zu finden und somit Zugangsbarrieren hinsichtlich der Inanspruchnahme von Social Prescribing entgegenwirken zu können. Im folgenden Kapitel wird der Einfluss von Sprache auf das menschliche Handeln thematisiert sowie auf bereits bestehende Begriffe für Social Prescribing und Link Worker:in eingegangen.

3 Warum Sozialarbeiter:innen Österreich-spezifische Begriffe für Social Prescribing suchen

Kalb Katharina

In diesem Kapitel wird die Relevanz der Untersuchung aufgezeigt und die Frage beantwortet, weshalb Sozialarbeiter:innen einen Begriff für den in Großbritannien als „social prescribing“ bezeichneten gesundheitsbezogenen Interventionsansatz und die damit einhergehende spezialisierte Fachkraft („link worker“) für den österreichischen Primärversorgungskontext suchen. Gegenstand dieser Auseinandersetzung ist eine Grundlage für das Verständnis von Sprache und ihren Auswirkungen auf das menschliche Handeln. Das Kapitel beinhaltet auch eine Auseinandersetzung zu zentralen Aspekten der Fach- sowie der Alltagssprache in der Sozialen Arbeit. Daran schließt eine Präsentation der terminologischen Diskussion in Österreich und in anderen Ländern an.

3.1 Die Relevanz von Sprache für das menschliche Handeln

„Die Grenzen meiner Sprache bedeuten die Grenzen meiner Welt“ (Wittgenstein 1922:Satz 5.6.)

Das Zitat des österreichischen Philosophen Ludwig Wittgenstein spiegelt die Annahme wider, dass ein Mangel an zugänglichen Begriffen die Inanspruchnahme des Gesundheitskonzeptes Social Prescribing beeinflusst. Ähnliche Aussagen wie die von Wittgenstein lassen sich auch in bürgerlichen Redewendungen finden. Sprichwörter wie: „Was der Bauer nicht kennt, isst er nicht“ oder „Was ich nicht weiß, macht mich nicht heiß“ zeigen eine Verbindung zu Wittgensteins Auffassung. Denn was eine Person nicht kennt und nicht benennen kann, kann nicht genutzt werden. Das Forschungsvorhaben, herauszufinden, welche vorgeschlagenen Begriffe aufgrund ihrer Beliebtheit (vgl. Operationalisierung *Beliebtheit* Kapitel 6.1) für den gesundheitsbezogenen Interventionsansatz sowie die damit einhergehende spezialisierte Fachkraft für den österreichischen Primärversorgungskontext geeignet sind, zielt unter anderem darauf ab, das Gesundheitskonzept sowie die dazugehörige Fachkraft in die Sprachwelt sowie in das Gesundheitsverständnis der (potenziellen) Nutzer:innen zu integrieren.

Die Rolle der Sprache in der menschlichen Entwicklung ist nicht zu leugnen. Durch Sprache kann Wissen weitergegeben, gesammelt und strukturiert werden. Das Verhalten kann durch sprachliche Signale und somit durch Begriffe gesteuert und determiniert werden (vgl. Hörmann 1971:4), weshalb Sprache auch als ein soziales Werkzeug gesehen werden kann (vgl. Birkner / Janich 2018:X). Sprache kann Menschen sowohl ein- als auch ausschließen. Sie kann im selben Augenblick die Welt öffnen oder diese eingrenzen (vgl. Gümüşay 2020:13).

Neben der allgemeinen Sprachvielfalt sorgt die immer wachsende und komplexer werdende Welt der Wissenschaft für einen Zuwachs der Fachwortbestände. Diese Vielzahl an Begriffen kann ein fruchtbarer Boden für Kommunikationsschwierigkeiten sein. Durch terminologische Unklarheiten kommt es „immer häufiger zu Verständigungsschwierigkeiten zwischen Laien, aber auch zwischen Experten[:innen] aus verschiedenen, manchmal sogar aus gleichen Fachgebieten“ (Arntz et al. 2002:1). Das nächste Kapitel widmet sich daher der Bedeutung von Fach- und Alltagssprache in der Sozialen Arbeit.

3.2 Zur Fach- und Alltagssprache in der Sozialen Arbeit

Der Verständlichkeitsforscher und Direktor des Sprachzentrums in Halle-Wittenberg, Matthias Ballod, forscht über die Aufbereitung von Informationen. Er schlägt dabei eine Brücke „zwischen der Verständlichkeitsforschung rund um die Verwaltungssprache und Erkenntnissen aus der Usability-Forschung“ (Ballod 2020:141; vgl. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg o.A.). In seinem Ratgeber zur Optimierung administrativer Informationen schreibt er, dass bürger:innennahe Sprache keineswegs ausschließlich eine stilistische Frage ist, „sondern eine vertrauensschaffende Maßnahme, im Sinne wechselseitiger Wertschätzung und Bezugnahme“ (Ballod 2020:57). Eine gemeinsame Sprache und zutreffende Begriffe für das Gesundheitskonzept und für die Berufsbezeichnung sind demnach für die Soziale Arbeit wichtig, um eine vertrauensbildende Basis zu schaffen. Dieses Vertrauen wird benötigt, um sich partizipativ an der eigenen Gesundheitsförderung beteiligen zu können.

Eva-Maria Graf und Thomas Spranz-Fogasy, Sprachwissenschaftler:innen für pragmatische Kommunikation in helfenden Berufen, legen den Fokus in ihrer Forschung unter anderem auf diverse Typen der Interaktion zwischen Hilfesuchenden und Hilfegebenden. Die Partizipation und die gemeinsame Arbeit sind in der ganzheitlichen Gesundheitsförderung und in diesem Sinne auch hinsichtlich des Konzepts *Social Prescribing* unabdinglich (vgl. Kapitel 1.). Graf und Spranz-Fogasy (2018: 426) verdeutlichen trotz der angestrebten mitbestimmten Kommunikation, dass es kaum Berührungspunkte zwischen Wissenschafts- und Alltagssprache gibt. Die Gesprächsteilnehmenden scheinen in separaten Interaktionsuniversen ohne Verbindung zueinander zu stehen, weshalb sie das Verfolgen folgender Metapher vorschlagen:

Zwei „[...] Sterne, die beide um das gleiche Gravitationszentrum kreisen, oder das Bild einer Doppelhelix, deren zwei Stränge sich gemeinsam einem Zentrum entgegenwinden, d. h. die gleichberechtigte bzw. symmetrische Kollaboration zweier (oder mehrerer) Interakteure[:innen], die jeweils unterschiedliche Expertisen mitbringen“(ebd.).

Die Begriffe *Social Prescribing* und *Link Worker:in* sind im österreichischen Primärversorgungskontext weder partizipativ noch kollaborativ entstanden, sondern wurden von den Vorzeigemodellen in Großbritannien übernommen (vgl. Antosik 2020; Bromley by Bow Centre 2021). Dabei sollte nicht unerwähnt bleiben, dass Forschungen

Anglizismen tendenziell als ein Kommunikationshindernis darstellen. In diesem Zusammenhang werden häufig Fremdsprachkenntnisse, Alter, Bildung, Medienkonsum sowie berufsspezifische Interessen als Faktoren der Verständnisbarrieren genannt (vgl. Spitzmüller 2005).

Diese Kommunikationshindernisse gilt es zu beseitigen, denn ein offener Zugang zu Wissen bildet, wie der Verständlichkeitsforscher Ballod zutreffend formuliert, „die Voraussetzung für gesellschaftliche und politische Teilhabe“ (Ballod 2020:16) und Mitgestaltung.

3.3 Die bisherige terminologische Diskussion in Österreich

Die Kammer für Arbeiter und Angestellte schrieb 2004 im Werk „das österreichische Gesundheitswesen – eine ökonomische Analyse aus interessenspolitischer Sicht“ über Reformvorschläge und kostenbewusste Verschreibungen. Dabei wird unter anderem das „Grüne Rezept“ als kostensenkende Maßnahme im Gesundheitswesen genannt. Obgleich das „Grüne Rezept“ nicht umgesetzt wurde, bestand die Idee darin, dass Ärzt:innen alternative Behandlungsmethoden statt Arzneimitteln verschreiben (vgl. Streissler 2004:46). Obwohl Social Prescribing dazumal nicht im Zusammenhang mit dem „Grünen Rezept“ genannt wurde, konnten bereits daran Impulse für eine intendierte Etablierung von gesundheitsfördernden Maßnahmen im Sinne des bio-psycho-sozialen (vgl. Glossar) Gesundheitsbegriffs wahrgenommen werden. Das Bewusstsein für soziale Gesundheit verstärkt sich zunehmend und „die Erweiterung vom rein biologisch medizinischen Modell hin zum biopsychosozialen Modell“ (Antosik 2020:41) wird angestrebt.

Um ein besseres Verständnis für die schon etablierten Begriffe zu bekommen, werden im folgenden Abschnitt nun weitere Bezeichnungen für das Gesundheitskonzept und die damit einhergehende Fachkraft präsentiert. Aufgrund des Umfangreichtums besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit. Der Abschnitt verfolgt lediglich das Ziel, einen Überblick der angewandten Begriffe zu vermitteln.

■ Gesundheitsbezogener Interventionsansatz – Social Prescribing

Die in Österreich existierenden Bezeichnungen für Social Prescribing wurden vorrangig über die Fachdatenbank der Universität Wien und Google sowie Google Scholar gesucht und gefunden. Außerdem wurden bereits bekannte Primärversorgungseinheiten in Österreich und deren Informationen auf den Webseiten in die Suche aufgenommen.

Tabelle 2: Bezeichnungen für den gesundheitsbezogenen Interventionsansatz in Österreich

Begriffe	Quelle
„Für die Gesundheit. #Social Prescribing“	Primärversorgung Allgemeinmedizin Graz Gries (vgl. Allgemeinmedizin Gries 2021), Stadtportal der Landeshauptstadt Graz (vgl. Wisiak 2021)
„Grünes Rezept“	Österreichisches Gesundheitswesen, Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien (vgl. Streissler 2004)

„Lebensfreude auf Rezept“	Medius Zentrum für Gesundheit, Graz, Steiermark (vgl. Medius 2021a)
„Nichtmedizinisches Rezept“	Hausarzt Medizin Plus, PROGES–Wir schaffen Gesundheit, Projekt GES.UND, Haslach, Oberösterreich (vgl. PROGES 2021a)
„Social Prescribing – Verschreiben was gut tut“	Primärversorgung Allgemeinmedizin Graz Gries (vgl. Allgemeinmedizin Gries 2021)
„Social Prescribing“	Factsheet Gesundes Österreich (vgl. Haas et al. 2019)
„Soziale Arbeit auf Rezept“	Pro Care Magazin (vgl. Redelsteiner 2019)
„Soziale Lösung auf Rezept“	Standard (vgl. Springer 2021)
„Soziale Verschreibung“	Wolfgang Mückstein im Ö1 Morgenjournal (vgl. Ö1 2021)
„Soziales Rezept“	Medius Zentrum für Gesundheit, Graz, Steiermark (vgl. Medius 2021b)
„Theater auf Rezept“	Stadtportal der Landeshauptstadt Graz (vgl. Wisiak 2021)

Quelle: (vgl. Allgemeinmedizin Gries 2021; Haas et al. 2019; Medius 2021a; ebd. 2021b; Ö1 2021; PROGES 2021a; Redelsteiner 2019; Springer 2021; Streissler 2004; Wisiak 2021), eigene Darstellung

■ Spezialisierte Fachkraft – Link Worker:in

Bei der Suche nach in Österreich verwendeten Bezeichnungen für die spezialisierte Fachkraft, hat sich herausgestellt, dass die Daten überschaubar sind. Aus diesem Grund beschränkt sich folgende Tabelle auf das *Fact Sheet* der Gesundheit Österreich GmbH (vgl. Haas et al. 2019) sowie auf die Erwähnung des ehemaligen Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz Mückstein im Ö1 Morgenjournal (vgl. Ö1 2021).

Tabelle 3: Bezeichnungen für die spezialisierte Fachkraft in Österreich

Begriffe	Quelle
„Link Worker“	Wolfgang Mückstein im Ö1 Morgenjournal (vgl. ebd.), Factsheet Gesundes Österreich (vgl. Haas et al. 2019)
„Navigator“	Factsheet Gesundes Österreich (vgl. ebd.)
„Social Prescriber“	Factsheet Gesundes Österreich (vgl. ebd.)
„Well-Being Coordinator“	Factsheet Gesundes Österreich (vgl. ebd.)

Quelle: (vgl. Haas et al. 2019; Ö1 2021), eigene Darstellung

3.3.1 Ein Blick über den Tellerrand – ein kurzer Ländervergleich

Für den Blick über den Tellerrand waren unter anderem die Ressourcen der Mitglieder des Forschungslabors Social Prescribing relevant. Edin Izic teilte seine Ergebnisse der internationalen Recherche zu Social Prescribing in Bosnien, Kroatien und Serbien. Thimo Bischof legte den Fokus der internationalen Recherche auf Spanien und die Niederlande. Beide Kollegen verwendeten *Google Scholar* zur Suchabfrage. Zudem wurden für die niederländischen Suchabfragen die Bibliotheken der Universität van Amsterdam, der Vrije Universiteit Amsterdam sowie der virtuelle Katalog Karlsruhe verwendet. Des Weiteren wurde gezielt nach Ländern gesucht, in denen Social Prescribing angewandt wird. Bei der Suche nach internationalen Bezeichnungen für Social Prescribing und die spezialisierte Fachkraft wurde die Fachdatenbank der

Universität Wien, Google sowie Google Scholar genutzt. Übersetzt wurde mit *DeepL*. Im Folgenden werden internationale Bezeichnungen für Social Prescribing aufgelistet.

■ Gesundheitsbezogener Interventionsansatz – Social Prescribing

Tabelle 4: Internationale Bezeichnungen für den gesundheitsbezogenen Interventionsansatz

Begriffe	Quelle + Übersetzung
„Arts on Prescription project“	Dänemark (vgl. Jensen 2019) DeepL: Kunst auf Rezept Projekt
„Community referral“	Australien (vgl. Aggar et al. 2021) DeepL: Gemeinschaftsüberweisung, gemeinschaftliche Befassung, Gemeinschaftsempfehlung
„Culture Vitamins“	Dänemark (vgl. Jensen 2019) DeepL: Kultur Vitamine
„Green Prescription“	Neuseeland (vgl. Ministry of Health NZ 2017) DeepL: Grünes Rezept
„Kultur på recept“	Dänemark (vgl. Jensen et al. 2020) DeepL: Kultur auf Rezept, Kultur auf Verschreibung
„Recomendación de activos“	Spanien (vgl. Cofiño 2017) DeepL: Anlageempfehlung, Empfehlung für Vermögenswerte
„Social Prescribing“	Australien, Canada, Dänemark, England, etc. (vgl. Bromley by Bow Centre 2021; RACGP / CHF 2019: 8f.; Jensen 2019) DeepL: Soziale Verschreibung
„Social referral“	Dänemark (vgl. ebd.) DeepL: Soziale Vermittlung, soziale Weiterleitung, soziale Weiterempfehlung, soziale Einbindung
„Soziale Medikation in Großbritannien - Spaß auf Rezept“	Deutschland (vgl. Hahn 2019)
„Welzijn op Recept“	Niederlande (vgl. Heijnders / Meijs 2018) DeepL: Wohlfahrt / Sozialhilfe / Soziales auf Rezept

Quelle: (vgl. Aggar et al. 2021; Bromley by Bow Centre 2021; Cofiño 2017; Hahn 2019; Heijnders / Meijs 2019; Jensen 2019; ebd. 2020; Ministry of Health NZ 2017; RACGP / CHF 2019: 8f.), eigene Darstellung

■ Spezialisierte Fachkraft – Link Worker:in

Tabelle 5: Internationale Bezeichnungen für die spezialisierte Fachkraft

Begriffe	Quelle + Übersetzung
„Well-being coach“	Niederlande (vgl. Heijnders / Meijs 2018) DeepL: Coach für Wohlbefinden, Wohlfühl-Coach
„Link Worker“	England (vgl. Antosik 2020:50; Bromley by Bow Centre 2021; Moffatt et al. 2017) DeepL: Link Worker:in, Link Arbeiter:in
„Navigator“	England (vgl. Antosik 2020:50) DeepL: Navigator:in
„Social Prescribing Coordinator“	England (vgl. ebd.; Bertotti et al. 2018) DeepL: Koordinator:in für soziale Verschreibungen
„Facilitator“	England (vgl. Antosik 2020: 51; Brandling / House 2009)

	DeepL: Erleichterung, Vermittler:in, Moderator:in
„Wellbeing Coordinator“	England (vgl. Antosik 2020:51; Woodall et al. 2018) DeepL: Koordinator:in für Wohlbefinden
„Community link practitioner“	England (vgl. Antosik 2020:51; Skivington et al. 2018) DeepL: Community-Link-Praktiker Verbindung zur Gemeinschaft (Praktiker:in)
„Zdravstveni menadžeri“	Serbien (vgl. Mitrović / Gavrilović 2013) DeepL: Gesundheitsmanager:in

Quelle: (vgl. Antosik 2020; Bertotti et al. 2019; Brandling / House 2009; Bromley by Bow Centre 2021; Cofiño 2017; Hahn 2019; Heijnders / Meijs 2018; Mitrović / Gavrilović 2013; Moffatt et al. 2017; Skivington et al. 2018; Woodall et al. 2018); eigene Darstellung

Der Vergleich mit anderen Ländern und die bisherige terminologische Diskussion in Österreich verdeutlichen die Reichhaltigkeit an Bezeichnungen für Social Prescribing und die einhergehende Fachkraft.¹³

3.3.2 Zusammenfassung

Die Heterogenität der bereits bestehenden Begriffe bestätigt die Annahme, nach der sich bisher keine geeigneten Begriffe für den gesundheitsfördernden Interventionsansatz Social Prescribing sowie die dazugehörige Fachkraft in Österreich durchgesetzt haben. Oben aufgezeigte Verständnisbarrieren können eine gemeinsame Kommunikation erschweren und somit das Vertrauen, welches den Zugang zu Social Prescribing beeinflusst, verringern (vgl. Kapitel 3.2).

Mit der vorliegenden Arbeit soll diese Vertrauenslücke geschlossen werden, indem erforscht wird, wie das Gesundheitskonzept und die damit einhergehende spezialisierte Fachkraft zugänglich (attraktiv, verständlich, inklusiv) dargestellt werden können. Weiters wird mittels einer Online-Umfrage ein Beitrag zur Begriffsfindung geleistet. Im Rahmen dieses Vorhabens wird zunächst erörtert, wie der gesundheitsbezogene Interventionsansatz mithilfe eines Erklärvideos zugänglich erklärt werden kann. Um dies zu beantworten, bot es sich an, mit Expert:innen aus diversen Bezugswissenschaften zusammen zu arbeiten.

¹³ Mehr Informationen über das Gesundheitskonzept im internationalen Vergleich finden sich in Kapitel 3 der Arbeit des Forschungsteams I. Dabei wurde, neben den unterschiedlichen Auslegungen sowie der angepassten lokalen Angebote, eine hohe Diversität hinsichtlich der Projektnamen ersichtlich.

4 Phasen I und II: Inhaltliche und gestalterische Entstehungsbedingungen von Social Prescribing Erklärvideos

Pfeifer Marlies

Die erste Forschungsfrage dieser Masterthesis untersucht, was bei der Konzeption und der Produktion eines Erklärvideos für den österreichischen Primärversorgungskontext aus interdisziplinärer Expert:innenperspektive zu berücksichtigen ist, damit dieses zugänglich (verständlich, inklusiv, attraktiv, etc.) ausgestaltet werden kann. Um diese Fragestellung beantworten und anschließend ein Erklärvideo über Social Prescribing für den österreichischen Primärversorgungskontext konzipieren und produzieren zu können, wurden zwei empirische Erhebungen mit Expert:innen nach der Methode Fokusgruppe durchgeführt. Bevor auf die Vorgehensweise, die Auswertung und die Erkenntnisse der empirischen Erhebungen eingegangen wird, erscheint es notwendig, sich mit der Methodik der Fokusgruppe zu befassen.

4.1 Methodik – Fokusgruppe

Die Form einer Fokusgruppe ist eine Gruppendiskussion, welche von mindestens einer Person zu einem zuvor festgelegten Thema moderiert wird. In der Regel nehmen sechs bis zwölf Personen bei einer ein- bis zweistündigen Fokusgruppe teil. Die Teilnehmenden treten in einen Diskurs miteinander, wodurch sich die Fokusgruppe als Partizipationsmethode eignet. Die Fokusgruppe ist nicht auf Konsensfindung ausgerichtet, sondern verfolgt vielmehr das Ziel, möglichst facettenreiche Meinungen der Teilnehmenden einzuholen. Um während des Diskurses für Orientierung zu sorgen, eignet sich die Anfertigung eines Leitfadens im Vorhinein (vgl. Schulz, M. 2012:9;13;15).

Die Methode wird grundsätzlich in der Marktforschung genutzt, aber auch im Gesundheits- und Sozialwesen findet das ressourcenschonende Erhebungsinstrument Anwendung (vgl. Block et al. 2011:1).

Der Ablauf einer Fokusgruppe gliedert sich in drei Schritte:

■ Konkretisierung des Themas:

Im ersten Schritt sind organisatorische und inhaltliche Angelegenheiten vorzubereiten. Dafür sind Forschungsfragen zu definieren, Moderator:innen festzulegen, Teilnehmende zu rekrutieren und ein Leitfaden zu erstellen (vgl. Schulz, M. 2012:15).

■ Durchführung der Fokusgruppe:

Die Fokusgruppe wird leitfadengestützt durchgeführt. Dabei ist es Aufgabe der Moderation, für einen lebendigen Austausch zwischen den Teilnehmenden zu sorgen. In der Regel wird der:die Moderator:in von einer zusätzlichen Person unterstützt, welche

den Gesprächsverlauf dokumentiert und zentrale Thesen der Fokusgruppe protokolliert. Audioaufnahmen erweisen sich für die Auswertung der Fokusgruppe als sinnvoll (vgl. ebd.). Bei der Durchführung der Fokusgruppe ist es wesentlich, das Individuum („ICH“), die Großgruppe („WIR“) und das Thema („ES“) in den Ablauf einzubeziehen. Das hier vorgestellte Ablaufmodell, kann in fünf Stufen¹⁴ strukturiert werden.

Tabelle 6: Ablauf von Fokusgruppen in fünf Stufen

Stufe	Allgemeiner Gruppensdynamischer Ablauf	Konkretes Vorgehen
1	Begrüßung und Einführung	■ Vorstellung der Moderator:innen ■ Hintergrundinformationen zum Thema geben ■ Vorstellen des Ablaufs ■ Verwendungszweck und Formalitäten klären
2	Einführende Frage – Frage zum „ICH“ (Selbstkonzeption)	■ Frage zum Selbstkonzept der Teilnehmenden stellen, welche mit der Phrase „Ich bin/ Ich habe..“ beantwortet werden soll.
3	Übergangsfrage – Frage zum „WIR“ (Aufbau einer Arbeitsbeziehung)	■ Kennenlernen von anderen Standpunkten ■ Aufbau einer Arbeitsbeziehung durch eine Übergangsfrage
4	Hauptfragenkatalog – Fragen zum „ES“ (inhaltliche Fragen)	■ Fünf bis sieben Hauptfragen festlegen ■ Leitfaden ist nicht festgelegt, dient als Orientierungshilfe ■ Reihenfolge der Fragen festlegen ■ Inhaltliche Strukturierung
5	Abschlussfrage – Zusammenführung der Ergebnisse	■ Zusammenfassung zentraler Botschaften ■ Weiteres Vorgehen thematisieren

Quelle: (vgl. Benighaus, C./Benighaus, L. 2012:114-115), eigene Darstellung

■ Auswertung:

Für die Auswertung von Fokusgruppen gibt es kein festgelegtes Verfahren (vgl. Ruddat 2012:195). In dieser Masterthesis erfolgt die Auswertung angelehnt an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2019). Bei dieser Auswertungsmethode wird das Datenmaterial anhand von Kategorien analysiert. Es werden Kategoriensysteme gebildet, welche eine qualitative Inhaltsanalyse ermöglichen (vgl. Mayring / Fenzl 2019:633f.).

Grundsätzlich kann die Auswertung von Fokusgruppen nach zwei Vorgehensweisen erfolgen: nach induktivem oder deduktivem Vorgehen.

Die induktive Vorgehensweise eignet sich, wenn das Forschungsfeld für das Forschungsteam eher unbekannt ist und das Themenfeld zunächst exploriert wird (vgl. Ruddat 2012:195). Die induktiven Kategorien leiten sich unabhängig von bereits bestehenden Theorien von der Materialdurchsicht ab (vgl. Mayring 2010:83). Bei der

¹⁴ Um einer Irritation mit dem Phasenbegriff zu entgehen werden die Phasen nach Benighaus, C. / Benighaus, L. (2012) in dieser Arbeit als Stufen bezeichnet.

induktiven Auswertung wird üblicherweise ein Transkript erstellt und auf dessen Basis eine Analyse durchgeführt (vgl. Ruddat 2012:195).

Das deduktive Vorgehen eignet sich, wenn bereits Vorkenntnisse über das Forschungsthema vorliegen und ein konkreter Bereich untersucht werden soll (vgl. ebd.:195f.). Die Kategorien bilden sich nach dem zuvor festgelegten, theoretischen Rahmen (vgl. Mayring 2010:83). Umso wichtiger ist beim deduktiven Vorgehen ein gut strukturierter Leitfaden. Die Erkenntnisse, welche aus dem Protokoll hervorgehen, werden durch Inhalte der Audioaufnahme ergänzt (vgl. Ruddat 2012:195f.).

Im Zuge dieses Projektes wurden für die beiden Fokusgruppen sowohl die deduktive als auch die induktive Auswertungsmethode gewählt, welche in den jeweiligen Kapiteln (vgl. Kapitel 4.2.3; Kapitel 4.3.3) beschrieben und begründet werden.

Zunächst werden die Planung und der Ablauf der Fokusgruppe I erläutert und deren Teilnehmende vorgestellt. Anschließend wird beschrieben, wie die Erkenntnisse der Fokusgruppe ausgewertet werden, um im nächsten Schritt die Ergebnisse zu präsentieren.

4.2 Phase I: Social Prescribing Expert:innenperspektive

In Phase I wurden Expert:innen, welche sich bereits intensiv mit Social Prescribing beschäftigten zur Fokusgruppe I eingeladen. Es wurde das Ziel verfolgt, zentrale Botschaften für ein Social Prescribing Erklärvideo zu erheben. Im Zentrum dieser Fokusgruppe standen inhaltliche Fragestellungen und insbesondere die Frage, was ein Social Prescribing Erklärvideo beinhalten muss.

4.2.1 Entstehung der Fokusgruppe I

Die Fokusgruppe I fand am 23.04.2021 von 10:00 – 11:30 Uhr im Onlineformat *Zoom* statt. Das Forschungsteam plante den Ablauf und die Moderation der Fokusgruppe I. Die Rekrutierung der Teilnehmenden erfolgte durch Online-Recherche, gemeinsame Videokonferenzen im Rahmen des Masterseminares und über Dozierende der Fachhochschule St. Pölten. Das Forschungsteam informierte die Expert:innen per E-Mail über den Ablauf, das Setting und das Ziel der Fokusgruppe I. Zudem wurden die Social Prescribing Expert:innen darum gebeten, sich eine Definition von Social Prescribing und Link Worker:in zu überlegen, welche während der Fokusgruppe innerhalb von 30 Sekunden präsentiert werden kann. Es bestand die Möglichkeit, Begriffsvorschläge im Voraus zu sammeln und diese in einem Online-*Paddlet*¹⁵ festzuhalten.

¹⁵ Ein Paddlet versteht sich als eine digitale Pinnwand, an welcher Inhalte miteinander geteilt werden können (vgl. Das Deutsche Schulportal 2021).

- Julia Commenda (JC) ist im Rahmen des Gesundprojektes von PROGRES die Projektkuratorin im Primärversorgungszentrum Haslach an der Mühl. Durch eine Lernreise nach London hat Frau Commenda gemeinsam mit Kolleg:innen die Idee entwickelt, den COPC (Community Oriented Primary Care)-Ansatz aufzugreifen, um diesen in Haslach umzusetzen (vgl. Commenda T1:Abs.1).¹⁷
- Daniela Rojatz (DR) arbeitet für die GÖG und leitet dort ein Projekt zu Social Prescribing. Sie war ebenfalls Teil der Lernreise nach London und evaluiert Social Prescribing Projekte im Rahmen ihrer Beschäftigung (vgl. Rojatz T1:Abs.2).
- Eva Pilz (EP) ist Allgemeinmedizinerin. Bis Ende 2019 arbeitete sie für die GÖG. Sie ist seit Anfang 2019 Teilhaberin der Gruppenpraxis Dr. Ouhadi – Dr.ⁱⁿ Pilz für Allgemeinmedizin im 15. Wiener Gemeindebezirk, die 2023 zum Primärversorgungszentrum wird¹⁸. Dieses Projekt wird unter anderem von Frau Pilz geleitet (vgl. Pilz T1:Abs.3).
- Jennifer Antosik (JA) ist ebenfalls Mitarbeiterin der GÖG und hat sich im Zuge ihres Masterstudiums intensiv mit Social Prescribing auseinandergesetzt. Der Fokus ihrer Masterthesis lag auf Social Prescribing in der Primärversorgung in Zusammenarbeit mit der GÖG (vgl. Antosik T1:Abs.4).
- Jochen Prusa (JP) ist klinischer Sozialarbeiter und in Teilzeit angestellt im PHC (Primary Health Care) Mariahilf. Im Zuge seiner Beschäftigung arbeitet Jochen Prusa seit Juli 2019 am Aufbau von Sozialarbeit in der Primärversorgung im 6. Wiener Gemeindebezirk (vgl. Prusa T1:Abs.5).
- Sabine Haas (SH) ist ebenfalls bei der GÖG tätig. Der Schwerpunkt von Frau Haas liegt auf der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit (vgl. Haas T1:Abs.6).
- Michaela Moser (MM) ist Dozentin an der Fachhochschule St. Pölten. Ihr Schwerpunkt liegt auf Inklusion Partizipation, Demokratieentwicklung, dem Sektor Wohnen und Armut und Verteilung. Frau Moser begleitete von 2016 – 2018 ein Masterprojekt zur Konzeptentwicklung von Primär-und Gemeinwesen-Zentren in Orth an der Donau und beteiligte sich ebenfalls an einer Exkursion nach London (vgl. Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung o.A.a.; vgl. Moser T1:Abs.7).
- Christoph Redelsteiner (CR) leitet den Studiengang Soziale Arbeit an der Fachhochschule St. Pölten. Seine Themenschwerpunkte beziehen sich auf die integrative soziale Gesundheitsvorsorge und Fürsorge, die prähospitale

¹⁶ Die Namensabkürzungen, welche in der Klammer stehen, werden in der Auswertung herangezogen.

¹⁷ Die Zahlen verweisen auf die jeweiligen Absätze des Transkriptes.

¹⁸ Mehr Informationen über die Implementierung von Social Prescribing im 15. Wiener Gemeindebezirk finden Sie in Arbeit von Forschungsgruppe III.

Patient:innenversorgung, den Sozialraum und das Gemeinwesen (vgl. Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung o.A.b). Christoph Redelsteiner leitet dieses Masterprojekt und ist in der Social Prescribing Forschung aktiv. Er war bei der Fokusgruppe I leider verhindert und hat sich somit schriftlich zu den Fragestellungen und zur Begriffssuche und -bewertung geäußert (vgl. Redelsteiner E).

4.2.2 Vorgehensweise

Die Fokusgruppe I wurde von zwei Personen des Teams anhand eines vorab angefertigten Leitfadens moderiert und dessen Inhalt von einer Person protokolliert. Der Leitfaden, welcher einen lebendigen Austausch zwischen den Teilnehmenden fördern sollte, wurde vom Forschungsteam an die fünf Phasen einer Fokusgruppe angelehnt und konzipiert und orientierte sich überwiegend an der Beantwortung der Forschungsfrage I (vgl. Benighaus, C. / Benighaus, L. 2012:115).

Tabelle 7: Leitfaden für die Fokusgruppe I

Stufe	Allgemeiner Gruppendynamischer Ablauf	Konkretes Vorgehen	Anmerkungen	Zeitplan und Dauer
1	Begrüßung und Einführung	■ Begrüßung ■ Einverständnis von Ton- und Videoaufzeichnung, Aufzeichnung starten ■ Gesprächsregeln ■ Vorstellung des Forschungsprojekts ■ Ablauf	Orientierung schaffen und willkommen heißen Grafik I (Ablauf)	10 Minuten 10:05 – 10:15
2	Einführende Frage – Frage zum „ICH“ (Selbstkonzeption)	■ Vorstellungsrunde ■ Wer sind Sie? ■ Was ist Ihr Bezug zu Social Prescribing im PV-Kontext?	Kompetenzen werden notiert, um anschließend gezielt darauf zurückzukommen.	15 Minuten 10:15 – 10:30
3	Übergangsfrage – Frage zum „WIR“ (Aufbau einer Arbeitsbeziehung)	■ Kennen Sie einander?		
4	Hauptfragenkatalog – Fragen zum „ES“ (inhaltliche Fragen)	Definitionen: ■ Erklären Sie Social Prescribing im österreichischen Primärversorgungskontext in 30 Sekunden. ■ Erklären Sie die Aufgabe/ Funktion eines:r Link Worker:in in 30 Sekunden.	Expert:innen wurden zuvor über den Ablauf informiert, Zeit wird von Moderation eingehalten.	15 Minuten 10:30 – 10:45
		<i>Was ist aus Ihrer Perspektive die zentrale Botschaft bzw. der wichtigste Aspekt, welcher in einem Erklärvideo vorkommen soll?</i> <i>Gibt es Ihrer Meinung nach Besonderheiten, welche für die Produktion eines Erklärvideos über</i>	Notieren, was angesprochen wird, und darauf achten, dass möglichst viele unterschiedliche Expert:innen zu Wort kommen und aufeinander Bezug nehmen.	15 Minuten 10:30 – 10:55 5 Minuten 10:55 – 11:00

		Social Prescribing für den österreichischen Kontext hervorzuheben sind?		
		Begriffssammlung und Bewertung	■ Die Teilnehmenden wurden über die Begriffssammlung vorab informiert; ■ Begriffsvorschläge von der GÖG wurden zuvor hinzugefügt; ■ Teilnehmende bewerten die Begriffe, fügen nach Wunsch eigene Begrifflichkeiten hinzu; ■ Gemeinsamer Begriffsdiskurs; ■ Erarbeiten von Vorschlägen für die Aufnahme von Begriffen im Fragebogen; ■ Paddlet Link: https://padlet.com/katharinakalb8/i89va7vtiocpdh9c	20 Minuten 11:00 – 11:20
5	Abschlussfrage – Zusammenführen der Ergebnisse	■ Abrunden ■ Versuch einer Zusammenfassung ■ Möglichkeit offene Fragen zu stellen ■ Weiterer Ablauf der Forschung mittels Grafik präsentieren ■ Bedanken und Verabschieden	Notizen abrundend zusammenfassen.	10 Minuten 11:20 – 11:30

Quelle: (vgl. Benighaus, C. / Benighaus, L. 2012:121 ff.), eigene Darstellung

4.2.2.1 Betrachtung bereits gesammelter Begriffe

Die Basis des Hauptfragenkataloges bilden die Betrachtung und die Diskussion der Begriffe für Social Prescribing und die damit einhergehende Fachkraft. Die Begriffe wurden unter anderem im Rahmen des Forschungslabors an der Fachhochschule St. Pölten mit dem Ziel gesammelt, diese mit den Expert:innen der Fokusgruppe I zu besprechen. Folgend werden die Begriffe welche den Expert:innen vorgeschlagen wurden, aufgelistet

Begriffe für das Gesundheitskonzept: ■ Sozept ■ Sozialrezept ■ (Mein) Wohlsein ■ Rat auf Rezept ■ Von der Gemeinschaft für die Gemeinschaft ■ Mein Rezept	Begriffe für die spezialisierte: Fachkraft ■ Lotse:in ■ Sozialratgeber:in ■ Vernetzungsexpert:in ■ Vernetzungshelfer:in ■ Ko-Pilotin für Gesundheit und Wohlbefinden
--	---

4.2.3 Auswertung

Um die wissenschaftliche Verwertung sicherzustellen, wurde der Gesprächsdiskurs zusätzlich zum Protokoll durch eine Videoaudioaufnahme festgehalten und anschließend transkribiert. Die Auswertung richtete sich nach dem deduktiven Vorgehen. Bei der Fokusgruppe I wurden die Kategorien für die Auswertung bereits vor der empirischen Erhebung selektiert, weshalb deduktiv vorgegangen wurde (vgl. Mayring 2010:83). Textpassagen wurden den zuvor aufgestellten Kategorien zugeordnet. Die deduktive Kategorienbildung bietet sich an, wenn das Forschungsteam bereits über umfangreiches Vorwissen über den Untersuchungsgegenstand verfügt (vgl. Ruddat 2012:195–196). Angelehnt an die qualitative Inhaltsanalyse wurden Kategoriensysteme nach deduktivem Vorgehen gebildet (vgl. Mayring / Fenzl 2019:633f.).

Kategoriensystem I: Erklärung von Social Prescribing

Kategoriensystem II: Erklärung von Link Worker:in

Kategoriensystem III: Zentrale Botschaften

Kategoriensystem IV: Regionale Besonderheiten

Kategoriensystem V: Begriffsdiskussion

Kategoriensystem I und Kategoriensystem II wurden inhaltlich semantisch transkribiert. Nonverbale Äußerungen blieben bei der Transkription unberücksichtigt (vgl. Dresing / Pehl 2018:21ff.). Anschließend wurde das Transkript tabellarisch auf Gemeinsamkeiten geprüft, um Codes zu identifizieren. Diese Codes resümieren, welche Aspekte für die Erklärung von Social Prescribing sowie für die einhergehenden Fachkraft aus Expert:innenperspektive besonders relevant sind.

Bei der Auswertung von Kategoriensystem III und IV wurde das in der Fokusgruppe I verfasste Protokoll durch die Transkription von relevanten Inhalten erweitert. Da nur einzelne Ausschnitte der Kategorien III und IV transkribiert wurden, werden diese in einem Fließtext zusammengefasst und thematisch geordnet.

Die vorgeschlagenen Begriffe zum Gesundheitskonzept Social Prescribing sowie zu der Fachkraft des:r Link Worker:in wurden von den Expert:innen auf einem Online-Paddlet von einem Stern bis fünf Sterne bewertet. Die Bewertung der einzelnen Begriffe zielte darauf ab, zu einem Gespräch zwischen den Expert:innen anzuregen, um Vorschläge für die Begriffsaufnahme in der Online-Umfrage zu entwickeln. Die Inhalte der Audiodatei wurden stichwortartig verschriftlicht.

4.2.4 Ergebnisdarstellung

In folgendem Abschnitt wird auf die gebildeten Kategoriensysteme eingegangen.

4.2.4.1 Kategoriensystem I: Erklärung von Social Prescribing

Die nächste Abbildung visualisiert die Antworten der Expert:innen auf folgende Aufgabenstellung: *„Erklären Sie Social Prescribing im österreichischen Primärversorgungskontext in 30 Sekunden!“*.

Social Prescribing in max. 30 Sekunden erklärt

JC: Julia Commenda

DR: Daniela Rojatz

EP: Eva Pilz

JA: Jennifer Antosik

JP: Jochen Prusa

SH: Sabine Haas

MM: Michaela Moser

CR: Christoph Redelsteiner

EP: Ja für mich ist Social Prescribing eine ganz wichtige Möglichkeit oder einer der wichtigsten Teile der Arbeit in der Primärversorgung in der Bezugnahme auf das Konzept Psychosoziale Betreuung. Es geht um Vernetzung, es geht um einen niederschweligen Zugang für Patient:innen, Klient:innen in der Community und Ja... hier haben wir den Link Worker (vgl. Pilz T1:Abs. 12).

SH: Die Patient:innen in der Primärversorgung haben nicht nur medizinische, sondern auch soziale und psychosoziale Bedürfnisse. Social Prescribing nimmt diese Bedürfnisse in den Blick und unterstützt damit zum einen die Primärversorgung und natürlich die Patienten und Patientinnen, weil die für diese Bedürfnisse Angebote suchen und vermitteln (vgl. Haas T1:Abs. 17).

JC: Ja also, für mich ist Social Prescribing im Rahmen der Primärversorgung eigentlich das Aufspüren von sozialen Bedürfnissen oder nicht-medizinischen Bedürfnissen und die Berücksichtigung dieser Bedürfnisse im Rahmen von einem ganzheitlichen Behandlungskonzept. Darüber hinaus betrifft es auch noch die soziale Vernetzung, also die Vernetzung der Strukturen, Gesundheitsförderungsstrukturen im kommunalen Kontext (vgl. Commenda T1:Abs. 9).

JA: Social Prescribing ist ein aus England stammendes Versorgungskonzept, das Primärversorgern die Möglichkeit gibt, Menschen, die mit nicht-medizinischen, aber gesundheitsrelevanten Bedürfnissen zu ihnen kommen, an die lokale...an andere lokale Angebote zu vermitteln. Nachträglich: Mir ist noch etwas aufgefallen bei meinen Erklärungen, dass irgendwie das Ziel des Ganzen, also die Personen, die Stärkung von Wohlbefinden, Gesundheit, Empowerment, dass das ein bisschen in meinen Erklärungen verloren gegangen ist und das ist eigentlich ein sehr wichtiger Punkt, das möchte ich nur noch ergänzen (vgl. Antosik T1:Abs. 13).

MM: Für mich bedeutet Social Prescribing die Anerkennung dessen, dass Gesundheit auch sehr stark von sozialen Fragen und Lebensbedingungen und Teilhabe abhängt und dass es zukünftig auch Angebote dafür gibt, von Aktivitäten, die diese Lebensbedingungen verbessern. Und diese können mir verschrieben werden, also ich bekomme finanzielle und sonstige Unterstützungen. Es ist eine Form des Empowerments und interessanterweise habe ich es sofort aus der Nutzer:innenperspektive gedacht, also ich hab mich so in die Patient:in hineinversetzt (vgl. Moser T1:Abs. 18).

DR: Im Primärversorgungskontext geht es bei Social Prescribing darum, dass die Berufsgruppen sensibilisiert werden auf die gesundheitsrelevanten, aber nicht-medizinischen Bedürfnisse in den Blick zu nehmen und wie JC so schön gesagt hat, aufzuspüren, Patientinnen dann weiter zu verweisen an eine Person, die dem dann genauer nachgeht und gemeinsam dann mit dieser Person überlegt, welche Angebote es in der Region gibt und dafür brauchen Link Worker dann auch eine Übersicht über die regionalen Angebote (vgl. Rojatz T1:Abs. 11).

JP: Als Praktiker umgebe ich mich eher mit dem Begriff des „Sozialen Rezeptes“, weil dieses erfahrungsgemäß in Österreich irgendwie bei den Personen / bei den Menschen schneller ankommt, weil eine soziale Verschreibung ist immer was ganz was wichtiges auf der einen Seite. Es geht von einem ganzheitlichen Ansatz her, die psychosoziale Beratung, Betreuung und Begleitung je nach dem zu organisieren, speziell vom medizinischen in den nicht-medizinischen Bereich in unsere Gesellschaft hinein (vgl. Prusa T1:Abs. 14).

CR: Social Prescribing ist das Rezept das soziales Wohlbefinden fördert. Es ist die Vernetzung und Verweisung durch Sozialarbeiter:innen und andere speziell geschulte Gesundheitsfachkräfte zu sozialarbeiterischen, psychosozialen Ressourcen aber auch zu kulturellen, sportlichen oder allgemein freizeitbezogenen Angeboten („Vereinen“) im Sozialraum, „Grätzl“ die Mithelfen eine gesunde und positive Alltagsgestaltung zu erhalten (vgl. Redelsteiner E).

Abbildung 5: Erklärung von Social Prescribing in 30 Sekunden
Quelle: Eigene Darstellung

In folgender Tabelle wurde in der linken Spalte unter dem Begriff „Expert:innenperspektive“ zusammengefasst, welche Botschaften aus Sicht der Expert:innen wichtig sind, um das Gesundheitskonzept zu erklären. In der rechten Spalte wurden die Paraphrasen auf Gemeinsamkeiten untersucht, um Kodes für die Kategoriensysteme aufzustellen.

Tabelle 8: Social Prescribing in 30 Sekunden erklärt

Expert:innenperspektive ¹⁹	Kode
■ Erklärung von Social Prescribing anhand eines ganzheitlichen Behandlungskonzeptes (JC) ■ Social Prescribing orientiert sich an einem ganzheitlichen Ansatz (JP)	Social Prescribing als ganzheitliches Gesundheitskonzept
■ Nicht-medizinische, aber gesundheitsrelevante Bedürfnisse (JA) ■ Nicht-medizinische soziale Bedürfnisse aufspüren und berücksichtigen (JC) ■ Beratung, Betreuung und Begleitung vom medizinischen in den nicht-medizinischen Bereich (JP) ■ Nicht-medizinische Bedürfnisse in den Blick nehmen (DR) ■ Patient:innen haben nicht nur medizinische, sondern auch soziale und psychosoziale Bedürfnisse (SH) ■ Gesundheit hängt von sozialen Fragen und Lebensbedingungen ab (MM)	Aufspüren und Berücksichtigung nicht-medizinischer Bedürfnisse
■ Compliance – Bereitschaft der Nutzer:innen zur Mitwirkung (JP) ■ Social Prescribing fördert die Anerkennung des Einflusses von sozialen Lebensbedingungen und Teilhabe auf die Gesundheit (MM)	Partizipation
■ Social Prescribing betrifft die soziale Vernetzung von Strukturen (JC) ■ Es geht um die Vernetzung (EP) ■ Vernetzung und Verweisung durch Sozialarbeiter:innen und andere geschulte Fachkräfte an sozialarbeiterische, psychosoziale, kulturelle, sportliche oder allgemein freizeitbezogene Angebote im „Grätzl“ (CR) ■ Social Prescribing verweist weiter an eine Person, die unterstützt, das passende Angebot zu finden (DR)	Vernetzung und Verweisung
■ Kommunalen Kontext (JC) ■ Ein lokales Angebot, das an andere lokale Angebote verweist (JA) ■ Angebote werden gemeinsam in der Region gesucht (DR) ■ Verweisung im Sozialraum (CR)	Aspekt der Regionalität /Community
■ Es ist eine Form des Empowerments (MM) ■ Bedeutung des Empowermentgedankens (JA)	Empowerment

Quelle: Eigene Darstellung

4.2.4.2 Kategoriensystem II: Erklärung von Link Worker:in

Nach dem vorangehenden Ansatz wurde den Expert:innen folgende Aufgabe gestellt: „Erklären Sie die Aufgabe/Funktion eines:r Link Worker:in in 30 Sekunden“. Wie bei Kategoriensystem I zeigt die folgende Abbildung die Antworten der Expert:innen.

¹⁹ Zeitliche Angaben sind in der oben angeführten Abbildung ersichtlich.

Link Worker:in in max. 30 Sekunden erklärt

JC: Julia Commenda

DR: Daniela Rojatz

EP: Eva Pilz

JA: Jennifer Antosik

JP: Jochen Prusa

SH: Sabine Haas

MM: Michaela Moser

CR: Christoph Redelsteiner

JC: Ja, Link Worker schaffen Verbindungen. Einerseits zwischen den Bedürfnissen von Menschen zu den Angeboten und andererseits auch die andere Richtung, also von den Angeboten zu den Bedürfnissen. Die Link Worker eröffnen Möglichkeiten, spüren Bedürfnisse auf und versuchen auch diesen Zugang zu finden, die Menschen immer einzuladen zur Partizipation (vgl. Commenda T1: Abs. 20).

DR: Ja, Link Working hat für mich zwei Komponenten. Das eine ist diese Lotsenform, wo gemeinsam mit den Patient:innen herausgearbeitet wird, was Sie für Bedürfnisse und Stärken haben und dann an regionale Angebote vermittelt, und dann kommt die zweite Funktion ins Spiel, das Netzwerkmanagement, dass man weiß, welche Angebote gibt es in der Region, was sind die Voraussetzungen, dass man teilnehmen kann und dann beides zusammenbringt, um eine umfassende Betreuung und Begleitung der Patient:innen zu ermöglichen (vgl. Rojatz T1: Abs. 21).

EP: Ja also, für mich sind Link Worker die Schnittstelle zwischen dem medizinischen und dem nicht-medizinischen Bereich, in dem Fall in der Primärversorgung, die gemeinsam mit den Nutzer:innen Bedürfnisse stärken, aber auch Interessen identifizieren und durch ihre Vernetzung in der Community dann die Nutzer:innen dort hinweisen, wo sie die Unterstützung bekommen, die sie brauchen und sich auch selber wünschen (vgl. Pilz T1: Abs. 22).

JA: Ja, ein Link Worker ist für mich eine Schlüsselfunktion von Social Prescribing, weil die Person die Verbindung oder die Brücke schlägt zwischen allen Beteiligten von Social Prescribing, und Funktionen ist einmal das Erkennen von gesundheitsrelevanten, aber nicht-medizinischen Bedürfnissen, die gesamtheitliche Betrachtung der Person und dem Umfeld, in dem die Person lebt, und das Erarbeiten möglicher Unterstützungsleistungen und der Weg dorthin (vgl. Antosik T1: Abs. 23).

JP: Ein Link Worker ist für mich die klassische Netzwerkarbeiterin. Auf der einen Seite muss sie sozusagen den Menschen kennenlernen, die Bedürfnisse und die Belastungen, und auf der anderen Seite die Angebote im Grätzl, die Angebote im sozialen Nahraum, sei es jetzt von Dienstleistungen, sei es von sämtlichen sozialen Angeboten oder pflegerischen oder was halt im gesamtheitlichen Ansatz gebraucht wird. Wie gesagt: ganz wichtig für Empowerment oder Partizipation, kann ausgebaut werden dahin. Drum glaub ich, ist der 15. Bezirk (...) drum freut mich das so, weil das ist ganz ein spezieller Bezirk, glaub ich (vgl. Prusa T1: Abs. 24).

SH: Beim Link Working, da laufen die Fäden zusammen. Da kommen die Patient:innen zunächst hin, wenn in der Primärversorgung der Bedarf gesehen wird, da wird identifiziert, was sie brauchen, was sie auch bereit sind, in Anspruch zu nehmen, und dann wird vermittelt. Zum gleichen geht es auch darum, die Fäden des Netzwerkes in der Region in Händen zu halten und zu schauen, dass die Angebote gut zusammenspielen und zur Verfügung stehen und idealerweise wirklich ein Netzwerk bilden (vgl. Haas T1: Abs. 25).

MM: Für mich sind Link Worker die Personen, die mich als Nutzer:in dabei unterstützen, diese Aktivitäten, Angebote, Menschen, Gruppen – also drauf zu kommen was ich überhaupt brauche, auch Dinge, von denen ich gar nicht weiß, dass es sie gibt, und die mich dann auch dabei unterstützen, zu dem zu kommen, was ich brauche (vgl. Moser T1: Abs. 26).

CR: Link Worker ist der Sammelbegriff für Verweisungsarbeiter:innen auf unterschiedlichen Ebenen. Auf der einfachsten Ebene verweisen speziell geschulte Gesundheitsfachkräfte aus der aktuellen Betreuung mit einfachen Hinweisen oder „Flyern“ zu passenden Angeboten. In komplexeren Situationen erarbeiten sozialarbeiterische Linkworker:innen und Patient:innen unter Einsatz unterschiedlicher sozialdiagnostischer Verfahren und im Dialog mit den Patient:innen passende Maßnahmen der Unterstützung, Verweisen bei Bedarf zu externen Ressourcen und Unterstützen Patient:innen ggfs bei der direkten Anbindung und Kontaktaufnahme, insbesondere wenn an informelle Netzwerke angebunden wird (vgl. Redelsteiner E).

Abbildung 6: Erklärung von Link Worker:in in 30 Sekunden

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 9: Erklärung von Link Worker:in in 30 Sekunden

Expert:innenperspektive ²⁰	Kode
■ Verbindungen von den Bedürfnissen der Nutzer:innen zu den Angeboten und von den Angeboten zu den Bedürfnissen (JC) ■ Verbindungen von den Angeboten (in der Region) zu den Patient:innen (DR) ■ Durch Vernetzung in der Community entstehen Verbindungen zu den Nutzer:innen (EP) ■ Link Worker:innen sind Netzwerkarbeiter:innen (JP) ■ Im Idealfall entstehen Netzwerke (SH) ■ Link Worker:innen unterstützen durch Anbindung und Kontaktaufnahme, insbesondere bei Anbindung informeller Netzwerke (CR)	Unterstützung bei der Herstellung von Verbindungen und Netzwerken durch den:die Link Worker:in
■ Link Worker:innen spüren Bedürfnisse auf (JC) ■ Link Worker:innen ermitteln mit den Patient:innen gemeinsam Bedürfnisse und Stärken (DJ) ■ Gemeinsame Stärkung von Nutzer:innenbedürfnissen und Interessensidentifikation (EP) ■ Erkennen gesundheitsrelevanter nicht-medizinischer Bedürfnisse (JA) ■ Kennenlernen der individuellen Bedürfnisse und Belastungen (JP) ■ Link Worker:innen unterstützen bei der Frage „Was brauche ich überhaupt?“ (MM)	Bedürfnisorientierung
■ Link Worker:innen schlagen Brücken zwischen allen Beteiligten von Social Prescribing (JA) ■ Link Worker:innen als Schnittstelle zwischen medizinischem und nicht-medizinischem Bereich (EP)	Link Worker:innen als Schlüsselfunktion von Social Prescribing
■ Link Worker:innen laden zur Partizipation ein (JC) ■ Link Worker:innen fördern Partizipation und Empowerment (JP)	Partizipation
■ Link Worker:innen verfügen über das Wissen von Angeboten im sozialen Nahraum (JP) ■ Die Fäden des Netzwerkes in der Region in der Hand zu halten (SH) ■ Link Worker:innen haben eine Übersicht über regionale Angebote (DR)	Wissen über Regionalität
■ „Einfache Ebene“: Aus den Betreuungen zu passenden Angeboten ■ „komplexere Ebene“: Passende Maßnahmen der Unterstützung durch Einsatz von sozialdiagnostischen Verfahren (CR)	Verweisungsexpert:innen unterschiedlicher Ebenen

Quelle: Eigene Darstellung

Nachdem die Social Prescribing Expert:innen das Gesundheitskonzept sowie die einhergehende Fachkraft innerhalb von 30 Sekunden erklärten, wurde sie nach zentralen Botschaften gefragt, welche unbedingt in einem Social Prescribing Erklärvideo kommuniziert werden sollten.

²⁰ Zeitliche Angaben sind in der oben angeführten Abbildung ersichtlich.

4.2.4.3 Kategoriensystem III: Zentrale Botschaften

Für Christoph Redelsteiner lautet eine zentrale Botschaft, dass Gesundheit auch die Sicherung und Stärkung von sozialen Netzwerken umfasst. Link Worker:innen unterstützen durch ihre Netzwerkkenntnisse. Ein Erklärvideo soll sich nicht an Defiziten orientieren, denn Nutzer:innen würden sich gewöhnlich nicht als „einsam, hilflos oder arm outen“ (vgl. Redelsteiner E).

Michaela Moser sieht hinsichtlich der Orientierung des Videos die Einbeziehung der Nutzer:innenperspektive für die Produktion eines Social Prescribing Erklärvideos als wesentlich an. Dafür sollten Nutzer:innen im Video zu Wort kommen und bestenfalls von Erfolgen durch Social Prescribing Angebote berichten. Es sollte in einem Social Prescribing Erklärvideo vermittelt werden, dass das Wohlbefinden der Nutzer:innen im Zentrum steht. Ein weiterer wichtiger Aspekt für Michaela Moser ist die „Empowerment Dimension“ von Social Prescribing. Dafür ist es wichtig, dass das Gesundheitskonzept ein Angebot für die Nutzer:innen ist. Social Prescribing sollte keinesfalls einen überfordernden, verpflichtenden Eindruck hinterlassen (vgl. Moser T1:Abs.34).

Daniela Rojatz schließt an die Bedeutung der Einbeziehung der Nutzer:innenperspektive an. In Social Prescribing Erklärvideos soll nicht nur das Angebot gezeigt und erklärt werden. Ziel ist es, die Nutzer:innen *durch das Erklärvideo abzuholen. Social Prescribing Nutzer:innen sollen auf sich hören, reflektieren, was sie persönlich brauchen, was ihnen fehlt, und wissen, dass sie in diesen Belangen Unterstützung erhalten* (vgl. Rojatz T1:Abs.35).

Julia Commenda vertritt die Meinung, dass Nutzer:innen es gewöhnt sind, Angebote zu erlangen. Die Projektkuratorin betont, dass es bei Social Prescribing Angeboten erwünscht ist, dass Nutzer:innen sich einbringen, ihre Wünsche äußern und somit den Prozess mitgestalten. Sie bezeichnet die „Einladung zur Partizipation“ als etwas Neues für die Nutzer:innen. Aus diesem Grund ist es für Julia Commenda wichtig, die Hemmschwelle zur Beteiligung abzubauen. Die Darstellung von Partizipation ist für sie ein Kernelement der Produktion eines Social Prescribing Erklärvideos (vgl. Commenda T1:Abs.36).

Jochen Prusa vertritt die Annahme, dass die eigene Betroffenheit der Nutzer:innen den Partizipationsgrad an Social Prescribing Angeboten fördern könnte (vgl. Prusa T1:Abs.38).

Daniela Rojatz hebt die Bedeutung der Darstellung der eigenen aktiven Rolle hervor. Es sollte jedenfalls darauf geachtet werden, dass das Erklärvideo nicht paternalistisch wirkt (vgl. Rojatz T1:Abs.53).

Jennifer Antosik verweist auf den Spaßfaktor an Social Prescribing Angeboten. Die Darstellung von Spaß in einem Social Prescribing Erklärvideo könnte den Nutzer:innen helfen, das passende Angebot für sich zu entdecken. Sie sieht die Einbindung von Spaß als Möglichkeit, die Nutzer:innen zu erreichen (vgl. Antosik T1:Abs.47).

Das nächste Kategoriensystem fokussiert auf regionale Besonderheiten im österreichischen Primärversorgungskontext, die in der Konzeption und Produktion eines Erklärvideos berücksichtigt werden sollen.

4.2.4.4 Kategoriensystem IV: Regionale Unterschiede

Zentral für Jochen Prusa im Hinblick auf die Regionalität ist die genaue Erläuterung einzelner Funktionen. In Social Prescribing Erklärvideos sollte zum Beispiel verständlich werden, wie die Nutzer:innen im österreichischen Primärversorgungskontext Link Worker:innen erreichen und was in den Aufgabenbereich von Link Worker:innen fällt (vgl. Prusa T1:Abs.38). Der klinische Sozialarbeiter hebt das Bedenken und Berücksichtigen von regionalen Unterschieden (Zentren / Einheiten) hervor. Bezüglich der Lokalität betont er, dass die mangelnde Beteiligung in urbanen Gebieten auf andere Faktoren zurückzuführen sein könnte als in ländlicheren Regionen. Er führt als Beispiel an, dass am Land das Überwinden von Distanzen eine Barriere hinsichtlich der Inanspruchnahme von Social Prescribing ist. In der Stadt würden sich hingegen andere Barrieren ergeben (vgl. Prusa T1:Abs.50).

Für den österreichischen Kontext ist nach Angabe von Michaela Moser die sprachliche Diversität zu berücksichtigen. Es sollte nicht der Eindruck entstehen, dass sich Social Prescribing Erklärvideos nur an eine Region oder an eine Stadt wie Wien richten (vgl. Moser T1:Abs.57).

Den Primärversorgungskontext betreffend, hebt Christoph Redelsteiner die Bedeutung, Teil der Gemeinschaft zu sein hervor. Wenn Personen in einer Gesellschaft anerkannt werden, so hat dies einen positiven Einfluss auf die Gesundheit (vgl. Redelsteiner E).

Nachdem die zentralen Botschaften vor allem in Bezug auf den österreichische Primärversorgungskontext ausgewertet wurden, werden die Erkenntnisse der Begriffsdiskussion dargestellt.

4.2.4.5 Kategoriensystem V: Begriffsdiskussion

Wie bereits ausgeführt, soll durch die beiden Fokusgruppen die erste Forschungsfrage beantwortet werden, welche hinterfragt, was bei der Konzeption und Produktion eines Erklärvideos für den österreichischen Primärversorgungskontext zu beachten ist. Anhand der zweiten Forschungsfrage beschäftigt sich das Forschungsteam mit geeigneten Begriffen. Aufgrund des Fachwissens der Social Prescribing Expert:innen wurde die Begriffsdiskussion bereits in der Fokusgruppe I eingebunden, obwohl diese primär auf die Beantwortung der ersten Forschungsfrage ausgerichtet ist.

In der Fokusgruppe I wurden die in der Tabelle abgebildeten Begriffe von den Teilnehmenden von einem Stern bis zu fünf Sternen bewertet. Ziel der Bewertung war es, eine Diskussion zwischen den Expert:innen anzuregen, um daraus Erkenntnisse für die Begriffsauswahl für die Online-Umfrage (vgl. Kapitel 6.) zu gewinnen. Im Zuge der zweiten Forschungsfrage, welche sich damit beschäftigt, welche Begriffe sich aufgrund

ihrer Beliebtheit für den österreichischen Primärversorgungskontext eignen, tragen die Vorschläge der Expert:innen große Bedeutung.

Tabelle 10: Begriffsdiskussion Social Prescribing Fokusgruppe I

Begriffe Social Prescribing	Quelle
Sozept	Im Arbeitskontext Wohnungslosenhilfe vorgeschlagen
Sozialrezept	Forschungslabor
(Mein) Wohlsein	Forschungslabor
Rat auf Rezept	Forschungslabor
Von der Gemeinschaft für die Gemeinschaft	Forschungslabor
Mein Rezept	Forschungslabor
Netz-gesundheit	GÖG
Sozial und vernetzt	GÖG
GSund	GÖG
SoGsund	GÖG
Gesundheitsgreißlerei	GÖG
Gemeinsam:sozial:verbunden	GÖG
Angeknüpft	GÖG
Unterstützung auf Rezept	In der Fokusgruppe I hinzugefügt
seeME	In der Fokusgruppe I hinzugefügt
Gesund:sozial verbunden	In der Fokusgruppe I hinzugefügt

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 11: Begriffsdiskussion Link Worker:in

Begriffe Link Worker:in	Quelle
Lots:in	Forschungslabor
Sozialratgeber:in	Forschungslabor
Vernetzungsexpert:in	Forschungslabor
Vernetzungshelfer:in	Forschungslabor
Ko-Pilot:in für Gesundheit und Wohlbefinden	Forschungslabor
Assistent:in (Stütze) für Gesundheit und Wohlbefinden	Forschungslabor
Empowpartner	In der Fokusgruppe I hinzugefügt
Gesundheit:NAVI (Netzwerkarbeit-Vermittlung-individuelle Unterstützung)	GÖG

Quelle: Eigene Darstellung

Auf Basis der im Zuge der Fokusgruppe I erfolgten Diskussionen sind folgende Faktoren für die weitere Begriffsfindung wesentlich:

- Kurze prägnante Begriffe eignen sich besser als lange (vgl. Commenda / Moser T1:Abs.64f.);
- Begrifflichkeiten müssen auf jeden Fall verständlich und dürfen nicht zu lange sein, da ansonsten die Nutzer:innen diese im Sprachgebrauch abkürzen (vgl. Moser T1:Abs.68);
- Begriffsabkürzungen sollten durchdacht sein. Es benötige oft das Verständnis für die Abkürzungen, um die Begriffe zu verstehen (vgl. Commenda T1:Abs.66);
- Es bietet sich an, auf bestehende Begrifflichkeiten zurückzugreifen (vgl. Prusa T1:Abs.72);

- Für die Auswahl von Begrifflichkeiten soll unbedingt aus der Nutzer:innenperspektive gedacht werden und Begriffe sollten keine sozialbedürftige Wirkung entfalten (vgl. Commenda T1:Abs.69);
- Es sei empfehlenswert, einen Begriff zu wählen, welcher Freude bereitet, Social Prescribing in Anspruch zu nehmen (vgl. Moser T1:Abs.70);
- Hintergrundinformationen und Erklärungen von Begriffen verändern die Wahrnehmung (vgl. Commenda / Moser T1:Abs.62f.);
- Die Adressat:innen sollen den Begriff verstehen (vgl. Prusa T1:Abs.71);
- Verwendung von niederschweligen Begriffen. Bei komplexen Begriffen ist darauf zu achten, dass Personen mit mangelnden Deutschkenntnissen Schwierigkeiten haben, diesen gänzlich zu verstehen (vgl. Pilz T1:Abs.67);
- Die genannten Vorschläge sind nicht allgemeingültig. Es sei schwierige passende Begriffe zu finden, und das Forschungsteam habe eine hohe Verantwortung hinsichtlich der Begriffssuche (vgl. Moser T1:Abs.61).

4.2.5 Reflexion der Ergebnisse

Die Phase I und die Phase II dieser Masterthesis zielten darauf ab, die Forschungsfrage I beantworten zu können. Darüber hinaus sind die Erkenntnisse der Fokusgruppen für die Konzeption und Produktion eines Social Prescribing Erklärvideos relevant. Im nächsten Schritt werden die Erkenntnisse der Phase I in einer Tabelle abgebildet, in einem Fließtext zusammengefasst, interpretiert und die Methodenwahl reflektiert.

In folgender Tabelle sind zusammenfassend die Hauptergebnisse aufgelistet.

Tabelle 12: Hauptergebnisse Fokusgruppe I

Was ist bei der Konzeption und Produktion eines Social Prescribing Erklärvideos für den österreichischen Primärversorgungskontext unter Berücksichtigung einer interdisziplinären Expert:innenperspektive zu beachten, insbesondere damit dieses zugänglich (verständlich, inklusiv, attraktiv, etc.) ausgestaltet ist?
Begriffsverständnis von Social Prescribing ■ Social Prescribing ist als ganzheitliches bio-psycho-soziales Gesundheitskonzept darzustellen. ■ Gesundheitsdeterminanten sind aufzuzeigen. Vernetzung, Verbindung und Verweisung von Social Prescribing (insbesondere zwischen Community und Netzwerk) sind zu visualisieren.
Begriffsverständnis von Link Worker:in. ■ Link Worker:innen sind als Verweisungsexpert:innen darzustellen. ■ Funktionen einzelner Akteur:innen müssen erläutert werden (insbesondere Link Worker:innen). Effekt des Empowerments durch Link Worker:innen ist darzustellen.
Zentrale Botschaften ■ Bedürfnisorientierte Arbeit im Hinblick auf die Nutzer:innen muss deutlich sein. ■ Individuelle Arbeit ist hervorzuheben. ■ Partizipationsgedanke ist darzustellen (Nutzer:innen als Expert:innen ihrer Lebenswelt). ■ Eigenbeteiligung der Nutzer:innen ist einzubinden. ■ Spaß und Lebensfreude sind darstellen. ■ Negative Grundhaltung ist zu vermeiden.

■ Gesundheitskonzept soll keinen überfordernden Eindruck hinterlassen.
Regionale Besonderheiten
■ Regionale Bedingungen, unterschiedliche Zielgruppen und sprachliche Diversität sind zu berücksichtigen
■ Ausschließlich existente Angebote sind darstellen
Begriffsempfehlungen
■ Auf Verständlichkeit und Prägnanz ist zu achten.
■ Auf bestehende Begrifflichkeiten empfiehlt es sich zurückzugreifen.
■ Nutzer:innenperspektive sollte in den Fokus genommen werden.
■ Begriff sollte positiv behaftet sein.
Bedenken, dass Hintergrundinformation die Bedeutung verändert.

Quelle: Eigene Darstellung

Den Aspekt, Social Prescribing als ein ganzheitliches Gesundheitskonzept im Erklärvideo vorzustellen, welches nicht-medizinische Bedürfnisse aufspürt und berücksichtigt und biopsychosozial ausgerichtet ist, formulierten die Expert:innen der Fokusgruppe I als eine zentrale Botschaft. Das Aufzeigen von Gesundheitsdeterminanten, welche das Wohlbefinden der Nutzer:innen maßgebend beeinflussen, scheint aus diesem Grund elementar für die Konzeption und Produktion von Social Prescribing Erklärvideos zu sein. Für die Umsetzung könnte sich die Darstellung der Gesundheitsdeterminanten anhand von Ilse Arlts 13 Grundbedürfnisse eignen (vgl. Kapitel 2.1).

Eine weitere Kernbotschaft für die Konzeption und Produktion von Social Prescribing Erklärvideos bilden die Vernetzung, die Verbindung und die Verweisung von Social Prescribing. In der Fokusgruppe I wurde besonders die Verflechtung zwischen der Community und dem Netzwerk betont. Im Erklärvideo könnte die Gemeinschaft durch Verbindungsfäden mit dem Netzwerk verflochten werden. Hinsichtlich der Vernetzung kommt Link Worker:innen eine große Bedeutung zu. Die Teilnehmenden der Fokusgruppe I empfahlen, Link Worker:innen als Verweisungsexpert:innen unterschiedlicher Ebenen darzustellen.

Für die Konzeption und Produktion von Social Prescribing Erklärvideos ist die genaue Erklärung einzelner Funktionen, wie beispielsweise die Funktion von Link Worker:innen zu beachten. Um die Aufgabe und Funktion eines:einer Link Worker:in in Social Prescribing Videos erklären zu können, ist es wichtig zu verdeutlichen, dass Link Worker:innen bei der Herstellung von Verbindungen und Netzwerken unterstützen und über ein breites Wissen von regionalen Angeboten verfügen. Zusätzlich muss erklärt werden, wie Nutzer:innen Link Worker:innen erreichen können. Für die Videoproduktion ist es wichtig im Hinterkopf zu behalten, wie die Kontaktaufnahme zu Link Worker:innen erfolgt und was in den Aufgabenkreis von Link Worker:innen fällt.

Zwei Expertinnen haben bei ihrer Erklärung, Link Worker:innen als Schlüsselfunktion zwischen Social Prescribing Akteur:innen beschrieben. Die Bedeutsamkeit von Link Worker:innen könnte in einem Social Prescribing Erklärvideo nicht nur im Hinblick auf die Nutzer:innen, sondern auf alle Beteiligte hervorgehoben werden.

Basierend auf der Ergebnisauswertung ist es besonders wichtig, den Fokus auf die Bedürfnisse der Social Prescribing Nutzer:innen zu legen. In diesem Zusammenhang ist die Hervorhebung der bedürfnisorientierten Arbeit der Link Worker:innen relevant.

Durch ein Social Prescribing Erklärvideo sollte die Botschaft vermittelt werden, dass Link Worker:innen, Nutzer:innen zur Partizipation einladen. Auch bei den 30-sekündigen Erklärungen des Gesundheitskonzeptes beschreiben die Expert:innen Social Prescribing Angebote als partizipationsfördernd und als Form des Empowerments. Im Erklärvideo sollte deshalb unbedingt dargestellt werden, dass Social Prescribing Nutzer:innen den Prozess mitgestalten können. Wichtig erscheint hier der Aspekt, dass der:die Nutzer:in selbst und niemand anderes als Expert:innen der eigenen Lebenswelt wahrgenommen wird. Wenn die Nutzer:innen im Erklärvideo gefragt werden, was ihnen persönlich gut tut, könnte die eigene Betroffenheit in den Mittelpunkt rücken und somit die Partizipation an Social Prescribing Angeboten gefördert werden.

In diesem Kontext wurde als zentrale Botschaft die individuelle Arbeit genannt. Es muss aus Expert:innenperspektive hervorgehoben werden, dass die Probleme der Nutzer:innen unterschiedlich sind und infolgedessen Angebote und Interventionen stark variieren können. Daraus lässt sich interpretieren, dass in Social Prescribing Erklärvideos mehrere Nutzer:innen zu sehen sein sollten, um den Aspekt der individuellen Arbeit zu betonen.

Eine weitere Erkenntnis der Phase I ist, dass regionale Bedingungen und unterschiedliche Zielgruppen berücksichtigt werden müssen und Social Prescribing Angebote von der Region abhängen. Laut den Expert:innen könnte sprachliche Diversität in einem Social Prescribing Erklärvideo dazu beitragen, unterschiedliche Zielgruppen zu berücksichtigen. Um zu vermitteln, dass Social Prescribing auch in ländlicheren Regionen angewandt wird, wäre die Verwendung von unterschiedlichen Dialekten vorteilhaft. Inhaltlich ist es wesentlich diverse Regionen in Österreich darzustellen. Dafür eignet sich beispielsweise auch eine Landkarte mit unterschiedlichen Standpunkten.

Als wichtige Aspekte wurden der Spaß und die Lebensfreude genannt, welche Social Prescribing Angebote fördern können. Aus diesem Grund sollte eine negative Grundhaltung in Erklärvideos vermieden werden. Negative Inhalte könnten Nutzer:innen abschrecken, Social Prescribing Angebote in Anspruch zu nehmen. Die Darstellung von hilflosen oder traurigen Nutzer:innen könnte eine Barriere gegenüber der Inanspruchnahme darstellen. Daraus lässt sich interpretieren, dass die Darstellung der Lebensfreude Teil des Erklärvideos sein sollte. Es ist aus Perspektive des Forschungsteams allerdings darauf zu achten, dass die Lebensfreude nicht überspitzt dargestellt wird. Immerhin benötigen Social Prescribing Nutzer:innen aufgrund einer gesundheitlichen, psychischen oder sozialen Herausforderung Unterstützung von spezialisierten Fachkräften.

Keinesfalls sollen Angebote in Erklärvideos gezeigt werden, welche nicht existent sind. Für die Erklärvideoproduktion erscheint es deshalb wesentlich, zu erörtern, welche

Social Prescribing Angebote im österreichischen Primärversorgungskontext tatsächlich verfügbar sind.

Von großer Bedeutung für die Inanspruchnahme von Social Prescribing ist, dass die Vorstellung des Gesundheitskonzeptes in einem Erklärvideo keinen überfordernden Eindruck hinterlässt. Dafür ist es in der Erklärung notwendig, Social Prescribing nicht als verpflichtende Verschreibung, sondern als unterstützende Maßnahme zur Selbsthilfe darzustellen.

Keineswegs soll das Gesundheitskonzept als paternalistisch charakterisiert werden können. Social Prescribing benötigt eine Eigenbeteiligung der Person, um das eigene Wohlbefinden zu verbessern.

Hinsichtlich der Begrifflichkeiten ist anzumerken, dass die Meinungen der Expert:innen in die weitere Begriffssuche einfließen werden. Eine Social Prescribing Expertin betonte im Zuge des Diskurses die Schwierigkeit der Begriffsbewertung sowie die Wichtigkeit und die Verantwortung des Forschungsteams hinsichtlich der Begriffssuche für das Gesundheitskonzept Social Prescribing. Daraus lässt sich interpretieren, dass es notwendig ist, Standpunkte von weiteren Personen für die Begriffsaufnahme in der Online-Umfrage einzuholen.

4.2.6 Reflexion der Methodenwahl und -anwendung

Dank der Methodenwahl konnten unterschiedliche Expert:innenperspektiven zum selben Zeitpunkt erhoben werden. Wie bereits in der Methodik der Fokusgruppe beschrieben, ist diese nicht auf die Konsensfindung ausgerichtet. Sie ermöglicht es hingegen facettenreiche Meinungen über einen Themenbereich einzuholen (vgl. Schulz, M. 2012:9). Da die Erhebung unterschiedlichster Standpunkte von großer Bedeutung für die Beantwortung der Forschungsfrage I war, eignete sich diese Methodik besonders für das Forschungsvorhaben.

Aufgrund der COVID-19 Pandemie benötigte es ein Online-Erhebungsinstrument. Die Fokusgruppe wurde als Erhebungsinstrument gewählt, da sich die Methode gut im Online-Format durchführen lässt. Trotz räumlicher Distanz haben sich alle Expert:innen regelmäßig zu Wort gemeldet und zu einem lebendigen Austausch beigetragen.

Die Erstellung des Leitfadens erleichterte die Durchführung der Fokusgruppe I. Die vorher geplante Struktur konnte eingehalten werden und gewährte dem Forschungsteam einen gewissen Spielraum, um auf besonders relevante Aspekte genauer einzugehen.

Nach Auffassung des Forschungsteams wirkten sich die Selbstkonstruktion und der Aufbau zu einer Arbeitsbeziehung positiv auf die Zusammenarbeit aus. Bei der Selbstkonzeption konnten sich die Expert:innen ein Bild über die unterschiedlichen Expertisen der Teilnehmenden verschaffen, um einem gemeinsamen Verständnis von Social Prescribing näher zu kommen.

Bei den 30-sekündigen Erklärungen der Expert:innen zu Social Prescribing und zu der einhergehenden Fachkraft, konnten viele Gemeinsamkeiten und kaum Unterschiede festgestellt werden. Dies spricht für ein sich deckendes Verständnis des Gesundheitskonzeptes.

Hinsichtlich der zwei Hauptfragen ist positiv hervorzuheben, dass die Methodik zu einem lebendigen Austausch zwischen den Teilnehmenden führte. Die Expert:innen haben sich im Gespräch thematisch aufeinander bezogen, was die Auswertung im Hinblick auf die Kategorienbildung und Auswertung erleichterte. Im Nachhinein wäre es nach Auffassung des Forschungsteams von Vorteil gewesen, mehrere Unterkategorien im Voraus festzulegen, da die Fragen sehr offen gestellt wurden und sich deswegen schwer zu zentralen Botschaften fusionieren ließen.

Grundsätzlich wäre es förderlich gewesen, mehr Zeit für die Fokusgruppe einzuplanen. Es konnten alle wesentlichen Inhalte mit den Expert:innen besprochen werden, jedoch fehlte es zum Schluss der Fokusgruppe I an Zeit. Das Forschungsteam hätte geplant, bei der Begriffsbewertung alle aufgelisteten Begriffe mit den Expert:innen zu besprechen. Aufgrund des Zeitmangels wurden jedoch ausschließlich allgemeine Begriffsvorschläge erarbeitet und neue Begriffe der Expert:innen in das Verzeichnis aufgenommen, ohne dies anschließend zu besprechen.

Trotz der wertvollen Ratschläge der Expert:innen hinsichtlich der Begriffsaufnahme, können diese nicht objektiviert werden. Aus diesem Grund handelt es sich eher um Empfehlungen für die Begriffsaufnahme und weniger um Erkenntnisse. Um festzustellen, welche Begriffe sich für die Aufnahme in einen Fragebogen eignen, benötigt es weitere Methoden.

Um die Forschungsfrage I umfassend beantworten und Produktionsfragen für die Umsetzung klären zu können, braucht es neben der Social Prescribing Expert:innenperspektive auch interdisziplinäre Perspektiven. Das nächste Unterkapitel beschäftigt sich mit der Einbeziehung von Bezugswissenschaften in die Erstellung von Social Prescribing Erklärvideos.

4.3 Phase II: Interdisziplinäre Expert:innenperspektive

Kalb Katharina

In der Sozialen Arbeit wird interdisziplinär gearbeitet und ein Bezug zu diversen Theorien und Praktiken hergestellt, wenn bestimmte Aufgaben dies verlangen (vgl. Michel-Schwartz 2016:260). Um ein zugängliches, verständliches, inklusives und attraktives Erklärvideo zu gestalten, ist diese Einbeziehung von Bezugswissenschaften und interdisziplinären Expert:innenperspektiven notwendig. Nachdem in der Phase I deutlich wurde, was inhaltlich notwendig ist, um Social Prescribing und die spezialisierte Fachkraft (Link Worker:innen) für (potenzielle) Nutzer:innen darzustellen, wird in der

Phase II der Fokus darauf gelegt, wie die die Umsetzung möglichst zugänglich ausgestaltet werden kann.

Für diese Frage wurde das Wissen von sechs Expert:innen herangezogen. In einer Fokusgruppe konnten interdisziplinäre Erkenntnisse gewonnen werden. Der explorative Charakter der Fokusgruppenmethode ermöglichte einerseits mittels offener Fragestellungen einen dynamischen Gesprächscharakter, andererseits konnte auf konkrete Aspekte eingegangen werden. Es wurde induktiv vorgegangen und aus den einzelnen Erkenntnissen auf Allgemeines geschlossen. Durch die Anwendung der Fokusgruppe II konnten durch eine partizipative und explorative Diskussion in der Kleingruppe diverse Facetten thematisiert werden und somit zielführend Wissen zur Beantwortung der bereits erwähnten Forschungsfrage gesammelt werden (vgl. Schulz, M. 2012:9):

Was ist bei der Konzeption und Produktion eines Social Prescribing Erklärvideos für den österreichischen Primärversorgungskontext unter Berücksichtigung einer interdisziplinären Expert:innenperspektive zu beachten, insbesondere damit dieses zugänglich (verständlich, inklusiv, attraktiv, etc.) ausgestaltet ist?

Im Folgenden wird dargestellt, wie die Fokusgruppe II entstanden ist. Daraufhin wird die Auswertungsmethode beschrieben und anschließend werden die Ergebnisse präsentiert. Abschließend erfolgt eine Interpretation dieser.

4.3.1 Entstehung der Fokusgruppe II

In der Fokusgruppe II wurde der Fokus darauf gelegt, wie ein Erklärvideo möglichst zugänglich konzipiert und koproduziert werden kann. Um diese Frage zu beantworten, nahmen neben den drei Forschungsteammitgliedern sechs interdisziplinäre Expert:innen an der Fokusgruppe II teil. Es wurden gezielt Expert:innen diverser Bezugswissenschaften und Arbeitsfeldern gesucht und diese eingeladen. Nach der erfolgreichen Terminvereinbarung wurden die Teilnehmenden schriftlich erneut über das Setting, den Ablauf, das Ziel der Fokusgruppe II sowie über das weitere Vorgehen im Forschungsablauf nach der Fokusgruppe II informiert. Darüber hinaus wurde mit den Teilnehmenden eine kurze Einleitung zum Grundlagenwissen über das Gesundheitskonzept Social Prescribing und die spezialisierte Fachkraft geteilt. Die Fokusgruppe II fand am 01.07.2021 von 19:00 Uhr – 21:10 Uhr online mittels der Videokonferenzsoftware *Zoom* statt.

Die Teilnehmenden wurden im Vorhinein gebeten, sich zwei bis drei Stichworte zu ihren, für das Forschungsvorhaben relevanten, Kompetenzen zu sammeln, welche in der Vorstellungsrunde ausgetauscht wurden. Folgende Expert:innen nahmen an der Fokusgruppe II teil:

- Christian Berger ist Sozioökonom und hat einen wirtschaftsrechtlichen und sozioökonomischen Hintergrund. Er ist Experte für wissenschaftliche und angewandte Gleichstellungs- und Organisationsfragen. Als Referent ist er in der

wirtschaftspolitischen Abteilung der Arbeiterkammer Wien tätig. Als einer der Sprecher:innen engagierte er sich beim Frauenvolksbegehren und ist in der Politik aktiv. Er verfügt sowohl über eine zivilgesellschaftliche als auch eine institutionelle Perspektive (vgl. Berger T2:Abs.12).

Wirtschaftspolitik – Gesellschaftskritik – Gender

- Daniel Gottschling ist Videoproduzent. Als solcher begleitet er seit zwei Jahren den österreichischen Bundespräsidenten Alexander Van der Bellen bei seinen Terminen und filmt diesen. Sein Bestreben liegt darin, Geschichten zu erzählen und Emotionen bei den Betrachter:innen auszulösen. Zusätzlich unterstützte er ebenfalls als Videoproduzent das Frauenvolksbegehren (vgl. Gottschling T2:Abs.8).

Geschichten – Technik

- Florian Vorraber ist Spezialist für Kommunikation, Marketing, Brandmanagement und Customer-Relationship-Management. Dabei achtet er darauf sein Angebot auf die Zielgruppen abzustimmen. Sein Wissen konnte er bereits in diversen Bereichen anwenden (z.B. im Textil- und Lebensmittelbereich). Aktuell ist er im Entertainmentbereich für das Marketing bei *Cineplexx* zuständig (vgl. Vorraber T2:Abs.10).

Zuhörer – Sprecher – Verbinder

- Marc Trompetter ist selbstständiger Motion-Designer. Seit einigen Jahren erstellt er Animationen und Illustrationen. Bestimmte Sachverhalte durch Videoinhalte zu klären, zählt zu seinem Handwerk, welches ihm viel Freude bereitet. Sein Arbeitsfokus liegt auf Wissensformaten, wie zum Beispiel für das ZDF-Format Terra X. Neben naturwissenschaftlichen und historischen Produktionen realisiert er ebenfalls politische Formate, beispielsweise für die Bundestagswahlen in Deutschland (vgl. Trompetter T2:Abs.9).

Animation – Erklären – Video

- Janina Hofmann ist Kommunikationsmanagerin. Sie ist eine Expertin für Kommunikationsberatung, Medienwissenschaft und Sprachwissenschaft. Ihr Fokus liegt darauf, komplexe Zusammenhänge verständlich zu kommunizieren. Dabei konzentriert sie sich insbesondere auf die Sprache und Texte (vgl. Hofmann T2:Abs.13).

Kommunikation – Verständlichkeit – Sprache

- Vinzent Rest war ab März 2020 Stellvertretender Kabinettschef der Gesundheitsminister Rudi Anschober und Wolfgang Mückstein. Zuvor war er seit 2015 als Referent im Gesundheits- und Finanzministerium tätig. Vinzent Rest bringt Einblicke der Versorgungsforschung, die Perspektive des Gesundheitsministeriums sowie eine institutionelle Sicht mit in die Fokusgruppe II (vgl. Rest T2:Abs.11).

Institutionell – Versorgungsforschung – Ökonomie

Die Soziologin und Publizistin Laura Wiesböck und die Expertin für erklärende und erzieherische Animation und Kommunikation Naima Alam mussten ihre Teilnahme leider absagen. Die während der Vorstellungsrunde entstandene Kompetenzwolke visualisiert die Expertise der Teilnehmenden:

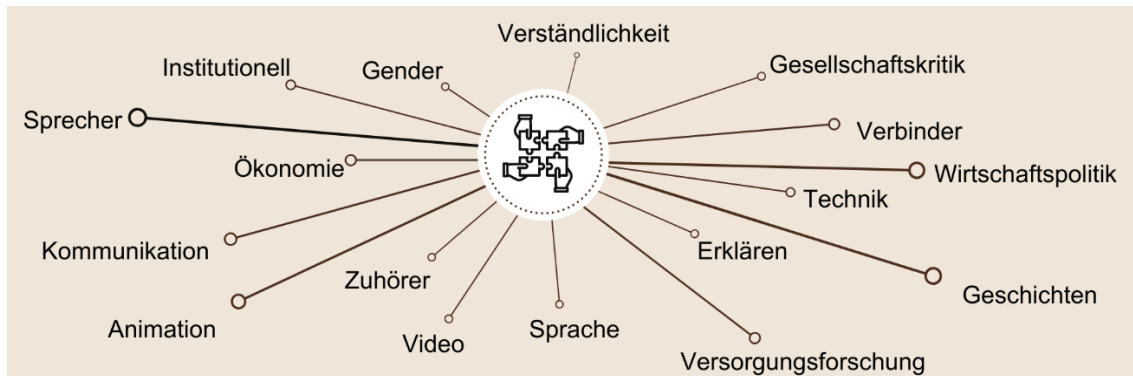


Abbildung 7: Kompetenzwolke
Quelle: Eigene Darstellung

4.3.2 Vorgehensweise

Die Fokusgruppe II wurde vom Forschungsteam anhand eines ausgearbeiteten Leitfadens moderiert. Angelehnt an den gruppenspezifischen Ablauf und an die fünf Stufen²¹ einer Fokusgruppe wurde nachfolgender Leitfaden für die Fokusgruppe II erstellt (vgl. Benighaus, C. / Benighaus, L. 2012:115).

²¹ Obwohl in der Literatur (vgl. Benighaus, C. / Benighaus, L. 2012:121 ff.) der Begriff Phasen verwendet wird, wird in dieser Arbeit von Stufen gesprochen, um eine Irritation mit dem Phasenbegriff der Forschungsphasen zu vermeiden.

Tabelle 13: Leitfaden für die Fokusgruppe II

Stufe	Allgemeiner Gruppendynamischer Ablauf	Konkretes Vorgehen	Anmerkungen	Dauer + Zeitplan
1	Begrüßung und Einführung	■ Begrüßung und Vorstellung ■ Einverständnis von Ton- und Videoaufzeichnung, Aufzeichnung starten ■ Gesprächsregeln ■ Vorstellung des Forschungsprojekts ■ Ablauf der Fokusgruppe	Orientierung schaffen und willkommen heißen. Grafik 1 (Ablauf)	10 Minuten 19:00 – 19:10
2	Einführende Frage – Frage zum „ICH“ (Selbstkonzeption)	■ Ice-Breaker mittels Mentimeter Umfrage: „Welches Tier findest du am süßesten?“ ■ Vorstellungsrunde. Erstellung einer Kompetenzwolke durch die Abfrage von drei Stichwörtern zu den professionellen Rollen und den Kompetenzen der Expert:innen mittels Mentimeter.	Link 1 (Umfrage 1) Link 2 (Cloud) Kompetenzen werden notiert, um anschließend gezielt darauf zurückzukehren.	15 Minuten 19:10 – 19:25
3	Übergangsfrage – Fragen zum „Wir“ (Aufbau einer Arbeitsbeziehung)	Hinwendung und Annäherung zur Thematik ■ Frage nach Verbindungen zwischen den Expert:innen zueinander und zum Forschungsthema ■ Präsentation der gewonnenen Erkenntnisse aus der Fokusgruppe I ■ Übergang zu Hauptfragenkatalog mittels Präsentation von Fokusvorschlägen für die Betrachtung bereits bestehender Erklärvideos	Grafik 2 (Erkenntnisse DF I) Grafik 3 (Denkanstöße)	10 Minuten 19:25 – 19:35
4	Hauptfragenkatalog – Fragen zum „Es“ (inhaltliche Fragen)	Facetten und Meinungen, Pro und Contra erörtern ■ Betrachtung bereits bestehender Erklärvideos mit anschließendem Blitzlicht nach jedem Video. Was ist Person X mit seiner/ihrer spezifischen professionellen Brille aufgefallen? Was hat Person X gut / weniger gut gefallen? In diesem Video war der Faktor X sehr deutlich dargestellt, was denkt der:die Expert:in X zu dieser Darstellung? Wurden Dos and Dont's deutlich?	Video 1 (02:50) Video 2 (01:00) Video 3 (02:10) Video 4 (05:00) Video 5 (02:48) Video 6 (01:26) Link 3 (Umfrage 2)	60 Minuten 19:35 – 20:35

		■ Anschließende Diskussion, Abfrage und Bewertung des Favoritenvideos. Abfrage mittels Menti.	Notieren, welche Aspekte angesprochen werden, wo gibt es Verbindungen, Gegensätze. Ggf. später darauf zurückkehren.	
		Empfehlungen und Tipps einholen Frage 1: Wie kann es mittels Erklärvideos gelingen, dass möglichst viele Menschen über Social Prescribing in Österreich verständlich informiert werden und ihr Interesse geweckt wird, ohne dass sie das Gefühl bekommen, dass sie noch eine Sache mehr erledigen müssen (Schlüsselwort: Überforderung)?	Notieren, was angesprochen wird. Darauf achten, dass möglichst viele unterschiedliche Expert:innen zu Wort kommen.	10 Minuten 20:35 – 20:45
		Frage 2: Eine weitere Frage stellt sich uns im Hinblick auf die im Erklärvideo dargestellten bzw. animierten Personen: Wie ist mit der Diversität der österreichischen Bevölkerung und mit Faktoren wie etwa Geschlecht, ethnische Herkunft, Religion, Kultur (Kleidung, Sprache, etc.) in Bezug auf die im Erklärvideo dargestellten (animierten) Personen umzugehen?		10 Minuten 20:45 – 20:55
		Optionale Fragen / Themen / konkrete Tipps für unser Video Frage 3: Wie ist es möglich, ein Erklärvideo zu produzieren, ohne die Begriffe Social Prescribing oder Link Worker:in zu verwenden? Habt Ihr Tipps für uns, wie wir damit umgehen könnten, wenn wir zum Beispiel sagen wollen: „Social Prescribing ist ...“?		
5	Abschlussfrage – Zusammenführen der Ergebnisse	■ Abrunden ■ Zusammenfassung ■ Möglichkeit offene Fragen zu stellen ■ Weiterer Ablauf der Forschung mittels Grafik präsentieren ■ Bedanken	Notizen abrunden, zusammenfassen.	10 Minuten 20:55 – 21:05

Quelle: (vgl. Benighaus, C. / Benighaus, L. 2012:121 ff.), eigene Darstellung

Angelehnt an Christina und Ludger Benighaus (2012:115) wurde der Leitfaden der Fokusgruppe II in fünf Stufen gegliedert. In der ersten Stufe wurden einleitend der Hintergrund des Forschungsprojekts, das Forschungsanliegen sowie das Forschungsteam vorgestellt. Weiters wurden das Einverständnis für die Bild- und Tonaufnahme eingeholt, die Gesprächsregeln geklärt sowie der Ablauf der Fokusgruppe vorgestellt. In der zweiten Stufe wurden die Teilnehmenden eingeladen, sich vorzustellen, wobei die bereits angeführte Kompetenzwolke entstand (vgl. Kapitel 4.3.1.). In der dritten Stufe kam es zu einer Annäherung an die Thematik und es wurde nach Verbindungen zum Thema und zwischen Teilnehmenden gefragt. Es wurden den Teilnehmenden die bereits vorhandenen Erkenntnisse der ersten empirischen Erhebung der Fokusgruppe I präsentiert (vgl. Kapitel 4.2.5). Beabsichtigt war, den Teilnehmenden einen Überblick über die Leitgedanken und die zentralen Botschaften der Fokusgruppe I zu verschaffen, damit sie diesen mit in den interdisziplinären Austausch nehmen konnten.

Der Übergang zum Hauptfragenkatalog wurde mit nachfolgender Abbildung eingeleitet. Diese bot Fokusvorschläge für die Betrachtung bereits bestehender Erklärvideos. Die Fokusvorschläge schufen für die Teilnehmenden einen Rahmen und gaben Anregungen, auf welche Aspekte die Expert:innen mit ihrer professionellen Brille fokussiert achten könnten. Diese Fokusvorschläge leiteten sich zum einen aus den Aspekten der Fokusgruppe I (Partizipation, Verständlichkeit, Diversität), zum anderen aus der Analyse von Elenore Hood (2019) ab, welche über gestalterische und didaktische Aspekte von animierten Erklärvideos schreibt.



Abbildung 8: Fokusvorschläge

Quelle: (vgl. Fokusgruppe I; Hood 2019), eigene Darstellung

Daraufhin wurden auf der vierten Stufe sechs Erklärvideos abgespielt, wobei nach jeder Betrachtung ein Schlagwort folgte. Anschließend wurden die Teilnehmenden aufgefordert, ihr Favoritenvideo zu wählen. Die Ergebnisse wurden in der Fokusgruppe

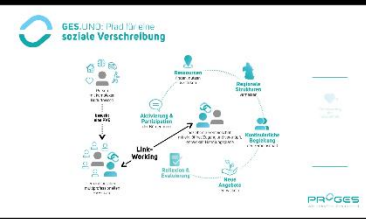
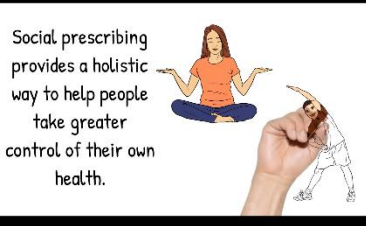
geteilt und die Expert:innen begründeten ihre Auswahl. Der Hauptfragenkatalog schloss mit offenen Fragen ab. Auf der fünften und letzten Stufe wurde Platz für offene Fragen geboten und die Fokusgruppe wurde schließlich mit zusammenfassenden Worten beendet.

4.3.2.1 Betrachtung bereits bestehender Erklärvideos

Im Hauptfragenkatalog bildete die Betrachtung bereits bestehender Erklärvideos eine Basis für die Diskussion und den Austausch. Um einen breiten Diskurs zu ermöglichen, wurde bei der Videoauswahl darauf Wert gelegt, möglichst unterschiedliche Stile zu präsentieren. Außerdem wurde eine Beschränkung auf englisch- und deutschsprachige Erklärvideos vorgenommen. Angelehnt an die „Analyse gestalterischer und didaktischer Aspekte von animierten Erklärvideos“ von Elenore Hood (2019) wurde die Gestaltungsart der Videos bestimmt. Folgende Videos wurden in der Fokusgruppe wiedergegeben:

Tabelle 14: Auswahl der Erklärvideos für die Betrachtung

Nr.	Screenshot	Titel, Ort, Quelle	Gestaltungsart	Dauer
1	 Abbildung 9: About Social Prescribing	About Social Prescribing Ort: Großbritannien (Healthbox CIC Social Prescribing Link Workers 2020)	Comic-Stil / Character Animation (vgl. Hood 2019:12)	2:49
2	 Abbildung 10: Social prescribing – what is it?	Social prescribing – what is it? Ort: Australien (North Western Melbourne Primary Health Network 2019)	Testimonial, Reale Personen (vgl. Hofmann: Abs.115).	0:58
3	 Abbildung 11: What is social prescribing?	What is social prescribing? Ort: Großbritannien (Healthy London Partnership 2018)	Legetechnik (vgl. Hood 2019:11) gemalte Bilder, reale Hand	2:11

4	 Abbildung 12: Erklärvideo PROGES Modellprojekt für Social Prescribing GES.UND	Erklärvideo PROGES Modellprojekt für Social Prescribing GES.UND Ort: Österreich (PROGES 2021b)	Corporate Identity, grafischer Stil orientiert sich am Logo des Unternehmens (vgl. Hood 2019:13)	2:48
5	 Abbildung 13: What is social prescribing?	What is social prescribing? Ort: Guernsey (Queens Road Medical Practice 2020)	Marker-Stil / Whiteboard Animation (vgl. Hood 2019:10) Reale Hand schreibt und malt grafische Elemente. Fokus auf Animation von Text: Kinetische Typografie (vgl. ebd.:16)	1:26
6	 Abbildung 14: Social Prescribers at BPC and Hawthorn Drive Surgery - who we are and what we do!	Social Prescribers at BPC and Hawthorn Drive Surgery – who we are and what we do! Ort: Großbritannien (Burlington Primary Care 2020)	Legetechnik (vgl. Hood 2019:11): reale Gegenstände; reale Mitarbeiter:innen des PVEs am Ende	4:57

Quelle: (vgl. Burlington Primary Care 2020; Healthbox CIC Social Prescribing Link Workers 2020; Healthy London Partnership 2018; Hofmann: Abs.115; Hood 2019; North Western Melbourne Primary Health Network 2019; PROGES 2021b; Queens Road Medical Practice 2020), eigene Darstellung.

4.3.3 Auswertung

Wie Ruddat (2012:195) im Kapitel über die Auswertung von Fokusgruppen schreibt, gibt es keinen König:innenweg für die Auswertung von Fokusgruppen. Die Analyse orientiert sich „unter anderem am Erkenntnisinteresse, den verfügbaren Ressourcen (Zeit und Personal) und dem vorhandenen Material“(ebd.).

In der vorliegenden Fokusgruppe erfolgte eine erste Auswertung während der Bewertung der Videos durch die Teilnehmenden der Fokusgruppe (vgl. Ruddat

2012:202). Weiters kam es im Forschungsteam bei der Nachbesprechung der einzelnen Moderationsnotizen zu einer Validierung. Anschließend wurde die Fokusgruppe einfach und inhaltlich-semantic transkribiert, wobei nonverbale Äußerungen (z.B.: Husten) oder irrelevante Inhalte nicht in der Transkription berücksichtigt wurden (vgl. Dresing / Pehl 2018:21 ff.). Nach der Transkription wurde das entstandene Material gesichtet, zentrale Diskussionsaspekte wurden markiert und zusammengefasst. „Als zentral gilt ein Diskussionsaspekt, wenn er wiederholt in der Gruppendiskussion auftaucht und von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern in einer gewissen Tiefe und Breite besprochen wird“ (Ruddat 2012:200). Außerdem wurde die Auswertung vom Forschungsinteresse geleitet, weshalb alles, was zur Beantwortung der Forschungsfrage dienlich ist, als wichtig angesehen wurde. Die Kategorien sind angelehnt an die induktive Kategorienbildung der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) entstanden. Folgende Kategorien ergaben sich nach der Materialdurchsicht:

Kategoriensystem I: Ziel und Zielgruppe

- Kategorie: Kommunikationskampagne

Kategoriensystem II: Kommunikation (Sprache, Text, Untertitel)

Kategoriensystem III: Stil

- Kategorie: Realvideo vs. Animation
- Kategorie: Amateurhafte Darstellung
- Kategorie: Geschichten (Storytelling)

Kategoriensystem IV: Diversität

Kategoriensystem V: Ablauf eines Erklärvideos

Kategoriensystem VI: Lieblingsvideos

4.3.4 Ergebnisdarstellung

In folgendem Abschnitt werden die zentralen Diskussionsaspekte der Fokusgruppe II präsentiert.

4.3.4.1 Kategoriensystem I: Ziel und Zielgruppe

Aus der durchgeführten Fokusgruppe und der Materialdurchsicht geht deutlich hervor, dass vor allem die Definition des Ziels und der Zielgruppe bei der Konzeption und Produktion eines Social Prescribing Erklärvideos von großer Bedeutung sind. Alle Expert:innen betonen die Wichtigkeit einer Ziel(-gruppen)definition (vgl. Gottschling T2:Abs.116; Berger T2:Abs.74ff.; Vorraber T2:Abs.43; Hofmann T2:Abs.7; Rest T2:Abs.60).

In folgendem Zitat fasst Vorraber (T2:Abs.100) die wichtigsten Vorbereitungen für eine zugängliche Konzeption eines Social Prescribing Erklärvideos zusammen:

„Wen wollen wir erreichen? Was ist das Ziel, das wir mit diesem Video haben? Wer soll es wo sehen? Und was soll es mit der Person machen? Was soll die Person danach tun, nachdem sie dieses Video gesehen hat“?

Im ersten Schritt der Konzeption eines Erklärvideos soll reflektiert und verschriftlicht werden, wer die Zielgruppe ist und was das Ziel des Videos sein soll. Diese Klarheit und das Wissen darüber, wer die Betrachter:innen sind und was das Videos auslösen soll, bilden somit eine bedeutende Rahmenbedingung (vgl. ebd.:Abs.39).

Zusätzlich sei bei regionalen Unterschieden in Österreich und den Social Prescribing Angeboten die Zielgruppe zu bedenken. Wird darauf abgezielt, ein spezielles Milieu anzusprechen, könne es durchaus Sinn ergeben, gegebenenfalls konkrete Dialekte anzuwenden (vgl. Gottschling T2:Abs.111). Im Verhältnis dazu ist wiederum die Funktion des Videos zu bedenken und wo es abgespielt werden soll. Beispielsweise sei es nur sinnvoll, sich Mühe um verschiedene Sprachen bzw. Sprecher:innen zu machen, wenn das Video auch mit Ton abgespielt wird und nicht lautlos in einer Ärzt:innenpraxis (vgl. Vorraber T2:Abs.120). Auch Hofmann (T2:Abs.37) argumentiert, dass die Zielsetzung aus Kommunikationssicht die Videokonzeption maßgeblich beeinflusst. Wird beabsichtigt, Emotionen zu erzeugen, so könne es helfen echte Menschen darzustellen. Soll mit dem Erklärvideo jedoch der Ablauf eines Prozesses beschrieben werden, könnten andere Darstellungsoptionen durchaus hilfreicher sein. Um gegebenenfalls Emotionen zu erzeugen und den Prozess darzustellen, rät Hofmann zu einer Kampagne mit mehreren Videos (vgl. ebd.).

4.3.4.1.1 Kategorie: Kommunikationskampagnen

Um Themen auf verschiedenen Ebenen anzusprechen, seien Kommunikationskampagnen häufig ein geeignetes Mittel. Anstatt mehrere Multiplikatoren in einem Video gleichzeitig anzusprechen, sei es vorteilhafter mehrere Schwerpunkte in mehreren Videos zu setzen (vgl. ebd.:Abs.18, 37). Dadurch könne ein Video darauf abzielen, den Prozess zu beschreiben, ein weiteres Video die (potenziellen) Nutzer:innen animieren teilzunehmen (Call to Action), ein drittes könnte sich an Fördergeber:innen richten und ein weiteres an Hausärzt:innen oder an zukünftige Link Worker:innen (vgl. ebd.:Abs.37; Vorraber T2:Abs.26, 117). Auf die Frage, wie das Interesse der Betrachter:innen geweckt werden kann, ohne dabei ein Gefühl entstehen zu lassen, noch eine Sache erledigen zu müssen (Schlüsselwort: Überforderung), antwortet Gottschling, dass Erklärvideos grundsätzlich nicht die Funktion haben, die Betrachter:innen zu animieren, vielmehr gehe es darum, Aufklärungsarbeit zu leisten (vgl. Gottschling T2:Abs.109).

Je nach Ziel und Zielgruppe können weitere Faktoren der Videogestaltung passend und verständlich an die Bedürfnisse der (potenziellen) Nutzer:innen und an den Videozweck angepasst werden. Dementsprechend haben Ziel und Zielgruppe auch Einfluss auf die Art, wie zu Erklärendes kommuniziert wird, womit sich die nächste Kategorie der Kommunikation beschäftigt.

4.3.4.2 Kategoriensystem II: Kommunikation (Sprache, Text, Untertitel)

Bereits in der Betrachtung der vorangegangenen Kategorie wurde aus der Kommunikationssicht argumentiert, dass das Ziel und die Zielgruppe die Videoproduktion maßgeblich beeinflussen (vgl. Hofmann T2:Abs.37). Wie in den

meisten Aspekten der Konzeption und Produktion eines Erklärvideos sind dementsprechend das Ziel und die Zielgruppe auch in der Kommunikation und der Sprachanwendung zu beachten, da klar sein muss, in welche kommunikative Richtung gegangen werden soll. Dies wird auch in der folgenden Darstellung der Ergebnisse in der Kategorie Kommunikation deutlich.

In Bezug auf die Sprache kann gesagt werden, dass ein Erklärvideo meist in der Amtssprache produziert wird. Sollte beabsichtigt sein, einen speziellen Stadtteil anzusprechen, in dem eine andere Sprache verbreitet gesprochen wird, kann diese verwendet werden (vgl. Gottschling T2:Abs.113). Die Sprachexpertin Hofmann (T2:Abs.125) betont, dass die Sprache so niederschwellig wie möglich sein sollte, um den Inhalt (des Erklärvideos) so verständlich wie möglich zu erklären. Für ein zugängliches Video sollten so wenig Fremd- und Fachwörter wie möglich verwendet werden und eine Annäherung an eine leichte Sprache erfolgen. Je nach Zielgruppe werden die Informationen in einem Erklärvideo jedoch anders kommuniziert und dargestellt. Beispielsweise wird das vierte Video von den Expert:innen als Werbevideo kategorisiert, welches die Information auf hohem Niveau für die Zielgruppen der Stakeholder:innen oder Expert:innen transportiere und kommuniziere. Als Grund für diese Einstufung werden die Verwendung der vielen Fremdwörter sowie die hohe Komplexität und Abstraktheit genannt (vgl. Berger / Gottschling / Hofmann / Vorraber: T2:Abs.65–71). Obwohl das Video vier für Expert:innen ausgerichtet sei, empfiehlt Gottschling (T2:Abs.68), eine derart große Menge von Informationen und Text besser auf Folien und ohne Musik abzubilden, damit sich die Betrachter:innen die kommunizierten Inhalte besser merken können.

Auch Hofmann (T2:Abs.18) und Vorraber (T2:Abs.24) vertreten die Meinung, dass zu viel Text im Video abschreckend wirken könnte. Weiters sei es schwer, sich auf Text und Stimme gleichzeitig zu konzentrieren, weshalb der Text eher kurzgehalten werden sollte (vgl. Hofmann T2:Abs.18, 48).

Allgemein wird in Bezug auf die Sprache und ein zugängliches Erklärvideo mehrmals die Bedeutung des Untertitels betont. Untertitel fördern die Verständlichkeit und bieten eine Möglichkeit, ebenfalls gewisse Personengruppen, wie zum Beispiel gehörlose Menschen, einzubinden (vgl. ebd.:Abs.125). Außerdem ermöglichen Untertitel Übersetzungen in diverse Sprachen, zum Beispiel mittels dem YouTube Übersetzungsprogramm. Neben der Funktion andere Sprachen mittels Untertitel zu integrieren, gilt es zu bedenken, dass beispielsweise in Ärzt:innenpraxen Erklärvideos oftmals ohnehin tonlos abgespielt werden (vgl. Gottschling T2:Abs.113). Nach Vorraber (T2:Abs.24) werden auch online 80 bis 90 Prozent der Videos ohne Ton angesehen, weshalb ein gutes Erklärvideo auch ohne Ton funktionieren sollte und Untertitel bei der Konzeption und Produktion mitbedacht werden müssen (vgl. ebd.; Berger T2:Abs.122).

Neben einer verständlichen Kommunikation wurde auch der Stil als Einflussfaktor für ein verständliches, kommunikatives und attraktives Erklärvideo lokalisiert.

4.3.4.3 Kategoriensystem III: Stil

Die Kategorie Stil steht in diesem Zusammenhang für das, „was im Hinblick auf Ausdrucksform, Gestaltungsweise, formale und inhaltliche Tendenz o. Ä. wesentlich, charakteristisch, typisch ist“ (vgl. Duden o.A.a). Dabei wurden in der Fokusgruppe vor allem Aspekte der grafischen Darstellung von Realvideos und Animationen besprochen. Des Weiteren wurde die amateurhafte, jedoch zugleich niederschwellige Darstellung thematisiert. Außerdem wurde die Tendenz zum inhaltlich sowie bildlich umgesetzten Stil des Storytellings besprochen. Im folgenden Abschnitt wird auf diese Ergebnisse eingegangen.

4.3.4.3.1 Kategorie: Realvideo vs. Animation

Gottschling, Berger und Vorraber sprechen sich allgemein für die Darstellung von realen Personen in einem Erklärvideo aus. Gottschling (T2:Abs.31) vertritt die Meinung, dass reale Menschen stärkere Emotionen erzeugen können als Grafiken. Demzufolge motivieren reale Menschen andere Menschen mehr und es würde deutlicher, dass das präsentierte Gesundheitskonzept auch den Betrachter:innen helfen könnte. Nach Berger (T2:Abs.104) seien es Menschen gewohnt, dass andere Menschen, und keine Zeichentrickfiguren, mit ihnen reden. Auch Vorraber (T2:Abs.33) ist der Meinung, dass die Darstellung von echten Menschen die Identifikation mit dem Thema erhöht. Wobei er ebenfalls anmerkt, dass die Darstellung echter Menschen die aufwendigste Methode sei. Obwohl der Motion-Designer Trompetter (T2:Abs.35) hauptsächlich animiert, sagt auch er, dass echte Menschen stärker Emotionen hervorrufen. Jedoch nennt auch er den hohen Aufwand und die hohen Kosten als Nachteil des Realfilms. Um bei komplexen Thematiken dennoch nicht auf den Realitätsaspekt verzichten zu müssen, schlägt Trompetter vor, Realbilder in eine Animation einzufügen (vgl. ebd.). Dies wurde in Video drei, fünf und sechs gemacht. Es wurden reale Gegenstände, wie ein Schlüssel, ein Handy und eine Geldtasche gezeigt. Zudem wurde in Video sechs eine Interaktion mit Legofiguren dargestellt, was der Thematik einen spielerischen Charakter verleiht (vgl. ebd.: Abs. 94). Auch im Video fünf wurde ein reales Bild von einer Hand für den *Marker-Stil* bzw. die *Whiteboard Methode* verwendet (vgl. Hood 2019:10). Dies solle an das Tafellernen, an Collageblöcke und an das Aufschreiben mit Textmarkern erinnern (vgl. Trompetter T2:Abs.82). Die Anwendung des *Marker-Stils* bzw. die *Whiteboard Methode* in Video fünf ist bei den Expert:innen nicht gut angekommen, da das Stilmittel laut den Expert:innen etwas lieblos angewandt wurde und somit der Charme verloren ging. Produktionstrends, wie die *Whiteboard Methode*, sollten demzufolge nicht zwecklos verwendet werden, da die Videos ansonsten inszeniert und emotionslos wirken könnten (vgl. Gottschling / Vorraber / Trompetter / Hofmann T2:Abs.75–83).

4.3.4.3.2 Kategorie: Amateurhafte Darstellung

Die Fokusgruppe bringt hervor, dass amateurhafte Darstellungen in einem Erklärvideo sowohl negative als auch positive Einflussfaktoren auf die Zugänglichkeit (Verständlichkeit, Inklusion, Attraktivität, etc.) eines Erklärvideos haben.

Dies wurde exemplarisch in Video drei und sechs ersichtlich. Gerade weil diese Videos einen amateurhaften Eindruck hinterließen, haben diese bei den Expert:innen ein Gefühl der Nahbarkeit ausgelöst (vgl. Trompetter T2:Abs.51; Trompetter / Vorraber T2:Abs.41ff.; Vorraber T2:Abs.57ff.). Ergänzend spricht Trompetter (T2:Abs.60) in Bezug auf das wahrscheinlich selbst gemachte Video sechs eine Verbindung zu Social Prescribing an: Sie „haben irgendwas gemacht, vor dem sie wahrscheinlich auch Angst hatten, es zu tun“. Dies könne den (potenziellen) Nutzer:innen zeigen, dass auch diese etwas Neues ausprobieren können.

Gegensätzlich zu diesen positiven Beschreibungen bewertet Rest (T2:Abs.55) das Video sechs als nicht gelungen. Er bezweifelt, dass sich die Produzent:innen einer tieferen Bedeutung (Niederschwelligkeit / Nahbarkeit) bewusst waren. Eine weitere Schwierigkeit der amateurhaften Darstellung sieht der Diversitätsexperte Berger (T2:Abs.61): Nicht alle Betrachter:innen würden gleichermaßen angesprochen, da „viele Personen nicht unbedingt Vertrauen haben in die Institution, die das produziert oder in die Einrichtung, weil es natürlich nicht professionell wirkt und eventuell Personen sich andere Standards und eine nicht so diverse Qualität wünschen, wie das hier rübergebracht wurde“ (ebd.). Um zu vermeiden, dass ein Erklärvideo nicht zugänglich und die Kompetenz der Hilfe und die Qualität der Institution angezweifelt werden, sollten die Faktoren der Professionalität und der Sympathie im besten Fall verbunden werden (vgl. Trompetter / Gottschling T2:Abs.51ff.).

Demnach sei eine amateurhafte Darstellung eine Gratwanderung zwischen einem Zugewinn an Vertrauen und einem Verlust desgleichen. Auf der einen Seite können Hemmschwellen verringert werden, auf der anderen Seite können diese zunehmen und das Konzept unprofessionell wirken lassen (vgl. Trompetter T2:Abs.51; Berger T2:Abs.61).

4.3.4.3.3 Kategorie: Geschichten (Storytelling)

Um ein Social Prescribing Erklärvideo möglichst zugänglich (verständlich, inklusiv, attraktiv, etc.) zu gestalten, werden Geschichten als gutes Hilfsmittel genannt. Neben Realvideos und Realbilder erhöhen auch Geschichten die Identifikation mit einem Thema. Durch Geschichten können Menschen begeistert und involviert werden. Darüber hinaus ermögliche das Erzählen einer Geschichte eine verständliche Darstellung des Prozesses sowie des Sachverhaltes, da dieser „nicht als eine abstrakte Information“ (Hofmann T2:Abs.115), gezeigt werde (vgl. ebd.:Abs.18). Um ein möglichst zugängliches Erklärvideo zu gestalten, könnte eine Namensgebung beim Erzählen der Geschichte helfen. Dies wurde beispielsweise in Video sechs gemacht und löste etwas Vertrautheit aus:

„Also ich bleib an dieser Debbi hängen. Wenn du einen echten Menschen hast, der einen Namen bekommt und eine Geschichte erzählt, die auch noch nahbar ist, dann hast du schon sehr viel erreicht“ (Vorraber T2:Abs.59).

Mittels persönlichen Bezugs wird Nahbarkeit gefördert und Betrachter:innen können sich mit dem Gesehenen identifizieren (vgl. Hoffmann T2:Abs.115; Vorraber T2:Abs.33, 100). Beim Erzählen von Geschichten kommt es bei den Expert:innen besser an, wenn eine positive Darstellung eine negative überwiegt (vgl. ebd.:Abs.100; Trompetter T2:Abs.35).

4.3.4.4 Kategoriensystem IV: Diversität

Der Diversitätsaspekt ist ein wesentlicher Einflussfaktor für ein zugängliches (verständliches, inklusives, attraktives, etc.) Erklärvideo. Die Expert:innen betonen dabei, dass Videoproduzent:innen Fingerspitzengefühl benötigen, um eine Überladung von Diversitätsaspekten zu vermeiden. Es sollte nicht das Gefühl entstehen, dass die Produzent:innen eine Diversitätscheckliste abarbeiteten (vgl. Gottschling T2:Abs.119; Vorraber T2:Abs.57). Dementsprechend wurde beispielsweise die Verwendung eines indischen Akzentes als persönlich und authentisch wahrgenommen (vgl. Gottschling T2:Abs.119). Weiters kam auch das gängige Prinzip, eine Frau mit Kopftuch darzustellen, positiv an (vgl. Trompetter T2:Abs.41). Um eine überspitzte Darstellung zu vermeiden, sollten aus der Perspektive der Diversitäts- bzw. Sexualitätsforschung maximal drei bis vier Diversitätskriterien integriert werden, da es ohnehin nicht möglich sei, die Gesamtheit der österreichischen Bevölkerung zu präsentieren (vgl. Berger T2:Abs.122). Um dennoch einen diversen Zugang in Produktion und Konzeption zu gewährleisten, kann durch *diversity by design* ebenfalls auf Pluralität im Team, der Mitproduzent:innen und der Darsteller:innen, geachtet werden. Allgemein merkt Berger an, dass es kein Werbevideo für Diversität sei, sondern für SP, weshalb die Hauptbotschaft auch nicht sein müsse, „wir sind divers und divers ist etwas Positives“ (ebd.).

4.3.4.5 Kategoriensystem V: Ablauf eines Erklärvideos

Damit ein Video möglichst attraktiv ist und die potenziellen Betrachter:innen sich ein Erklärvideo auch ansehen, sei ein passender Einstieg besonders wichtig (vgl. Vorraber T2:Abs.24). Daher sollte zu Beginn des Videos beispielsweise nicht direkt mit einem Text gestartet werden, da viel Text und zu viel Information den Einstieg erschweren (vgl. ebd.: Abs. 29; Hofmann T2:Abs.18, 96). Ein direkter, emotionaler Einstieg sei vorteilhaft. Sollte das Video dramatisch beginnen, empfehlen die Expert:innen eine möglichst rasche Auflösung zu etwas Positivem (vgl. Vorraber T2:Abs.29, 100, Trompetter T2:Abs.35). Rest macht darauf aufmerksam, dass in einem Social Prescribing Erklärvideo deutlich werden sollte, wie die (potenziellen) Nutzer:innen zur ersten Anlaufstelle kommen (vgl. Rest T2:Abs.21). Bei der Erwähnung von Statistiken als Informationsquellen, wird empfohlen, genaue Kennzahlen zu nennen oder zumindest auf die Statistik zu verweisen (vgl. Hofmann T2:Abs.83). Zielt das Video darauf ab, dass die Betrachter:innen im Nachhinein konkrete Handlungen setzen, kann ein „Call to Action“, wie beispielsweise im ersten Video, dazu einladen (vgl. ebd.:Abs.18; Trompetter T2:Abs.35). In Bezug auf den grafischen Ablauf wird ein Wechsel der grafischen Darstellungsmethode in einem Beispielvideo als kritisch betrachtet (vgl. Gottschling T2:Abs.19).

Zur Videodauer kann gesagt werden, dass, obwohl bei zu langen Videos die Gefahr besteht, dass die Betrachter:innen das Video nicht zu Gänze anschauen, es vor allem bei Erklärvideos wichtig sei, auch Denkpausen einzuplanen (vgl. ebd.:Abs.49). Darüber hinaus werden Erklärvideos angesehen, weil sich die Betrachter:innen eine Information erhoffen, weshalb ein Erklärvideo kein „Blockbuster“ sein müsse. Vielmehr sollte der Ablauf und das Tempo an das Ziel anpasst werden (vgl. ebd., 124; Berger T2:Abs.50).

Nach der Darstellung der zentralen Diskussionsaspekte wird nun die Abstimmung der Erklärvideos präsentiert und kurz auf die Begründung der Wahl der Expert:innen eingegangen.

4.3.4.6 Kategoriensystem VI Lieblingsvideos

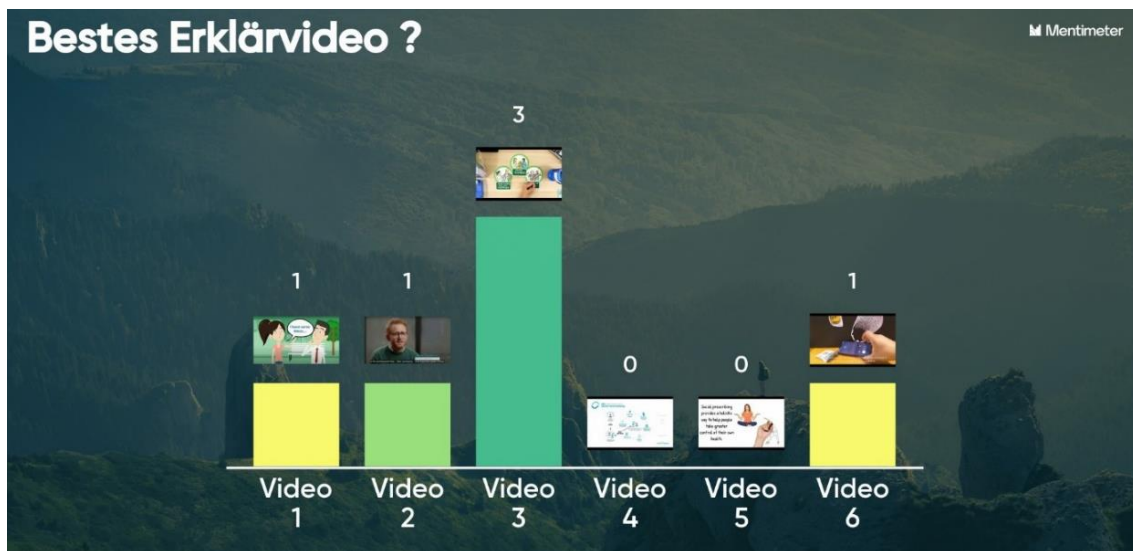


Abbildung 15: Abstimmung des besten Erklärvideos.

Quelle: Mentimeter-Umfrage 2021

Rest (T2:Abs.106) wählte das erste Video aus, da es für ihn das Umfassendste und dem Social Prescribing Konzept am ansprechendsten war. Berger (T2:Abs.104) wählte das zweite Video als bestes Erklärvideo. Es sei „vertrauenswürdig, kompetent, niederschwellig und greifbar, sympathisch“(ebd.). Nichtsdestotrotz sei es zu kurz (0:58 sec) und zu wenig divers, um viele Personen anzusprechen. Das zweite Video sei für eine Kampagne mit mehreren Erklärvideos oder in Kombination mit anderen Elementen geeignet (vgl. ebd.). Das dritte Video wurde von Hofmann, Trompetter und Vorraber als Lieblingsvideo ausgewählt. Durch die gute Kombination von Bild, Audio, und Sprache fördere es die Verständlichkeit (vgl. Hofmann T2:Abs.48). Der Prozess sei gut erklärt worden und es wird als „der Allrounder“ beschrieben (vgl. Hofmann / Gottschling / Vorraber T2:Abs.96–100). Trompetter (T2:Abs.29ff.) wählte das sechste Video als sein Lieblingsvideo. Zwar findet er die Anwendung der Methoden nicht ideal verwirklicht, sieht aber in dem Video gute Ideen zur Niederschwelligkeit, wie beispielsweise das Zeigen von realen Gegenständen.

Das gewonnene Material und die Methodenwahl und -anwendung werden in einem letzten Schritt reflektiert.

4.3.5 Reflexion der Ergebnisse

Dieser Teil der vorliegenden Masterarbeit wurde von der Frage geleitet, *was bei der Konzeption und Produktion eines Social Prescribing Erklärvideo für den österreichischen Primärversorgungskontext unter Berücksichtigung einer interdisziplinären Expert:innenperspektive zu beachten ist, insbesondere damit dies zugänglich (verständlich, inklusiv, attraktiv, etc.) ausgestaltet ist*. In der Materialdurchsicht und der Ergebnisdarstellung wurden verallgemeinerbare Trends in der Produktion und Konzeption eines Social Prescribing Erklärvideos deutlich, welche in nachstehender Tabelle aufgelistet sind (vgl. Schulz, M. 2012:19).

Tabelle 15: Hauptergebnisse Fokusgruppe II

Was ist bei der Konzeption und Produktion eines Social Prescribing Erklärvideos für den österreichischen Primärversorgungskontext unter Berücksichtigung einer interdisziplinären Expert:innenperspektive zu beachten, insbesondere damit dieses zugänglich (verständlich, inklusiv, attraktiv, etc.) ausgestaltet ist?
Ziel und Zielgruppe ■ Ziel und Zielgruppe sind zu definieren, um die Konzeption und Produktion daran anzupassen. Sind mehrere Zielgruppen (z.B. Stakeholder:innen, Klient:innen, Ärzt:innen, Link Worker:innen, etc.) anzusprechen, werden Videokampagnen mit mehreren Erklärvideos empfohlen.
Kommunikation ■ Leichte, niederschwellige Sprache und Untertitel sind anzuwenden, da sie zu einem guten Verständnis beitragen und weiterführend die Inklusion fördern. ■ Fremdwörter und abstrakte Sprache sind zu vermeiden, um die Verständlichkeit zu begünstigen. Verwendung von zu viel Text ist zu umgehen, da dieser überfordern und irritieren kann.
Stil ■ Reale Menschen und Gegenstände sowie Geschichten sind bei einer zugänglichen Ausgestaltung zu berücksichtigen, da sie Identifikation schaffen und somit nahbar sind, wodurch die Verständlichkeit und Zugänglichkeit gefördert wird. Dabei soll eine positive Darstellung der pathologischen überwiegen. ■ Ein amateurhafter Stil ist mit Bedacht anzuwenden. Die Anwendung kann zum einen Zugänglichkeit fördern und Hemmschwellen verringern, zum anderen könnte der amateurhafte Stil das Konzept unprofessionell und unattraktiv wirken lassen. ■ Der angewandte Stil ist stets zweckgebunden zu wählen und an die Zielgruppe anzupassen.
Diversität ■ „Diversitätscheckliste“ und überladene Darstellungen sind zu umgehen. ■ <i>Diversity by Design</i> ist bei der Konzeption und Produktion zu beachten.
Ablauf eines Erklärvideos ■ Interessante Beginne sind zu empfehlen, damit die Betrachter:innen das Video ansehen. ■ Produktionstrends sind zweckgebunden anzuwenden. ■ Ablauf, Tempo und Dauer müssen an das Ziel des Videos angepasst werden.

Quelle: Eigene Darstellung

Angesicht der Ergebnisse werden zwischen den Kategorien Parallelen deutlich. Dabei scheinen die Schlüsselwörter für die Konzeption und Produktion eines zugänglichen Erklärvideos „Zieldefinition“ und „Zielgruppe“ zu sein. Je nach Ziel und Zielgruppe können weitere Faktoren der Videogestaltung passend und verständlich an die

Bedürfnisse der (potenziellen) Nutzer:innen und an den Videozweck angepasst werden. Erst wenn der Rahmen gesetzt ist, kann es gelingen, ein zweckgebundenes, für die Zielgruppe verständliches, inklusives und attraktives Erklärvideo zu konzipieren und zu produzieren. An dieser Stelle kann eine Verbindung zu der Bedeutung einer gemeinsamen Sprache als vertrauensbildende Maßnahme in der Sozialen Arbeit gesehen werden. Durch die Herstellung eines gemeinsamen Interaktionsuniversums kann Kommunikations- und Darstellungshindernissen, in der Sprach- und der Stilanwendung sowie im Umgang mit Diversitätsfaktoren und dem Ablauf, entgegenwirkt werden (vgl. Kapitel 3.1; Ballod 2020:57).

Ein verständliches Erklärvideo passt den Sprachgebrauch somit an die Zielgruppe an. Allgemein wird von der Verwendung von zu viel Text abgeraten, da dies überfordern und es erschweren kann, sich auf Informationstext und Gesprochenes gleichzeitig zu konzentrieren. Untertitel werden jedoch als inklusionsfördernd und zugänglich angesehen, da durch Untertitel Erklärvideos ohne Ton angesehen werden können.

Im Kontext der Stilanwendung und des Gebrauchs von Diversitätsmerkmalen wurde vor allem deutlich, dass ein authentischer und sensibler Umgang mit den angewandten Methoden benötigt wird, damit ein Erklärvideo nicht seine Ausstrahlung verliert. Diversitätsfaktoren sollten im ganzen Ablauf der Konzeption und Produktion mitbedacht werden und nicht erst oder ausschließlich beim Endprodukt. Dabei sollte klar sein, dass es nicht möglich ist, alle Facetten einer Bevölkerung darzustellen. Um eine unangemessene und überspitzte Darstellung zu vermeiden, sollte achtsam auf die Diversitätsaspekte in der Videoproduktion eingegangen werden.

Resümierend zeigen sich Gemeinsamkeiten im Wesentlichen in der geteilten Meinung, dass Realfilme die Identifikation und die Emotionen zu einem Thema erhöhen, jedoch auch einen hohen Kosten- und Zeitaufwand für die Produktion verursachen. Alternativ könnten Realbilder und Geschichte hingegen leicht in eine Animation eingefügt werden und ebenfalls ein Identifikationsgefühl erzeugen, was ebenfalls die Verständlichkeit fördert. Dabei sollte stets eine zweckgebundene Anwendung berücksichtigt und die Frage gestellt werden, ob der angewandte Stil für die Zielgruppe geeignet ist und das Ziel mit der gewählten Darstellungsweise erreicht werden kann. Neben den Realgegenständen schaffe auch eine amateurhafte Darstellung Vertrauen. Im Hinblick auf zugängliche Erklärvideos haben die positiven Rückmeldungen zu den amateurhaften Videoproduktionen besonders überrascht. Wider Erwarten wurden amateurhaften Videos mit den positiven Attributen Niederschwelligkeit und Nahbarkeit in Zusammenhang gebracht. Indessen wurde deutlich, dass es sich um die Gratwanderung zwischen Vertrauen gewinnen und verlieren dreht. Abschließend kann zu der Kategorie Stil gesagt werden, dass die Expert:innen vor allem das Identifikationsgefühl als wichtigen Faktor sehen, um verständliche und zugängliche Erklärvideos zu gestalten.

Damit Betrachter:innen dazu verleitet sind, das Erklärvideo anzusehen, sollte ein attraktives Erklärvideo besonders mit einem interessanten Beginn starten. Im Verhältnis dazu muss jedoch auch stets die Funktion eines Erklärvideos in die Produktion

einbezogen werden, weshalb der Ablauf und das Tempo an das Ziel und die Zielgruppe angepasst werden müssen.

Bevor näher auf die Produktion und Konzeption des entstandenen Erklärvideos eingegangen wird, werden im folgenden Abschnitt die Methodenwahl und -anwendung reflektiert.

4.3.6 Reflexion der Methodenwahl und -anwendung

Die Fokusgruppe ermöglichte ein dynamisches Gruppengespräch mit daraus resultierenden, spannenden Divergenzen und Zusammenhängen. Dank der Methodenwahl und der Einbeziehung der sechs Vergleichsvideos kam es zu einem explorativen Austausch, woraus viele Erkenntnisse gesammelt werden konnten. Durch die Präsentation der Videos und die dazu spontanen Anmerkungen der Gruppe konnten „neue Ideen stimuliert werden, die bei Einzelgesprächen verborgen bzw. unerkannt [blieben]“ (Schulz, M. 2012:12). Die Methodenwahl zeigte sich als angemessen, weil die Ergebnisdarstellung facettenreiche Bestandteile zur Beantwortung der Fragestellung zu zugänglicher (verständlicher, inklusiver, attraktiver, etc.) Videoproduktion und Konzeption beinhaltet (vgl. Ruddat 2012:204).

Auch die Methodenanwendung kann als erfolgreich bezeichnet werden. Allgemein wurde die Gesprächsdynamik der Fokusgruppe II als angenehm empfunden. Nichtsdestotrotz zeigte sich, dass die Teilnehmenden in unterschiedlichem Ausmaß das Wort ergriffen. Dabei wurde versucht zurückhaltende Personen mit direkter Ansprache zu ermutigen (vgl. Benighaus, C. / Benighaus, L. 2012:128).

Während der Methodenanwendung wurde darauf Wert gelegt, nicht zu viele Eingrenzungen vorzunehmen, um einen offenen Austausch zu fördern. Es wurde unter anderem bei der Bewertung des Lieblingsvideos bewusst auf Bewertungsvorgaben verzichtet. Es stellte sich heraus, dass diese Freiheit die Bewertung auch teilweise erschwerte, da die Expert:innen teilweise nicht wussten, aus welcher Perspektive sie die Videos bewerten sollten (vgl. Trompetter T2:Abs.87). Im Nachhinein betrachtet, war diese Freiheit trotz der perspektivischen Unsicherheit dennoch zielführend, da durch diese wenigen Vorgaben den Perspektiven der Expert:innen mehr Raum gegeben wurde (vgl. Berger T2:Abs.104).

Ein möglicher Kritikpunkt in der Methodenanwendung der Fokusgruppe II könnte in der Geschlechterverteilung gesehen werden. Obwohl das Forschungsteam bemüht war, *diversity by design* (ebd.:Abs.122) in die Forschung zu integrieren, muss an dieser Stelle leider angeführt werden, dass zwei Kolleginnen wenige Tage vor der Fokusgruppe II ihre Teilnahme absagten, weshalb lediglich eine Teilnehmerin mitwirkte.

Das Sechsaugenprinzip hat sich als wertvoll für die Auswertung erwiesen. Dadurch, dass alle drei Forschungsmitglieder an der Fokusgruppe teilnehmen konnten und jeweils Protokolle erstellten, wurde die anfängliche Validierung bereits von drei Personen vorgenommen. Dieser Zugang ermöglichte einen steten Austausch im Team und

brachte in der Kleingruppendiskussion neue Erkenntnisse hervor. Das Sechsaugenprinzip verdeutlichte, welche Inhalte den Forschungsmitgliedern im Hinblick auf die Forschungsfrage als relevant erschienen (vgl. Ruddat 2012:199). Die induktive Kategorienbildung des Materials wurde als sehr hilfreich angesehen, um das umfangreiche Material in zentrale Diskussionsaspekte zu gliedern.

In der Durchführung und der Auswertung kam es zu einer Schwierigkeit der Trennung von Aspekten eines allgemeinen Social Prescribing Erklärvideos und dem konkreten Erklärvideo, welches anschließend konzipiert und produziert wurde. Da der Fokus der Auswertung auf einem allgemeinen Social Prescribing Erklärvideo liegt, wurde nachstehender Aspekt in der Auswertung nicht angeführt, da er nicht zur Beantwortung der allgemeinen Forschungsfrage geeignet ist. Nichtsdestotrotz sollte er nicht unerwähnt bleiben. Die Expert:innen sehen kein Problem darin, ein Video ohne die Begriffe Social Prescribing und Link Worker:in zu fertigen. Da die Begriffe abschrecken könnten, wird vielmehr empfohlen, die englischen Begriffe während des Videos nicht zu verwenden oder höchstens am Schluss zu erwähnen (vgl. Vorraber T2:Abs.24, 130). Es wird vorgeschlagen, die Begriffe im Skript niederschwellig zu umschreiben oder bewusste Denkkunterbrechungen einzubringen (vgl. Gottschling T2:Abs.129; Trompetter T2:Abs.128).

Nachdem in Kapitel 4 Erkenntnisse gesammelt werden konnten, was in einem allgemeinen Social Prescribing Erklärvideo zu beachten ist, damit dieses zugänglich gestalten werden kann, wird in der nächsten Phase auf die Konzeption und Koproduktion eines Social Prescribing Erklärvideos für die Anwendung in einer Online-Umfrage eingegangen.

5 Phase III: Konzeption und Koproduktion eines Social Prescribing Erklärvideos

Bischof Thiemo

Im folgenden Kapitel wird die Entstehung des im Zuge der Forschung koproduzierten Social Prescribing Erklärvideos aufgezeigt. Die Darstellung erfolgt chronologisch entlang der gesetzten Arbeitsschritte. Die nachstehende Abbildung illustriert diese. An den thematisch passenden Stellen wird auf das im Rahmen der vorangehenden Phasen gewonnene Wissen rekuriert und dargelegt, wie dieses Eingang in die Konzeption und Produktion des Erklärvideos fand. Angesichts der gebotenen Kürze erfolgt ein Fokus auf ausgewählte Aspekte.

An der Produktion des Erklärvideos waren neben dem Forschungsteam mehrere externe Personen maßgeblich beteiligt. Zentraler Kooperationspartner war Marc Trompetter, welcher bereits an der Fokusgruppe II teilnahm und in dieser Arbeit vorgestellt wurde (vgl. Kapitel 4.3.1). Der freiberufliche und in Berlin tätige Motion-Designer²² erklärte sich dazu bereit, das Erklärvideo gemeinsam mit dem Forschungsteam als Freundschaftsdienst zu produzieren.

5.1 Wissensanwendung: der Entstehungsprozess

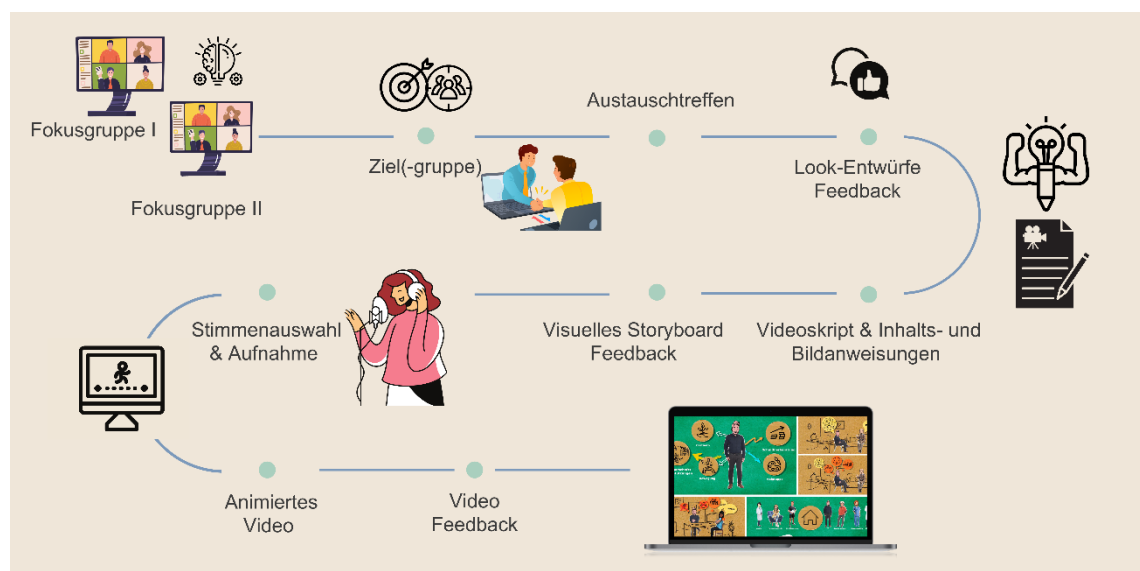


Abbildung 16: Entstehungsprozess des koproduzierten Social Prescribing Erklärvideos
Quelle: Eigene Darstellung

²² Motion Design wird auch Motion Graphics genannt und bezeichnet jenen Beruf, der darauf ausgerichtet ist, Formen, Musik und Flächen durch audiovisuelle Gestaltung in Bewegung zu versetzen (vgl. Jung 2021).

Ziel(-gruppe): Die Bedeutung eines klaren Ziels und damit auch der Zielgruppe wurde in der Fokusgruppe II einhellig als besonders bedeutsam für Konzeption und Produktion eines Social Prescribing Erklärvideos bezeichnet (vgl. Kapitel 4.3.4.1). In diesem Sinne bestand das durch das Forschungsteam definierte Ziel darin, das Gesundheitskonzept und die damit einhergehende Fachkraft im Kontext der österreichischen Primärversorgung in zugänglicher Weise (vgl. Kapitel 1.4) für eine größtmögliche Personengruppe in Österreich oder mit starkem Österreichbezug zu erklären, um damit insbesondere die zweite Forschungsfrage beantworten zu können. Vorab stand fest, dass das Erklärvideo in einer Online-Umfrage integriert werden sollte, um Teilnehmende der Umfrage verschiedene Begriffe für das Gesundheitskonzept und die damit verbundene Fachkraft nach Betrachtung des Videos bewerten und allenfalls ergänzen zu lassen. Folglich stand für die Zieldefinition fest, dass die möglichst akkurate Darstellung von Social Prescribing und der mit dem Gesundheitskonzept einhergehenden Fachkraft im Vordergrund zu stehen hatte. Diesbezüglich wurde insbesondere auf das erarbeitete Begriffsverständnis (vgl. Kapitel 4.2.4) aus der Fokusgruppe I und dem gesammelten Wissen aus beiden Fokusgruppen (vgl. Kapitel 4.3) zurückgegriffen.

Im Vorfeld der Videoerstellung wurden dementsprechend zentrale Abgrenzungen getroffen. Beispielsweise wurde festgelegt, dass das Video keinen Werbezweck verfolgen sollte. Marketingspezifische Aspekte wie etwa einem „Call to Action“ am Ende des Videos konnten deshalb ausgeschlossen werden (vgl. Kapitel 4.3.4.1).²³

Angesichts des Anspruchs, das Erklärvideo einer möglichst großen Personengruppe zugänglich zu machen, fand vorab innerhalb des Forschungsteams eine intensive Auseinandersetzung mit der Diversität der österreichischen Bevölkerung und der damit zu berücksichtigenden Besonderheiten statt, um das Video zielgruppenspezifisch gestalten zu können. Die Erkenntnisse der Fokusgruppe II waren hierfür besonders aufschluss- und einflussreich. Unter dem Aspekt der Diversität sah sich das Forschungsteam zu Beginn der Konzeption beispielsweise mit dem Aspekt der Sprachenvielfalt der österreichischen Bevölkerung konfrontiert. Das Forschungsteam erkannte angesichts des definierten Ziels das Potenzial eines mehrsprachigen Erklärvideos. Auf welche Sprachen, neben Deutsch, besondere Rücksicht genommen werden sollte, präsentierte sich jedoch als schwer lösbare Problemstellung. Eine Übersetzung (der Untertitel) in eine Vielzahl von Sprachen – inklusive in die österreichische Gebärdensprache – hätte zudem eine Übersetzung des Online-Fragebogens nach sich gezogen. Schließlich entschied sich das Forschungsteam aufgrund beschränkter Ressourcen für eine Eingrenzung auf Deutsch und damit auf die offizielle Staatssprache Österreichs.

²³ Anders zum Beispiel das von der National Association of Link Workers am 01.04.2020 veröffentlichte Erklärvideo, welches am Ende dazu einlädt, sich für einen Kurs zu registrieren (vgl. National Association of Link Workers 2020), oder das von der GÖG am 20.01.2022 veröffentlichte Erklärvideo, welches sich am Schluss des Videos an Verantwortliche von Einrichtungen der medizinischen Primärversorgung richtet und diese dazu animiert, sich auf der Website der GÖG weiter zu informieren, um das Gesundheitskonzept in ihren Einrichtungen zu verankern (vgl. Fonds Gesundes Österreich 2022).

Austauschtreffen: Aufgrund der Teilnahme am Diskussionsforum II war Marc Trompetter bereits mit den Forschungsthemen und -zielen vertraut. Zu Beginn des Entstehungsprozesses fand zwischen diesem und der Forschungsgruppe eine mehrstündige Videokonferenz statt. In dieser wurden allgemeine Bedingungen und der Zeitplan geklärt, wesentliche Informationen ausgetauscht sowie die Erkenntnisse der beiden Fokusgruppen als rahmende Struktur wiederholt. Das Ziel sowie die Zielgruppe des Erklärvideos wurden definiert und erste inhaltliche und gestalterische Ideen ausgetauscht. Damit trafen sie zentrale Weichenstellungen. Beispielsweise wurde die Darstellung von realen Personen unter dem Gesichtspunkt des Stils (vgl. Kapitel 4.3.4.3) diskutiert. Aufgrund beschränkter zeitlicher und finanzieller Ressourcen fiel die Entscheidung jedoch auf eine animierte Darstellung. Ausgleichend wurde vereinbart, durch die verstärkte Darstellung von Realobjekten (Kleidung, Schlüssel, etc.) einen höheren Identifikationsgrad bei den Betrachter:innen des Videos anzustreben (vgl. Kapitel 4.3.4.3.1). Letztlich sprach die vergleichsweise einfache Möglichkeit, nachträgliche Änderungen vorzunehmen, für eine animierte Darstellung.

Feedback zu den Look-Entwürfen: In diesem Arbeitsschritt wurden erste grafische Entwürfe präsentiert und durch das Forschungsteam kommentiert. Mit Verweis auf das verfolgte Ziel erfolgte eine erneute Kontextklärung. Dabei wurde insbesondere um eine nicht zu ausgefallene bzw. zu stark künstlerische Darstellungsform ersucht. Unter dem Blickwinkel der Niederschwelligkeit äußerte das Forschungsteam damit die Sorge, der Vorschlag wäre zwar potenziell für bestimmte kulturelle Milieus ansprechend(er), könnte allerdings aufgrund des künstlerischen Abstraktionsgrades für viele abschreckend, verwirrend, ablenkend und damit unverständlich wirken (vgl. Abbildung 17).



Abbildung 17: Verworfenener Look-Entwurf
Quelle: Marc Trompetter Entwurf 2021

Videoskript & Inhalts- und Bildanweisungen: Im nächsten Schritt übermittelte das Forschungsteam den Text für das Erklärvideo samt inhaltlicher und gestalterischer Anweisungen (vgl. Tabelle 10). Die sorgfältige Verarbeitung und konkrete Anwendung der vorab gewonnenen Erkenntnisse erwiesen sich an dieser Stelle als besonders

hilfreich. Die folgenden Ausführungen illustrieren die vorgenommene Verflechtung der Erkenntnisse mit dem erstrebten Ziel entlang ausgewählter Aspekte. Die in der Tabelle in der linken Spalte gezeigten Nummern (**Nr. 1 - 20**) veranschaulichen dies zusätzlich. Sie finden sich auch in der Illustration des Endprodukts (**vgl. Kapitel 5.2**).

Das Forschungsteam war darum bemüht, Social Prescribing als ganzheitliches Gesundheitskonzept vorzustellen, bei dem es um das Aufspüren und die Berücksichtigung nicht-medizinischer Bedürfnisse gehe (**vgl. Kapitel 4.2.4.1; Nr. 1 - 3, 6, 19**). Mit einem bio-psycho-sozialen Gesundheitsverständnis (**vgl. Glossar**) vor Augen, war es ein Anliegen, die Vielfalt an relevanten Gesundheitsfaktoren zu illustrieren. Im Sinne der Förderung eines menschlichen Gedeihens erfolgte dabei bewusst ein Rückgriff auf die Arlt'sche Bedürfnistheorie (**vgl. Kapitel 2.1**). Folglich sollten ausgewählte Grundbedürfnisse in teils abgewandelter Form in das Erklärvideo integriert werden (**Nr. 1, 19 - 20**).

Im Zuge der Fokusgruppe I betonten mehrere Expert:innen die Bedeutung der Darstellung von Social Prescribing als einen partizipativen (Entscheidungs-)Prozess (**Nr. 9-10, 15 - 18**). Dabei wären der Lebensrealität und Perspektive von Social Prescribing Nutzer:innen besondere Beachtung zu schenken und eine paternalistische Darstellung zu vermeiden. Vielmehr wäre der Fokus auf den potenziell ermächtigenden Effekt („Empowerment Dimension“; **Nr. 19-20**) von Social Prescribing zu richten (**vgl. Kapitel 4.2.4**). Dementsprechend legte das Forschungsteam auf diese Aspekte bei der konzeptionellen Umsetzung ein besonderes Augenmerk (**Nr. 9-10, 12-13, 15**).

Als maßgebliche Einflussfaktoren für Gesundheit und Wesensmerkmale des Gesundheitskonzept wurden im Rahmen der Fokusgruppe I schließlich die Sicherung und Stärkung eines sozialen Netzwerkes und damit verbunden der Communitygedanke identifiziert (**vgl. Kapitel 4.2.4.3**). Dementsprechend wurde diesem Aspekt durch mehrfache ausdrückliche Nennung im Text und korrespondierender Visualisierung bei der Konzeption des Erklärvideos Rechnung getragen (**Nr. 13, 18**).

Die mit dem Gesundheitskonzept einhergehende spezialisierte Fachkraft personifiziert viele der angeführten Aspekte (**vgl. Kapitel 4.2.4.2**). Deshalb achtete das Forschungsteam besonders darauf, diese bestmöglich zu inkorporieren, kommt der Fachkraft als Vernetzungsexpertin (**Nr. 11**) ja eine Schlüsselfunktion zu. Sie erfasst nicht-medizinische, jedoch gesundheitsrelevante Bedürfnisse der Nutzer:innen von Social Prescribing (**Nr. 7-9, 16**). Darauf basierend erarbeitet sie gemeinsam mit diesen individuelle Lösungsansätze, berücksichtigt persönliche Ressourcen sowie Lebenssituationen (**Nr. 9-10, 15-18**) und motiviert dazu, eine aktive Rolle in der eigenen Gesundheitsfürsorge einzunehmen (**Nr. 13, 20**). Sie verfügt über ein professionalisiertes Vernetzungsmanagement sowie ein breites Spektrum an Angeboten und Institutionen, zu welchen sie – sofern gewünscht – weiterverweisen und Kontakt herstellen kann (**Nr. 11-12, 14**).

Hinsichtlich der Darstellung der Fachkraft war das Forschungsteam vor die Herausforderung gestellt, zu entscheiden, ob ein:e Sozialarbeiter:in und zusätzlich eine

Person, welche die Fachkraft repräsentiert, abgebildet werden sollten oder ob eine uniforme Darstellung genüge. Unter dem Titel „Social Prescribing als (neues) Tätigkeitsfeld der Sozialarbeit in der Primärversorgung in Österreich – Chancen, Möglichkeiten und Risiken“ untersucht Martina Frei in ihrer Masterarbeit²⁴ u.a., welche Aspekte für und gegen die Anknüpfung der Link Working-Funktion an die Soziale Arbeit sprechen und welche Risiken allgemein für die Sozialarbeit im Primärversorgungskontext im Falle der flächendeckenden Umsetzung von Social Prescribing besteht. Das Forschungsteam entschied sich schließlich für eine geteilte Darstellung, um damit insbesondere die mit dem Gesundheitskonzept Social Prescribing verbundenen spezifischen Aufgabenfunktionen hervorheben zu können (**Nr. 5**).

Die Bedeutung von Storytelling, also dem Erzählen von konkreten Geschichten innerhalb eines Erklärvideos, wurde im Zuge der Fokusgruppe II als hilfreiches Mittel hervorgehoben, um den Identifikationsgrad und damit das Interesse an dem Präsentierten zu steigern. Durch das Erzählen von persönlichen Geschichten wäre es möglich, abstrakte Themen komplexreduziert zu transportieren und damit verständlicher zu machen (vgl. Kapitel 4.3.4.3.3). Eine konkrete Namensgebung wäre in diesem Zusammenhang zusätzlich sinnvoll. Folglich kreierte das Forschungsteam, zwei fiktive Personen, Adam und Jasmin, welche von einem Social Prescribing Angebot profitierten (vgl. Kapitel 4.2.4.3), in den Erzählstrang zu integrieren. Der professionellen Schlüsselfigur des Gesundheitskonzepts wurde der Name Oliver verliehen. Um möglichst viele Personen aus unterschiedlichsten sozialen Segmenten anzusprechen, wurde auf eine geläufige und diverse Namensauswahl geachtet. Alle drei zählen in Österreich zu den häufigsten Namen (vgl. Baby-Vornamen o.A.a; Baby-Vornamen o.A.b; Baby-Vornamen o.A.c). Während der Name Adam alle abrahamitischen Religionen eint und deshalb weltweit stark vertreten ist, wurzelt der Name Jasmin in der persischen Sprache und fand durch arabische Abwandlungen Einzug in den deutschsprachigen Sprachraum (vgl. Baby-Vornamen o.Aa, Baby-Vornamen o.A.b).

Im Sinne der Verständlichkeit (vgl. Kapitel 4.3.4.2) und damit Barrierefreiheit wurde der Text in möglicher Annäherung an eine Leichte Sprache (vgl. Krebs 2021:211f.) formuliert. Mehrere externe Personen, darunter eine Journalistin, ein Germanistikstudent und eine ausgebildete Texterin wurden zur Qualitätssicherung beigezogen.

Einbindung und Abbildung von Diversität wurden in der Fokusgruppe II als wesentlicher Einflussfaktor für ein zugängliches Erklärvideo von Expert:innenseite bekräftigt (vgl. Kapitel 4.3.4.4). Dabei handelte es sich allerdings um einen Balanceakt zwischen zu wenig und zu viel. Dieser Herausforderung könnte lediglich mit Fingerspitzengefühl begegnet werden. Auch vor diesem Hintergrund behielt das Forschungsteam diese Dimension in allen Stadien der Konzeption des Erklärvideos im Blick und war um die optimale Erfüllung adäquaten Diversitätsanspruchs bemüht (etwa **Nr. 5- 16, 13-14**).

²⁴ Laut schriftlicher Auskunft von Martina Frei sei mit einer Veröffentlichung der Arbeit im Herbst 2022 zu rechnen.

Tabelle 16: Inhalts- und Bildanweisungen sowie Videoskript

Nr.	Inhalts- und Bildanweisungen und sonstige Anmerkungen	Videoskript
1	Darstellung von Mensch und Gesundheitsbedürfnissen nach Ilse Arlt - 8 von 13: Ernährung (Essen und Trinken), Wohnung (Lebensraum), Erholung (Freizeit, Ruhe; <i>ergänzt: Luft</i>), Geistespflege (Bildung, Erziehung), Familienleben (→ Soziales Netzwerk), Ärztliche Hilfe und Krankenpflege, Unfallverhütung und Erste Hilfe (→ die vier zu 1 machen), Ausbildung zur wirtschaftlichen Tüchtigkeit (→ Arbeit) .	Es gibt viele Faktoren, die unsere Gesundheit beeinflussen.
2	Einfluss eines sozialen Netzwerks auf die Gesundheit darstellen.	Forschungen zeigen, dass sich auch soziale Bedürfnisse auf unsere Gesundheit auswirken.
3	Medikamente prallen von Mensch ab. (Anm.: Anerkennung der Medizin: Meds helfen auch, aber nicht nur → Vlt. gehen manche Medikamente in den Körper, aber nicht alle?) Körper, Seele, soziales Umfeld hängen zusammen. Manchmal braucht es was Anderes (zusätzlich).	Einige Probleme können nicht nur durch Ärzt:innen und Medikamente gelöst werden.
4	Bedürfnisse fliegen in den Körper, werden Bestandteil von diesem. Österreich PVE-Landkarte plopt auf; evtl. mit Pins oder dgl.	Um eine ganzheitliche Gesundheitsförderung und Versorgung zu ermöglichen, gibt es in Österreich seit 2015 sogenannte Primärversorgungseinheiten.
5	Grafische Darstellung unterschiedlicher Sozial- und Gesundheitsprofessionen (von links nach rechts: Ärztin, Psychotherapeutin, Physiotherapeut, Link Worker mit ?, Sozialarbeiterin, Hebammenhilfe, Diätologe) – diverse Darstellung der Personen, zugänglich, nicht zu elitär.	In diesen Primärversorgungseinheiten arbeiten Ärzt:innen und andere Gesundheits- und Sozialberufe zusammen.
6	Adam (älterer Mann) mit geknickter Haltung/Ausschnaufer bei Ärztin (sichtbarer Migrationshintergrund), sie verweist weiter.	Der 62-jährige Adam ist nicht mehr so gut zu Fuß. Adams Hausärztin in der Primärversorgungseinheit behandelt ihn medizinisch. Für eine ganzheitliche Gesundheitsförderung empfiehlt sie Adam, eine Tür weiterzugehen.
7	Präsentation Oliver (Link Worker).	Dort arbeitet Oliver. Olivers Fokus liegt auf der Behandlung ohne Medikamente.
8	Gespräch zwischen Adam und Oliver. Sprechblase „Einsam“ bei Adam.	Dazu sieht er sich Adams individuelle Gesundheitsfaktoren an. Als dafür geschulte Fachkraft nimmt Oliver besonders Rücksicht auf soziale und emotionale Bedürfnisse.

9	„Einsam“ bleibt. Bei Oliver Sprechblase: Soziales Netzwerk.	Gemeinsam besprechen Oliver und Adam Herausforderungen, Interessen und Ziele.
10	Angebote: Hund, Kochen, Schach als Sprechblase bei Oliver. (Sprechblase „Einsam“ ist weg, Soziale Netzwerke kann noch da sein (wie bei Jasmin später). Visualisierung des individuellen und partizipativen Lösungsansatzes: Entscheidungsmacht liegt bei Adam.	Individuelle Angebote werden von Oliver vorgeschlagen und zusammen werden passenden Lösungen gesucht.
11	Vernetzung von Oliver hervorheben. Regionale Angebote: Gärtnern, Nachbarschaftsunterstützungen, Bewegung, Schuldnerberatung, Malgruppe, usw.	Oliver hat ein breites Wissen über regionale Möglichkeiten und Angebote. Er ist gut vernetzt und vermittelt zu Aktivitäten und Dienstleistungen in der Gemeinde.
12	Adam wählt das Angebot „Hund“ aus. Zeigt mit dem Stock hin.	Adam erfährt von Oliver, dass jeden Sonntag eine Gruppe Freiwilliger gesucht wird, um Zeit mit Hunden im Park zu verbringen.
13	Adam im Hundepark mit anderen Menschen (Community). Positive Körperhaltung am Ende, aber nicht überzeichnen. Diversität: Rollifahrer:in, unterschiedliche Hautfarben, etc. (nicht zu viel).	Die Gespräche mit Oliver und die neuen Kontakte in der Gemeinde motivieren Adam, sein Leben gesünder zu gestalten.
14	Jasmin (mittleres Alter, jünger) sitzt und hat Schmerzen (Bauch u. Rücken). Sprechblasen „Schulden“, „Schmerzen“, „Stress“ bei ihr.	Auch Jasmin war schon öfters bei Oliver. Doch Jasmin ist kein Hunde-Fan. Um ihre Lebenssituation zu verbessern, benötigt sie etwas Anderes. Jasmin hat viel Stress in der Arbeit und weiß nicht, wie sie ihre Rechnungen bezahlen soll.
15	Sprechblase Schuldnerberatung, Bauchschmerzen verschwinden	Jasmin und Oliver haben einen Termin bei der Schuldnerberatung vereinbart.
16	Angebote tauchen bei Oliver als Sprechblasen auf (wie bei Adam, s.o.): Tennis, Schwimmen, Kochkurs	Zusätzlich haben sie Möglichkeiten besprochen, ihre Gesundheit zu fördern.
17	Auf Sprechblase „Schwimmen“ zeigen oder dgl.	Jasmin ist motiviert und möchte etwas Neues probieren.
18	Im Schwimmbad (lächend) zeigen mit anderen Personen (Community)	Sie entscheidet sich dafür, am wöchentlichen Schwimmkurs in ihrer Gemeinde teilzunehmen.
19	Oliver zeigen (Unterstützung), Bedürfnisse (vom Anfang) wieder zeigen.	Durch das vorgestellte Gesundheitskonzept werden Menschen darin unterstützt, sich in ihrem Alltag gesünder und wohler zu fühlen. Die vielfältigen menschlichen Bedürfnisse sind dabei besonders wichtig.
20	Jasmin und Adam in Aktion mit den Bedürfnissen zeigen (vgl. Anfang!).	Menschen werden eingeladen, eine aktive Rolle in ihrer eigenen Gesundheitsfürsorge einzunehmen.

Quelle: Eigene Darstellung

Übermittlung des visuellen Storyboards: Anschließend übermittelte Marc Trompetter jede Szene des Erklärvideos mit einem Bild mit der korrespondierenden Skriptstelle und ersuchte um Feedback hinsichtlich der erstellten Grafiken und des konkreten Ablaufs.

Feedback zum visuellen Storyboard: Das folgende Feedback richtete sich insbesondere auf die Sicherstellung der Diversitätsdimension bei der Darstellung der im Erklärvideo gezeigten Personen. Die folgenden Abbildungen zeigen die jeweiligen Bildszenen jeweils vor und nach dem Feedback. Darüber hinaus formulierte das Forschungsteam detailreiche Anpassungsersuchen, die hier nur beispielhaft behandelt werden:

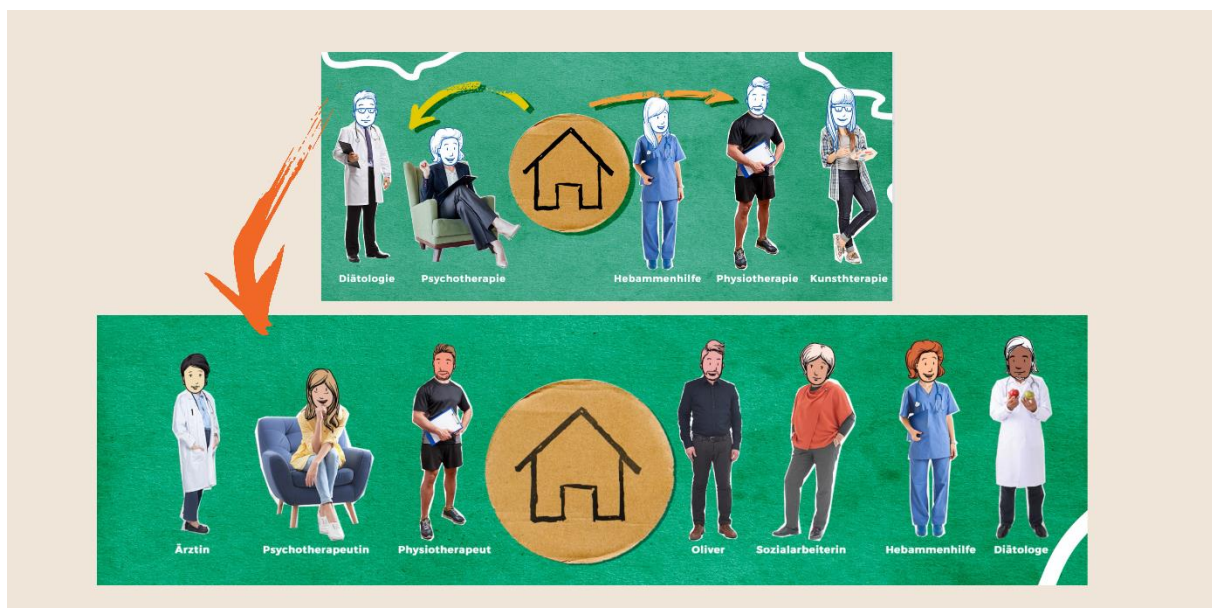


Abbildung 18: Vorher-nachher-Vergleich: Gesundheits- und Sozialberufe in der Primärversorgung
Quelle: Eigene Darstellung

Die Bildszenen in der Abbildung 19 auf der oberen linken Seite vermittelte dem Forschungsteam ein psychotherapeutisches Setting. Psychotherapeutische Effekte sind infolge der Inanspruchnahme eines Social Prescribing Angebots zwar nicht auszuschließen (vgl. Moffatt et al. 2017), zwecks konzeptioneller Abgrenzung ersuchte das Forschungsteam im Zuge des Feedbacks allerdings um geänderte räumliche Rahmenbedingungen, wie im Quadranten links unten in der Abbildung erkennbar ist.



Abbildung 19: Vorher-nachher-Vergleich: Räumlicher Kontext und Diversitätselemente bei Parkszenen
Quelle: Eigene Darstellung

In Abbildung 20 ist eine der Anfangsszenen des Erklärvideos zu sehen. Bei den grafischen Symbolen in den Kreisen handelt es sich um die Darstellung – leicht abgewandelter – gesundheitsrelevanter Bedürfnisse nach Ilse Arlt (vgl. Kapitel 1.2; Tabelle 10). Das Bedürfnis für „Wohnraum (Lebensraum)“ wurde zunächst als großes Haus dargestellt. Da viele Menschen in Österreich nicht in einem solchen Haus leben (können), ersuchte das Forschungsteam um eine – wie in der Abbildung 20 gezeigte – Anpassung. Das Grundbedürfnis „Familie“ schien für das Forschungsteam zu eng gefasst. Es wurde daher vom Forschungsteam auf ein *soziales Netzwerk* erweitert (vgl. Tabelle 10). Die Darstellung erfolgte zuerst in Form von drei weißen Personen mit Hemden. Diese vermitteln auf das Forschungsteam einen homogenen und leicht elitären Eindruck. Folglich ersuchte das Forschungsteam im Feedback um eine abstraktere, diversere Netzwerkdarstellung.

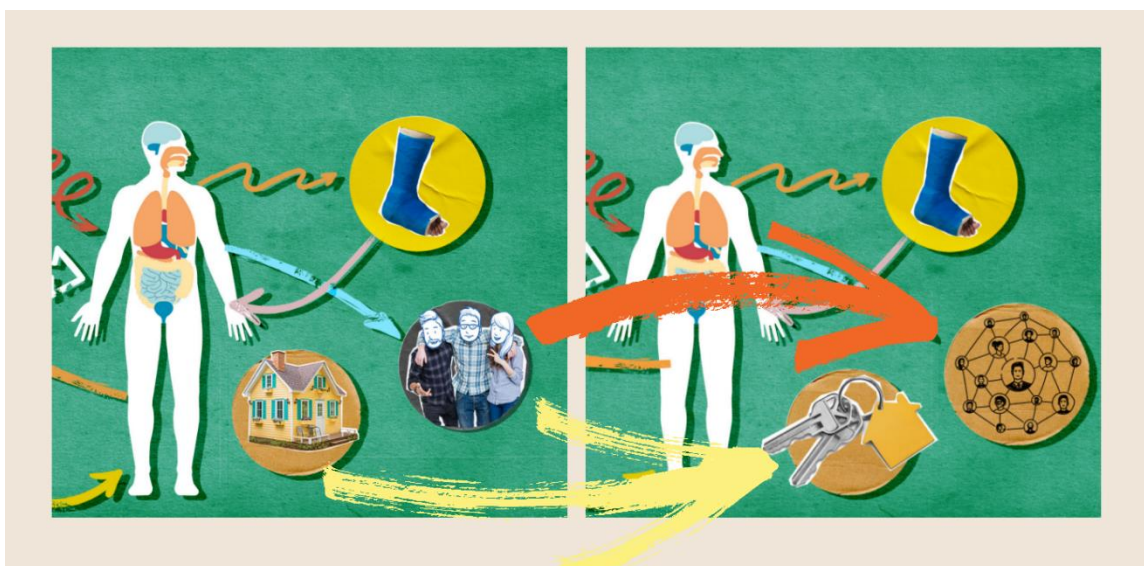


Abbildung 20: Rücksichtsvolle Visualisierung von menschlichen Grundbedürfnissen nach Ilse Arlt
Quelle: Eigene Darstellung

Animiertes Erklärvideo: Unter Berücksichtigung des Feedbacks fügte Marc Trompetter alle Bildszenen zusammen, animierte das Erklärvideo und übermittelte es dem Forschungsteam zur finalen Durchsicht.

²⁵ Antonia Löffler arbeitet als freie Journalistin, Autorin und Moderatorin in Wien. Sie verfügt über eine Sprechausbildung, fokussiert ihre berufliche Tätigkeit aktuell auf Radiofeatures und Reportagen für den Radiosender Ö1 (u.a. Tonspuren, Diagonal, Ambiente).

5.2 Produktionsergebnis

Die anschließende Abbildung 23 präsentiert das finale Ergebnis entlang des Videoskripts samt korrespondierender zentraler Bildszenen. Die Abbildung wurde einerseits chronologisch von 1 – 31 nummeriert (jeweils im oberen linken Quadranten, gelb unterlegt). Andererseits finden sich in den jeweilig abgebildeten Bildszenen im rechten unteren Quadranten die Nummerierungen der Tabelle 10, um damit das Ineinandergreifen der Inhalts- und Bildanweisungen samt dem damit verbundenen Videoskript und dem Endprodukt aufzuzeigen.

Durch das Scannen des gegenständlich abgebildeten QR-Codes gelangt man direkt auf das Videoportal YouTube, wo die finale Version des Erklärvideos über den Account des Ilse Arlt Instituts für Soziale Inklusionsforschung der Fachhochschule St. Pölten zum Abrufen dauerhaft bereitgestellt ist.



Abbildung 22: QR-Code zum Abrufen des Erklärvideos via YouTube
Quelle: (vgl. Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung 2021), eigene Darstellung









Abbildung 23: Bildszenen des koproduzierten Erklärvideos samt Videoskript, Seiten 94–97
Quelle: Eigene Darstellung

6 Phase IV: Online-Umfrage zur Österreich-spezifischen Begriffsfindung

Kalb Katharina

Der zweite forschungsleitende Schwerpunkt geht der Frage nach, *welche Begriffe sich auf Grund ihrer Beliebtheit für den in Großbritannien als „social prescribing“ bezeichneten gesundheitsbezogenen Interventionsansatz sowie die damit einhergehende spezialisierte Fachkraft („link worker“) für den österreichischen Primärversorgungskontext eignen*. Um die Frage zu beantworten, wurde eine Online-Umfrage durchgeführt. Im folgenden Abschnitt wird auf diese eingegangen.

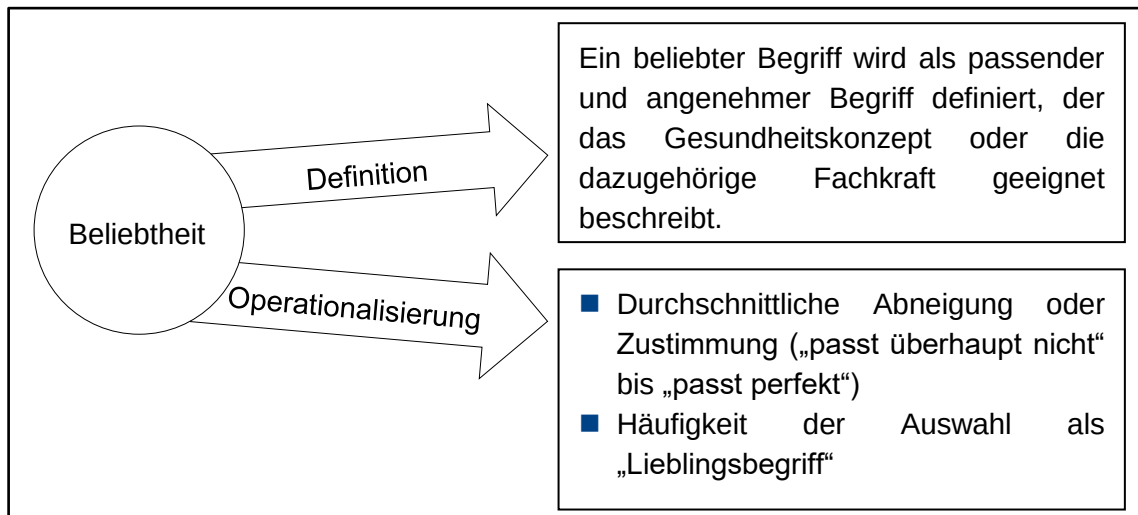
Zunächst wird konkretisiert, wie *Beliebtheit* operationalisiert und definiert wird. Der darauffolgende Teil widmet sich der Vorgehensweise und dem Erhebungsdesign. Dieser Abschnitt beinhaltet eine Erläuterung über den Prozess der Begriffssammlung, Informationen zur Vorgehensweise im *Pretest* sowie zur nicht-probabilistischen Stichprobenziehung. Ein Überblick über die teilnehmenden Personen wird im darauffolgenden Abschnitt gegeben. In Kapitel 6.3 richtet sich der Blick auf die deskriptive Ergebnisdarstellung. Die Abstimmungsergebnisse zu den Begriffsvorschlägen für das Gesundheitskonzept und die spezialisierte Fachkraft werden präsentiert und Begriffsvorschläge der Teilnehmenden mittels Wortwolke vorgestellt. Darauf aufbauend folgt, angelehnt an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010), eine induktive Auswertung der Kommentare. Anschließend werden die Ergebnisse in Abschnitt 6.5 reflektiert. Das Kapitel schließt mit einer Reflexion der Methodenwahl und -anwendung ab.

6.1 Operationalisierung

Für die Suche nach beliebten Begriffen für das Gesundheitskonzept und die dazugehörige Fachkraft für den Österreich-spezifischen Primärversorgungskontext benötigt es für die Datenerhebung und -auswertung eine Erklärung dafür, was unter dem Begriff *Beliebtheit* in der vorliegenden Arbeit verstanden wird.

Unter *Beliebtheit* kann nach einem konzeptionellen Verständnis eine Neigung oder ein Wunsch gemeint werden. Als beliebt wird etwas definiert, das „erwünscht, angenehm, passend“ (Pfeifer o.A.) ist.

Um diese *Beliebtheit* zu messen, wurden mittels Fragebogen 29 Begriffsvorschläge für das Gesundheitskonzept und 26 Begriffsvorschläge für die dazugehörige Fachkraft mithilfe der Auswahlmöglichkeit von „passt überhaupt nicht“ bis „passt perfekt“ abgefragt. Es gab sechs Antwortmöglichkeiten, um diese Zustimmung / Abneigung zu bewerten. Zusätzlich wurden die Teilnehmenden aufgefordert, ihren Lieblingsbegriff durch ein Rufzeichen hervorzuheben.



Im Fragebogen wurde darauf geachtet, dass die Items und Antwortformate möglichst leicht verständliche Darstellungen beinhalten (vgl. Döring / Bortz 2016:407). Die beschriebene Beliebtheit wurden mittels Herz- und Smiley-Symbol folgendermaßen abgefragt:

Abbildung 25: Abfrage der Beliebtheit in der Online-Umfrage
Quelle: (EUCUSA) Screenshot aus der Online-Umfrage

Die Umfrage wurde mittels der vollstrukturierten und effizienten Befragungstechnik der Online-Befragung umgesetzt. Diese wurde in Partnerschaft mit dem Beratungsunternehmen EUCUSA durchgeführt (vgl. EUCUSA o.A.). Sebastian Luzian war in diesen Belangen ein zentraler Kooperationspartner für das Forschungsteam. Der Softwareingenieur und Informatiker erklärte sich dazu bereit, beim technischen Aufbau des Fragebogens zu unterstützen und die Datenerhebung durchzuführen. Die individualisierte Umfrage wurde über das von EUCUSA bereitgestellte Feedbacksystem erstellt und durchgeführt.

Aufwand wurde mittels Fortschrittsbalken angezeigt (vgl. Döring / Bortz 2016:414f.). Angelehnt an den Aufbau eines standardisierten Fragebogens von Nicola Döring und Jürgen Bortz (2016) aus dem Werk „Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften“ wurde die Umfrage in sechs Elemente gegliedert, welche sich auf neun Seiten verteilten. Die Teilnehmenden waren nicht dazu verpflichtet, jede Frage zu beantworten. Die folgende Tabelle veranschaulicht den Aufbau²⁶.

Tabelle 17: Aufbau der Online-Umfrage

Seite	Element und Erläuterung	Inhalt
1	Fragebogeninhalt	Begrüßung und Vorstellung des Forschungsprojekts
2	Fragebogeninstruktion	Ablauf, Zeitdauer und Anonymitätssicherung
3	Inhaltliche Fragenblöcke (Erklärvideo)	Abspielen des Erklärvideos
4	Inhaltliche Fragenblöcke	Bewertung der Begriffe für das Gesundheitskonzept („passt überhaupt nicht“ bis „passt perfekt“)
		Eigene Begriffsvorschläge
		Kommentarfeld
5	Inhaltliche Fragenblöcke	Bewertung der Begriffe zur spezialisierten Fachkraft („passt überhaupt nicht“ bis „passt perfekt“)
		Eigene Begriffsvorschläge
		Kommentarfeld
6	Inhaltliche Fragenblöcke	Abfrage, ob das vorgestellte Gesundheitskonzept bereits vor dem Erklärvideo bekannt war.
7	Demografische Fragen	Demografische Fragen: ■ Österreichbezug – Gewöhnlicher Aufenthalt ■ ländlich, eher ländlich, eher städtisch, städtisch ■ Alter ■ Geschlecht ■ Staatsangehörigkeit ■ Beschäftigung ■ monatliches Nettoeinkommen
8	Fragebogen Feedback	Abschließende Bemerkungen
9	Verabschiedung	Vielen Dank für Ihre wertvolle Zeit und Ihr Interesse an unserer Forschung!

Quelle: (vgl. ebd.), eigene Darstellung

²⁶ Eine Darstellung der gesamten Online-Umfrage ist dem Anhang in der Tabelle 23 zu entnehmen.

6.2.1 Bewertung der gesammelten Begriffe

Für die Begriffsbewertungen in der Online-Umfrage wurden im Vorfeld Begriffe für den gesundheitsbezogenen Interventionsansatz Social Prescribing und die spezialisierte Fachkraft (Link Worker:innen) mittels folgender Unterstützungen gesammelt:

- Begriffssammlung mit Mitgliedern des Forschungslabors Social Prescribing;
- Begriffssammlung in der Fokusgruppe I (vgl. Kapitel 4.2.4.4);
- Begriffssammlung bei der Armutskonferenz im Workshop Social Prescribing, am 30.09.2021 zum Projekt „Sichtbar Werden“;
- Begriffssammlung im Arbeits- sowie im privaten Umfeld.

Um für die Online-Umfrage eine geeignete Menge von Begriffen zur Bewertung zu präsentieren, schien es geboten, die Anzahl der im Zuge des Forschungsprozesses gesammelten Begriffe auf ein angemessenes Ausmaß zu reduzieren. Hierbei wurde unter anderem darauf Wert gelegt, die Vorschläge der Expert:innen der ersten Fokusgruppe zu berücksichtigen (vgl. Kapitel 4.2.4.4). Gleichzeitig wurde auf ein hohes Ausmaß an terminologischer Diversität geachtet, um damit ein breites Begriffsangebot zur Bewertung zur Verfügung zu stellen. Als ungeeignet galten demnach Begriffe, die als zu komplex, zu abstrakt, potenziell unverständlich oder zu wenig präzise wahrgenommen wurden. Eine Sammlung der Begriffe, die während des Forschungsprozesses aufkamen, aber nicht in der Online-Umfrage integriert wurden, ist dem Anhang zu entnehmen (vgl. s.A., Tabelle 24). Zur Sicherstellung einer angemessenen und möglichst objektiven Begriffsauswahl, erfolgte eine Präsentation und Diskussion innerhalb des Forschungslabors Social Prescribing, welche die Auswahl in der gewählten Form befürwortete. Neben den nachfolgend angeführten Begriffsvorschlägen gab es für die Teilnehmenden der Online-Umfrage außerdem die Möglichkeit, Vorschläge in einem Kommentarfeld zu hinterlassen.

Für das Gesundheitskonzept (Social Prescribing):

- | | |
|----------------------------|---|
| ■ Wohlbefinden auf Rezept | ■ Gesundheitsnetz |
| ■ Rat auf Rezept | ■ Wohlvernetzt |
| ■ Wohlbefinden auf Rezept | ■ Sozial und vernetzt |
| ■ Mein Rezept | ■ Gsund |
| ■ Unterstützung auf Rezept | ■ SoGsund |
| ■ Sozialvermittlung | ■ Gesundheitsgreißlerei |
| ■ Sozialrezept | ■ Gesund:sozial:verbunden |
| ■ Sozialarbeit auf Rezept | ■ Gesundheitskompass |
| ■ Soziales Rezept | ■ Gesundheitslink |
| ■ Sozept | ■ Gemeinsam:Gesund |
| ■ Soziale Verschreibung | ■ Gesund:vernetzt |
| ■ Sozialverschreibung | ■ Gesundheitsradar |
| ■ Social Prescribing | ■ Von der Gemeinschaft für die Gemeinschaft |
| ■ Netz-Gesundheit | ■ Gesundheitsnavigation |

Für die dazugehörige Fachkraft (Link Worker:innen):

- | | |
|---|--|
| ■ Lotse / Lotsin ²⁷ | ■ Sozialarbeiter / Sozialarbeiterin |
| ■ Gesundheitslotse / Gesundheitslotsin | ■ Wohlvermittler / Wohlvermittlerin |
| ■ Gesundheitskoordinator /
Gesundheitskoordinatorin | ■ Gesundheitsguide |
| ■ Sozialratgeber / Sozialratgeberin | ■ Gesundheitsagent / Gesundheitsagentin |
| ■ Sozialvermittler / Sozialvermittlerin | ■ Gesundheitsverbindungsberater /
Gesundheitsverbindungsberaterin |
| ■ Vernetzungsexperte für Soziales /
Vernetzungsexpertin für Soziales | ■ Gesundheitsmentor / Gesundheitsmentorin |
| ■ Vernetzungshelfer für Soziales /
Vernetzungshelferin für Soziales | ■ Gesundheitsaktivator / Gesundheitsaktivatorin |
| ■ EmpowPartner / EmpowPartnerin | ■ Sozialer Gesundheitscoach / Soziale
Gesundheitscoachin |
| ■ Gesundheits:NAVI | ■ Ko-Pilot für Gesundheit und Wohlbefinden / Ko-
Pilotin für Gesundheit und Wohlbefinden |
| ■ Link Worker / Link Workerin | ■ Assistent für Gesundheit und Wohlbefinden /
Assistentin für Gesundheit und Wohlbefinden |
| ■ Gesundheitsvermittler /
Gesundheitsvermittlerin | ■ Stütze für Gesundheit und Wohlbefinden |
| ■ Gesundheitsmakler / Gesundheitsmaklerin | ■ Navigator / Navigatorin |
| ■ Sozialmakler / Sozialmaklerin | |

6.2.2 Pretest

Die Umfrage wurde vor der Erhebung in mehreren Durchgängen mit dem Ziel getestet, „mögliche Probleme beim Beantworten zu identifizieren, um das Instrument dann entsprechend zu verbessern“ (Döring / Bortz 2016:411). Das Feedback und die Verbesserungsvorschläge sind durch das Testen einer Demoversion entstanden.

Es wurde ein Feedback zur Online-Umfrage durch die Mitglieder des Forschungslabors Social Prescribing eingeholt, welche schriftlich Verbesserungsvorschläge hinterließen und gegebenenfalls auf Unstimmigkeiten aufmerksam machten (vgl. ebd.). Zusätzlich wurde der technische Ablauf der Datenerhebung und -auswertung getestet und auf seine Richtigkeit überprüft, indem die Online-Umfrage zwei Mal testweise durchgeführt wurde. Die technischen Pretests wurden mit einem Testzugang umgesetzt und bei der Datenauswertung nicht berücksichtigt. Folgende Optimierungsmöglichkeiten wurden deutlich:

- Die erste Seite der Online-Umfrage beinhaltete zu viel Information, vor allem der Text auf der Handyversion wurde als sehr erdrückend wahrgenommen. Daher wurden die Begrüßung und die Vorstellung des Forschungsprojekts vom Ablauf, der Zeitdauer und der Information über die Anonymität getrennt und der Text gekürzt. Aus einer Startseite wurden daher zwei.

²⁷ In der Online-Umfrage wurde die geschlechterspezifische Schreibweise präsentiert und ausgeschrieben, um den Eindruck zu vermeiden, der Doppelpunkt gehöre zum Begriffsvorschlag, wie beispielweise bei „Gesund:vernetzt“.

- Aufgrund ihrer hohen Komplexität offenbarten sich standardisierte Auswahlmöglichkeiten für die Befragung als ungeeignet. Um die Anwendung der öffentlichen Online-Umfrage möglichst verständlich und niederschwellig zu gestalten, wurden komplexe Darstellungen, wie etwa die „Slider“-Darstellung, durch Antwortmöglichkeiten ersetzt. Außerdem wurde die Abfrage nach der Zustimmung von einer prozentualen Bewertung zu einer Skala mit sechs Antwortmöglichkeiten modifiziert und mittels Smileys nach der Zustimmung / Ablehnung gefragt (vgl. Kapitel 6.1).
- Überdies wurden Schwierigkeiten beim Abspielen des Erklärvideos deutlich, weshalb die Videodatei zusätzlich komprimiert wurde. Dadurch konnten das Buffering (Zwischenspeichern) verbessert und die Wiedergabe des Streamings beschleunigt werden.
- Neben Verbesserungen in Verständlichkeits- und Rechtschreibaspekten wurde die Notwendigkeit weiterer, in Bezug auf möglichst niederschwellige Antwortmöglichkeiten ersichtlich. So wurde vor allem bei den demografischen Fragen diskutiert, welche Antwortmöglichkeiten an welcher Stelle zu setzen sein sollten (z.B. geringes Einkommen zuerst).

Abschließend wurde die Online-Umfrage fertiggestellt und war unter einem Weblink abrufbar.

6.2.3 Stichprobenziehung

Um der Forschungsfrage nachzugehen, welche Begriffe sich auf Grund ihrer Beliebtheit für den in Großbritannien als „social prescribing“ bezeichneten gesundheitsbezogenen Interventionsansatz sowie die damit einhergehende spezialisierte Fachkraft („link worker“) für den Österreich-spezifische Primärversorgungskontext eignen, wurde die Online-Umfrage in einem möglichst breiten Umfeld geteilt.

Die Stichproben haben sich durch die öffentliche Verteilung der Online-Umfrage gebildet, weshalb es sich nicht um einen geschlossenen teilnehmenden Kreis handelte, sondern um eine passive Rekrutierung und um nicht-probabilistische Stichproben. Bedingt durch die willkürliche Teilnahme der Teilnehmenden können nicht-probabilistische Stichproben nicht zur Beschreibung der Population herangezogen werden, jedoch für eine Theoriebildung oder zur Hypothesenüberprüfung nützlich sein (vgl. Döring / Bortz 2016:307f.). Wie in den meisten empirischen Studien kann auf die Selbstselektions-Stichprobe verwiesen werden. Diese legt nahe, dass „überwiegend besonders motivierte Personen aus eigenem Antrieb teilnehmen (z.B. aufgrund ihres besonderen Interesses am Thema)“ (ebd.:306). Die Online-Umfrage besitzt den Charakter einer Gelegenheitsstichprobe, da gerade disponible Personen teilnehmen (vgl. ebd.:305, 411). Das Forschungsteam, Mitglieder des Forschungslabors Social Prescribing, Dozierende, und das soziale Umfeld unterstützten bei der Verbreitung der Online-Umfrage. Darüber hinaus wurde „bewusst bzw. systematisch in den Auswahlprozess eingegriffen“ (ebd.:307), indem die Umfrage beispielsweise gezielt in

der Wohnungslosenhilfe oder der Ärztekammer Wien (WÄK) geteilt wurde. Die WÄK hat zusätzlich einen separaten Link samt abgeändertem Fragebogen erhalten, welcher in ihrem Newsletter am 16.12.2021, inklusive Informationen zum Forschungsprojekt, angeführt wurde. Da es sich hier um eine spezifische Zielgruppe drehte, handelte es sich um eine aktive Rekrutierung (vgl. ebd. :307f.). Aufgrund der Teilnahme von lediglich fünf Wiener Ärzt:innen wurden die Antwortbögen nicht zuletzt aus datenschutzrechtlichen Gründen gemeinsam mit den restlichen Antworten ausgewertet.

Der Befragungszeitraum war vom 15.10.2021 bis zum 19.01.2022. Das Forschungsteam nutzte neben dem privaten und familiären Umfeld insbesondere folgende Informationskanäle bzw. trat an folgende Personen sowie Institutionen und deren Vertreter:innen mit dem Ersuchen heran, an der Online-Umfrage teilzunehmen und diese im Sinne des Schneeballsystem zu teilen (vgl. ebd.:308):

Tabelle 18: Verteilung der Online-Umfrage

Personen und Institutionen
Bundesschülervertretung
Caritas Österreich / Caritas Wien
Diakonie Österreich / Diakonie Wien
Bestehende Einrichtungen der medizinischen Primärversorgung Österreich
Kammer für Arbeiter und Angestellte
Masterstudiengang der Sozialen Arbeit der Fachhochschule St. Pölten (MSO 20 & MSO 21)
Österreichische Ärztekammer und alle neun Landesärztekammern
Österreichische Gesundheitskassa (Ansprechpartner: Timo Fischer)
Teilnehmende der Fokusgruppe I und II (vgl. Kapitel 4.2.; Kapitel 4.3)
Teilnehmende der Projektvernissage der Fachhochschule St. Pölten vom 18.01.2022
Verein Sindbad
Verein für Gemeinwesenintegration und Normalisierung (GIN)
Vernetzungsplattform Connect-Sozial.at (Ansprechpartner: Florian Zahorka)
Wohnungslosenhilfe Caritas Wien
Sonstige Informationskanäle
Ärztekammer Wien Newsletter am 16.12.2021
connect-social @ alle
Kultur- und Sozialanthropologie Wien Facebookgruppe
Kunsttherapie Wien WhatsApp Gruppe
Public Health Newsletter (vgl. Fischer et al. 2021)
Soziale Arbeit St Pölten Facebookgruppe

Quelle: (vgl. ebd.), eigene Darstellung

6.2.4 Beschreibung der Teilnehmenden

Bischof Thiemo

An der nicht-repräsentativen Online-Umfrage nahmen insgesamt 434 Personen teil. Der folgende Abschnitt veranschaulicht anhand der erhobenen demografischen Daten überblicksmäßig, welche Personengruppen sich an der Begriffsfindung beteiligten. Gefragt wurde nach dem *gewöhnlichen Aufenthalt* und ob dieser in einem *städtischen oder ländlichen* Raum liegt. Zudem wurden *Alter*, *Geschlecht*, *Staatsangehörigkeit*, *Beschäftigung* sowie das *monatliche Nettoeinkommen* abgefragt.

Wie der Abbildung 25 zu entnehmen ist, sind alle neun Bundesländer repräsentiert. Der überwiegende Anteil 42%²⁸ (N = 184) lebt in *Wien*, gefolgt von *Niederösterreich* mit 18 % (N = 79) und 9 % (N = 39) in *Vorarlberg*. Fünf Personen nahmen teil (1 %), die trotz fehlenden gewöhnlichen Aufenthaltes über einen *starken Bezug zu Österreich* verfügen.

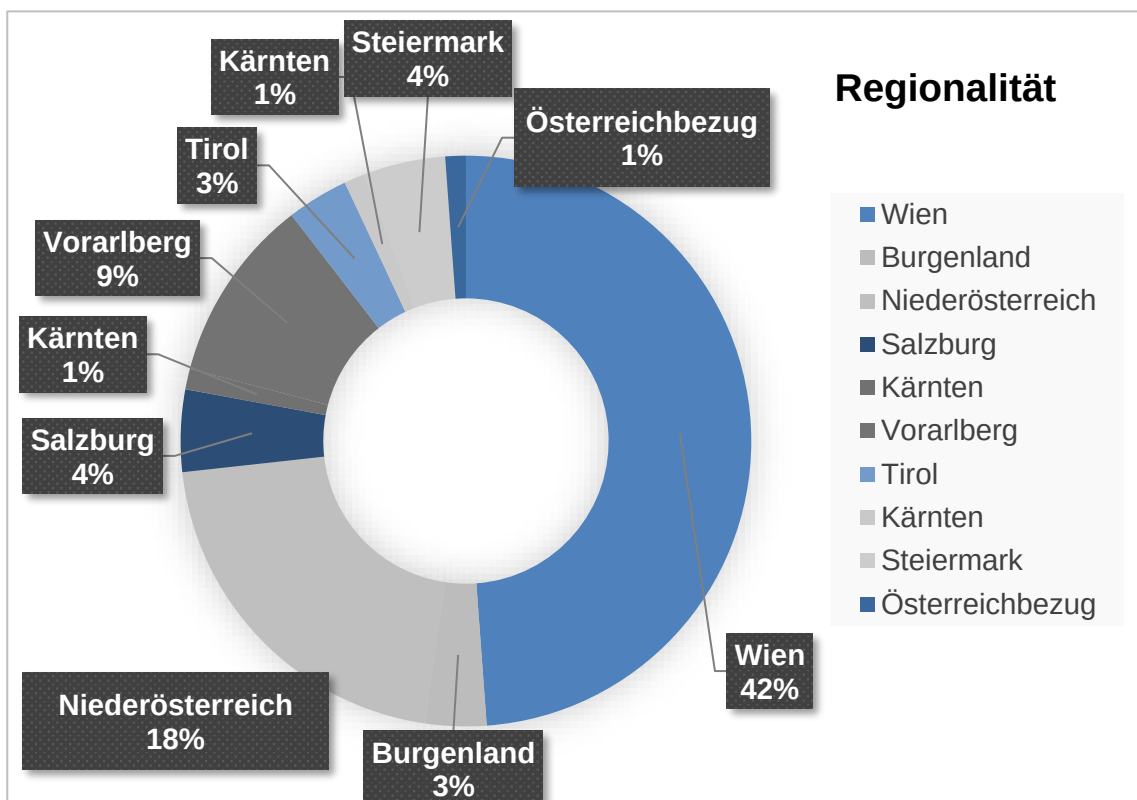


Abbildung 26: Regionalität / Österreichbezug

Quelle: Eigene Darstellung

Mehr als die Hälfte (N = 225/434; 52 %) führte an, in einer *städtischen Region* wohnhaft zu sein. Von den 434 Teilnehmenden gaben 75 an, aus einer *eher städtischen Region* (17 %) und jeweils 62 Personen aus *eher ländlichen* oder *ländlichen Regionen* (jeweils 14 %) zu kommen. Die Frage wurde von zehn Personen nicht beantwortet (2 %).

²⁸ Die Prozentangaben wurden bei der Auswertung gerundet, weshalb die Summe stellenweise nicht exakt 100 % ergibt.

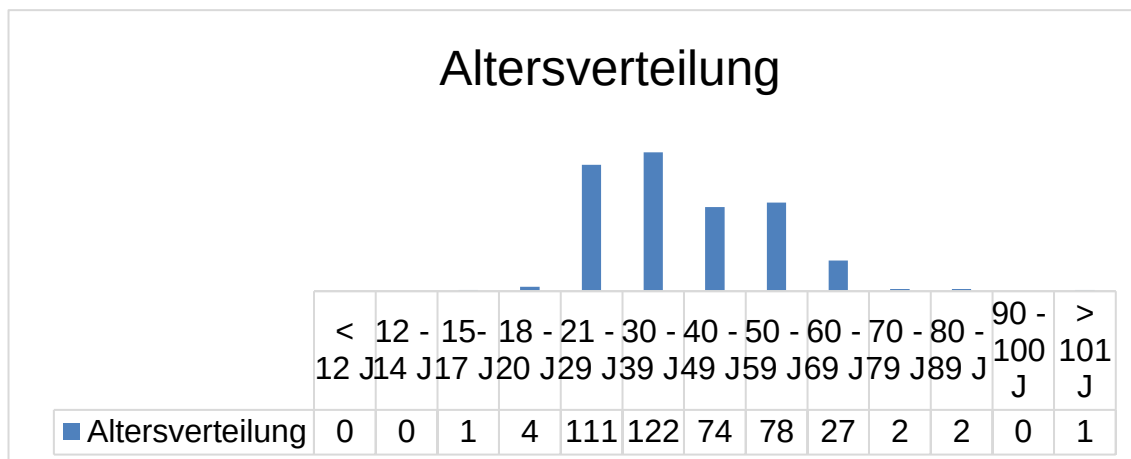


Abbildung 27: Altersverteilung

Quelle: Eigene Darstellung

Hinsichtlich der Altersverteilung ist festzustellen, dass der überwiegende Anteil der Teilnehmenden zwischen 21 und 69 Jahren alt war. Trotz aktiver Bemühungen seitens des Forschungsteams (vgl. Kapitel 6.2.3) nahmen an der Online-Umfrage mit einer Ausnahme keine Minderjährigen teil. Die anteilmäßig größte Altersgruppe bilden die *30-39-Jährigen* (N = 122; 28 %) gemeinsam mit den *21-29-Jährigen* (N = 111; 26 %).

Rund zwei Drittel der Teilnehmenden identifizierten sich als *weiblich* (N = 277; 64 %) und etwa ein Drittel als *männlich* (N = 140; 32 %). Neun Personen (2%) wählten die Kategorie *divers* und acht Personen machten ausdrücklich *keine Angabe*.

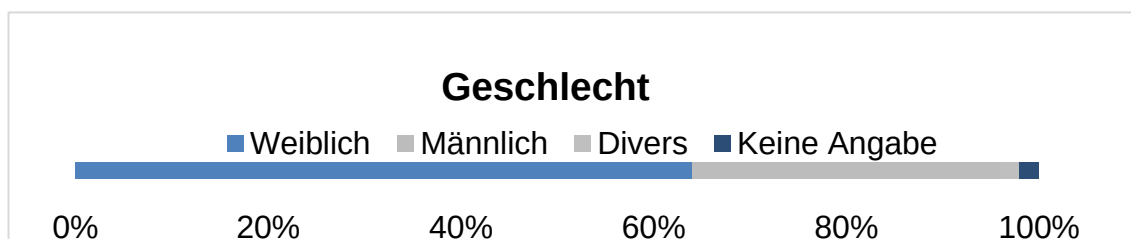


Abbildung 28: Geschlechterverteilung

Quelle: Eigene Darstellung

Der weit überwiegende Anteil der Teilnehmenden waren *österreichische Staatsangehörige* (N = 384; 88 %). Die zweit meist gewählte Staatsbürger:innenschaft war die *deutsche* (N = 19; 4 %). Während zwei Personen anführten *staatenlos* zu sein, nahmen Staatsbürger:innen folgender Staaten durch jeweils ein bis zwei Personen an der Online-Umfrage teil: *Bosnien und Herzegowina*, *Finnland*, *Griechenland*, *Großbritannien*, *Italien*, *Niederlande*, *Polen*, *Slowakei*.

Der Großteil der Teilnehmenden (N = 328; 76 %) gab an, *erwerbstätig* zu sein, etwa ein Drittel (30 %), in einem Ausbildungsverhältnis an einer *Hochschule* zu stehen. In *Pension* befanden sich 24 Teilnehmende (6 %). Weitere 16 (4 %) seien *pflegend tätig*. Jeweils elf Teilnehmende (3 %) befanden sich in *Karenz* oder wählten die Kategorie *Anderes*. Jeweils drei Personen gaben an, *ausschließlich haushaltsführend, ohne Lohnarbeit und arbeitssuchend oder im Rahmen einer Lehrausbildung* tätig zu sein. Die Optionen *ohne*

Lohnarbeit, dauerhaft arbeitsunfähig und Präsenz-/Zivildienst wählte jeweils eine Person. Neun Personen (2 %) machten *keine Angabe*. Lediglich sechs Personen besuchten eine Schule. Hinsichtlich der Darstellung der Einkommensverhältnisse wird auf die Abbildung 28 verwiesen.

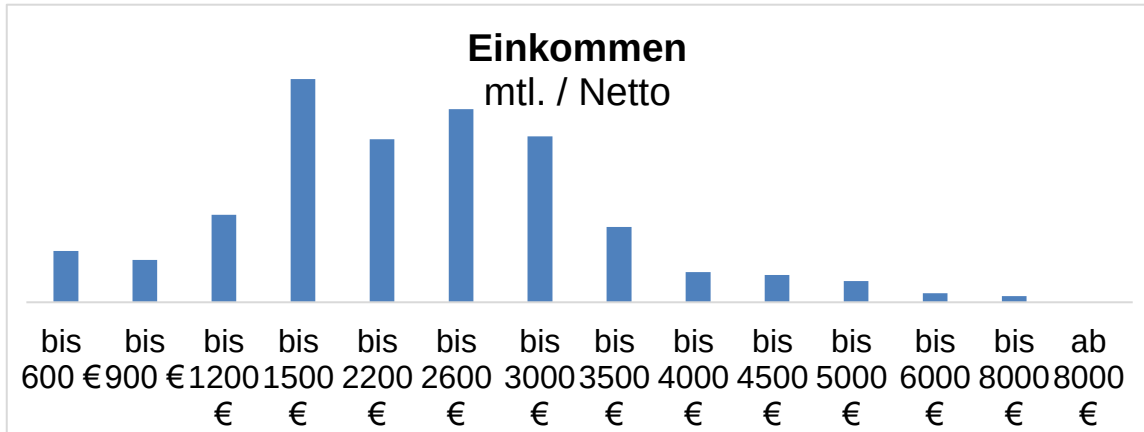


Abbildung 29: Monatliches Nettoeinkommen

Quelle: Eigene Darstellung

Von den insgesamt 434 Teilnehmenden gaben 224 Personen (52%) an, das vorgestellte *Gesundheitskonzept* vor Betrachtung des Erklärvideos *nicht gekannt* zu haben. Die Frage wurde von beinahe allen Teilnehmenden (N = 429; 98,8%) beantwortet.

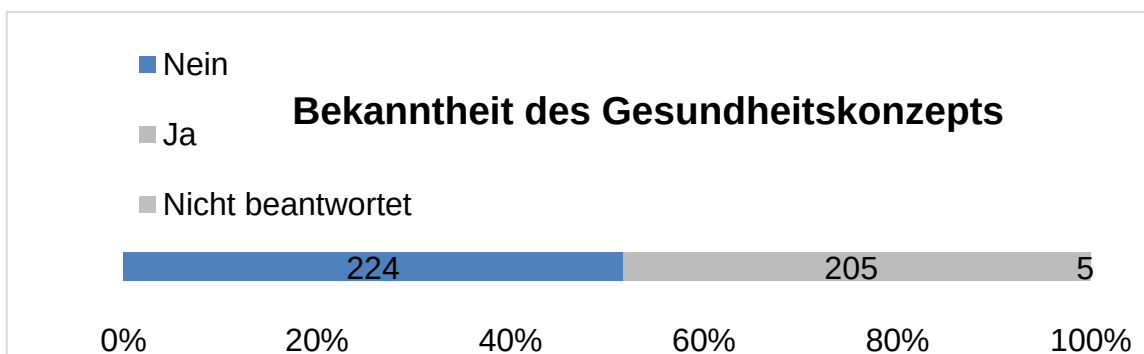


Abbildung 30: Vorherige Kenntnis des Gesundheitskonzepts

Quelle: Eigene Darstellung

Mit einem übergreifenden Blick, der auf die am häufigsten gewählten Kategorien gerichtet ist, kann abschließend festgehalten werden, dass es sich bei einem Großteil der Teilnehmenden um 21 bis 39-jährige weibliche österreichische Staatsbürger:innen handelt, die mehrheitlich im urbanen Raum – vorrangig Wien – leben, einer Erwerbstätigkeit mit einem durchschnittlichen Einkommen (vgl. Statistik Austria 2020b) nachgehen und das Gesundheitskonzept Social Prescribing vor Teilnahme an der Online-Umfrage noch nicht kannten.

6.3 Deskriptive Ergebnisdarstellung

Kalb Katharina

In Folgendem wird die Häufigkeitsanalyse präsentiert. Der Fokus liegt darauf, Begriffe für das Gesundheitskonzept sowie für die dazugehörige Fachkraft nach ihrer Beliebtheit zu bewerten. Es wurde die durchschnittliche Zustimmung oder Ablehnung der Begriffe („passt perfekt“ bis „passt überhaupt nicht“) und die Menge der Auswahl als „Lieblingsbegriff“ bewerteter Bezeichnungen erfasst. Die Begriffsvorschläge der Teilnehmenden werden ebenfalls präsentiert. Nachfolgend wird auf die Begriffsbewertungen hinsichtlich des Gesundheitskonzepts Social Prescribing eingegangen.

6.3.1 Gesundheitsbezogener Interventionsansatz – Social Prescribing

Im Folgenden wird zunächst auf die Bewertung der vorgeschlagenen Begriffe zu dem gesundheitsbezogenen Interventionsansatz Social Prescribing Bezug genommen. Daraufhin werden die von den Teilnehmenden vorgeschlagenen Begriffe präsentiert.

6.3.1.1 Begriffsbewertung

Folgende Tabelle gibt die Beliebtheit der vorgeschlagenen Begriffe für Social Prescribing wieder. In der linken Spalte wird die Nummerierung des Platzes nach dem Mittelwert der Zustimmung angezeigt. In der zweiten Spalte ist der Mittelwert angegeben und in der dritten der Begriff. Die vierte Spalte veranschaulicht, wie oft der gewählte Begriff als Lieblingsbegriff gewählt wurde. Spalte fünf zeigt, welchen Platz der Begriff nach der Reihung der häufigsten Angabe als Lieblingsbegriff einnimmt. Gleich hoch bewertete Begriffe werden mit einem Stern (*) markiert. Die ersten zehn Begriffe, die als Lieblingsbegriff gewählt wurden, sind hervorgehoben²⁹.

Zwischen 86,4% und 88,9% der Teilnehmenden haben die Begriffe mittels Skala von eins bis sechs bewertet. 343 Teilnehmende (79,03%) haben einen Lieblingsbegriff angegeben.

Tabelle 19: Ergebnisdarstellung: Gesundheitskonzept

Spalte 1	Spalte 2	Spalte 3	Spalte 4	Spalte 5
Platz nach Mittelwert (28 Plätze)	Mittelwert: Bewertung nach Zustimmung: 1 (passt perfekt) bis 6 (passt überhaupt nicht)	Begriff	Wie oft wurde der Begriff als Lieblingsbegriff markiert?	Platz nach Lieblingsbegriff (20 Plätze)
1	2,988505747	Gesund:sozial:verbunden	43	1
2	3,04137931	Gesundheitsnetz	37	2

²⁹ Dem Anhang ist eine weitere Tabelle zu den einzelnen Bewertungen von eins bis sechs sowie eine separate Tabelle zu den Lieblingsbegriffen zu entnehmen (vgl. s.A., Tabellen 25, 26).

3	3,055172414	Gesundheitskompass	31	3
4	3,177011494	Gemeinsam: Gesund	22	4*
5	3,303448276	Wohlvernetzt	12	9*
6	3,314942529	Gesund: vernetzt	13	8
7	3,381609195	Mein Wohlsein	21	5
8	3,429885057	Sozial und vernetzt	3	17
9	3,703448276	Sozialvermittlung	6	14
10	3,717241379	Gsund	8	12*
11	3,731034483	Wohlbefinden auf Rezept	22	4*
12	3,754022989	Social Prescribing	10	11*
13	3,756321839	Sozialarbeit auf Rezept	20	6
14*	3,76091954	Unterstützung auf Rezept	5	15*
14*	3,76091954	Gesundheitsnavigation	8	12*
15	3,84137931	SoGsund	11	10
16	3,898850575	Sozialrezept	7	13*
17	3,935632184	Soziales Rezept	10	11*
18	3,949425287	Wohlsein auf Rezept	5	15*
19	3,986206897	Rat auf Rezept	4	16*
20	4,025287356	Gesundheitsradar	0	20*
21	4,050574713	Netz-Gesundheit	4	16*
22	4,101149425	Von der Gemeinschaft für die Gemeinschaft	2	18
23	4,126436782	Gesundheitsgreißlerei	15	7
24	4,135632184	Gesundheitslink	1	19
25	4,204597701	Mein Rezept	7	13*
26	4,255172414	Sozept	12	9*
27	4,285057471	Soziale Verschreibung	0	20*
28	4,312643678	Sozialverschreibung	4	16*

Quelle: Eigene Darstellung

Im Hinblick auf die demografischen Daten konnte kein maßgeblicher Zusammenhang zwischen den jeweiligen demografischen Ausprägungen und den Begriffsbewertungen erkannt werden.

6.3.1.1.1 Zusammenfassende Diskussion

Für den gesundheitsbezogenen Interventionsansatz haben lediglich die ersten drei Begriffe *Gesund:sozial:verbunden*, *Gesundheitsnetz* und *Gesundheitskompass* eine Zustimmung von über 50 %.

Im Hinblick auf die Beliebtheit nach der durchschnittlichen Bewertung sowie nach der Häufigkeit der markieren Lieblingsbegriffe sind bei beiden Abfragemethoden die drei erstplatzierten Begriffe jeweils die gleichen (vgl. Tabelle 19 Spalte eins und Spalte fünf). Die viert- bis zehntplatzierten Begriffe zeigen vereinzelt Unterschiede: So ist der Begriff *Sozept* auf Platz 9 statt nach dem Mittelwert auf Platz 26, die *Gesundheitsgreißlerei* auf

Platz 7 statt 23, *SoGsund* auf Platz 10 statt 15, *Sozialarbeit auf Rezept* auf Platz 6 statt 13 und *Wohlbefinden auf Rezept* auf Platz 4 statt 11. *Sozial und vernetzt*, *Sozialvermittlung* und *Gsund* fallen jedoch jeweils in den Plätzen nach hinten und sind nicht mehr unter den ersten zehn Platzierten.

Die Tabelle im Anhang zeigt, wie häufig die Begriffe mit eins bis sechs Punkten bewertet worden sind. *Gesund:sozial:verbunden* wurde 60-mal und somit am häufigsten mit einem Punkt bewertet (d.h. passt perfekt) und 64-mal mit sechs Punkten (d.h. passt überhaupt nicht) bewertet. Am wenigsten oft mit sechs Punkten bewertet wurde der *Gesundheitskompass* mit 47-mal. Am häufigsten mit sechs Punkten markiert wurde das *Sozept* mit 186 Punkten. Nichtsdestotrotz wurde es zwölfmal als Lieblingsbegriff gewählt.

Besonders die schlechte Bewertung des bereits in Praxis und Schrifttum verwendeten Begriffs (vgl. Kapitel 3.3) *Soziale Verschreibung* hat das Forschungsteam überrascht. Dieser ist lediglich auf Platz 27 von 28 und wurde nie als Lieblingsbegriff bewertet. Ebenfalls wurde der Begriff in geringster Anzahl mit einem Punkt (d.h. passt perfekt) bewertet. Nur der Begriff *Gesundheitsradar* wurde auch nie als Lieblingsbegriff ausgewählt (vgl. s.A., Tabelle 26). *Social Prescribing* und *Sozialarbeit auf Rezept*, Begriffe, die, wie im Kapitel zu der aktuellen terminologischen Diskussion ersichtlich wurde, in der Literatur und Praxis verwendet werden (vgl. Kapitel 3.2), befinden sich nach dem Mittelwert hingegen noch in der oberen Hälfte der Plätze (Plätze 12 und 13 von 28). *Sozialarbeit auf Rezept* wurde 20-mal als Lieblingsbegriff gewählt, *Social Prescribing* hingegen zehnmal (vgl. Tabelle 19).

6.3.1.2 Vorgeschlagene Begriffe

Mittels Kommentarfelder konnten eigene Begriffe hinzugefügt werden. Das Kommentarfeld wurde 144-mal genutzt. Es wurden 169 Begriffe vorgeschlagen. Teilweise wurden zur Bewertung präsentierte Begriffe im Kommentarfeld wiederholt. Naheliegend ist, dass Teilnehmende damit die Bedeutung des Begriffes hervorzukehren versuchten. Folglich werden die vorgeschlagenen Begriffe für das Gesundheitskonzept in einer Wortwolke präsentiert. Die Größe der Begriffe steht im Verhältnis zur jeweiligen Selektionshäufigkeit. Dabei war die Nennung des Begriffes *Rundum Gesund*, welcher mit diversen Schreibweisen (z.B.: *rundum gsund*, oder *rundumxund*) elfmal vorgeschlagen wurde, besonders auffallend. Darüber hinaus wurden 56-mal Begriffe, die das Adjektiv *sozial* beinhalten, vorgeschlagen. Weitere 78 Wortkreationen enthalten das Wort *Gesund*. Des Weiteren wurden zwölfmal Begriffe mit *ganzheitlich* vorgeschlagen. *Gemeinsam gesund* wurde fünfmal genannt. Eine alphabetisch geordnete Auflistung aller Begriffe ist dem Anhang zu entnehmen (vgl. s.A., Tabelle 31).



Abbildung 31: Begriffsvorschläge für den gesundheitsbezogenen Interventionsansatz
 Quelle: Eigene Darstellung

6.3.2 Spezialisierte Fachkraft – Link Worker:in

Neben den Begriffen für das Gesundheitskonzept wurden ebenfalls Begriffe für die spezialisierte Fachkraft bewertet. Diese Beurteilung wird anschließend präsentiert. Darauf folgend werden die Vorschläge der Teilnehmenden dargestellt.

6.3.2.1 Begriffsbewertung

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Beliebtheit der vorgeschlagenen Begriffe für die spezialisierte Fachkraft. Die Reihenfolge der Platzierungen (nach dem Mittelwert) ist in der ersten Spalte angegeben. In der zweiten Spalte folgen der Mittelwert und der dazugehörige Begriff in der dritten Spalte. Spalte vier zeigt, wie häufig ein Begriff als Lieblingsbegriff ausgewählt wurde. Welchen Platz der Begriff nach der Häufigkeit der Wahl zum Lieblingsbegriff einnimmt, zeigt die rechte Spalte. Gleichbewertete Begriffe

sind mit einem Stern (*) gekennzeichnet. Die hervorgehobenen Angaben weisen darauf hin, dass es sich um die ersten zehn platzierten Begriffe nach der Reihung der Lieblingsbegriffe handelt³⁰.

Zwischen 85,3% und 87,8% haben die vorgeschlagenen Begriffe mittels der Punkteskala eins bis sechs bewertet. Von den 434 Teilnehmenden haben 328 (75,58%) einen Lieblingsbegriff für die Berufsbezeichnung der Fachkraft mit einem Rufzeichen markiert.

Tabelle 20: Ergebnisdarstellung: spezialisierte Fachkraft

Spalte 1	Spalte 2	Spalte 3	Spalte 4	Spalte 5
Platz nach Mittelwert (26 Plätze)	Mittelwert: Bewertung nach Skala 1 (passt perfekt) bis 6 (passt überhaupt nicht)	Begriff	Wie oft wurde der Begriff als Lieblingsbegriff markiert?	Platz nach Lieblingsbegriff (18 Plätze)
1	2,737931034	Sozialarbeiter / Sozialarbeiterin	69	1
2	3,025287356	Gesundheitskoordinator / Gesundheitskoordinatorin	40	3
3	3,124137931	Sozialer Gesundheitscoach / Soziale Gesundheitscoachin	47	2
4	3,344827586	Sozialratgeber / Sozialratgeberin	10	10*
5	3,393103448	Gesundheitsmentor / Gesundheitsmentorin	25	4
9	3,409195402	Vernetzungsexperte für Soziales / Vernetzungsexpertin für Soziales	12	9
7	3,457471264	Gesundheitsguide	15	7
8	3,475862069	Gesundheitsvermittler / Gesundheitsvermittlerin	13	8
9	3,517241379	Gesundheitslotse / Gesundheitslotsin	21	5
10	3,526436782	Sozialvermittler / Sozialvermittlerin	10	10*
11	3,694252874	Vernetzungshelfer für Soziales / Vernetzungshelferin für Soziales	3	15*
12	3,832183908	Assistent für Gesundheit und Wohlbefinden / Assistentin für Gesundheit und Wohlbefinden	16	6
13	4,018390805	Gesundheitsaktivator / Gesundheitsaktivatorin	2	16
14	4,027586207	Gesundheits:NAVI	7	13
15	4,034482759	Link Worker / Link Workerin	9	11
16	4,045977011	Wohlvermittler / Wohlvermittlerin	8	12

³⁰ In den Tabellen 28 und 29 im Anhang werden die einzelnen Bewertungen von eins bis sechs sowie eine Reihung nach der Auswahl der Lieblingsbegriffe präsentiert.

17	4,105747126	Gesundheitsagent / Gesundheitsagentin	4	14*
18	4,220689655	Ko-Pilot für Gesundheit und Wohlbefinden / Ko-Pilotin für Gesundheit und Wohlbefinden	4	14*
19	4,23908046	Lotse / Lotsin	3	15*
20	4,259770115	EmpowPartner / EmpowPartnerin	3	15*
21	4,27816092	Stütze für Gesundheit und Wohlbefinden	3	15*
22	4,337931034	Sozialverschreiber / Sozialverschreiberin	3	15*
23	4,381609195	Gesundheitsverbindungsberater / Gesundheitsverbindungsberaterin	0	18*
24	4,462068966	Navigator / Navigatorin	1	17
25	4,749425287	Gesundheitsmakler / Gesundheitsmaklerin	0	18*
26	4,770114943	Sozialmakler / Sozialmaklerin	0	18*

Quelle: Eigene Darstellung

Bezugnehmend auf die demografischen Fragen konnte keine Verbindung zwischen den Hintergrundinformationen der Teilnehmenden und der Begriffsbewertung festgestellt werden. Jedoch wurde in der weiteren Datenerhebung eine Auffälligkeit ersichtlich: Die Teilnehmenden, die angaben, dass ihnen das Gesundheitskonzept bereits vor Betrachtung des Erklärvideos bekannt war, wählten verstärkt den Begriff des:der *Sozialarbeiter:in*. Die beiden nachstehenden Aufzählungen präsentieren die ersten drei Plätze, basierend auf der Summe der gewählten Lieblingsbegriffe. Die Zahl in Klammer veranschaulicht, wie häufig der Begriff als Lieblingsbegriff gewählt wurde³¹.

Ergebnis, wenn die Teilnehmenden das Gesundheitskonzept kannten:

1. *Sozialarbeiter / Sozialarbeiterin* (47)
2. *Sozialer Gesundheitscoach / Soziale Gesundheitscoachin* (21)
3. *Gesundheitskoordinator / Gesundheitskoordinatorin* (15)

Ergebnis, wenn die Teilnehmenden das Gesundheitskonzept nicht kannten:

1. *Sozialer Gesundheitscoach / Soziale Gesundheitscoachin* (26)
2. *Gesundheitskoordinator / Gesundheitskoordinatorin* (25)
3. *Sozialarbeiter / Sozialarbeiterin* (21)

³¹ Dem Anhang sind zwei Tabellen zu entnehmen, in der die Ergebnisse der Lieblingsbegriffe der Teilnehmenden, die das Konzept kannten, und derer, die es nicht kannten, präsentiert werden (vgl. s.A., Tabellen 29, 30).

6.3.2.1.1 Zusammenfassende Diskussion

Der:Die *Sozialarbeiter:in* erreicht eine Zustimmung von 60 %. Anderenfalls liegt der Mittelwert ebenfalls lediglich bei den zweit- und drittplatzierten Begriffen, dem:der *Gesundheitskoordinator:in* und dem:der *sozialen Gesundheitscoach:in* über 50 %.

Bei einer näheren Betrachtung der Auswahl der Lieblingsbegriffe wird zudem ersichtlich, dass mehrere Personen, die das Gesundheitskonzept bereits vor Teilnahme an der Online-Umfrage kannten, den:die *Sozialarbeiter:in* deutlich bevorzugten (vgl. s.A., Tabelle 29).

Die ersten zehn platzierten Begriffe beider Abfragen (passend oder nicht passend sowie der Angabe des Lieblingsbegriffes) stimmen größtenteils überein. Eine Ausnahme stellt der Begriff *der:die Assistent:in für Gesundheit und Wohlbefinden* dar, welcher nach der Auswahl der Lieblingsbegriffe auf Platz sechs und nach dem Mittelwert auf Platz zwölf liegt.

Die Tabelle im Anhang zeigt, dass der:die *Sozialarbeiter:in* 97-mal und somit am häufigsten mit einem Punkt (d.h. passt perfekt) bewertet wurde. Der:Die *Sozialarbeiter:in* hat 49 Sechs-Punkt-Bewertungen (d.h. passt überhaupt nicht). Weniger Sechs-Punkt-Bewertungen hat der:die *Gesundheitskoordinator:in* mit 45 Abstimmungen. Nur einmal und somit am seltensten wurde eine Ein-Punkt-Bewertung zum:zur *Sozialmarkler:in* abgegeben. Die Begriffe der:die *Gesundheitsmarkler:in* und der:die *Sozialmakler:in* haben grundsätzlich auffallend schlecht abgeschnitten. Sie wurden 234- und 235-mal mit sechs Punkten (d.h. passt überhaupt nicht) und lediglich zwei- und einmal mit der Ein-Punkt-Bewertung bewertet (vgl. s.A., Tabelle 27).

6.3.2.2 Vorgeschlagene Begriffe

Das Feld für eigene Begriffsvorschläge für die Fachkraft wurde 109-mal genutzt und 128 Begriffe wurden eingereicht. Besonders hervorstechend ist die 26-fachige Nennung von Begriffen, welche den Ausdruck der:die *Sozialarbeiter:in* beinhalten. Allgemein beinhalten 46 Vorschläge für die Fachkraft das Adjektiv *sozial*, 51 Vorschläge umschließen den Begriff *gesund*. Ebenso auffällig war die 12-fache Erwähnung des:r *Gesundheitscoach:in*, welcher ebenfalls in unterschiedlichen Varianten vorkam (Bsp. *ganzheitliche:r Gesundheitscoach*). Aus dem Anhang lassen sich alle vorgeschlagenen Begriffe in alphabetischer Reihenfolge entnehmen (vgl. s.A., Tabelle 32).



Abbildung 32: Begriffsvorschläge für die spezialisierte Fachkraft

Quelle: Eigene Darstellung

6.3.3 Kommentare

Im Weiteren wird dargestellt, welche Kommentarfelder in die Online-Umfrage integriert waren und wie häufig diese ausgefüllt wurden.

Tabelle 21: Darstellung der Kommentarfelder und Antwortanzahlen

Kommentarfeld	Was wurde abgefragt?	Antworten
Kommentarfeld 1	Eigene Begriffsvorschläge zum Gesundheitskonzept (Social Prescribing)	■ 144-mal ausgefüllt (vgl. Abb.31; s.A. Tabelle 31) ■ 185 Begriffsvorschläge mit Wiederholungen ■ 12-mal wurde eine Anmerkung hinterlassen, welche bei der Auswertung in das Kommentarfeld 2 integriert wurde. ■ 3-mal wurden Begriffsvorschläge für die Berufsbezeichnung hinterlassen, welche in Kommentarfeld 3 integriert wurden.

Kommentarfeld 2	Kommentarfeld zum Gesundheitskonzept	■ Kommentarfeld zum Gesundheitskonzept ■ 81 Anmerkungen ■ +12 Anmerkungen aus Kommentarfeld 1
Kommentarfeld 3	Eigene Begriffsvorschläge zur spezialisierten Fachkraft „Oliver“ (Link Worker)	■ 109-mal ausgefüllt (vgl. Abb.32; s.A, Tabelle 32) ■ 127 Begriffsvorschläge mit Wiederholungen ■ + 3 Begriffsvorschläge aus Kommentarfeld 1 ■ 9-mal wurde eine Anmerkung hinterlassen, welche bei der Auswertung in das Kommentarfeld 4 integriert wurde.
Kommentarfeld 4	Kommentarfeld zur Fachkraft „Oliver“	■ 49 Anmerkungen ■ +9 Anmerkungen aus Kommentarfeld 3
Kommentarfeld 5	Abschließende Bemerkungen	■ 86 abschließende Bemerkungen

Quelle: Eigene Darstellung

Das ergibt einen Datensatz von 469 Kommentaren, auf dessen Auswertung im Folgenden eingegangen wird.

6.4 Auswertung

Das gewonnene Datenmaterial wird im Folgenden mittels einer empirisch interpretierenden (hermeneutischen) Analyse ausgewertet. Die Auswertung ist induktiv ausgelegt, ist somit datengesteuert (d.h. Kategorien sind im Nachhinein entstanden) und orientiert sich am Erkenntnisinteresse. Angelehnt an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) wurden die Kommentarfelder ausgewertet und auf wesentliche Inhalte reduziert. Im nächsten Schritt wurden durch das Kennzeichnen manifester Inhalte Codes gebildet. (vgl. Döring / Bortz 2016:599). Folgende Kategoriensysteme resultieren daraus:

Kategoriensystem I: Beruf

- Kategorie: Berufsqualifikation
- Kategorie: Soziale Arbeit

Kategoriensystem II: Begriffsbewertungen und -anmerkungen

- Kategorie: Begriffseigenschaften (Sprache, Länge, Komplexität,...)
- Kategorie: Rezept und Verschreibung
- Kategorie: Sozial
- Kategorie: Gesundheit(-sverständnis)
- Kategorie: Weitere Begriffsanmerkungen

Kategoriensystem III: Kritik

Um den Rahmen der vorliegenden Masterarbeit nicht zu sprengen, kann nicht auf alle Anmerkungen eingegangen werden, weshalb lediglich eine Übersicht erfolgt:

- 40 Kommentare beinhalten Komplimente zur Umfrage und / oder zum Erklärvideo.
- 32 Kommentare schließen weitere Informationen oder Anmerkungen ein.
- In 30 Kommentaren betonen die Teilnehmenden die Bedeutsamkeit des Projekts.

- 14-mal wird viel Glück und / oder Erfolg gewünscht.
- Neun Kommentare äußern Interesse gegenüber dem Projekt und der zukünftigen Namensfindung.

Wie häufig ein Kode in der Auswertung der offenen Kommentarfelder zwei, vier und fünf gesetzt wurde, veranschaulicht folgende Verteilung:

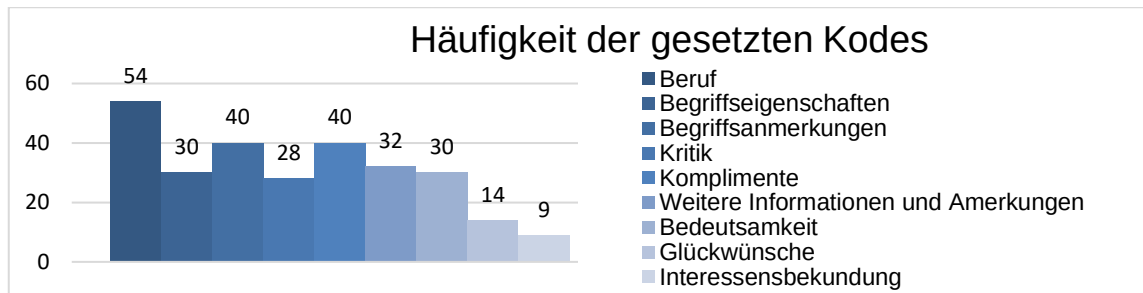


Abbildung 33: Häufigkeit der gesetzten Kodes

Quelle: Eigene Darstellung

6.4.1 Ergebnisdarstellung

Durch die Ergebnisse der deskriptiven Darstellung und der Anmerkungen und Begründungen in den Kommentarfeldern konnten nachstehende Erkenntnisse in Bezug auf die Forschungsfrage, *welche Begriffe sich aufgrund ihrer Beliebtheit für den in Großbritannien als „social prescribing“ bezeichneten gesundheitsbezogenen Interventionsansatz sowie die damit einhergehende spezialisierte Fachkraft („link worker“) für den österreichischen Primärversorgungskontext eignen*, gewonnen werden. Aufgrund der hohen Anzahl der Kommentare und der Komplexität der Auswertung schließt nach jedem Kategoriensystem eine zusammenfassende Diskussion an.

6.4.1.1 Kategoriensystem I: Beruf

Da 54 Kommentare auf die Berufsgruppe bzw. Berufsqualifikation Bezug nehmen, wird auf ein Zusammenwirken zwischen dem Begriff für die spezialisierte Social Prescribing Fachkraft und der für die Ausübung der Tätigkeit notwendigen beruflichen Qualifikation hingewiesen. Es wird angenommen, dass die Frage, welchem Beruf oder welchen Berufen die Funktion des:der Link Worker:in zugeordnet wird, den weiteren – über die Masterarbeit hinausgehenden – Diskurs im Hinblick auf die Begriffsfindung beeinflussen wird. Besonders häufig wird die Verbindung bzw. die Abgrenzung zu bereits bestehenden Berufen thematisiert. Wiederholt wird auf die Soziale Arbeit Bezug genommen, aber auch auf andere Berufsfelder, wie etwa die Ergotherapie, die Gesundheits- und Krankenpflege, *Community Health Nursing*, Sozialpädagogik, Lebens- und Sozialberatung, *Life-Coaching*, die (systematische) Psychotherapie sowie Shiatsu (vgl. K:188, 196, 202, 224, 321, 358, 455, 471). Nachfolgend wird auf die Verbindung der Berufsqualifikation mit der Berufsbezeichnung für die spezialisierte Fachkraft eingegangen.

6.4.1.1.1 Kategorie: Berufsqualifikation

Der Blick auf das erhobene Datenmaterial verdeutlicht eine potenzielle Korrelation zwischen der Berufsbezeichnung für die spezialisierte Fachkraft und ihrer beruflichen Qualifikation bzw. fachlichen Ausbildung (vgl. K:369).

Wie bereits in der deskriptiven Ergebnisdarstellung (vgl. Kapitel 6.3.2) aufgezeigt, schnitt der Begriff des:der *Sozialarbeiter:in* für die spezialisierte Fachkraft durchschnittlich am besten ab. Wesentlich erscheint diesbezüglich allerdings, dass zum gegenwärtigen Zeitpunkt „[...] Social Prescribing per se auch von anderen Berufsgruppen, welche ein umfassendes Gesundheitsverständnis haben, durchgeführt werden kann (vgl. Ergotherapie mit der Handlungswissenschaft, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege, uvm.)“ (K:358) und dies auch wird.³²

Die Berufsbranchen und deren Qualifikationshintergrund scheinen eine Auswirkung auf die Wahl der Begriffsbezeichnung zu haben. Die Berufsbezeichnung für eine spezialisierte Fachkraft müsse resultierend ebenfalls mit deren Qualifikation und der Profession korrelieren (vgl. K:364, 367). Beispielsweise veranschaulichen die nachfolgenden Direktzitate dies:

„Je nachdem, ob in dem Feld Sozialarbeiter*innen tätig sein sollen, kann man auch den Begriff Sozialarbeit einbauen. Wenn Oliver kein ausgebildeter Sozialarbeiter ist, wäre das allerdings nicht passend“ (K:181).

Oder:

„Ich denke, wenn Oliver von der Ausbildung her ein Sozialarbeiter ist, dann sollte auch sein Beruf so heißen. Seine Tätigkeit klingt zu 100% nach einem Sozialarbeiter, darum würde ich es kritisch sehen, wenn er eine andere Ausbildung hätte. Alle anderen Begriffe (Coach, Assistent, Ratgeber, etc.) deuten für mich darauf hin, dass er keine Ausbildung in der Sozialen Arbeit hat“ (K:390).

So bringe diese Entscheidung einen Auftrag an die Politik mit sich, welche zu definieren hat, welche Berufsqualifikationen für die spezialisierte Fachkraft notwendig sein werden (vgl. K:455). Wie eine teilnehmende Person anmerkt, sollte die Fachkraft nicht auf einem Ehrenamt oder Ähnlichem basieren. Vielmehr solle deutlich werden, dass es sich um Professionalist:innen (im Kommentar werden Sozialarbeiter:innen genannt) handle (vgl. K:210). In einem Kommentarfeld verdeutlicht sich die Sorge, dass Link Worker:innen eine zu kurze Ausbildung absolvieren könnten, was die Qualifikation verringern würde:

„Link Manager[:innen] werden eine kurze Ausbildung [sic!] haben - eine Art Zusatzausbildung [sic!]. Ich glaube, dass es eine grundlegende Ausbildung braucht, um schnell erkennen zu können [sic!] worum es geht und eventuelle Dynamiken erkennen

³² Über welche Qualifikationen Link Worker:innen in unterschiedlichen nationalen und internationalen Social Prescribing Projekten verfügen, wird in der Masterarbeit des Forschungsteams I evaluiert. In der Arbeit des Forschungsteams III werden die Anforderungen der Link Worker:innen (Qualifikationen, Aus- und Fortbildungen sowie persönliche Kompetenzen) in Kapitel 4.3.1.3.3 angeführt.

zu können. Ein typisches Arbeitsfeld von SozialarbeiterInnen - Sie SIND bereits Link Managerinnen[:er]" (K:475).

Aus dem Blickwinkel von drei Teilnehmenden stellt sich die Frage, weshalb schmälern neue Bezeichnungen erfunden werden müssen, wenn Begriffe bzw. Ausbildungen beispielsweise zur (klinischen) Sozialarbeiter:in, Sozialpädagog:in, Lebens- und Sozialberater:in, Case Manager:in (vgl. Glossar), sozialmedizinische:r Berater:in für ganzheitliche Gesundheit etc. bereits existieren (vgl. K: 209, 321, 363, 460). Zudem wird in diesem Kontext auf andere bereits bestehende Gesundheitsberufe und deren Ähnlichkeit verwiesen, deren Arbeit ebenfalls auf einem ganzheitlichen gesundheitsbezogenen Handlungsansatz beruhe (vgl. K:202, 244, 358, 455, 471).

Nachfolgend wird aufgrund der wiederholten Nennung auf die Soziale Arbeit eingegangen.

6.4.1.1.2 Kategorie: Soziale Arbeit

Eine hohe Anzahl der Teilnehmenden beziehen sich hinsichtlich des Gesundheitskonzepts auf die Soziale Arbeit. Der Bezug zur Sozialen Arbeit wird stellenweise als ungeeignet, jedoch an anderer Stelle auch häufig als passend beschrieben.

Einerseits wird argumentiert, dass etwa der Begriff *Sozialarbeit auf Rezept* irreführend sei, wenn es das Ziel sei, Social Prescribing von Sozialer Arbeit abzugrenzen (vgl. K:167, 195). Ein:e Kommentator:in findet, der Begriff *Sozialarbeit* sei mit sozialer Schwäche behaftet, weshalb er:sie den:die *soziale:n Gesundheitscoach:in* gewählt habe (vgl. K:387). Eine weitere Person merkt an, dass Sozialarbeit mehr leiste als Social Prescribing, weshalb eine Gleichsetzung der beiden Begriffe für die Soziale Arbeit nicht gut wäre (vgl. K:358).

Andererseits wird in einer hohen Anzahl von Kommentaren die notwendige Verbindung zur Sozialen Arbeit betont. Der Unterschied des vorgestellten Konzeptes und der spezialisierten Fachkraft sowie des bereits bestehenden Berufs der Sozialarbeiter:innen sei teilweise nicht klar. Der Begriff der Sozialen Arbeit würde das vorgestellte Gesundheitskonzept abdecken, weshalb aus Sicht einiger Teilnehmenden das vorgestellte Konzept mit der Arbeit von Sozialarbeiter:innen verglichen werden kann (vgl. K:182, 186, 197, 208, 234, 362, 366, 357, 371, 374, 375, 384, 385, 390, 399, 422, 470, 478, 481). Sozialarbeiter:innen seien in manchen Fällen der Bevölkerung bereits bekannt (vgl. K:385). Eine teilnehmende Person hinterfragt, ob neue Berufsbezeichnungen überhaupt nötig seien oder diese gar ein „Begriffs-wirr-warr“ (K:382) erzeugen würden. Dies würde im Weiteren womöglich einen Schaden für die Positionierung der Sozialen Arbeit nach sich ziehen (vgl. K:386; 395; 459). Aus Sicht einer teilnehmenden Person würden zunehmend mehr Stellenbezeichnungen, wie etwa *Gesundheitscoach*, zu einer Verschlechterung der Sozialarbeiter:innen bei der Einstufung des Gehalts führen (vgl. K:459). Daher sei es auch wichtig, beim Begriff *Sozialarbeit* oder – explizit im Gesundheitsbereich – bei *klinischer Sozialarbeit* zu bleiben

(vgl. K:391, 406). Exemplarisch werden folgende Parallelen zur Sozialen Arbeit gezogen:

Zum Gesundheitskonzept:

„Vernetzen, vermitteln, aufs Wohlbefinden achten, Gesprächsführungskompetenzen, ... das sind klar immer schon Aufgaben der Sozialarbeit. Mit dem umfassenden Verständnis von Gesundheit und Krankheit im speziellen von Klinischer Sozialarbeit. Aus diesem Grund kann das Konzept aus meiner Sicht nur Sozialarbeit auf Rezept heißen“ (K:173).

Zur Fachkraft:

„Das was Oliver macht ist genuin sozialarbeiterische Arbeit, im Sinne von Fallarbeit, Vernetzung, oder auch ‚Case Management‘. Es braucht dazu keinen anderen Begriff als Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter“ (K:389).

Mehrmals wird insbesondere in diesem Zusammenhang ausdrücklich auf das Methodenkonzept des Case Managements der Sozialen Arbeit Bezug genommen (vgl. K:174, 179, 204, 368, 382, 481, 485; vgl. Glossar).³³ Weiters wird die Funktion der spezialisierten Fachkraft nicht immer als eigenständiger Beruf gesehen, sondern auch als eine sozialarbeiterische Tätigkeit beschrieben (vgl. K:405, 422). Diese könne ebenfalls als eine Intervention (z.B. mittels *motivierender Gesprächsführung*) gesehen werden, welche bereits in der Allgemeinmedizin und in den Primärversorgungseinrichtungen angewendet würde (vgl. K:398).

Im Zuge der Durchsicht der Kommentare verdeutlichen sich berufspolitische Themen. Dabei wird mehrmals die Bedeutung der Sozialen Arbeit als Profession und ihrer damit verbundenen gesellschaftlichen Positionierung betont (vgl. K:386). Es müsse eine gesetzliche Eingrenzung geben, welche festlegt, dass Sozialarbeiter:innen für diese berufliche Position der speziellen Fachkraft top qualifiziert seien (vgl. K:452).

In einem Kommentar wird die Bedeutung einer Professionsdefinition angeführt. Es wird im Hinblick auf die Soziale Arbeit ergänzt, dass „die Profession der Sozialen Arbeit als Beruf genannt werden sollte (auch um möglichen Stigma entgegenwirken zu können)“ (K:386). Die angesprochenen Stigmata werden jedoch nicht definiert.

6.4.1.1.3 Zusammenfassende Diskussion

Die Auswertung der Abstimmung sowie die Durchsicht der Kommentare zu dem Thema Berufsqualifikation lassen insbesondere einen Aspekt offen:

Es kristallisiert sich die Frage heraus, welche (Berufs-)Qualifikation bzw. Anforderungen notwendig sind, um die Tätigkeit der spezialisierten Fachkraft ausüben zu können und dürfen. In der Online-Umfrage wurde deutlich, dass insbesondere Sozialarbeiter:innen

³³ In welchem Maß Social Prescribing in Primärversorgungseinrichtungen und Case Management verglichen werden kann, wird vom Forschungsteam I in Kapitel 5 erörtert.

Verbindungspunkte zu der Funktion des Linkworkings sehen und ihnen die Abgrenzung zur Funktion der spezialisierten Fachkraft und ihrer eignen beruflichen Funktion schwer fällt. Link Working als Methode sei Teil der Sozialarbeit, jedoch können Sozialarbeiter:innen ebenfalls mehr (vgl. K:358). Neben der Sozialen Arbeit werden weitere Berufsgruppen genannt, welche Parallelen zur Tätigkeit der Link Worker:innen aufweisen würden, weshalb diese mutmaßlich ebenfalls von einer Berufsbezeichnung für die spezialisierte Fachkraft betroffen sein würden. Mangels Berufsgesetz ist an dieser Stelle zu erwähnen, dass die Soziale Arbeit über keine geschützte Berufsbezeichnung verfügt. Dennoch ist anzunehmen, dass entsprechende von Arbeitsgeberseite vorgegebene Berufsanforderungen und damit verbundene Stellenangebote andere, potenziell für die spezialisierte Fachkraft qualifizierte Berufe ausschließen würden. Die deskriptive Ergebnisdarstellung zeigt die Beliebtheit der Berufsbezeichnung der *Sozialarbeiter:innen*. Nichtsdestoweniger sehen unterschiedliche Professionen einen Anspruch in der ganzheitlichen Arbeit, wie sie in der Online-Umfrage dargestellt wurde. Dies ist bei der Wahl geeigneter Begriffe mitzuberücksichtigen.

6.4.1.2 Kategoriensystem II: Begriffsbewertungen und -anmerkungen

Einige Teilnehmende bevorzugen bestimmte Begriffseigenschaften. Zudem hinterfragen sie teilweise die Verwendung der Begriffe *Rezept*, *Verschreibung*, *sozial* und *gesund*. Weitere Begriffe werden stellenweise bemängelt, aber auch befürwortet. Im Folgenden werden diese Begriffsbewertungen und Anmerkungen betrachtet.

6.4.1.2.1 Kategorie: Begriffseigenschaften (Sprache, Länge, Komplexität,...)

In der deskriptiven Ergebnisdarstellung sowie in der Analyse der Kommentare lässt sich eine überwiegende Zustimmung für deutschsprachige Begriffe feststellen. Die englischen Begriffe *Social Prescribing* (Platz 12 von 28) und *Link Worker:in* (Platz 15 von 26) rangieren hingegen nicht auf den bestplatzierten Bewertungsplätzen. Zwar würde der Begriff *Link Worker:in* den Begriffsinhalt am besten treffen, jedoch wäre ein deutschsprachiger, kurzer und prägnanter Begriff zu bevorzugen (vgl. K:402). Auch die weitere Kommentaranalyse macht eine Präferenz für deutschsprachige Begriffe augenscheinlich (vgl. K:174, 175, 231, 353, 372, 377, 402, 437). Neben dem Aspekt der Anglizismen wird der Gebrauch von Dialekten kritisch gesehen, da Begriffe wie *Gsund* für einige Nutzer:innen potenziell mit Verständigungsschwierigkeiten verbunden sein könnten (vgl. K:183).

Darüber hinaus werden Aspekte des Altersunterschiedes und der Regionalität (ländlich oder städtisch) in Verbindung mit der Beliebtheit mancher Begriffe gesetzt. Der Begriff *Social Prescribing* sei für den ländlichen Raum ungeeignet (vgl. K:450). Des Weiteren würde er „bei der älteren Bevölkerung wahrscheinlich nie ankommen“ (K:180), andere Begriffe könnten hingegen von der jüngeren Bevölkerung abgelehnt werden. Um möglichst viele Menschen anzusprechen, sollten nach Ansicht einiger Teilnehmenden Anglizismen, Fremdwörter, Wortkreationen und Akronyme vermieden werden (vgl. K:188, 231). In den Kommentaren wird mehrfach auf die Bedeutung neutraler, unkomplizierter, alltagspraktischer und positiv konnotierter Begriffe hingewiesen (vgl.

K:180, 182, 394, 437). Es ist dementsprechend wichtig, verständliche, selbsterklärende, transparente und aussagekräftige Begriffe zu wählen (vgl. K:184, 200, 222). Darüber hinaus bevorzugt eine beachtliche Anzahl an Teilnehmenden kurze und prägnante Begriffe (vgl. K:200, 353, 361, 377, 382, 385, 394, 402, 437).

Die Verwendung des Doppelpunktes zwischen Wörtern wurde von einer Person kritisiert, da sie den abstandslosen Doppelpunkt dem Gebrauch einer gendersensiblen Schreibweise zuordnet (vgl. K:235). Außerdem könne eine Schreibweise wie etwa bei *Gesundheits:NAVI* auch als störend wahrgenommen werden (vgl. K:388). Aus dem Blickwinkel einer weiteren Person sind „5-Wort Bezeichnungen“ (K:392) kaum praktikabel. Auch in der deskriptiven Ergebnisdarstellung haben diese schlecht abgeschnitten. Beispielsweise nahm *Von der Gemeinschaft für die Gemeinschaft* mit einem Durchschnittswert von 4,1 lediglich Platz 22 von 28 ein. Dieser wird zudem als zu unpräzise kritisiert (vgl. K:215). Dem soeben Gesagten unbenommen nimmt *Gesund:sozial:verbunden*, ein aus drei Wörtern bestehender und durch Doppelpunkte verbundener Begriff, den ersten Platz ein.

Technischen Begriffen wie etwa *Radar*, *Kompass*, *Navigator* oder *Link* wird mehrfach eine abschreckende Wirkung zugeschrieben (vgl. K:191, 185, 231, 374). Alle sollen sich im Gesundheitskonzept wiederfinden, ohne sich stigmatisiert zu fühlen (vgl. K:146). Der Begriff für die spezialisierte Fachkraft soll nach einer in einem Kommentar geäußerten Ansicht für die Klient:innen selbstbestimmt und unverbindlich wirken (vgl. K:394).

6.4.1.2.2 Kategorie: Rezept und Verschreibung

Im Zusammenhang mit dem Gesundheitskonzept werden die Begriffe *Rezept* und *Verschreibung* in den ergänzenden Kommentaren kontrovers diskutiert. Dabei werden diese sowohl als passend als auch ungeeignet bewertet (vgl. K:175).

Einerseits seien die Begriffe *Social Prescribing* oder *Soziale Verschreibung* passend, wenn (potenzielle) Nutzer:innen „tatsächlich direkt eine Verweisung“ (K:76) bekommen.

Andererseits könne es einen verpflichtenden und abschreckenden Eindruck bei den (potenziellen) Nutzer:innen von *Social Prescribing* hinterlassen, wenn sie den vorgestellten gesundheitsbezogenen Interventionsansatz (im Kommentar *Soziale Arbeit* genannt) *verschrieben* bekommen (vgl. K:150). Bei der Verwendung der Begriffe *Rezept* und *Verschreibung* sei es daher wichtig, die Freiwilligkeit hervorzuheben (vgl. K:213). Zehn Kommentare äußern sich negativ zu den Begriffen *Rezept*, *Verschreibung* und *Rat*. Drei dieser Statements schreiben ihnen einen paternalistischen Charakter zu: Sie würden an eine Verordnung oder an eine Verpflichtung erinnern, weshalb sie der mit *Social Prescribing* assoziierten Botschaft, aktiv eine Rolle in der eigenen Gesundheitsförderung einzunehmen, entgegenstünden (vgl. K:150, 151, 190). Neben dem angesprochenen Zwangscharakter wird die starke Medizinlastigkeit, den die Begriffe *Rezept* und *Verschreibung* potenziell vermitteln, als unpassend für das Gesundheitskonzept beschrieben (vgl. K: 182, 185). Das *Rezept* sei negativ konnotiert und vergangenheitsbezogen (vgl. K: 191, 201). Auch der Begriff der *Verschreibung* wird

mit etwas Negativem sowie Vorgeschriebenem assoziiert, was, wie einem Kommentar zu entnehmen ist, eine partizipative Mitgestaltung verunmögliche (vgl. K:156). Dies wird auch im folgenden Kommentar-ausschnitt thematisiert:

„Alles, was mit ‚Rezept‘ oder so zu tun hat, klingt nach klassischer medizinischer Verschreibung: ‚Ich weiß, was gut für dich ist und du hast das einzunehmen‘“ (K:176).

Entgegen dieser Wahrnehmung wird in einem anderen Kommentarfeld angemerkt, der Possessivartikel *Mein* vor dem Begriff *Rezept* symbolisiere etwas Eigenes, etwas, das nicht oktroyiert werde (vgl. K:182). Dass dies auch anders gesehen werden kann, veranschaulicht ein anderer Kommentar, der darauf hinweist, dass dies mit einem Anspruchsdenken in Verbindung gebracht werden könnte (vgl. K:185).

Die gegenständliche Kommentaranalyse spiegelt sich nur teilweise in der deskriptiven Darstellung wider. Die von den Teilnehmenden ergänzten Begriffsvorschläge umfassen eine beachtliche Anzahl, welche das Wort *Rezept* beinhalten (vgl. K:5f., 9, 67, 84, 89, 126, 127, 138, 139). Hingegen werden Begriffe, in die das Wort *Verschreibung* integriert ist, lediglich zwei Mal vorgeschlagen. (vgl. K:76, 112). Im Hinblick auf die durchschnittliche Beliebtheit sind die Begriffe mit den Wörtern *Rezept* nicht unter den Erstplatzierten und Begriffe, die das Wort *Verschreibung* beinhalten, erzielen überhaupt das schlechteste Ergebnis (z.B. *Wohlbefinden auf Rezept* auf Platz 11, *Sozialarbeit auf Rezept* auf Platz 13, *Soziale Verschreibung* auf Platz 27, *Sozialverschreibung* auf Platz 28 von 28). Das *Wohlbefinden auf Rezept* wurde 22-mal zum Lieblingsbegriff gewählt. Die *Sozialarbeit auf Rezept* 20-mal (Platz 4 und Platz 6 nach der Häufigkeit der Lieblingsbegriffe). Der Begriff der:die *Sozialverschreiber:in* für die Fachkraft ist ebenfalls lediglich auf Platz 22 von 26 zu verorten. Laut einem Kommentar würde die Kombination aus *Verschreibung* und *Sozial* nach einer „Zwangssozialisierung“ klingen (K:215).

6.4.1.2.3 Kategorie: Sozial

Das Adjektiv *sozial* ist laut zwei Teilnehmenden negativ besetzt und höre sich gesellschaftlich abwertend an. Es sei nach drei Kommentaren zu vermeiden (vgl. K:207, 356, 372). (Potenzielle) Nutzer:innen von Social Prescribing könnten durch die Verwendung dieses Adjektivs eine Stigmatisierung und das Gefühl verspüren, in eine „Ecke der Hilfsbedürftigkeit gedrängt“ (K:207) zu werden. Neben dieser Ablehnung präferiert ein anderer Kommentar den Begriff *Sozialrezept*, verweist allerdings auf mögliche Hindernisse in der Verständlichkeit des Begriffes für Menschen, die das Gesundheitskonzept nicht kennen (vgl. K:217).

Die überschaubare Anzahl an kritisierenden Kommentaren zu dem in mehreren Begriffsvorschlägen enthaltenen Adjektiv *sozial* ist in Relation zu den Ergebnissen der deskriptiven Darstellung zu sehen. Entgegen der geäußerten Kritik ist die Beliebtheit des Begriffes *Gesund:sozial:verbunden* unverkennbar. Dem unbenommen beinhalten die sechs in der Rangliste darauffolgenden Begriffe das Adjektiv nicht (vgl. Kapitel 6.3.1.1). Der beliebteste Begriff für die mit Social Prescribing einhergehende spezialisierte Fachkraft, der:die *Sozialarbeiter:in*, baut ebenfalls auf dem Adjektiv *sozial* auf – der

zweitplatzierte Begriff der:die *Gesundheitskoordinator:in* hingegen nicht. Der drittplatzierte Begriff *Soziale:r Gesundheitscoach:in* wurde in den Kommentarfeldern sechsmal ohne das angeführte Adjektiv vorgeschlagen (vgl. K:269–274). Des Weiteren adaptiert ihn eine teilnehmende Person zum:zur *ganzheitlichen Gesundheitscoach:in* um (vgl. K:262).

In Summe wurden 56-mal Begriffe für das Gesundheitskonzept mit dem Wort *sozial* ergänzend vorgeschlagen. Zusätzliche 46 Vorschläge für die spezialisierte Fachkraft beinhalten die Bezeichnung *sozial* (vgl. Kapitel 6.3.1.2).

6.4.1.2.4 Kategorie: Gesundheit(-sverständnis)

Stellenweise wird der Begriff *Gesundheit* in Zusammenhang mit einem ganzheitlichen Wohlbefinden als problematisch kritisiert, da dieser die Aufmerksamkeit auf die körperliche Gesundheit richte (vgl. K:176). Es sei die falsche Vorgehensweise in der Begriffsfindung, wenn *gesund* oder *Gesundheit* zum Begriffsbestandteil werden (vgl. K:197). Eine Person gibt zu bedenken, das Adjektiv *gesund* könne im Umkehrschluss den Eindruck vermitteln, jemand sei ungesund, also krank (vgl. K:404). In einem weiteren Kommentar wird darauf hingewiesen, dass eine absolute Gesundheit ohnehin nicht möglich sei (vgl. K:176). Eine andere Person sieht Zweifel in der Umsetzung des Gesundheitskonzepts Social Prescribing und äußert sich gesellschaftskritisch:

„Find es traurig, wenn unsere Gesellschaft solche Beratung nötig hat. Sollte eigentlich überflüssig sein. Ich und mein Umfeld brauchen keinen Berater für etwas, das selbstverständlich ist. Unser Gesundheitssystem hat so und so schon zuwenig [sic!] Personal, jetzt sollen wir den Leuten noch ihre Freizeitgestaltung [sic!] organisieren“ (K:433).

In diesem Kontext wird von anderen Kommentator:innen die soziale Komponente von Gesundheit betont (vgl. K:208, 216). „So wie hier Gesundheit definiert wird, bezieht sie auch soziale Bereiche mit ein – ich bin gesund, wenn ich nicht belastet bin – egal wie oder wovon“ (K:379; vgl. Kapitel 2.2). Der Bezug zur Gesundheit sollte klar sein (vgl. K:215). Soziale Aspekte und medizinisch pflegerische Versorgung spielen eine bedeutende Rolle, insbesondere bei älteren Menschen (vgl. K:216). Es handele sich schließlich um ein ganzheitliches System, welches mit dem Begriff *rundum* beschrieben werden könne (vgl. K:226). Die Teilnehmenden der Online-Umfrage schlugen 13-mal einen Begriff für das Gesundheitskonzept oder die spezialisierte Fachkraft mit dem Adverb *rund um* oder *rundum* vor (vgl. K:95, 102–110, 120, 133, 310).

„Für mich schließt sich mit Rundum G'sund der Kreis, dass Körper, Geist und Seele im Einklang sein müssen/sollen. Vielleicht [sic!] ist ‚rundum‘ auch einfacher zu verstehen, wie ganzheitlich. Auch finde ich, dass Rundum nicht nur die Individualität sondern auch die Gemeinschaft einschließt“ (K:216).

Die deskriptive Ergebnisdarstellung zeigt, dass die ersten vier platzierten Begriffe für das Gesundheitskonzept das Adjektiv *gesund* beinhalten. In 78 Wortkreationen von den

vorgeschlagenen Begriffen für das Gesundheitskonzept und 51 Vorschlägen für die spezialisierte Fachkraft ist das Wort *gesund* Bestandteil. Auch die zweit- und drittplatzierten Begriffe für die dazugehörige Fachkraft, *Gesundheitskoordinator:in* und *soziale:r Gesundheitscoach:in*, beinhalten das Adjektiv. Dies deutet nach der Online-Umfrage auf eine allgemeine Beliebtheit der Begriffe mit *gesund* hin (vgl. Kapitel 6.3).

6.4.1.2.5 Kategorie: Weitere Begriffsanmerkungen

Neben den bereits präsentierten Begriffsanmerkungen wurden vereinzelt weitere Begriffe kommentiert. Ein positives Feedback findet sich zu dem Begriff *Wohlsein* (vgl. K:353). Diesen Begriff würden alle verstehen und doch sei er im Alltag noch nicht stark konnotiert, weshalb er sich gut für einen neuen Begriff eigne (vgl. K:149). Drei Kommentare heben die positive Konnotation von *Wohlbehagen*, *Wohlbefinden* und *Wohlfühlen* hervor (vgl. K:140, 365, 191). Ein Begriffsvorschlag kombiniert die Begriffe *Wohlsein* und *Gesundheit*: *Gesundheitswohl=GEWO* (vgl. K:61).

In Kontrast zu dem positiv beurteilten Begriffen mit dem Wort *Wohl*, wird der Begriff *der:des Markler:in* mehrfach in Kritik gezogen. Die Begriffe *Gesundheitsmakler:in* und *Sozialmakler:in* belegen mit den Mittelwerten von 4,75 und 4,77 von insgesamt 26 Vorschlägen die beiden letzten Plätze (vgl. Kapitel 6.3.2). Kritische Anmerkungen, die dem Begriff einen schlechten Ruf zuschreiben, untermauern das schlechte Ergebnis (vgl. K:366, 370, 403). Aus Sicht einiger Teilnehmenden stehe der Begriff mit Kosten in Verbindung und vermittele zudem womöglich das Bild, die spezialisierte Fachkraft profitiere vom (schlechten) Gesundheitszustand der Nutzer:innen von Social Prescribing (vgl. K:358, 365). Ein Teilnehmender kritisiert die Anwendung des Begriffes *Vernetzungshelfer:in* und weist auf seine sozialarbeiterische Ausbildung hin, im Zuge derer betont worden sei, Sozialarbeiter:innen würden nicht „helfen“ (vgl. K:366).

Demgegenüber können dem Begriff *des:der Mentor:in* mehrfach positive Zuschreibungen entnommen werden (vgl. K: 355, 374, 396, 404), wie z.B.:

“I liked the words *mentor* and *guide* for Oliver. I ended up preferring *mentor* since this implies somebody with trained experience that someone can rely on. A mentor is someone who is personally invested in the relationship with their mentee, and usually both sides benefit from the interaction, which is how the relationship should be” (K:396).

Laut einer Person verdeutliche dieser Begriff die aktive Rolle von (potenziellen) Nutzer:innen von Social Prescribing in ihrer eigenen Gesundheitsgestaltung (vgl. K:355). Dies steht auch im Einklang mit dem Ergebnis der deskriptiven Auswertung: *Der:Die Gesundheitsmentor:in* liegt auf Platz 5 von 25 und wurde 25-mal zum Lieblingsbegriff gewählt (vgl. Kapitel 6.3.2).

Es wird von einer Person als ideal beschrieben, wenn die Bezeichnung für das Gesundheitskonzept ebenfalls mit der Fachkraft zusammenpassen würde, was beispielsweise bei der *Gesundheitsnavigation* und *der:dem Gesundheitsnavigatör:in* möglich wäre (vgl. K:230). Ein:e weiter:e Kommentator:in beschreibt die

Gesundheitsnavigation als am passendsten und sachlichsten (vgl. K:221). Durchschnittlich liegt die *Gesundheitsnavigation* auf Platz 14 von 28 (vgl. Kapitel 6.3.1). Diese Person meint, dass ein trendiger Name zur Vermarktung die Glaubwürdigkeit des Angebots beschädigen könne (vgl. K:221).

Die Begriffscommentator:innen weisen vereinzelt auf weitere Aspekte hin, auf die nachstehend cursorisch eingegangen wird:

Ein:e Kommentator:in beschreibt den Begriff *Ko-Pilot:in* als passend, da die Entscheidungsfreiheit der Nutzer:innen das Besondere an dem Gesundheitskonzept sei (vgl. K:359). Eine weitere Person bezeichnet die:den *Ko-Pilot:in* als positiven Begriff, der Unterstützung signalisiert, und schildert den Begriff *Koordinator:in* als präzise, jedoch „fad“. *Gesundheitsverbindungsberater:in* sei sperrig und vermittele eine Nähe zur Lebens- und Sozialberatung. Gleiches wird in Bezug auf den Begriff *der:die Vernetzungsexpert:in für Soziales* geäußert (vgl. K:374). *Der:Die Coach:in* müsse nicht gegendert werden, was als „schön“ beschrieben wird (vgl. K:388). Demgegenüber würde eine andere Person *Coach* oder *Guide* vermeiden, da ein österreichspezifischer Begriff gesucht werde. Diese Person wählt den:die *Gesundheitslotsen:in* als Favorit und betont, dass der Begriff bereits in Unternehmen sowie im Asylbereich verwendet werde (vgl. K:370). Einer weiteren Person gefällt der:die *Assistent:in für Gesundheit und Wohlbefinden*, da dies eine Unterstützung bei den eigenen Bemühungen signalisiere und die körperliche sowie die psychische Gesundheit angesprochen würden (vgl. K:365).

Eine zusätzliche Person hält fest, dass der Begriff die Eigenverantwortung deutlich machen müsse, weshalb *gemeinsam* oder *Gemeinschaft* die Kernaussage des Erklärvideos nicht treffe (vgl. K:203).

Gesundheitsnetz sei, wie eine kommentierende Person anmerkt, ein sinnvoller Begriff, weil dieser „den sozialen Aspekt doch irgendwie aufgreift und Unterstützung bei der Erfüllung von Bedürfnissen suggeriert“ (K:176). Hinsichtlich des Begriffs *Gesund:sozial:verbunden* wurde in einem Kommentar darauf hingewiesen, dass dieser viele Grundbedürfnisse abdecke und dass er so wirke „als würde dort gleich alles besser, nicht nur der Schnupfen und ich bleibe weiter einsam“ (K:191). Laut einer weiteren Person ist der *Gesundheitskompass* passend und erinnert, wie mit einer Karte und / oder einem Kompass der Weg zur eigenen Gesundheit gesucht und beschritten wird (vgl. K:165). Von der Verwendung des drittplatzierten, eher technisch klingenden Begriffes *Kompass* wird von einer Person abgeraten (vgl. K:191). Demgegenüber äußern sich vier Teilnehmende positiv hinsichtlich des Begriffes *Kompass* und / oder machen Vorschläge, welche diesen Begriff einschließen (vgl. K: 53, 95, 136, 165).

6.4.1.2.6 Zusammenfassende Diskussion

Obwohl hinsichtlich der Kommentare keine einstimmige Einigung zu den Begriffen festzustellen ist, sind etliche Aspekte ableitbar.

Die Präferenz für deutschsprachige, kurze, transparente und selbsterklärende Begriffe wird in den Kommentaren hervorgehoben. Das Handeln der (potenziellen) Nutzer:innen eines Social Prescribing Angebots und ihrer aktiven Rolle in Bezug auf ihre Gesundheit soll betont werden, weshalb Begriffe, die einen paternalistischen Charakter tragen, zu vermeiden sind. Solch ein verpflichtender und abschreckender Charakter wird von einigen Teilnehmenden den Teilbegriffen *Verschreibung, Rezept und Rat* nachgesagt (vgl. Kapitel 6.4.1.2.2).

Die Umfrage zeigt, dass die Beliebtheit von Begriffen neben den Begriffseigenschaften wie der Kürze, Sprache und dem Komplexitätsgrad vor allem auch von der Wirkung der Begriffe abhängt. Gesellschaftliche Deutungen spielen hierbei eine große Rolle, was nicht zuletzt daraus ersichtlich wird, dass beispielsweise das Adjektiv *sozial* gelegentlich als gesellschaftlich abwertend wahrgenommen wird, obwohl dieses laut geläufiger Dudendefinition (Duden o.A.b) das „Zusammenleben der Menschen in Staat und Gesellschaft“ umschreibt und damit grundsätzlich nicht mit einer pejorativen Konnotation belegt ist. Die wenigen kritisierenden Anmerkungen zu Begriffen mit dem Adjektiv *sozial* sind in Korrelation mit der deskriptiven Ergebnisdarstellung zu sehen, da tendenziell eine Beliebtheit zu den Begriffen, welche das Adjektiv *sozial* beinhalten, zu erkennen ist (vgl. Kapitel 6.3).

Unterschiedliche Ansichten scheint es in Bezug auf den Gesundheitsaspekt zu geben. Zum einen wird die soziale Gesundheit als Teil des ganzheitlichen Gesundheitssystems aufgefasst, zum anderen wird vorgeschlagen vom Wort *Gesundheit* Abstand zu nehmen. Die verschiedenen Standpunkte spiegeln eine kontrovers diskutierte Thematik wider, indem sie die Frage aufwerfen, inwieweit ganzheitliche Gesundheitsaspekte in der Gesellschaft als Teil von Gesundheit wahrgenommen werden (vgl. Kapitel 2.2).

6.4.1.3 Kategoriensystem III: Kritik

Pfeifer Marlies

Eine überschaubare Anzahl von Teilnehmenden äußern eine Kritik zur Präsentation des Gesundheitskonzepts: Im Erklärvideo fehle die Darstellung der Feststellung sozialer Faktoren (Soziale Diagnose) sowie das genaue Zuhören und die Vernetzungsarbeit (vgl. K:469). Darüber hinaus wird darauf hingewiesen, nicht nur Bedürfnisse, sondern auch Belastungen aufzuzeigen (vgl. K:426). Weiters weist eine Person darauf hin, dass die Bedeutsamkeit der Peer-Arbeit im Erklärvideo nicht vorkomme (vgl. K:219).

Im Hinblick auf die Darstellung bemängelt eine Person die Unterrepräsentation weiblicher Expert:innen (vgl. K:171, 432).

Drei Personen äußern sich negativ gegenüber dem angewandten Stil. Er wirkt kindlich und amateurhaft. Die Hintergrundmusik gefällt ebenso wenig (vgl. K:453; 459).

Obwohl die Kombination aus realen Bildern und gezeichneten zwar zunächst als neu und spannend wahrgenommen wird, wirke der Stil zu Ende skurril (vgl. K:429). In einem

weiteren Kommentar wird die Dauer des Videos als zu lang beschrieben (vgl. K:425, 426).

In Bezug auf die technische Darstellung empfiehlt eine Person, das Video in Hochformat darzustellen. Ebendiese Person ist der Auffassung, dass die Farbe des Untertitels nicht barrierefrei sei (vgl. K:413). Zwei Personen empfinden die Art und den Aufbau der Fragestellung sowie die Antwortmöglichkeiten (Smileys) als irreführend (vgl. K: 164, 192). Des Weiteren wird von einer Person als irritierend wahrgenommen, dass nach dem Einkommen und der Staatsbürger:innenschaft gefragt werde und nicht nach dem beruflichen Hintergrund (vgl. K:486).

Eine Person empfiehlt auf eine gendersensible Sprache zu achten, ohne dies weiter zu konkretisieren (vgl. K:429). Der Begriff *Schuldner:innenberatung* wird ebenfalls ohne eine Erklärung in ein Kommentarfeld geschrieben. Es wird angenommen, dass diese Person auf eine gendersensible Schreibweise des Wortes hindeuten möchte (vgl. K:420).³⁴ Eine teilnehmende Person empfiehlt, auf den Genderdoppelpunkt zu verzichten und stattdessen die Professionen in beiden Gendervarianten auszuschreiben (z.B. Ärztin und Arzt) (vgl. K:426).

Teilnehmende deuten darauf hin, dass ihnen die vorgeschlagenen Begriffe nicht vollkommen gefallen (vgl. K:159, 182, 426, 437, 459). Sie wirken teilweise seltsam, nicht passend oder einseitig (vgl. K:177, 179, 401, 426). Eine Person beschreibt manche Vorschläge als „abgedreht“ (vgl. K:440).

Weiters ist darauf aufmerksam zu machen, dass der Begriff der *Gesundheitsgreißlerei* bereits für ein Suchtbehandlungszentrum in Wien Verwendung stehe (vgl. K:171; (vgl. Gesundheitsgreißlerei 2022)).

Technische Schwierigkeiten bei der Wiedergabe des Erklärvideos habe es dreimal gegeben (vgl. K:211, 426, 479). Ein:e Teilnehmende:r berichtet von Hindernissen in der Auswahlmöglichkeit (vgl. K:383).

6.4.1.3.1 Zusammenfassende Diskussion

Die kritischen Kommentare verweisen auf eine Auseinandersetzung mit der Thematik und verdeutlichen die facettenreichen Ansichten der Teilnehmenden. Anzumerken ist, dass einige Kritikpunkte, insbesondere zu den stilistischen Aspekten (Dauer, Farbe des Untertitels, Format), bereits im Vorfeld der Konzeption des Erklärvideos innerhalb des Forschungsteam intensiv diskutiert wurden (vgl. Kapitel 5.). Das Forschungsteam geht davon aus, dass es kaum möglich ist, das perfekte Erklärvideo, welches jedem Geschmack entspricht, zu produzieren. Obwohl diese Sichtweise ebenso auf die Begriffsvorschläge übertragbar ist, kam es bei den Teilnehmenden zu ähnlicher Ablehnung wie Zustimmung (vgl. Kapitel 6.5.1.2.2). Die kritischen Äußerungen in den Kommentarfeldern betonen die Bedeutsamkeit eines passenden Begriffes für das

³⁴ Der Begriff wurde bewusst nicht gegendert, da sich dieser als eigenständiger Begriff versteht.

Gesundheitssystem und die dazugehörige spezialisierte Fachkraft. Kritikpunkte, welche auch aus der Perspektive des Forschungsteams kritisch zu beurteilen sind, werden in der kritischen Würdigung (vgl. Kapitel 7.) aufgegriffen und diskutiert.

6.5 Reflexion der Ergebnisse

Kalb Katharina

Die Phase IV der Masterarbeit beschäftigt sich mit dem zweiten forschungsleitenden Schwerpunkt. Es werden in der anschließend präsentierten Tabelle die Haupteckdaten dieser Phase zusammengefasst und daraufhin beschrieben und reflektiert.

Tabelle 22: Haupteckdaten Online-Umfrage

Welche Begriffe eignen sich aufgrund ihrer Beliebtheit für den in Großbritannien als „social prescribing“ bezeichneten gesundheitsbezogenen Interventionsansatz sowie die damit einhergehende spezialisierte Fachkraft („link worker“) für den österreichischen Primärversorgungskontext?
Die drei erstplatzierten Begriffe für den gesundheitsbezogenen Interventionsansatz „social prescribing“ sind: ■ Gesund:sozial:verbunden ■ Gesundheitsnetz ■ Gesundheitskompass Die drei erstplatzierten Begriffe für die damit einhergehende spezialisierte Fachkraft sind: ■ Sozialarbeiter:in ■ Gesundheitskoordinator:in ■ Soziale:r Gesundheitscoach:in.
Weitere Ergebnisse in Bezug auf die zweite Forschungsfrage lassen sich nach der Auswertung der Online-Umfrage zusammenfassen:
Beruf Die (Berufs-)Qualifikation der spezialisierten Fachkraft ist bei der Wahl geeigneter Begriffe mitzudenken.
Begriffseigenschaften ■ Von Anglizismen, Fremdwörtern, Wortkreationen, Akronymen und Dialekten ist abzuraten. Neutrale, prägnante, transparente und kurze Begriffe sind zu bevorzugen. Begriffsanmerkungen ■ Die Begriffe Rezept und Rat werden in den Kommentaren und in der deskriptiven Ergebnisdarstellung ambivalent bewertet. ■ <i>Soziale Verschreibung</i> und <i>Sozialverschreibung</i> eignen sich nach der Online-Umfrage nicht als Begriffe für das Gesundheitskonzept, da sie in der deskriptiven Darstellung und in der Auswertung der Kommentare am schlechtesten abschneiden. ■ Mehrere Begriffsvorschläge, welche die Wörter <i>gesund</i> oder <i>sozial</i> beinhalten, schneiden durchschnittlich gut ab, was auf deren Eignung verweist. Nichtsdestotrotz wird deutlich, dass diese Begriffe für eine geringe Anzahl der Befragten abschreckend / ungeeignet wirken. Auffällig oft werden Begriffe mit <i>ganzheitlich</i> und <i>rundum</i> vorgeschlagen.

Quelle: Eigene Darstellung

Für den gesundheitsbezogenen Interventionsansatz im österreichischen Primärversorgungskontext zeigen die Begriffe **Gesund:sozial:verbunden**, **Gesundheitsnetz** und **Gesundheitskompass** eine durchschnittliche Zustimmung von über 50 %. Weiters werden sie am häufigsten als Lieblingsbegriffe ausgewählt, was sie aufgrund ihrer Beliebtheit zu geeigneten Begriffen macht. Darüber hinaus schlägt eine beachtliche Anzahl der Teilnehmenden in den Kommentarfeldern einen Begriff mit *ganzheitlich* und *rundum Gesund* (mit verschiedenen Schreibweisen) vor (vgl. Kapitel 6.3.1.2; vgl. s.A., Tabelle 31).

In den ersten vier platzierten Begriffen zum Gesundheitskonzept und den zweit- und drittplatzierten Begriffen für die spezifische Fachkraft ist der Begriff *gesund* enthalten, was ihn nach der Online-Umfrage als beliebt definiert. Vier Teilnehmende raten von einer Verwendung des Begriffs *gesund* ab, da dies den Fokus unter anderem zu sehr auf die körperliche Gesundheit lege bzw. womöglich im Umkehrschluss vermitteln, jemand sei krank (K:176, 404). Dies kann im Widerspruch zu der bereits angeführten Auseinandersetzung mit der Gesundheit (vgl. Glossar) sowie Jane Adams, Ilse Arlt, Abraham Maslow, Aaron Antonovsky und weiteren gesehen werden (vgl. Kapitel 2.1). In ihren Arbeiten richtet sich der Fokus auf die menschliche Gesundheit, wobei soziale Faktoren eine wesentliche Rolle spielen. In diesem Zusammenhang sei erneut an die Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation erinnert, welche ebenfalls in zwei Kommentaren angemerkt wurde (vgl. K:352, 214): Gesundheit ist ein Zustand „völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (WHO 1948; vgl. Kapitel 2.2).

Weiters äußerten sich zwar drei Kommentator:innen skeptisch hinsichtlich des Begriffs *sozial*, dennoch wurden 56 Begriffe für das Gesundheitskonzept mit dem Wort *sozial* vorgeschlagen und Begriffe, die das Wort *sozial* beinhalten, wurden als beliebteste Begriffe ausgewählt. Dies macht auf eine allgemeine Beliebtheit von Begriffen mit dem Adjektiv *sozial* aufmerksam. Die mit diesem Beiwort assoziierte negative Konnotation lässt erahnen, dass ein Verständnis von Gesundheit, das soziale Faktoren umfasst, in der österreichischen Gesellschaft noch nicht ausgeprägt verankert zu sein scheint. Statt positiv über die soziale Gesundheit zu sprechen und sie als Teil der ganzheitlichen – der *rundum* – Gesundheit zu sehen, wird teilweise – zumindest sprachlich – von ihr Abstand genommen.

Allgemein ist anzumerken, dass die schlechte Bewertung des aktuell verbreiteten Begriffes *Soziale Verschreibung*, welcher lediglich Platz 27 von insgesamt 28 einnimmt, überrascht. Schlechter schneidet nur die *Sozialverschreibung* ab (Platz 28 von 28; vgl. Kapitel 3.3). *Soziale Verschreibung* kommt sowohl in der deskriptiven Ergebnisauswertung als auch in der qualitativen Analyse der Kommentarfelder schlecht weg. Somit weist die Online-Umfrage auf eine Unbeliebtheit dieses Begriffs hin, was ihn in diesem Licht zu einem ungeeigneten Begriff für das Gesundheitskonzept im österreichischen Primärversorgungskontext macht.

Auch der in Österreich bereits verwendete Begriff des *Sozialen Rezepts* liegt nicht unter den Erstplatzierten (Platz 17 von 28). Ebenso wie dem *Rat* und der *Verschreibung*

werden dem *Rezept* von einigen Teilnehmenden die Attribute der partizipativen Mitgestaltung und der aktiven Rolle der Nutzer:innen in ihrer eigenen Gesundheitsgestaltung – welche ein Kernelement von Social Prescribing bildet – abgesprochen. Sie seien Medizin-lastig und negativ behaftet. Das *Wohlbefinden auf Rezept* (Platz 11 von 28) liegt im oberen Bereich der Auswertung, weshalb sich die negativen Kommentare zum *Rezept* nur teilweise in der deskriptiven Ergebnisdarstellung wiederfinden. Weiters werden von zehn Teilnehmenden Begriffe, die das Wort *Rezept* beinhalten, vorgeschlagen (vgl. K: 5f., 9, 67, 84, 89, 126f., 138f.).

Die aus Großbritannien stammenden Begriffe *Social Prescribing* (Platz 12 von 28) und *Link Worker:in* (Platz 15 von 26) rangieren ebenfalls nicht unter den erstplatzierten Begriffen. Einige Kommentator:innen verweisen auf eine Präferenz für deutschsprachige Begriffe (vgl. K:174f., 231, 353, 372, 377, 402, 437).

In Bezug auf die spezialisierte Fachkraft wurden aufgrund ihrer Beliebtheit folgende Begriffe als geeignet angesehen:

Der:Die **Sozialarbeiter:in** erreicht in der deskriptiven Auswertung eine Zustimmung von 60 %. Bei den zweit- und drittplatzierten Begriffen, dem:der **Gesundheitskoordinator:in** und dem:der **sozialen Gesundheitscoach:in**, liegt der Mittelwert ebenfalls über 50 %. An dieser Stelle ist hervorzuheben, dass trotz der Umstrittenheit bei manchen Teilnehmenden der Adjektive *sozial* und *gesund* die Mehrheit für diese Begriffe stimmt und zudem eigene, diese Begriffe umfassende Vorschläge macht (vgl. s.A., Tabellen 31, 33). Einige Teilnehmende schlagen den:die *Gesundheitscoach:in* ohne *sozial* vor (vgl. K:269–274, 393). Eine weitere Person wandelt den Begriff zu *ganzheitlichen:in* *Gesundheitscoach:in* um (vgl. K:262). Bei diesen Begriffen würde ebenfalls die Möglichkeit bestehen, das Gesundheitskonzept und die dazugehörige Fachkraft namentlich zu kombinieren: Der Vorschlag zum *ganzheitlichen Gesundheitscoaching* kommt zwei Mal vor. Einmal wird *Gesundheitscoaching* vorgeschlagen (vgl. K:25f., 47). Auch die *Gesundheitskoordination* als Begriff für den Interventionsansatz würde zur Fachkraft *Gesundheitskoordinator:in* passen.

Die Analyse der Kommentarfelder verdeutlicht, dass es für die Beantwortung der Frage, welche Begriffe für die spezialisierte Fachkraft für den österreichischen Primärversorgungskontext geeignet sind, mitunter eines gesellschaftlichen, politischen und schließlich rechtlichen Konsenses bezüglich der notwendigen beruflichen Qualifikationen für die Ausübung der Funktion der spezialisierten Fachkraft bedarf (vgl. Kapitel 6.4.1.1). Die Frage nach geeigneten Begriffsbezeichnungen kann demnach nicht isoliert beantwortet werden und sollte auf Basis der vorliegenden Ergebnisse im weiteren Begriffsfindungsdiskurs berücksichtigt werden:

Die Sozialarbeiter:innen sehen Verbindungen zu ihrer Arbeit und der Link Working Funktion / Methode³⁵. Die häufige Betonung der Sozialen Arbeit könnte auch auf eine Verunsicherung hindeuten, da eine Abgrenzung zu der Funktion der spezialisierten

³⁵ Die Herausforderung der Differenzierung zwischen Sozialarbeit und Social Prescribing wird ebenfalls in der Arbeit des Forschungsteams I mehrfach thematisiert.

Fachkraft und der eigenen Arbeit schwer zu fallen scheint. Auch das während der Finalisierung dieser Arbeit veröffentlichte Handbuch (2021) „Social Prescribing in der Primärversorgung“ der Gesundheit Österreich GmbH weist auf Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen der spezialisierten Fachkraft und Sozialarbeiter:innen hin. Dieser Abgrenzungsprozess sei noch im Gange, wobei deutliche Verbindungspunkte gesehen werden können. Allgemein wird beschrieben, dass Sozialarbeiter:innen Link Working machen können, aber Link Worker:innen nicht soziale Arbeit (vgl. Rojatz et al. 2021a: 59f.). Weiters heißt es:

„Auch wenn Sozialarbeiter:innen gute Voraussetzungen für die Funktion/Methode bieten, können auch andere Berufsgruppen diese umsetzen. Obgleich dieser Erkenntnisse, gilt es die Link Working Funktion noch klarer zu definieren und von anderen Methoden (u.a. Case- und Caremanagement) abzugrenzen bzw. Gemeinsamkeiten aufzuzeigen“ (ebd.:81).

Eine eigenständige, neue Berufsgruppe von Link Worker:innen sei demnach nicht notwendig. Vielmehr soll die Link Working „Funktion [als Methode; Anm. d. Verf.] von bestehenden Gesundheits- und Sozialberufen übernommen werden“ (ebd.:58). Welche dies sein sollen, steht allerdings aktuell noch offen.

Sollten nur Fachkräfte aus der Sozialen Arbeit für die Rolle des:der Link Worker:in vorgesehen sein, so scheint die Begriffsbezeichnung der:die *Sozialarbeiter:in* vor dem Hintergrund der Ergebnisse dieser Arbeit geeignet. Ist dies nicht der Fall, scheinen der zweitplatzierte Begriff, *soziale:r Gesundheitscoach:in* (auch ohne das Adjektiv *sozial* vorgeschlagen), oder der drittplatzierte, der:die *Gesundheitskoordinator:in*, aufgrund ihrer Beliebtheit passend. Obwohl die Soziale Arbeit über keine gesetzlich geschützte Berufsbezeichnung verfügt, ist dennoch anzunehmen, dass eine entsprechende Berufsbezeichnung gewissermaßen andere Berufsausbildungen ausschließen würde. Es kann als positiv gewertet werden, dass die erstplatzierten Begriffe für das Gesundheitskonzept *Gesund:sozial:verbunden* sowie *Gesundheitsnetz* und *Gesundheitskompass* mangels berufsspezifischer Begriffselemente – anders als etwa *Sozialarbeit auf Rezept* – inklusiver ausgestaltet sind und auf Basis der Ergebnisse dieser Online-Umfrage als geeignet angesehen werden können.

6.6 Reflexion der Methodenwahl und -anwendung

Die Wahl der Methode des Online-Fragebogens wird als geeignet angesehen, um beliebte Begriffe für den Österreich-spezifischen Kontext für den gesundheitsbezogenen Interventionsansatz und die dazugehörige spezialisierte Fachkraft zu finden. Durch die Online-Umfrage war es verschiedenen Menschen mit einem Bezug zu Österreich möglich, einen Beitrag zur Begriffsbestimmung zu leisten. Dank dieser *Methodenwahl* ist es zu einer beachtlichen Anzahl von Teilnehmenden gekommen. Die 434 Antwortbögen dienen, wie in der Ergebnisreflexion veranschaulicht, zur Beantwortung der Forschungsfrage.

Die herangezogene *Methodenanwendung* wird in Anbetracht der Ergebnisse als positiv wahrgenommen. Mit der Unterstützung durch das Software Programm EUCUSA konnte der Fragebogen gut aufbereitet werden, was eine angenehme Durchführung bescherte.

Rückblickend konnten beinahe keine für die Beantwortung der Forschungsfrage relevanten Zusammenhänge zwischen den demografischen Fragen und den Begriffsbewertungen hergestellt werden. Möglicherweise kann dies durch eine mangelnde Repräsentativität bestimmter Personengruppen (z.B. nur eine Person 15 - 17 Jahre alt) begründet werden. Dem unbenommen kann durch die personenbezogenen Daten nachvollzogen werden, wer an der Online-Umfrage teilgenommen hat.

Ein Kritikpunkt in der Sammlung der demografischen Daten besteht in der fehlenden Frage nach dem jeweiligen konkreten beruflichen Hintergrund. Im Nachhinein wird angenommen, dass durch die Selbstselektions-Stichprobe, das Teilen der Umfrage in sozialarbeiterischen Kreisen und den jeweiligen eigenen Antrieb und das Interesse der Teilnehmenden (vgl. Döring / Bortz 2016:306) viele mit einem beruflich sozialarbeiterischen Hintergrund teilgenommen haben. Weiters wählten die Teilnehmenden, die angaben das Gesundheitskonzept bereits zu kennen, den:die *Sozialarbeiter:in* häufiger als Lieblingsbegriff. Deshalb besteht die Vermutung, dass hier möglicherweise ein (beruflicher) Bezug zur Sozialen Arbeit besteht, da potenziell ein Zusammenhang zwischen der Thematik Social Prescribing in der Primärversorgung und der Sozialen Arbeit gegeben ist. Aus diesem Grund sollte kritisch hinterfragt werden, ob das vorliegende Ergebnis, insbesondere die Präferenz des Begriffes des:der *Sozialarbeiter:in*, von einem entsprechend sozialarbeiterischen Bias geprägt ist. Es wäre spannend gewesen, diese Hypothese durch eine entsprechende Abfrage im Fragebogen zu überprüfen.

Es wurde eine Fülle an Datenmaterial gesammelt. Rückwirkend stellten sich vor allem die Materialien aus den Kommentarfeldern als besonders umfangreich heraus. Dadurch konnten facettenreiche Perspektiven zu der untersuchten Thematik hergestellt werden. Dennoch mussten Limitationen vorgenommen werden, um nicht über den Rahmen dieser Masterarbeit hinauszugehen. Es kam zu einer Reduktion des Materials und Aspekte, die nicht mit der Forschungsfrage in Zusammenhang zu bringen waren, konnten in der Analyse nicht behandelt werden.³⁶ Eine weitere Einschränkung musste bei der Sammlung der Begriffe für die Online-Umfrage vorgenommen werden, um den Überblick in der Online-Umfrage nicht zu verlieren (vgl. Kapitel 4.2.4.4; vgl. Kapitel 6.2.1; vgl. s.A., Tabelle 24).

Abschließend ist festzuhalten, dass die dargestellten Zusammenhänge einen qualitativen-interpretativen Charakter haben. Dabei wurde stets auf eine transparente Darstellung und einen reflektierten Umgang mit dem Forschungsmaterial Rücksicht genommen. Nachfolgend wird im Fazit und der darin enthaltenen kritischen Würdigung selbstkritisch auf Limitationen der Arbeit eingegangen.

³⁶ Beispielsweise wurde in einem Kommentar auf das niederländische Konzept – das Buurtzorg Modell – verwiesen (vgl. K:484), welches sich mit Nachbarschaftspflege und -betreuung auseinandersetzt (vgl. Leichsenring / Staflinger 2017).

7 Fazit

7.1 Kritische Würdigung

Pfeifer Marlies

In diesem Kapitel wird der gesamte Forschungsprozess, insbesondere das empirische Vorgehen dieser Masterthesis kritisch gewürdigt. Die Erörterung soll zu einer Reflexion der Arbeit anregen und der Frage nachgehen, was bei zukünftigen Forschungen dieser Art besser gemacht werden kann. Beginnend mit der Fokusgruppe I werden das Vorgehen sowie erhobene Erkenntnisse des Projektes chronologisch diskutiert.

7.1.1 Fokusgruppen

Die Fokusgruppe I sollte zur Erreichung dreier Ziele beitragen. Das Erste zielte darauf ab, allgemeine zentrale Erkenntnisse für die Konzeption und Produktion von Erklärvideos zu gewinnen. Das zweite Ziel, welches durch die Fokusgruppe I erreicht werden sollte, fokussierte auf die Umsetzung des spezifischen Erklärvideos. Die Erkenntnisse sollten Produktionsfragen klären. Darüber hinaus hat die Fokusgruppe I dazu beigetragen, Begriffe für die Online-Umfrage zu sammeln.

Wie bereits in der Reflexion der Methodenwahl und -anwendung (vgl. Kapitel 4.2.6) angesprochen, war die für die Fokusgruppe gewählte Zeit, insbesondere aufgrund von Diskussionen unter den Expert:innen, insgesamt nicht ausreichend bemessen. Für die ersten drei Stufen: Begrüßung und Einführung, Selbstkonzeption sowie Aufbau einer Arbeitsbeziehung wurde genügend Zeit eingeplant. Bei der vierten Stufe konnten alle vorher festgelegten Kategorien diskutiert werden, jedoch mangelte es bei der Sammlung der Begriffe und der Bewertung dieser an Zeit. Anstatt alle Begriffe einzeln zu diskutieren, schlugen die Expert:innen allgemeine Empfehlungen für die Begriffsaufnahme im Fragebogen vor und diskutierten diese untereinander. Eine Expertin hob dabei die Komplexität der Begriffsbewertung und die damit verbundene entsprechende Verantwortung hervor (vgl. Moser T1:Abs.61).

Im Nachhinein scheint es für zukünftige Bestrebungen dieser Art empfehlenswert mehr Zeit für derart komplexe Vorhaben einzuplanen. Alternativ wäre eine eigenständige rein auf die Sammlung und Bewertung von Begriffen gerichtete Fokusgruppe zweckmäßig und potenziell gewinnbringend gewesen.

Obwohl bei der Planung beider Fokusgruppen auf eine Ausgewogenheit männlicher und weiblicher Teilnehmenden geachtet wurde, nahmen bei der Fokusgruppe I überwiegend weibliche Personen teil. Bei der Fokusgruppe II waren es hingegen mehrheitlich männliche Teilnehmer. Auf eine Geschlechterparität wurde im Zuge der Planung geachtet. Das Ungleichgewicht ist auf kurzfristige Absagen im Vorfeld der jeweiligen Fokusgruppen zurückzuführen.

Die erste Forschungsfrage richtet sich auf allgemeinen Erkenntnissen zur Konzeption und Produktion von Social Prescribing Erklärvideos im österreichischen Primärversorgungskontext. Bei der Auswertung der Fokusgruppe II ergab sich die Problematik des Trennens zwischen allgemeinen Erkenntnissen für die Produktion von Social Prescribing Erklärvideos und Ergebnissen, welche ausschließlich das Erklärvideo dieser Masterarbeit betrafen. Trotz fehlender Trennung ist es dem Forschungsteam gelungen, die Forschungsfrage I zu beantworten sowie Ergebnisse für die Konzeption und Produktion des eigens erstellten Erklärvideos zu erheben.

7.1.2 Erklärvideo

Mit Blick auf die Definition von Erklärvideos ist daran zu erinnern, dass diese bestenfalls nicht länger als drei Minuten dauern sollten. Grund dafür ist, dass sich eine zu lange Zeitspanne auf die Aufmerksamkeit der Zuseher:innen negativ auswirken kann (vgl. Simscek / Kia 2017:23). Mit beinahe vier Minuten (03:52) hat das Erklärvideo dieses Masterprojektes die Idealdauer von Erklärvideos überschritten. Eine Komprimierung des Erklärvideos auf drei Minuten war und ist aufgrund der vielzähligen erarbeiteten zentralen Botschaften der beiden Fokusgruppen schwer umsetzbar. Darüber hinaus bestand das vorrangige Ziel nicht darin, ein Erklärvideo unter drei Minuten zu produzieren. Vielmehr wurde auf die Verständlichkeit und die Niederschwelligkeit Wert gelegt. Obwohl auf die Kürze sorgfältig geachtet wurde, stand diese insgesamt als Kriterium nicht an erster Stelle.

Das Forschungsteam hat sich gemäß den zur Verfügung stehenden Ressourcen hinsichtlich des Videoskripts um eine einfache Sprache bemüht, indem externe Personen zur Qualitätssicherung herangezogen wurden (vgl. Kapitel 5.1). Nichtsdestotrotz gelang es nicht, die Anwendung bestimmter Begriffe im Erklärvideo vollständig zu vermeiden, weshalb im Hinblick auf die Niederschwelligkeit kritisiert werden kann, dass manche Begriffe wie zum Beispiel „individuelle Gesundheitsfaktoren“ für die Zuseher:innen gegebenenfalls abschreckend und unverständlich wirken könnten.

Im Fokus des eigens konzipierten und koproduzierten Erklärvideos stand eine diverse Darstellung animierter Charaktere insbesondere im Hinblick auf insbesondere Geschlecht, Alter ethnische Zugehörigkeit und sozialen Status. Im Zuge der Umfrage machte eine teilnehmende Person darauf aufmerksam, die spezialisierte Fachkraft weiblich, anstatt männlich darzustellen. Die Kritik bezieht sich auf den Aspekt, dass Frauen in der Expertinnenrolle im Vergleich zu Männern stark unterrepräsentiert sind (vgl. K:423). Hier ist anzumerken, dass sich das Forschungsteam bewusst dazu entschlossen hat, eine männliche Figur zu wählen, da helfende Berufe, wie die Soziale Arbeit heute noch stark weiblich konnotiert sind. Es wurde bei der Darstellung anderer Gesundheits- und Sozialberufe darauf geachtet, dass auch Frauen als Expertinnen dargestellt werden, wie beispielsweise bei der Darstellung der Ärztin in der Primärversorgungseinheit.

Im Erklärvideo wurde neben der spezialisierten Fachkraft Oliver auch eine Sozialarbeiterin vorgestellt (vgl. Kapitel 5.1). Zum aktuellen Stand kommen auch

Sozialarbeiter:innen für die Funktion der Fachkraft in Frage. Die Darstellung von zwei Figuren im Erklärvideo könnten bei genauer Betrachtung so interpretiert werden, dass neben einem:r Sozialarbeiter:in Oliver in der Primärversorgung tätig ist. Es ist nicht auszuschließen, dass diese Vorgehensweise einen Einfluss auf die Begriffsbewertung und -findung hatte.

Aufgrund der zur Verfügung stehenden Ressourcen und dem Ziel, einen Beitrag zu der Begriffsfindung und -bewertung für den österreichischen Primärversorgungskontext zu leisten, hat sich das Forschungsteam dazu entschieden, das Erklärvideo und die einhergehende Umfrage ausschließlich auf Deutsch zu produzieren. Ein Kritikpunkt an dieser Vorgehensweise ist, dass das Erklärvideo in keinen anderen, insbesondere in keiner anerkannten Minderheitssprache produziert wurde. Dadurch beschränkte sich das Erklärvideo sowie die damit einhergehende Online-Umfrage auf Personen, welche die deutsche Sprache beherrschen. Um allen in Österreich lebenden Menschen das Gesundheitskonzept näher zu bringen, könnten zielgruppenspezifische und damit auch mehrsprachige Erklärvideos zweckmäßig sein (vgl. Kapitel 4.3.3.1). Die Teilnahme an einer Begriffsbewertung und -suche für nicht deutschsprechende Personen wird vom Forschungsteam weiterhin als große Herausforderung gesehen.

7.1.3 Begriffssuche und Online-Umfrage

Bezüglich der Auswahl und Bewertung von Begriffen wurde in der ersten Fokusgruppe die Erkenntnis gewonnen, dass sich die Bedeutung von Begriffen verändert, wenn der Begriff nicht nur gelesen, sondern auch gehört wird oder wenn der Begriff mit bereits bestehender Hintergrundinformation in Verbindung gebracht wird. Zwei Expert:innen machten darauf aufmerksam, dass das Hören von Begrifflichkeiten sowie die Kenntnis der Entstehung einen Einfluss auf die Wahrnehmung hätten (vgl. Moser / Commenda T1:Abs.62f.).

Wie bereits erläutert (vgl. Kapitel 6.2.1) wurde die Anzahl der Begriffe für die Online-Umfrage reduziert. Die Begriffsauswahl basierte auf Empfehlungen von Social Prescribing Expert:innen, Mitgliedern des Forschungslabors, Teilnehmenden der Armutskonferenz und auf Gesprächen im privaten Umfeld und Arbeitskontext. Ein hohes Ausmaß von terminologischer Diversität wurde besonders berücksichtigt. Der Begriff *Vernetzungshelfer:in* wurde beispielsweise bei der Online-Umfrage von einer Person kritisiert. Im Kommentarfeld macht diese darauf aufmerksam, dass Sozialarbeiter:innen in der Ausbildung lernen würden, dass sie nicht „helfen“ würden und dass es falsch sei, dieses Image durch die Begriffsverwendung zu verbreiten (vgl. K:366).

In der Online-Umfrage gab es leider nicht die Möglichkeit, eine Mehrfachabstimmung mittels einer Kennzahl zu verhindern. Daher kann nicht ausgeschlossen werden, dass Personen mehrfach teilgenommen haben.

Es ist nicht auszuschließen, dass die im Erklärvideo verwendete Sprache sowie die gezeigten Objekte einen Einfluss auf die Begriffsauswahl und -bewertung der Teilnehmenden hatten. Im Erklärvideo wurden beispielsweise zehnmal Begriffe

verwendet, welche sich vom Wort *Gesundheit* ableiten. In den drei bestbewerteten Begriffen der Online-Umfrage ist das Wort *gesund* enthalten. Auch der Begriff *sozial* wird viermal in unterschiedlichen Konstellationen sprachlich verwendet. In den bestgewählten Begriffen für das Gesundheitskonzept sowie für die einhergehende Fachkraft ist das Wort *sozial* enthalten. Es kann nicht überprüft werden, ob die gewählte Sprache einen Einfluss auf die Ergebnisse hat, allerdings sollte die Wahrscheinlichkeit nicht außer Acht gelassen werden.

Die passive Rekrutierung erfolgte mittels einer nicht-probabilistischen Stichprobe. Die Online-Umfrage wurde über Institutionen, Personen und diverse Informationskanäle geteilt. Mit Verweis auf die Selbstselektions-Stichprobe kann angenommen werden, dass besonders Personen mit einem Interesse an der Thematik an der Online-Umfrage teilnahmen. Es wurden unter anderem Primärversorgungseinheiten, soziale Organisationen und Vereinen für die Online-Umfrage kontaktiert (vgl. Kapitel 6.2.3), weshalb anzunehmen ist, dass eine große Menge der Teilnehmenden in diesem Berufsfeld tätig ist. Diese Annahme wird durch folgenden Umstand untermauert: Teilnehmende der Online-Umfrage, die das Gesundheitskonzept bereits kannten, wählten den Begriff der *Sozialarbeiter:innen* häufiger, wobei aufgrund der Natur von Social Prescribing davon auszugehen ist, dass dieses im Kontext der Sozialen Arbeit allgemein bekannter ist. Um diese Annahme zu bestätigen, beziehungsweise zu widerlegen, wäre es sinnvoll gewesen, in der Erhebung nach dem Berufsfeld zu fragen.

Es ist nicht auszuschließen, dass die persönlichen Fragen etwa nach dem Einkommen abschreckend wirkten und dazu führten, dass Teilnehmende der Online-Umfrage diese nicht abschlossen. Diese Annahme deckt sich auch mit einem Kommentar (vgl. K:486).

Abschließend ist hinsichtlich der Online-Umfrage festzuhalten, dass einige Kommentare einen kritischen Blick auf die gegenständliche Forschung richten. Von 434 Teilnehmenden haben 85 Personen mindestens einen Kommentar hinterlassen, dies entspricht abgerundet jeder fünften Person.

7.2 Conclusio und Ausblick

Bischof Thiemo, Kalb Katharina, Pfeifer Marlies

Vorliegende Masterarbeit hat zwei Forschungsthemen welche mittels einer theoretischen Erläuterung, sowie einer empirischen Forschung untersucht wurden. Was im Forschungsprozess gelungen ist und was nicht, wurde im vorangegangenen Kapitel gewürdigt. Nun wird abschließend diskutiert, inwiefern das Ziel der Untersuchung, die Forschungsfragen zu beantworten, (teilweise) erreicht wurde.

Forschungsfrage I:

Was ist bei der Konzeption und Produktion eines Social Prescribing Erklärvideos für den österreichischen Primärversorgungskontext unter Berücksichtigung einer interdisziplinären Expert:innenperspektive zu beachten, insbesondere damit dieses zugänglich (verständlich, inklusiv, attraktiv, etc.) ausgestaltet ist?

Forschungsfrage II:

Welche Begriffe eignen sich aufgrund ihrer Beliebtheit für den in Großbritannien als „social Prescribing“ bezeichneten gesundheitsbezogenen Interventionsansatz sowie die damit einhergehende spezialisierte Fachkraft („link worker“) für den österreichischen Primärversorgungskontext?

Um diese Fragen zu beantworten, wurde im 2. Kapitel zunächst auf die Rolle von Sozialarbeiter:innen als Koproduzent:innen eines Erklärvideos eingegangen. Es ist ersichtlich, dass die **Soziale Arbeit auch als Gesundheitsberuf** verstanden werden kann und dabei auf ein ganzheitliches Konzept von Gesundheit setzt. Die Berücksichtigung eines bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodelles in der Sozialen Arbeit verlangt nach einer mehrdimensionalen Betrachtung der menschlichen Gesundheit. In diesem Zusammenhang ist der wissenschaftliche Diskurs der **Sozialen Arbeit als Handlungswissenschaft besonders relevant, die – sofern es der Fall verlangt – auf die transdisziplinäre Zusammenarbeit mit diversen Bezugswissenschaften** angewiesen ist. Die theoretische Ausarbeitung im Kapitel 2.3 hatte zum Ziel, den Wissenschaftsanspruch der Disziplin zu erläutern, um im nächsten Schritt zu erklären, warum die Soziale Arbeit an der Konzeption und Produktion eines Erklärvideos mitwirkt.

Soziale Arbeit ist an der Koproduktion von Erklärvideos aufgrund des transdisziplinären Zugangs der Disziplin und der Kategorisierung in eine Handlungswissenschaft beteiligt. Darüber hinaus orientiert sich Soziale Arbeit an handlungsleitenden Prinzipien der Inklusion und Diversität und setzt digitale und multimediale Mittel ein, um neue Ansätze und Angebote bekannt und zugänglich zu machen.

Die Transdisziplinarität der Sozialen Arbeit wird ebenfalls im Feld der **Kommunikation** ersichtlich. Das Kapitel 2.5 machte auf die besondere Eignung von Erklärvideos aufmerksam. Es wurde deutlich, dass komplexe Gesundheitskonzepte, wie etwa Social Prescribing, mittels eines transdisziplinären Zuganges und der Anwendung von Erklärvideos auf geeignete Weise erklärt werden können. Erklärvideos kommt dabei eine besondere Rolle zu, da sie durch ihre **Zugänglichkeit** die Teilhabe und die Interaktionschancen erhöhen. Andererseits können digitale Medien wie etwa Erklärvideos einen exkludierenden Effekt haben (vgl. Kapitel 2.5). Dasselbe wurde in der sprachlichen Dimension deutlich. Sprache beeinflusst das menschliche Handeln und kann sowohl vertrauensbildend als auch ausgrenzend wirken (vgl. Kapitel 3.). Im wissenschaftlichen Diskurs scheint dieser Aspekt in Bezug auf die Wissenschaftssprache, die sich von der Alltagssprache unterscheidet, häufig ausgeklammert.

Die geläufigen Begriffe *Social Prescribing* und *Link Worker:in* sind dem Vorbildmodell aus Großbritannien entnommen. Diese fanden überwiegend durch einen wissenschaftlichen Kontext Eingang in den österreichischen Sprachgebrauch und entstanden hierzulande nicht partizipativ. Der Blick auf den aktuellen nationalen terminologischen Diskurs (vgl. Kapitel 3.3) verdeutlicht, dass sich bislang weder für den gesundheitsbezogenen Interventionsansatz noch für die damit einhergehende spezialisierte Fachkraft österreichspezifische Begriffe durchgesetzt haben. Die Verwendung der **Wissenschaftssprache und von Anglizismen ist aus theoretischer Sicht kritisch zu sehen**, da diese als unnahbar wahrgenommen werden können und potenziell mangels Vertrauen zu Kommunikations- und damit Zugangsbarrieren führen (vgl. Kapitel 3.2). Diese Annahme wurde ebenfalls in der **empirischen Ausarbeitung evident** (vgl. Kapitel 6.5.1).

7.2.1 Forschungsfrage I – Social Prescribing Erklärvideo

Im ersten Schwerpunkt der empirischen Auseinandersetzung wurde der Fokus auf die erste Forschungsfrage gerichtet. Es wurde erhoben, was bei der Konzeption und Produktion von Social Prescribing Erklärvideos im österreichischen Primärversorgungskontext zu beachten ist, damit diese zugänglich ausgestaltet sind. Durch Fokusgruppen mit Social Prescribing Expert:innen (vgl. Kapitel 4.2) und mit Expert:innen diverser Disziplinen (vgl. Kapitel 4.3) gelang es, eine Antwort auf die Forschungsfrage I herauszuarbeiten:

Die Expert:innen der Fokusgruppe I empfehlen, **Social Prescribing in Erklärvideos als ein ganzheitliches Gesundheitskonzept vorzustellen, welches biopsychosoziale ausgerichtet ist und nicht-medizinische Bedürfnisse in den Blick nimmt**. Im Zuge dessen ist das Aufzeigen von Gesundheitsdeterminanten beziehungsweise menschlichen Grundbedürfnissen (vgl. Kapitel 2.1) und dessen Auswirkungen auf das Wohlbefinden essenziell.

Die empirischen Ergebnisse stützen die Bedeutung einer möglichst akkuraten Darstellung des Gesundheitskonzepts sowie der damit einhergehenden spezialisierten Fachkraft. Darauf basierend ist in Social Prescribing Erklärvideos diesbezüglich auf die **gesundheitsrelevante Vernetzung, Verbindung und Verweisung** hinzuweisen, welche in funktioneller Hinsicht der spezialisierten Fachkraft zukommt. Diese trägt zur Unterstützung und Herstellung von Netzwerken bei und verfügt über Wissen hinsichtlich regionaler Angebote. Ihre Aufgabe ist es, **partizipatives, auf die Steigerung des Wohlbefindens ausgerichtetes Handeln zu unterstützen** und dabei **individuelle Bedürfnisse** in den Vordergrund zu stellen. Nutzer:innen eines Social Prescribing Angebots sind als Expert:innen ihrer eigenen Lebenswelt zu verstehen und in einem Social Prescribing Erklärvideo entsprechend darzustellen. Darüber hinaus trugen die Expert:innen der Fokusgruppe I zu einem gemeinsamen Begriffsverständnis für Social Prescribing und Link Worker:innen (vgl. Tabellen 8, 9) bei.

Hinsichtlich der Darstellung der Angebote des dritten Sektors (vgl. Glossar) ist darauf zu achten, dass ausschließlich existente Angebote in Erklärvideos vorgestellt werden und

diese naturgemäß regional variieren. Diverse **Zielgruppen, unterschiedliche Regionen** und **sprachliche Diversität** sind Kernelemente, welche bei der Konzeption und Produktion zu berücksichtigen sind (vgl. Kapitel 4.2.4.4).

Um zugängliche Erklärvideos zu produzieren, ist bei der Konzeption und Produktion auf ein **offenes und einladendes Stimmungsbild** zu achten. Keinesfalls soll Social Prescribing als überfordernde und verpflichtende zusätzliche Maßnahme wahrgenommen werden. Erklärvideos über Social Prescribing im österreichischen Primärversorgungskontext sollen vielmehr signalisieren, dass die Angebote des Gesundheitskonzeptes Spaß bereiten und zu mehr Lebensfreude, Teilhabe und Wohlbefinden beitragen können.

Diese Einschätzungen und Ansichten wurden gleichermaßen von den Expert:innen unterschiedlichster Disziplinen und Arbeitsfelder der zweiten Fokusgruppe befürwortet. Die **Integration von Geschichten, Menschen und realen Gegenständen** fördert die Identifikation und in einem weiteren Schritt die allgemeine Verständlichkeit des transportierten Themas. Dadurch können Berührungspunkte zwischen den Betrachter:innen und dem präsentierten Inhalt geschaffen werden, was das Vermitteln des Gesundheitskonzeptes erleichtert. Bezugnehmend auf die Bedeutung der Sprache für das menschliche Handeln können ähnliche Phänomene betrachtet werden (vgl. Kapitel 3.). **Vertrauen und Verständnis** entstehen, wenn möglichst partizipativ und kollaborativ gearbeitet wird. Diese Faktoren spielen auch bei der Anwendung eines **amateurhaften Stils** eine Rolle, welcher durch eine damit verbundene Niederschwelligkeit und Nahbarkeit Hemmschwellen im Hinblick auf die Inanspruchnahme des Gesundheitskonzeptes verringern kann. Dieser Stil ist mit Bedacht anzuwenden, da er zwar grundsätzlich eine zugängliche, aber auch eine abschreckende Wirkung hinterlassen kann und das Gesundheitskonzept womöglich in ein unprofessionelles Licht rückt (vgl. Kapitel 4.3.4.3).

Ähnliches gilt hinsichtlich des Einsatzes von Diversitätselementen. Es bedarf einer gewissen Sensibilität diese passend zu integrieren, ohne dabei einen künstlichen Eindruck zu erwecken. **Diversity by design** ist in der Konzeption sowie der Produktion ebenso zu beachten. Dies bezieht sich neben den im Erklärvideo dargestellten Personen auch auf alle an der Erstellung mitwirkenden Personen (vgl. Kapitel 4.3.4.4).

Das Ziel und die Zielgruppe gehören im Vorfeld eingehend, projektintern wie -extern diskutiert und definiert. Für die Konzeption und Produktion eines Social Prescribing Erklärvideos ist zu bedenken, wer damit angesprochen und worauf abgezielt werden soll. Ob potenzielle Nutzer:innen, Angehörige der Sozial- und Gesundheitsberufe, Stakeholder:innen von Einrichtungen, Fördergeber:innen oder Teilnehmende einer Online-Umfrage zwecks Begriffsfindung angesprochen werden sollen, verlangt jeweils nach einem anderen Zugang. Daher sind bei dem Bestreben mehrere Zielgruppen anzusprechen auch mehrere Videos – gegebenenfalls mittels Videokampagnen – zu realisieren.

Der Aufbau eines Erklärvideos ist sodann an Ziel und Zielgruppe anzupassen. Beispielsweise kann am Ende ein *Call-to-Action* hilfreich sein, wenn beabsichtigt wird, dass die Betrachter:innen nach dem Video zu einer Handlung motiviert werden sollen.

Schließlich hat die Zielgruppe ebenso Auswirkung auf die zu wählende **Sprache**, wie beispielsweise den Einsatz von Fachbegriffen und abstrakter Sprache. Allgemein ist von zahlreichen dargestellten Textpassagen abzuraten, da diese die Betrachter:innen irritieren und überfordern können. Generalisierend gesprochen ist in Erklärvideos eine **leichte und niederschwellige Sprache zu nutzen**. Des Weiteren fördern **Untertitel** die Verständlichkeit, schaffen Barrierefreiheit und sind der Inklusion zuträglich. An diese sprachliche Dimension wurde im zweiten Teil der Arbeit verstärkt inhaltlich angeknüpft.

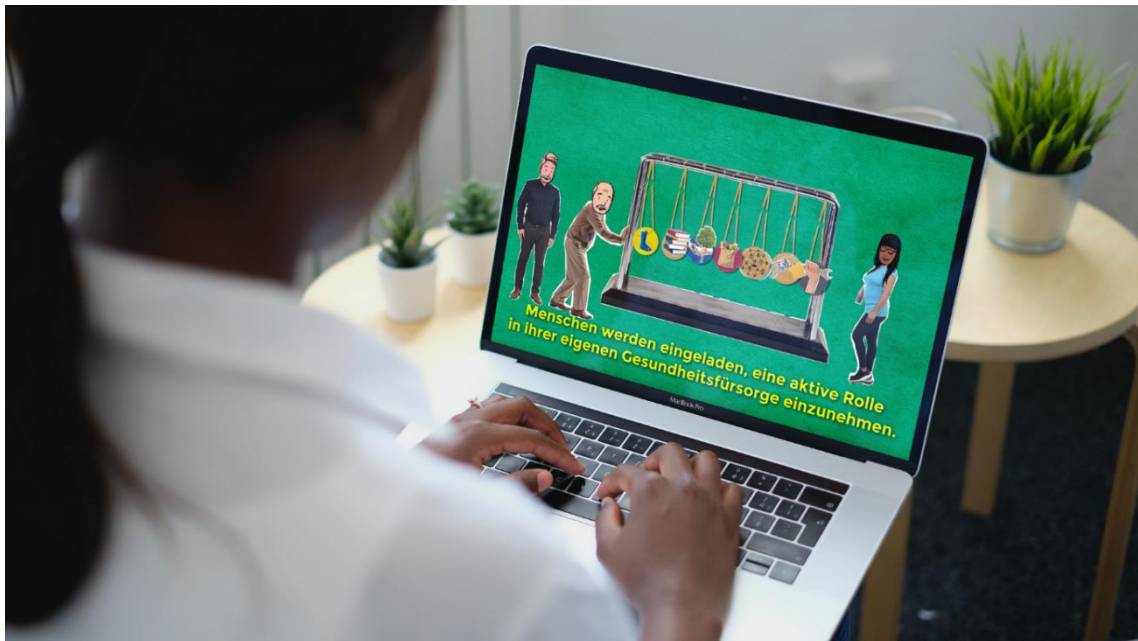


Abbildung 34: Eigens erstelltes Social Prescribing Erklärvideo
Quelle: Eigene Darstellung

7.2.2 Forschungsfrage II – Österreichspezifische Begriffsfindung

Um die zweite Forschungsfrage zu beantworten, wurde eine **Online-Umfrage** durchgeführt, in der ein an den herausgearbeiteten Kriterien orientiertes, eigens erstelltes **Social Prescribing Erklärvideo eingebettet** wurde. Die Umfrage diene somit auch als erstes, breiter angelegtes Reflexionsformat für das Erklärvideo selbst. Zudem konnte durch die Verbreitung der Online-Umfrage bzw. kann durch das dauerhafte Bereitstellen des erstellten Erklärvideos (vgl. Kapitel 5.2) auf YouTube mit der dort eingebetteten Option automatisierter fremdsprachiger Untertitel ein **Beitrag zur Steigerung des gesellschaftlichen Bewusstseins für das bio-psycho-soziale Gesundheitskonzept** Social Prescribing und damit zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz geleistet werden (vgl. Kapitel 1.4).

Im Vorfeld der Online-Umfrage wurde herausgearbeitet, dass die Verwendung einer **gemeinsamen Sprache als vertrauensbildende Maßnahme** in der Sozialen Arbeit

gesehen werden kann, die damit auch den Zugang zu Social Prescribing zu beeinflussen vermag. Denn durch das kollektive Generieren eines gemeinsamen Interaktionsuniversums kann es gelingen, Verständigungsbarrieren hinsichtlich verwendeter Begriffe, Sprache im Allgemeinen und sonstiger Darstellungsweisen entgegenzuwirken und dabei gleichzeitig Diversität zu fördern (vgl. Kapitel 3.1; Ballod 2020:57).

Für den gesundheitsbezogenen Interventionsansatz:

Für diesen wurden von den Teilnehmenden der Online-Umfrage aus den 28 vorgeschlagenen Begriffen **Gesund:sozial:verbunden**, **Gesundheitsnetz** und **Gesundheitskompass** am häufigsten als geeignet bewertet; mehrere Teilnehmende haben in einer offenen Antwort zudem den Begriff **rundum Gesund und ganzheitlich** eigeninitiativ vorgeschlagen (vgl. Kapitel 6.3.1).

Auffällig ist, dass das Wort **sozial** zwar von einigen Teilnehmenden kritisiert wurde, dennoch waren Begriffe, die *sozial* enthalten, **überdurchschnittlich beliebt**. *Gesund* wurde ebenso kritisiert, da primär die körperliche Gesundheit angesprochen sei, was jedoch einem ganzheitlichen Verständnis und einer veränderten, erweiterten Verwendung des Begriffs zuwiderläuft. Neben den wenigen Kommentaren, die von der Anwendung des Begriffes *gesund* abraten, zeigt die deskriptive Auswertung eine klare **Bevorzugung der Begriffe, welche gesund beinhalten** (vgl. Kapitel 6.3).

Die **Sozialverschreibung** wurde als **unbeliebtester Begriff** und die **Soziale Verschreibung** – vom englischen Begriff *Social Prescribing* ins Deutsche übersetzt – am **zweit-unbeliebtesten** bewertet. Der Begriff **Verschreibung** wurde auch im offenen, qualitativen Teil der Umfrage überwiegend **abgelehnt**. Es scheint daher **ratsam**, diesen geläufig gewählten Begriff (vgl. Gesundheit Österreich GmbH 2019) bzw. ähnliche begriffliche Zusammensetzungen **zu überdenken**. So wie dem Begriff *Verschreibung* wurde auch den Begriffen **Rat** und **Rezept** ein **paternalistischer Charakter zugeschrieben**. Da das Gesundheitskonzept insbesondere auf der aktiven, partizipativen Rolle der Nutzer:innen aufbaut, scheint der ebenfalls in Österreich verbreitete Begriff des **Sozialen Rezeptes** (Platz 17 von 28) – obwohl zehn Begriffe mit *Rezept* ergänzend vorgeschlagen wurden – **nicht geeignet**. Auch **Social Prescribing** (Platz 12 von 28) schnitt als englischer Fachbegriff lediglich **mittelmäßig ab**.

Für die spezialisierte Fachkraft („link worker“):

Der Begriff **Link Worker:in** (Platz 15 von 26) für die spezialisierte Fachkraft ist vor dem Hintergrund der Forschungsergebnisse **ungeeignet**. Demgegenüber sprach sich eine **Mehrheit** der Teilnehmenden **für den Begriff des:der Sozialarbeiter:in** aus; **weitere beliebte** und damit potenziell **geeignete Begriffe** sind **Gesundheitskoordinator:in** und **soziale:r Gesundheitscoach:in** (vgl. Kapitel 6.3.2).

Ein Blick in die Praxis³⁷ und auf die Auswertung der Kommentare der Online-Umfrage verdeutlicht, dass nicht nur Sozialarbeiter:innen die Funktion der spezialisierten Fachkraft übernehmen. Auch andere Berufe können für die Funktion der Fachkraft in Frage kommen. Die Begriffe *Sozialarbeit auf Rezept* (Platz 13 von 28) und der:die *Sozialarbeiter:in* scheinen vor diesem Hintergrund als nicht geeignet. Aus den Umfrageergebnissen und der erfolgten Analyse wurde daher die Notwendigkeit einer gesellschaftlichen, insbesondere **berufspolitischen Diskussion** zwischen den in der Praxis tätigen helfenden Berufen, deren Interessensvertretungen, den Primärversorgungseinrichtungen und der institutionellen Sozial- und Gesundheitspolitik über die Anforderungen für die Ausübung der Tätigkeit der spezialisierten Fachkraft deutlich.

Da es schließlich an gesetzlichen Grundlagen für Soziale Arbeit in Österreich noch weitgehend mangelt (vgl. Kapitel 1.2), sollten das Thema Social Prescribing und die Schnittstellen der Sozialen Arbeit zu anderen Berufsfeldern im Rahmen eines möglichen rechtlichen Regulierungsvorhabens in Form eines Berufsgesetzes³⁸ Berücksichtigung finden. In einem solchen wären Begriffe, Ethikstandards, das Berufsbild der Fachkräfte im Feld, Abgrenzungen, Anforderungen sowie Qualifikationen usw. zu definieren. Dies könnte Klarheit schaffen und käme nicht zuletzt der Qualitätssicherung in Bezug auf die Ausbildung von Sozialarbeiter:innen aber auch der mit dem Gesundheitskonzept Social Prescribing einhergehenden spezialisierten Fachkraft – wie auch immer diese schließlich heißen wird – zugute.

Abhängig davon, welche Qualifikationen für eine spezialisierte Fachkraft (Link Worker:in) im österreichischen Primärversorgungskontext vorausgesetzt werden, ob lediglich Fachkräfte aus der Profession der Sozialen Arbeit oder weitere Professionen aus der Sozial- und Gesundheitsbranche oder etwa aus Bereichen wie dem Coaching im Ergebnis dieses Diskussionsprozesses als qualifiziert angesehen werden, **können** auf Basis der Untersuchung die Begriffe ***Sozialarbeiter:in, Gesundheitskoordinator:in und soziale:r Gesundheitscoach:in*** als mögliche Berufsbezeichnungen empfohlen werden.

Diese könnten nach den erarbeiteten und vorgeschlagenen Kriterien hinsichtlich der inhaltlichen und gestalterischen Konzeption und Produktion eines weiteren Erklärvideos in das Feld der Primärversorgung niederschwellig eingeführt und bekannt gemacht werden.

³⁷ Durch das vergleichende Erforschen von bestehenden Projekten wird in der Arbeit des Forschungsteams I aufgezeigt, welche Fachkräfte neben jenen mit sozialarbeiterischer Qualifikation, die Tätigkeit der mit Social Prescribing einhergehenden spezialisierten Fachkraft ausüben (vgl. Kapitel 3.3.5, 4.).

³⁸ In diesem Sinne wird gegenwärtig am Ilse Arlt Institut durch Masterstudierende der Sozialen Arbeit der inter(nationale) Stand an Berufsgesetzen und Sozialarbeitsgesetzen erforscht. Die erarbeiteten Ergebnisse sollen schließlich für die politischen Entscheidungstragenden nutzbar gemacht werden (vgl. FH St. Pölten o.A.).

Danksagung

An dieser Stelle möchten wir uns bei allen Personen herzlich bedanken, welche uns bei der Verfassung und Anfertigung dieser Masterarbeit begleiteten, unterstützten und motivierten.

Ein besonderer Dank gebührt vor allem jenen Personen, welche ihre Expertise und mit uns teilten, um Antworten auf unsere Forschungsfragen zu finden.

Dazu zählt vorrangig die Projektleitung: Christoph Redelsteiner, Eva Pilz und Timo Fischer sowie alle weiteren Teilnehmenden der beiden Fokusgruppen: Julia Commenda, Daniela Rojatz, Sabine Haas, Jochen Prusa, Michaela Moser, Jennifer Antosik, Daniel Gottschling, Florian Vorraber, Janina Hoffmann, und Vinzent Rest, Marc Trompetter und Christian Berger.

Ein großer Dank geht an Marc Trompetter. Durch die Unterstützung des selbstständigen Motion-Designers konnte im angewandten Forschungsprozess ein animiertes Erklärvideo erfolgreich koproduziert werden. Hinsichtlich des Erklärvideos möchten wir uns ausdrücklich bei Antonia Löffler für ihren stimmlichen Beitrag bedanken.

Hinsichtlich des eigens erstellten Erklärvideos möchten wir uns ausdrücklich bei Antonia Löffler für ihren stimmlichen Beitrag bedanken.

Ebenfalls möchten wir uns bei unserem Kooperationspartner und Freund Sebastian Luzian für die Unterstützung bei der Erstellung der Online-Umfrage bedanken.

Bezüglich der Beantwortung der zweiten Forschungsfrage danken wir allen Personen herzlich für die Teilnahme an der Online-Umfrage, die ergänzenden Begriffsvorschläge sowie für alle Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge.

Wir möchten uns herzlich bei Christian Berger, Anna Langner, Johanna Waibel, Franziska Rafolt, Sebastian Luzian für ihre fachlichen Ratschläge, Beistand sowie für die unbezahlbare emotionale Unterstützung im Zuge der Erstellung dieser Arbeit herzlich bedanken.

Wir möchten uns außerdem bei den Kolleg:innen des Forschungslabors für kontinuierliches konstruktives Feedback in den letzten eineinhalb Jahren sowie für alle Gruppenarbeiten und den anregenden Austausch bedanken.

Zuletzt danken wir allen Angehörigen, welche uns in den letzten eineinhalb Jahren begleiteten, immer ein offenes Ohr für uns hatten und uns motivierten diese Masterarbeit fertigzustellen.

Literatur

Abel, Thomas / Schori, Dominik (2009): Der Capability-Ansatz in der Gesundheitsförderung: Ansatzpunkte für eine Neuausrichtung der Ungleichheitsforschung. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie. Nr. 2, Jg. 34, 48–64.

Aggar, Christina / Thomas, Tamsin / Gordon, Christopher / Bloomfield, Jacqueline / Baker, James (2021): Social Prescribing for Individuals Living with Mental Illness in an Australian Community Setting: A Pilot Study. In: Community Mental Health Journal. Nr. 1, Jg. 57, 189–195. DOI:10.1007/s10597-020-00631-6.

Allgemeinmedizin Gries (2021): # Social Prescribing – VERSCHREIBEN WAS GUT TUT. <https://www.allgemeinmedizingries.at/blog/-social-prescribing-verschreiben-was-gut-tut> [05.12.2021].

Angenent, Holger / Heidkamp, Birte / Kergel, David (2019): Digital Diversity: Bildung und Lernen im Kontext gesellschaftlicher Transformationen. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

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

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

Arlt, Ilse (2010): Wege zu einer Fürsorgewissenschaft. Berlin: LIT.

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

Arntz, Reiner (Hg:in) / Picht, Heribert / Mayer, Felix / Wegner, Norbert (Hg:innen) (2002): Studien zu Sprache und Technik. Einführung in die Terminologearbeit. Band 2, 4. Auflage, Hildesheim, Zürich, New York: Georg Olms Verlag.

Baby-Vornamen (o.A.a): Vorname Adam » Beliebtheit, Bedeutung, Herkunft, Aussprache & mehr. <https://www.baby-vornamen.de/Jungen/A/Ad/Adam/> [05.02.2022].

Baby-Vornamen (o.A.b): Vorname Jasmine » Beliebtheit, Bedeutung, Herkunft, Aussprache & mehr. <https://www.baby-vornamen.de/Maedchen/J/Ja/Jasmine/> [05.02.2022].

Baby-Vornamen (o.A.c): Vorname Oliver » Beliebtheit, Bedeutung, Herkunft, Aussprache & mehr. <https://www.baby-vornamen.de/Jungen/O/Ol/Oliver/> [05.02.2022].

Badura, Bernhard / Hehlmann, Thomas (2003): Betriebliche Gesundheitspolitik: der Weg zur gesunden Organisation. 1. Auflage, Berlin Heidelberg: Springer.

Ballod, Matthias (2020): Klar-text in Organisationen. Ein Ratgeber zur Optimierung administrativer Informationen. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Benighaus, Christian / Benighaus, Ludger (2012): Moderation, Gesprächsaufbau und Dynamik in Fokusgruppen. In: Schulz, Marlen / Mack, Birgit / Renn, Ortwin (Hg:innen): Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft – Von der Konzeption bis zur Anwendung. Wiesbaden, 111–132.

Bertotti, Marcello / Frostick, Caroline / Hutt, Patrick / Sohanpal, Ratna / Carnes, Dawn (2018): A realist evaluation of social prescribing: an exploration into the context and mechanisms underpinning a pathway linking primary care with the voluntary sector. In: Primary Health Care Research & Development. Nr. 3, Jg. 19, 232–245. DOI: 10.1017/S1463423617000706.

Birkner, Karin / Janich, Nina (2018): Einleitung in den Band. In: Birkner, Karin / Janich, Nina (Hg:innen.): Handbuch Text und Gespräch. In: Felder, Ekkehard / Gardt Andreas (Hg:innen): Handbücher Sprachwissen. Band 5, Berlin / Boston: De Gruyter, X-XII.

Block / Unger / Wright (2011): Fokusgruppe. https://www.pq-hiv.de/sites/default/files/documents/Fokusgruppe_Qualitaet_Aidshilfe_11247.pdf [09.04.2022].

Bosse, Ingo / Schluchter, Jan-René / Zorn, Isabel (2019): Theoretische Grundlagen inklusiver Medienbildung. 1. Auflage, Weinheim Basel: Beltz Juventa, 16-19.

Brandling, Janet / House, William (2009): Social prescribing in general practice: adding meaning to medicine. In: The British Journal of General Practice. Nr. 563, Jg. 59, 454–456. DOI: 10.3399/bjgp09X42108.

Bromley by Bow Centre (2021): Training Courses. <https://www.bbbs.org.uk/link-worker-training-courses/> [07.12.2021].

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

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen – BMGF (2012): Gesundheitsziel Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich – Langfassung. https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2018/08/gz_langfassung_2018.pdf [09.04.2022].

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz – BMSGPK (2022): Was ist Primärversorgung? <https://www.pve.gv.at/was-ist-primarversorgung/> [26.08.2021].

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz – BMSGPK (2020): Gesundheitsberufe in Österreich 2020. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Medizin-und-Gesundheitsberufe.html> [09.04.2022].

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz – BMSGPK (2016): UN-Behindertenrechtskonvention. <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=19>.

Burlington Primary Care (2020): Social Prescribers at BPC and Hawthorn Drive Surgery - who we are and what we do! Video, YouTube, <https://www.youtube.com/watch?v=Jhr9bpcWxG4> [08.01.2022].

Cofiño, Rafa (2017): ¿Qué es eso la prescripción social? ¿Funciona? <https://saludcomunitaria.wordpress.com/2017/02/06/que-es-eso-la-prescripcion-socialfunciona/> [11.12.2021].

Costa, Andreia / Sousa, Joana / Seabra, Paulo / Virgolino, Ana / Santos, Osvaldo / Lopes, Joaquim / Henriques, Adriana / Nogueira, Paulo / Alarcão, Violeta (2021): Effectiveness of Social Prescribing Programs in the Primary Health-Care Context: A Systematic Literature Review. In: Sustainability. Nr. 5, Jg. 13, 2731.

Das Deutsche Schulportal (2021): Padlet: Die digitale Pinnwand. <https://deutscheschulportal.de/unterricht/app-tipp-padlet-die-digitale-pinnwand-fuer-den-unterricht/> [31.01.2022].

Döring, Nicola / Bortz, Jürgen (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. 5. Auflage, Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Dresing, Thorsten / Pehl, Thorsten (2018): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 8. Auflage, Marburg: Eigenverlag.

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

Duden (o.A.a): Stil. <https://www.duden.de/rechtschreibung/Stil> [29.01.2022].

Duden (o.A.b): sozial. <https://www.duden.de/rechtschreibung/sozial> [18.02.2022].

Egger, Josef (2018): Das biopsychosoziale Modell. In: Schweizerische Ärztezeitung.

EUCUSA (o.A.): wirksam fragen – wertvoll handeln. <https://eucusa.com/at/> [04.02.2022].

FH St. Pölten (o.A.): Berufsgesetz für Sozialarbeiter*innen in Österreich. <https://www.fhstp.ac.at/de/studium-weiterbildung/soziales/soziale-arbeit-master/projekte1/berufsgesetz-fuer-sozialarbeiter-innen-in-oesterreich> [20.03.2022].

Finker, Susanne / Eglseider, Hermann / Zahorka, Florian (2017): Sozialarbeit in der (neuen) Primärversorgung. In: Sozialarbeit in Österreich. Nr. 3, 19–21.

Fischer, Timo / Pilz, Eva / Redelsteiner, Christoph (2021): Social Prescribing – Sozialarbeit und gesundheitsfördernde Aktivitäten auf Rezept? In: Österreichische Gesellschaft für Public Health, Dezember, 28–30. https://oeph.at/sites/default/public/files/%C3%96GPH_Newsletter_Dezember_2021.pdf [08.01.2022].

Fonds Gesundes Österreich (2022): Social Prescribing in der Primärversorgung. Video, YouTube, https://www.youtube.com/watch?v=_88bu mlXx4E [09.04.2022].

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

Franzkowiak, Peter (2003): Zum Verhältnis von Sozialer Arbeit und Gesundheitsförderung. In: Zeitschrift für Gesundheitsförderung. Nr. 1/2003, Jg. 26, 25–28.

Franzkowiak, Peter / Homfeldt, Hans-Günther / Mühlum, Albert (2011): Lehrbuch Gesundheit. Weinheim Basel: Beltz Juventa.

Gesundheitsgreisslerei (2022): Die Gesundheitsgreisslerei – von Frauen für Frauen, <https://diegesundheitsgreisslerei.at/> [17.03.2022].

Gibson, Kate / Pollard, Tessa / Moffatt, Suzanne (2021): Social prescribing and classed inequality: A journey of upward health mobility? In: Social Science & Medicine, Jg. 280, 114037.

Goger, Karin / Tordy, Christian (2020): Social Work Case Management Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft „Case Management“ der Österreichischen Gesellschaft für Soziale Arbeit (ogsa).

Graf, Eva-Maria / Spranz-Fogasy, Thomas (2018): Helfende Berufe – Helfende Interaktionen. In: Birkner, Karin / Janich, Nina (Hg:innen.): Handbuch Text und Gespräch. In: Felder, Ekkehard / Gardt Andreas (Hg:innen.): Handbücher Sprachwissen. Band 5, Berlin / Boston: De Gruyter, 399–419.

Griebler, Robert / Straßmayr, Christa / Mikšová, Dominika / Link, Thomas / Nowak, Peter (2021): Gesundheitskompetenz in Österreich: Ergebnisse der österreichischen Gesundheitskompetenzerhebung HLS19-AT. <https://jasmin.goeg.at/1833/> [06.03.2022].

Gümüşay, Kübra (2020): Sprache und Sein. München: Hanser Berlin.

Haas, Sabine / Ladurner, Joy / Rojatz, Daniela (2020): Prozesskonzept zur Etablierung von Social Prescribing in einer Primärversorgungseinheit. https://www.goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/SP_Prozesskonzept_bf.pdf [09.04.2022].

Haas, Sabine / Bobek, Julia / Braunegger-Kallinger, Gudrun / Ladurner, Joy / Winkler, Petra (2019): Social Prescribing. Factsheet. Gesundheit Österreich GmbH. <https://jasmin.goeg.at/1411/> [09.04.2022].

Hahn, Marten (2019): Soziale Medikation in Großbritannien. Spaß auf Rezept. <https://www.deutschlandfunk.de/soziale-medikation-in-grossbritannien-spass-auf-rezept-100.html> [05.12.2021].

Healthbox CIC Social Prescribing Link Workers (2020): About social prescribing. Video, YouTube, <https://www.youtube.com/watch?v=WUFmjleAnDY> [08.01.2022].

Healthy London Partnership (2018): What is social prescribing? Video, YouTube, <https://www.youtube.com/watch?v=O9azfXNcqD8> [08.01.2022].

Heijnders, Miriam / Meijs, Jan Joost (2018): 'Welzijn op Recept' (Social Prescribing): a helping hand in re-establishing social contacts – an explorative qualitative study. In: Primary Health Care Research & Development. Nr. 03, Jg. 19, 223–231. Doi:10.1017/S1463423617000809.

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

Hood, Leonore (2019): Lernen mit animierten Erklärvideos. Eine Analyse gestalterischer und didaktischer Aspekte. Diplomarbeit, Fachhochschule St. Pölten.

Hörmann, Hans (1971): Psycholinguistics. An Introduction to Research and Theory. 2. Auflage, Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.

Hörning, Martin (2011): Medizinische Grundlagen für soziale Berufe: Sozialmedizin. Dortmund: Borgmann.

Horváth, Ilonka (2021): Gesundheitsförderung 21+. Aus der Covid 19-Pandemie lernen. https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:027afbe3-1a67-40f3-b7f4-817bf0a87c1c/PH%20Artikel%20zu%20GF21+_IH%2024082021.pdf [09.04.2022].

Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung (2021): Social Prescribing in der österreichischen Primärversorgung – Begriffsfindung. Video, YouTube, <https://www.youtube.com/watch?v=d7shYhBWzXI> [14.04.2022].

Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung (o.A.a): FH-Prof. Mag.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Michaela Moser. <https://inclusion.fhstp.ac.at/team/michaela-moser> [09.04.2022].

Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung (o.A.b): FH-Prof. DAS Mag. (FH) Dr.PhDr. Christoph Redelsteiner MSc. <https://inclusion.fhstp.ac.at/team/christoph-redelsteiner?backlink=1> [09.04.2022].

International Federation of Social Workers (IFSW) / International Association of Schools of Social Work (IASSW) (2004): Ethics in Social Work, Statement of Principles. https://www.ethikdiskurs.de/fileadmin/user_upload/ethikdiskurs/Themen/Berufsethik/Soziale_Arbeit/IASW_Kodex_Englisch_Deutsch2004.pdf [09.04.2022].

Jensen, Anita / Pulvere-Marat, Eva / Frödeberg, Ann (2020): Kultur på recept. In: Research Gate., Jg. 2, 31–32.

Jensen, Anita (2019): Culture Vitamins – an Arts on Prescription project in Denmark. In: Perspectives in Public Health. Nr. 3, Jg. 139, 131–136. DOI: 10.1177/1757913919836145.

Jung, Richard (2021): Was ist eigentlich Motion Design? <https://page-online.de/branche-karriere/was-ist-eigentlich-motion-design/> [18.03.2022].

Kellner, Klaus (2016): Was sind Frühe Hilfen? – Erklärvideo. Video, YouTube, <https://www.youtube.com/watch?v=XKcIVh7H5Gg> [09.04.2022].

Kimberlee, Richard (2015): What is social prescribing? In: Advances in Social Sciences Research Journal. Nr. 1, Jg. 2, 102–110.

Kleve, Heiko (2009): Postmoderne Sozialarbeitswissenschaft: Zur Praxis und Wissenschaft in Ambivalenz und Vielfalt. In: Birgmeier, Bernd / Mührel, Eric (Hg:innen.): Die Sozialarbeitswissenschaft und ihre Theorie(n): Positionen, Kontroversen, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 101-113.

Knoblauch, Hubert (2017): Die kommunikative Konstruktion der Wirklichkeit. Wiesbaden: Springer VS.

Krämer, Andreas / Böhrs, Sandra (2016): How Do Consumers Evaluate Explainer Videos? An Empirical Study on the Effectiveness and Efficiency of Different Explainer Video Formats. In: Journal of Education and Learning. Nr. 1, Jg. 6, 254-266.

Krebs, Elisa Marie (2021): Leichte Sprache. Ein Weg zur barrierefreien Kommunikation der öffentlichen Verwaltung. In: Rahnfeld, Claudia / Plunger, Sibylle / Rosch, Ekkehard

(Hg:innen): Soziale Innovationen: Erkenntnisse aus der Praxis für die Handlungstheorie der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 209–230. DOI:/10.1007/978-3-658-33908-1_10.

Kutscher, Nadia / Kreß, Lisa-Marie (2019): Berufsfeld Soziale Arbeit. In: Bosse, Ingo / Schluchter / Zorn, Isabel (Hg:innen): Handbuch Inklusion und Medienbildung. Weinheim Basel: Beltz Juventa, 157–162.

Leichsenring, Kai / Staflinger, Heidemarie (2017): Das Buurtzorg-Modell: Ein neues Paradigma für die Organisation von Arbeit. Arbeit & Wirtschaft Blog. <https://awblog.at/das-buurtzorg-modell/> [02.02.2022].

Link, Elena / Baumann, Eva (2019): Vertrauen und die Suche nach Gesundheitsinformationen: eine empirische Untersuchung des Informationshandelns von Gesunden und Erkrankten. Wiesbaden: Springer VS.

Lützenkirchen, Anne (2005): Soziale Arbeit im Gesundheitswesen: Zielgruppen, Praxisfelder, Institutionen. Stuttgart: Kohlhammer.

Maiss, Maria / Pantuček, Peter (2008): Theorie mit Leidenschaft. Ilse Arlt und aktuelle Fragen der Sozialen Arbeit. In: Nr. Soziale Arbeit – Zeitschrift für Soziale und sozialverwandte Gebiete, 6/2008, 202–211.

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (o.A.): Prof. Dr. Matthias Ballod. Didaktik der deutschen Sprache und Literatur. <https://blogs.urz.uni-halle.de/deutsdidaktik/mitarbeiter/prof-dr-matthias-ballod/#Funktionen%20und%20%C3%84mter> [25.11.2021].

Maslow, Abraham H. (2021): Motivation und Persönlichkeit. 16. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 11. Auflage, Weinheim Basel: Beltz.

Mayring, Philipp / Fenzl, Thomas (2019): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Baur, Nina / Blasius, Jörg (Hg:innen): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS, 633–634.

Medius (2021a): Kategorie: Social Prescribing. <https://www.medius.at/category/social-prescribing/> [28.11.2021].

Medius (2021b): Soziales Rezept, <https://www.medius.at/soziales-rezept/> [28.11.2021].
Michel-Schwartze, Brigitta (2016): Der Zugang zum Fall: Beobachtungen, Deutungen, Interventionsansätze. Wiesbaden: Springer VS.

Ministry of Health NZ (2017): How the Green Prescription works. <https://www.health.govt.nz/our-work/preventative-health-wellness/physical-activity/green-prescriptions/how-green-prescription-works> [11.12.2021].

Mitrović, Milan / Gavrilović, Ana (2013): Organizacija i Menadžment u zdravstvenom Sistemu Srbije. Organization and Management in Health Care System of Serbia. In: FBIM Transactions. Nr. 2, Jg. 1, 145–158. DOI 10.12709/fbim.01.01.02.15.

Mittelstand 4.0 Agentur Kommunikation (o.A.): Erklärvideos: Mittels kurzer Videos komplexe Themen leicht vermitteln. <https://kommunikation-mittelstand.digital/content/uploads/2017/06/Leitfaden-Erkl%C3%A4rvideos.pdf> [09.04.2022].

Moffatt, Suzanne / Steer, Mel / Lawson, Sarah / Penn, Linda / O'Brien, Nicola (2017): Link Worker social prescribing to improve health and well-being for people with long-term conditions: qualitative study of service user perceptions. In: BMJ open. Nr. 7, Jg. 7, Doi:10.1136/bmjopen-2016-015203.

National Association of Link Workers (2020): The role of a Social Prescribing Link Worker. Video, YouTube, https://www.youtube.com/watch?v=cOirdiJU_FGM [09.04.2022].

NCVO – The National Council for Voluntary Organisations (2020): Health and Wellbeing Alliance webinar: How can we ensure social prescribing is inclusive? Video, YouTube, <https://www.youtube.com/watch?v=1PUlrxoUEck> [09.04.2022].

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

National Health Services – NHS (o.A.): Social prescribing. <https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/social-prescribing/> [09.04.2022].

North Western Melbourne Primary Health Network (2019): Social prescribing – what is it? Video, YouTube, <https://www.youtube.com/watch?v=wYVojspxgDQ> [08.01.2022].

Österreichische Sozialversicherung (o.A.): Primärversorgungseinheiten. Datainformation. <https://www.sv-primaerversorgung.at/cdscontent/?contentid=10007.796754&portal=esvportal> [Zugriff: 14.04.2021].

Österreich 1 – Ö1 (2021): Mückstein verdoppelt Geld für Gesundheitsförderung. Aufzeichnung vom 23.06.2021.

Ortmann, Karlheinz (2015): Ist Sozialarbeit (k)ein Gesundheitsberuf? In: Sozialarbeit in Österreich. Nr. 4, 13–17.

Owen, Jon (2020): Why, when & how? Seestädter Gesundheitskonferenz 2020. Video, YouTube, www.youtube.com/watch?v=fklymcS1Vmw&ab_channel=aspernDieSeestadtwiens [09.04.2022].

Pantuček-Eisenbacher, Peter (2012): Soziale Diagnostik: Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. 3., aktualisierte Aufl, Wien Köln Weimar: Böhlau.

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

Pescheny, Julia / Randhawa, Gurch / Pappas, Yannis (2018b): Patient uptake and adherence to social prescribing: a qualitative study. In: BJGP Open. Nr. 3, Jg. 2.

Petzold, Theodor Dierk / Bahrs, Ottomar (2018): Beiträge der Salutogenese zu Forschung, Theorie und Professionsentwicklung im Gesundheitswesen. In: Kriwy, Peter / Jungbauer-Gans, Monika (Hg:innen): Handbuch Gesundheitssoziologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 1–28.

Pfeifer, Wolfgang (o.A.): Beliebtheit. DWDS – Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache. <https://www.dwds.de/wb/Beliebtheit> [01.02.2022].

PROGES (2021a): Gesundheitsminister zu Besuch bei PROGES in Haslach. <https://www.proges.at/aktuelles/news/news-single/gesundheitsminister-zu-besuch-bei-proges-in-haslach> [04.12.2021].

PROGES (2021b): Erklärvideo PROGES Modellprojekt für Social Prescribing GES.UND. Video, YouTube, <https://www.youtube.com/watch?v=SSdVu2lu6g4> [08.01.2022].

Queens Road Medical Practice (2020): What is social prescribing? Video, YouTube, <https://www.youtube.com/watch?v=an3wPSyrMeU> [08.01.2022].

Redelsteiner, Christoph (2019): Experten für die „most vulnerable humans“. Die Rolle der Sozialarbeit im Gesundheitswesen. In: Pro Care, Nr. 10, Jg. 24, 6–10.

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

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

Rojatz, Daniela / Antosik, Jennifer / Weitzer, Jakob / Ecker, Sandra / Haas, Sabine (2021a): Handbuch „Social Prescribing in der Primärversorgung“. Schritt für Schritt zur Umsetzung. https://jasmin.goeg.at/2216/1/Handbuch%20Social%20Prescribing_bf.pdf [09.04.2022].

Rojatz, Daniela / Antosik, Jennifer / Weitzer, Jakob / Ecker, Sandra / Haas, Sabine (2021b): Policy Brief. „Social Prescribing in der Primärversorgung“. Empfehlungen für nächste Schritte zur nachhaltigen Implementierung. https://jasmin.goeg.at/2217/1/Social%20Prescribing_Policy%20Brief_bf.pdf [09.04.2022].

Rojatz, Daniela / Nowak, Peter / Holzweber, Leonie (2019): Primärversorgung: Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz. Grundlagen und Eckpunkte eines Idealmodells für PVE-Team und Finanzierungspartner. <https://www.sv-primaerversorgung.at/cdscontent/load?contentid=10008.735624&version=1589542663>

Ruddat, Michael (2012): Auswertung von Fokusgruppen mittels Zusammenfassung zentraler Diskussionsaspekte. In: Schulz, Marlen / Mack, Birgit / Renn, Ortwin (Hg:innen): Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft - Von der Konzeption bis zur Auswertung. Wiesbaden, 195–206.

Schulz, Lea (o.A.): Erklärvideos im inklusiven Unterricht, <https://leaschulz.com/diklusion-in-der-schule/erklervideos/> [09.04.2022].

Schulz, Marlen (2012): Quick and easy!? Fokusgruppe in der angewandten Sozialwissenschaft. In: Schulz, Marlen / Mack, Birgit / Renn, Ortwin (Hg:innen): Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft – Von der Konzeption bis zur Auswertung. Wiesbaden, 9–22.

Schwarz, Uta (2020): Gesundheitsaufklärung über digitale audiovisuelle Medien: Strategien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Nr. 6, Jg. 63, 715–720.

Simschek, Roman / Kia, Sahar (2017): Erklärvideos – einfach erfolgreich. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.

Skivington, Kathryn / Smith, Mathew / Chng, Nai Rui / Mackenzie, Mhairi / Wyke, Sally / Mercer, Stewart W (2018): Delivering a primary care-based social prescribing initiative: a qualitative study of the benefits and challenges. In: The British Journal of General Practice. Nr. 672, Jg. 68, e487–e494. DOI: 10.3399/bjgp18X696617

Sommerfeld, Peter (2010): Entwicklung und Perspektiven der Sozialen Arbeit als Disziplin. In: Gahleitner, Silke Birgitta / Effinger, Herbert / Kraus, Björn / Miethe, Ingrid / Stövesand, Sabine / Sagebiel, Juliane (Hg:innen): Disziplin und Profession Sozialer Arbeit: Entwicklungen und Perspektiven. Opladen & Framington Hills: Verlag Barbara Budrich, 29–44.

Spitzmüller, Jürgen (2005): Metasprachdiskurse. Einstellung zu Anglizismen und ihre wissenschaftliche Rezeption. In: Günthner, Susanne / Konderding, Klaus-Peter / Liebert,

Wolf-Andreas / Roelcke, Thorsten (Hg:innen): Linguistik – Impulse & Tendenzen. Band 11, Berlin, New York: Walter de Gruyter.

Springer, Gudrun (2021): Soziale Lösung auf Rezept. Der Standard, 13.08.2021. <https://www.pressreader.com/austria/der-standard/20210813/281629603335191> [28.11.2021]

Statistik Austria (2020a): Österreichische Gesundheitsbefragung 2019. http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/4/index.html?includePage=detailedView§ionName=Gesundheit&pubId=794 [09.04.2022].

Statistik Austria (2020b): Jährliche Personen-Einkommen. https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/personen-einkommen/jaehrliche_personen_einkommen/index.html [03.04.2022].

Staub-Bernasconi, Silvia (2007): Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft: systemtheoretische Grundlagen und professionelle Praxis; ein Lehrbuch. 1. Auflage, Bern, Stuttgart, Wien: Haupt.

Streissler, Agnes (2004): Das österreichische Gesundheitswesen. Eine ökonomische Analyse aus interessenpolitischer Sicht. In: Abteilung Wirtschaftswissenschaft und Statistik der Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien. Materialien zu Wirtschaft und Gesellschaft. Nr. 89, 2. Auflage, Wien: o.A.. https://emedien.arbeiterkammer.at/viewer/image/AC04237222/65/LOG_0071/ [04.12.2021].

The Royal Australian College of General Practitioners – RACGP / Consumers Health Forum of Australia – VHF (2019): Social Prescribing Roundtable Stimulus Paper. <https://chf.org.au/publications/social-prescribing-roundtable-stimulus-paper> [11.12.2021].

Wagner, Leonie (2018): Vom Klienten zur Nutzer_in. In: Böllert, Karin (Hg:innen): Kompendium Kinder- und Jugendhilfe. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 337–363.

Wendt, Wolf Rainer (2006): Die Disziplin der Sozialen Arbeit und ihre Bezugsdisziplinen, Hochschule Potsdam.

Whitelaw, Sandy / Thirlwall, Claire / Morrison, Amy / Osborne, Jill / Tattum, Lisa / Walker, Sharon (2017): Developing and implementing a social prescribing initiative in primary care: insights into the possibility of normalisation and sustainability from a UK case study. In: Primary Health Care Research & Development. Nr. 2, Jg. 18, 112–121.

Wisiak, Hanno (2021): Jetzt auch in Graz: Theater auf Rezept, https://www.graz.at/cms/beitrag/10375866/8106610/Jetzt_auch_in_Graz_Theater_auf.html [05.12.2021].

Wittgenstein, Ludwig (1922): Tractatus Logico-Philosophicus. London: Kegan Paul, Trench, Trubner & Co., LTD.

Woodall, James / Trigwell, Joanne / Bunyan, Ann-Marie / Raine, Gary / Eaton, Victoria / Davis, Joanne / Hancock, Lucy / Cunningham, Mary / Wilkinson, Sue (2018): Understanding the effectiveness and mechanisms of a social prescribing service: a mixed method analysis. In: BMC Health Services Research. Nr. 1, Jg. 18, 1–12. DOI:10.1186/s12913-018-3437-7.

World Health Organization – WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [09.04.2022].

World Health Organization – WHO (1948): Constitution of the World Health Organization. <https://www.who.int/about/governance/constitution> [11.04.2022].

Daten

E, E-Mail von Christoph Redelsteiner zur Fokusgruppe I, am 23.04.2021

K, Kommentare der Online-Umfrage, Befragungszeitraum vom 15.10.2021 bis zum 19.01.2022, Online-Umfrage durchgeführt von Katharina Kalb, Marlies Pfeifer und Thiemo Bischof mit technischer Unterstützung von EUCUSA, Daten in Textdatei übertragen, Kommentarfelder durchgehend nummeriert und Codes erstellt.

T1, Transkript 1 der Fokusgruppe I, geführt von Katharina Kalb, Marlies Pfeifer und Thiemo Bischof mit Jennifer Antosik, Julia Commenda, Sabine Haas, Michaela Moser, Eva Pilz, Jochen Prusa und Daniela Rojatz, 23.04.2021. Erstellt von Marlies Pfeifer. Absätze durchgehend nummeriert.

T2, Transkript 2 der Fokusgruppe II, geführt von Katharina Kalb, Marlies Pfeifer und Thiemo Bischof mit Christian Berger, Daniel Gottschling, Florian Vorraber, Marc Trompetter, Janina Hofmann und Vinzent Rest, 01.07.2021. Erstellt von Katharina Kalb, Absätze durchgehend nummeriert.

R, Report Social Prescribing Umfrage, Befragungszeitraum vom 15.10.2021 bis zum 19.01.2022, PowerPoint Bericht zur begrifflichen Zustimmung / Ablehnung und eine Darstellung der Teilnehmenden. Erstellt von Sebastian Luzian (EUCUSA) am 28.01.2022.

Primärquellen

Gesundheits- und Zielsteuerungsgesetz (2022).

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009791>.

Primärversorgungsgesetz (2017).

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009948>.

Abkürzungen

CR	Christoph Redelsteiner
DR	Daniela Rojatz
EP	Eva Pilz
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
JA	Jennifer Antosik
JC	Julia Commenda
JP	Jochen Prusa
MM	Michaela Moser
WHO	World Health Organization

Glossar

Bio-psycho-soziales Modell Diese ganzheitliche Betrachtungsweise fußt auf systemtheoretischen Überlegungen. Sie erklärt das Ineinandergreifen und die wechselseitige dynamische Beeinflussung von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren als konstituierende Gesundheitsbedingungen. An dieses Verständnis knüpfen spezifische diagnostische, präventive und therapeutische Maßnahmen sowie Gesundheitskonzepte wie etwa Social Prescribing an (vgl. Egger 2018).

Case Management Beim Case Management handelt es sich um eine Methode sowie ein Handlungskonzept für die Arbeit mit Personen in komplexen, zeitlich andauernden Multiproblemlagen. Es dient zur Sicherstellung von abgestimmten, einrichtungsübergreifenden, passgenauen Unterstützungsleistungen, welche gemeinsam mit den Nutzer:innen auf ihre aktuelle

Situation bzw. Problemlage zugeschnitten werden. Für eine Umsetzung des Case Managements bedarf es vonseiten der Case-Management-Organisation entsprechender Strukturen und Prozesse, die eine Orientierung an der Logik des Falls erlauben und unterstützen. Das Case-Management-Verfahren folgt auf Fallebene einem Prozessablauf, gründet auf spezifischen Prinzipien und hat die Aufgabe, eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen (vgl. Goger / Tordy 2020:11). Es versucht Klient:innen zu befähigen Unterstützungsleistungen weitestmöglich selbstständig zu nutzen und dabei so wenig wie möglich in ihre Lebenswelt einzugreifen. Case Management übernimmt die Fall- und Systemsteuerung, bindet personelle und institutionelle Netzwerkarbeit ein und beteiligt sich am Aufbau eines professionellen und nicht professionellen Unterstützungssystems (vgl. Neuffer 2013:22).

Dritter Sektor

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

Gesundheit

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

Gesundheitsdeterminanten

Das sind Faktoren, die die Gesundheit einer Bevölkerung beeinflussen. Diese werden in fünf Gruppen zusammengefasst: Alter/Geschlecht/Erbanlagen, individuelle Lebensweise, soziale und kommunale Netzwerke, Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt (vgl. Fonds Gesundes Österreich o.A.).

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

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

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

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

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

„Soziale Arbeit ist eine praxisbasierte Profession und akademische Disziplin, die sozialen Wandel, Entwicklung, sozialen Zusammenhalt, Empowerment und die Freiheit von Menschen fördert. Soziale Gerechtigkeit, Menschenrechte, gemeinsame Verantwortlichkeit und Respekt für Diversität sind zentrale Prinzipien der Sozialen Arbeit. Gestützt von Theorien der Sozialen Arbeit, Sozialwissenschaften, Geisteswissenschaften und indigenem (lokalem) Wissen beteiligt Soziale Arbeit Menschen und Strukturen, um Herausforderungen des Lebens zu adressieren und Wohlbefinden zu steigern. Professionelle Soziale Arbeit in ihren verschiedenen Formen richtet sich an die vielfältigen und komplexen Beziehungen zwischen Menschen und ihrer Umwelt. Die Aufgabe ist es, Menschen zu befähigen ihre gesamten Möglichkeiten zu entwickeln, ihr Leben zu bereichern und Dysfunktionen vorzubeugen" (Redelsteiner 2018:138–139) bzw. zu beseitigen.

Abbildungen

Abbildung 1: Erkenntnisprozess entlang vier zentraler Forschungsphasen	16
Abbildung 2: Holistischer Social Prescribing-Prozess in der Primärversorgung	17
Abbildung 3: 13 menschlichen Grundbedürfnisse nach Ilse Arlt	25
Abbildung 4: Gesundheitsdeterminanten in Anlehnung an Whitehead / Dahlgren	26
Abbildung 5: Erklärung von Social Prescribing in 30 Sekunden.....	52
Abbildung 6: Erklärung von Link Worker:in in 30 Sekunden	54
Abbildung 7: Kompetenzwolke	66
Abbildung 8: Fokusvorschläge Quelle: (vgl. Fokusgruppe I; Hood 2019), eigene Darstellung	69
Abbildung 9: About Social Prescribing	70
Abbildung 10: Social prescribing – what is it?	70
Abbildung 11: What is social prescribing?	70
Abbildung 12: Erklärvideo PROGES Modellprojekt für Social Prescribing GES.UND .	71
Abbildung 13: What is social prescribing?	71
Abbildung 14: Social Prescribers at BPC and Hawthorn Drive Surgery - who we are and what we do!	71
Abbildung 15: Abstimmung des besten Erklärvideos.	78
Abbildung 16: Entstehungsprozess des koproduzierten Social Prescribing Erklärvideos	83
Abbildung 17: Verworfenen Look-Entwurf	85
Abbildung 18: Vorher-nachher-Vergleich: Gesundheits- und Sozialberufe in der Primärversorgung.....	90

Abbildung 19: Vorher-nachher-Vergleich: Räumlicher Kontext und Diversitätselemente bei Parkszenen	91
Abbildung 20: Rücksichtsvolle Visualisierung von menschlichen Grundbedürfnissen nach Ilse Art	91
Abbildung 21: Endprodukt – Collage	92
Abbildung 22: QR-Code zum Abrufen des Erklärvideos via YouTube	93
Abbildung 23: Bildszenen des koproduzierten Erklärvideos samt Videoskript, Seiten 94–97	97
Abbildung 24: Definition und Operationalisierung von Beliebtheit Quelle: Eigene Darstellung	99
Abbildung 25: Abfrage der Beliebtheit in der Online-Umfrage Quelle: (EUCUSA) Screenshot aus der Online-Umfrage	99
Abbildung 26: Regionalität / Österreichbezug	105
Abbildung 27: Altersverteilung	106
Abbildung 28: Geschlechterverteilung	106
Abbildung 29: Monatliches Nettoeinkommen	107
Abbildung 30: Vorherige Kenntnis des Gesundheitskonzepts	107
Abbildung 31: Begriffsvorschläge für den gesundheitsbezogenen Interventionsansatz	111
Abbildung 32: Begriffsvorschläge für die spezialisierte Fachkraft	115
Abbildung 33: Häufigkeit der gesetzten Codes	117
Abbildung 34: Eigens erstelltes Social Prescribing Erklärvideo	141

Tabellen

Tabelle 1: Übersicht der Forschungsziele und methodischen Ansätzen	22
Tabelle 2: Bezeichnungen für den gesundheitsbezogenen Interventionsansatz in Österreich	39
Tabelle 3: Bezeichnungen für die spezialisierte Fachkraft in Österreich	40
Tabelle 4: Internationale Bezeichnungen für den gesundheitsbezogenen Interventionsansatz	41
Tabelle 5: Internationale Bezeichnungen für die spezialisierte Fachkraft	41
Tabelle 6: Ablauf von Fokusgruppen in fünf Stufen	44
Tabelle 7: Leitfaden für die Fokusgruppe I	48
Tabelle 8: Social Prescribing in 30 Sekunden erklärt	53
Tabelle 9: Erklärung von Link Worker:in in 30 Sekunden	55
Tabelle 10: Begriffsdiskussion Social Prescribing Fokusgruppe I	58
Tabelle 11: Begriffsdiskussion Link Worker:in	58
Tabelle 12: Hauptergebnisse Fokusgruppe I	59
Tabelle 13: Leitfaden für die Fokusgruppe II	67
Tabelle 14: Auswahl der Erklärvideos für die Betrachtung	70
Tabelle 15: Hauptergebnisse Fokusgruppe II	79
Tabelle 16: Inhalts- und Bildanweisungen sowie Videoskript	88
Tabelle 17: Aufbau der Online-Umfrage	100

Tabelle 18: Verteilung der Online-Umfrage.....	104
Tabelle 19: Ergebnisdarstellung: Gesundheitskonzept	108
Tabelle 20: Ergebnisdarstellung: spezialisierte Fachkraft	112
Tabelle 21: Darstellung der Kommentarfelder und Antwortanzahlen	115
Tabelle 22: Hauptergebnisse Online-Umfrage	129
Tabelle 23: Fragebogen für die Online-Umfrage	165
Tabelle 24: Reduzierte Begriffe	171
Tabelle 25: Gesundheitsbezogener Interventionsansatz: Bewertung nach dem Mittelwert.....	172
Tabelle 26: Platzierung nach der Häufigkeit der gewählten Lieblingsbegriffen („social prescribing“).....	173
Tabelle 27: Spezialisierte Fachkraft: Bewertung nach dem Mittelwert	174
Tabelle 28: Platzierung nach der Häufigkeit der gewählten Lieblingsbegriffen („link worker“).....	176
Tabelle 29: Lieblingsbegriffe für „link worker“, wenn das Gesundheitskonzept bekannt war	177
Tabelle 30: Lieblingsbegriffe für „link worker“, wenn das Gesundheitskonzept nicht bekannt war.....	178
Tabelle 31: Begriffsvorschläge für den gesundheitsbezogenen Interventionsansatz („social prescribing“).....	179
Tabelle 32: Begriffsvorschläge für die spezialisierte Fachkraft („link worker“)	183

Anhang

Fragebogen für die Online-Umfrage	165
Reduzierte Begriffe.....	171
Gesundheitsbezogener Interventionsansatz: Bewertung nach dem Mittelwert	172
Platzierung nach der Häufigkeit der gewählten Lieblingsbegriffen („social prescribing“)	173
Spezialisierte Fachkraft: Bewertung nach dem Mittelwert.....	174
Platzierung nach der Häufigkeit der gewählten Lieblingsbegriffen („link worker“)	176
Liebingsbegriffe für „link worker“, wenn das Gesundheitskonzept bekannt war	177
Liebingsbegriffe für „link worker“, wenn das Gesundheitskonzept nicht bekannt war	178
Kommentarfeld 1 – Begriffsvorschläge für den gesundheitsbezogenen Interventionsansatz („social prescribing“)	179
Kommentarfeld 3 – Begriffsvorschläge für die spezialisierte Fachkraft („link worker“)	183

Fragebogen für die Online-Umfrage

Tabelle 23: Fragebogen für die Online-Umfrage

Seite	Element und Erläuterung
1	Willkommen zu unserer kurzen Umfrage! Wir sind ein 3-köpfiges Team der Fachhochschule St. Pölten, Masterstudiengang Soziale Arbeit. Wir forschen im Rahmen unseres Masterprojektes zum Gesundheitskonzept „Social Prescribing“. Sie wissen nicht, was das ist? Kein Problem. Wir zeigen Ihnen gleich ein Erklärvideo. In diesem Video wird das Gesundheitskonzept vorgestellt. Es kommt aus England und wird dort „Social Prescribing“ genannt. Auch Oliver stellen wir Ihnen vor. Seine berufliche Rolle wird im Englischen meist als „Link Worker“ bezeichnet. Wer und was das ist, wird im Video erklärt. Das Konzept wird auch bereits in Österreich angewendet. Jedoch haben sich für das Gesundheitskonzept „Social Prescribing“ und für die dazugehörige Fachkraft hierzulande noch keine Begriffe durchgesetzt. Mithilfe Ihrer Unterstützung wollen wir herausfinden, welche Begriffe für das Gesundheitskonzept und für Olivers Beruf für den österreichischen Kontext die passendsten sind. Vielen Dank für Ihre Zeit! Mit lieben Grüßen, Thiemo Bischof, Katharina Kalb, Marlies Pfeifer Studierende der Fachhochschule St. Pölten Masterstudiengang Soziale Arbeit

- ☐ Sozept
- ☐ Soziale Verschreibung
- ☐ Sozialverschreibung
- ☐ Social Prescribing
- ☐ Netz-Gesundheit
- ☐ Gesundheitsnetz
- ☐ Wohlvernetzt
- ☐ Sozial und vernetzt
- ☐ Gsund
- ☐ SoGsund
- ☐ Gesundheitsgreißlerei
- ☐ Gesund:sozial:verbunden
- ☐ Gesundheitskompass
- ☐ Gesundheitslink
- ☐ Gemeinsam:Gesund
- ☐ Gesund:vernetzt
- ☐ Gesundheitsradar
- ☐ Von der Gemeinschaft für die Gemeinschaft
- ☐ Gesundheitsnavigation

Bitte vergessen Sie nicht, in der linken Spalte Ihren **Lieblingsbegriff** für das Gesundheitskonzept zu markieren.

Ihr Begriffsvorschlag für das vorgestellte Gesundheitskonzept:
(Kommentarfeld 1)

Kommentarfeld:
(Kommentarfeld 2)

Collage von Oliver mit dem Titel „Olivers Beruf“

Bitte bewerten Sie jeden Begriff (Abfrage mittels Radio-Buttons)

Bitte markieren Sie ihren **Lieblingsbegriff** für das Gesundheitskonzept in der linken Spalte!

- ☐ Lotse / Lotsin
- ☐ Gesundheitslotse / Gesundheitslotsin
- ☐ Gesundheitskoordinator / Gesundheitskoordinatorin
- ☐ Sozialratgeber / Sozialratgeberin
- ☐ Sozialvermittler / Sozialvermittlerin
- ☐ Vernetzungsexperte für Soziales / Vernetzungsexpertin für Soziales
- ☐ Vernetzungshelfer für Soziales / Vernetzungshelferin für Soziales
- ☐ EmpowPartner / EmpowPartnerin
- ☐ Gesundheits:NAVI
- ☐ Link Worker / Link Workerin
- ☐ Gesundheitsvermittler / Gesundheitsvermittlerin
- ☐ Gesundheitsmakler / Gesundheitsmaklerin
- ☐ Sozialmakler / Sozialmaklerin
- ☐ Sozialarbeiter / Sozialarbeiterin
- ☐ Wohlvermittler / Wohlvermittlerin
- ☐ Gesundheitsguide
- ☐ Gesundheitsagent / Gesundheitsagentin
- ☐ Gesundheitsverbindungsberater / Gesundheitsverbindungsberaterin

	☐ Gesundheitsmentor / Gesundheitsmentorin ☐ Gesundheitsaktivator / Gesundheitsaktivatorin ☐ Sozialer Gesundheitscoach / Soziale Gesundheitscoachin ☐ Ko-Pilot für Gesundheit und Wohlbefinden / Ko-Pilotin für Gesundheit und Wohlbefinden ☐ Assistent für Gesundheit und Wohlbefinden / Assistentin für Gesundheit und Wohlbefinden ☐ Stütze für Gesundheit und Wohlbefinden ☐ Navigator / Navigatorin Bitte vergessen Sie nicht, in der linken Spalte Ihren Lieblingsbegriff für Olivers Beruf zu markieren. Ihr Begriffsvorschlag für Olivers Beruf: (Kommentarfeld 3) Kommentarfeld: (Kommentarfeld 4)
6	War Ihnen das vorgestellte Gesundheitskonzept vor dem Erklärvideo bekannt? (<i>Abfrage mittels Checkbox Buttons</i>) Antwortmöglichkeiten: Ja; Nein
7	Fragen zu Ihrer Person Es folgen nun eine paar Fragen zu Ihrer Person, damit wir einen Überblick erhalten, wer am Fragebogen teilgenommen hat. Falls Sie eine Frage nicht beantworten möchten, lassen Sie diese einfach aus. Österreichbezug - Gewöhnlicher Aufenthalt (<i>Abfrage mittels Drop Down Menü</i>) Antwortmöglichkeiten: –; Burgenland; Niederösterreich; Oberösterreich; Steiermark; Kärnten; Salzburg; Tirol; Vorarlberg; Wien; aktuell gewöhnlicher Aufenthalt nicht in Österreich, aber dennoch starker Bezug zu Österreich Ist Ihr gewöhnlicher Aufenthalt in einer ländlichen oder in einer städtischen Region? (<i>Abfrage mittels Radio-Buttons</i>) Antwortmöglichkeiten: ländlich, eher ländlich, eher städtisch, städtisch

	Alter (Abfrage mittels Drop Down Menü) Antwortmöglichkeiten: < 12; 12-14; 15-17; 18-20; 21-29; 30-39; 40-49; 50-59; 60-69; 70-79; 80-89; 90-100; > 101
	Geschlecht (Abfrage mittels Drop Down Menü) Antwortmöglichkeiten: –; Weiblich, Männlich, Divers
	Staatsangehörigkeit (Abfrage mittels Drop Down Menü) Antwortmöglichkeiten: –; Österreich; Staatenlos; alle Staaten der Welt aufgelistet
	Beschäftigung (Abfrage mittels Checkbox Buttons) Antwortmöglichkeiten: Erwerbstätig; Pflegend tätig; Ausschließlich haushaltsführend; In Karenz; Ohne Lohnarbeit und arbeitssuchend; Ohne Lohnarbeit; Dauerhaft arbeitsunfähig; Pensioniert; Schulausbildung; Hochschulausbildung; Lehrausbildung; Präsenz-/Zivildienst; Anderes
	Monatliches Nettoeinkommen (Abfrage mittels Drop Down Menü) Antwortmöglichkeiten: –; kein Einkommen; bis 600 € (zwischen einem und 600 €); bis 900 € (zwischen 601 und 900 €); bis 1.200 € (zwischen 901 und 1.200 €); bis 1.500 € (zwischen 1.201 und 1.500 €); bis 1.800 € (zwischen 1.501 und 1.800 €); bis 2.200 € (zwischen 1.801 und 2.200 €); bis 2.600 € (zwischen 2.201 und 2.600 €); bis 3.000 € (zwischen 2.601 und 3.000 €); bis 3.500 € (zwischen 3.001 und 3.500 €); bis 4.000 € (zwischen 3.501 und 4.000 €); bis 4.500 € (zwischen 4.001 und 4.500 €); bis 5.000 € (zwischen 4.501 und 5.000 €); bis 6.000 € (zwischen 5.001 und 6.000 €); bis 8.000 € (zwischen 6.001 und 8.000 €); mehr als 8.000 € (8.001 € und darüber)
8	Abschließende Bemerkungen (Kommentarfeld 5) Fragbogen abschließen? Wenn Sie den Fragebogen abschließen können Sie Ihre Antworten nachträglich nicht mehr ändern
9	Vielen Dank für Ihre wertvolle Zeit und Ihr Interesse an unserer Forschung!

Quelle: Eigene Darstellung

Reduzierte Begriffe

Tabelle 24: Reduzierte Begriffe

Begriffe für Social Prescribing, die bei der Begriffssammlung aufkamen und nicht in den Online-Fragebogen integriert wurden.
(freiwillige) umfassende Lebensberatung
Angeknüpft
Die Schlinge zieht sich enger...
Ganzheitliche Gesundheitsförderung
GEBBBA Gesamtheitliche Betrachtung, Beratung, Betreuung
Navigation
seeME
Soziale Betreuung + Beratung
Begriffe für die spezialisierte Fachkraft, die bei der Begriffssammlung aufkamen und nicht in den Online-Fragebogen integriert wurden.
Aktivator
consejero holístico, libre y generalizado
Enlace – freier sozialer Joker
Kostenlos-vertraulich-freiwillig (KVF-Worker)
Lebensbegleiter:in
Psycho-Soziale:r Betreuer:in
Soziale Teilhabe + Mitarbeit
soziale:r Betreuungsberater:in
Stadtmensch + Ort, Stadt

Quelle: Eigene Darstellung

Gesundheitsbezogener Interventionsansatz: Bewertung nach dem Mittelwert

Tabelle 25: Gesundheitsbezogener Interventionsansatz: Bewertung nach dem Mittelwert

Spalte 1	Spalte 2	Spalte 3 Bewertung nach Skala 1 (passt perfekt) bis 6 (passt überhaupt nicht)						Spalte 4	Spalte 5 Keine Antwort
Platz	Mittelwert	1	2	3	4	5	6	Begriff	0
1	2,988505747	60	81	65	58	49	64	Gesund:sozial:verbunden	57
2	3,04137931	51	78	97	56	51	56	Gesundheitsnetz	51
3	3,055172414	32	87	97	68	51	47	Gesundheitskompass	52
4	3,177011494	44	71	83	61	66	58	Gemeinsam:Gesund	51
5	3,303448276	37	59	74	70	71	98	Wohlvernetzt	55
6	3,314942529	30	64	74	76	72	62	Gesund:vernetzt	56
7	3,381609195	53	58	52	61	71	91	Mein Wohlbefinden	48
8	3,429885057	22	51	78	72	84	68	Sozial und vernetzt	59
9	3,703448276	30	28	53	81	87	100	Sozialvermittlung	55
10	3,717241379	27	45	53	62	78	114	Gesund	55
11	3,731034483	25	34	66	62	96	100	Wohlbefinden auf Rezept	51
12	3,754022989	25	37	53	73	71	119	Social Prescribing	56
13	3,756321839	32	31	48	59	103	106	Sozialarbeit auf Rezept	55
14*	3,76091954*	14	37	63	78	87	101	Unterstützung auf Rezept	54
14*	3,76091954*	24	40	57	68	98	95	Gesundheitsnavigation	52
15	3,84137931	26	39	55	56	78	128	SoGsund	52
16	3,898850575	17	32	53	17	96	114	Sozialrezept	51
17	3,935632184	13	31	56	64	99	118	Soziales Rezept	53
18	3,949425287	14	31	48	63	106	119	Wohlbefinden auf Rezept	53
19	3,986206897	10	25	59	61	112	115	Rat auf Rezept	52
20	4,025287356	8	23	46	76	116	108	Gesundheitsradar	57
21	4,050574713	9	27	58	49	108	129	Netz-Gesundheit	54
22	4,101149425	7	32	39	61	116	124	Von der Gemeinschaft für die Gemeinschaft	55
23	4,126436782	19	29	40	46	77	168	Gesundheitsgreißlerei	55
24	4,135632184	6	24	42	71	111	126	Gesundheitslink	54
25	4,204597701	14	24	37	46	93	167	Mein Rezept	53
26	4,255172414	18	20	29	51	75	186	Sozept	55
27	4,285057471	7	17	44	48	97	167	Soziale Verschreibung	54
28	4,312643678	12	13	36	43	111	165	Sozialverschreibung	54

Quelle: Eigene Darstellung

Legende:

Die größten Zahlen sind **hervorgehoben** und grau unterlegt.

Die kleinsten Zahlen sind *kursiv* geschrieben und grau unterlegt.

Der Stern (*) signalisiert einen gleichen Mittelwert.

Platzierung nach der Häufigkeit der gewählten Lieblingsbegriffen („social prescribing“)

Tabelle 26: Platzierung nach der Häufigkeit der gewählten Lieblingsbegriffen („social prescribing“)

Spalte 1	Spalte 2	Spalte 3
Begriff	Wie oft wurde der Begriff als Lieblingsbegriff markiert?	Platz nach Lieblingsbegriff
Gesund:sozial:verbunden	43	1
Gesundheitsnetz	37	2
Gesundheitskompass	31	3
Gemeinsam:Gesund	22*	4*
Wohlbefinden auf Rezept	22*	4*
Mein Wohlbefinden	21	5
Sozialarbeit auf Rezept	20	6
Gesundheitsgreißlerei	15	7
Gesund:vernetzt	13	8
Wohlvernetzt	12*	9*
Sozept	12*	9*
SoGsund	11	10
Social Prescribing	10*	11*
Soziales Rezept	10*	11*
Gsund	8*	12*
Gesundheitsnavigation	8*	12*
Sozialrezept	7*	13*
Mein Rezept	7*	13*
Sozialvermittlung	6	14
Unterstützung auf Rezept	5*	15*
Wohlbefinden auf Rezept	5*	15*
Rat auf Rezept	4*	16*
Netz-Gesundheit	4*	16*
Sozialverschreibung	4*	16*
Sozial und vernetzt	3	17
Von der Gemeinschaft für die Gemeinschaft	2	18
Gesundheitslink	1	19
Gesundheitsradar	0*	20*
Soziale Verschreibung	0*	20*

Quelle: Eigene Darstellung

Legende:

Die ersten zehn platzierten Begriffe sind **hervorgehoben**.

Der Stern (*) signalisiert eine gleiche Bewertung.

Spezialisierte Fachkraft: Bewertung nach dem Mittelwert

Tabelle 27: Spezialisierte Fachkraft: Bewertung nach dem Mittelwert

Spalte 1	Spalte 2	Spalte 3 Bewertung nach Skala 1 (passt perfekt) bis 6 (passt überhaupt nicht)						Spalte 4	Spalte 5 Keine Antwort
Platz	Mittelwert	1	2	3	4	5	6	Begriff	0
1	2,737931034	97	85	57	45	47	49	Sozialarbeiter / Sozialarbeiterin	54
2	3,025287356	44	81	78	77	53	45	Gesundheitskoordinator / Gesundheitskoordinatorin	56
3	3,124137931	56	83	70	52	52	68	Sozialer Gesundheitscoach / Soziale Gesundheitscoachin	53
4	3,344827586	20	61	95	68	70	62	Sozialratgeber / Sozialratgeberin	58
5	3,393103448	30	69	70	71	63	75	Gesundheitsmentor / Gesundheitsmentorin	56
9	3,409195402	24	64	62	73	83	67	Vernetzungsexperte für Soziales / Vernetzungsexpertin für Soziales	61
7	3,457471264	22	60	89	63	67	77	Gesundheitsguide	56
8	3,475862069	19	58	72	73	78	73	Gesundheitsvermittler / Gesundheitsvermittlerin	61
9	3,517241379	24	58	72	72	64	89	Gesundheitslotse / Gesundheitslotsin	55
10	3,526436782	19	55	63	79	83	75	Sozialvermittler / Sozialvermittlerin	60
11	3,694252874	7	40	78	68	103	77	Vernetzungshelfer für Soziales / Vernetzungshelferin für Soziales	61
12	3,832183908	24	42	50	57	90	113	Assistent für Gesundheit und Wohlbefinden / Assistentin für Gesundheit und Wohlbefinden	58
13	4,018390805	8	23	49	72	99	119	Gesundheitsaktivator / Gesundheitsaktivatorin	64
14	4,027586207	11	29	49	57	93	134	Gesundheits:NAVI	61
15	4,034482759	13	34	41	70	77	141	Link Worker / Link Workerin	58
16	4,045977011	13	22	47	62	93	134	Wohlvermittler / Wohlvermittlerin	63
17	4,105747126	3	32	37	71	97	132	Gesundheitsagent / Gesundheitsagentin	62
18	4,220689655	10	30	34	48	92	160	Ko-Pilot für Gesundheit und Wohlbefinden / Ko-Pilotin für Gesundheit und Wohlbefinden	60
19	4,23908046	7	18	39	56	95	159	Lotse / Lotsin	60
20	4,259770115	8	14	38	61	103	151	EmpowPartner / EmpowPartnerin	59
21	4,27816092	10	19	39	54	104	151	Stütze für Gesundheit und Wohlbefinden	57

22	4,337931034	8	13	28	39	109	173	Sozialverschreiber / Sozialverschreiberin	64
23	4,381609195	3	18	32	37	105	175	Gesundheitsverbindungsberater / Gesundheitsverbindungsberaterin	64
24	4,462068966	9	14	25	51	86	190	Navigator / Navigatorin	59
25	4,749425287	2	7	15	31	87	234	Gesundheitsmakler / Gesundheitsmaklerin	58
26	4,770114943	1	5	14	31	89	235	Sozialmakler / Sozialmaklerin	59

Quelle: Eigene Darstellung

Legende:

Die größten Zahlen sind **hervorgehoben** und grau unterlegt.

Die kleinsten Zahlen sind *kursiv* geschrieben und grau unterlegt.

Platzierung nach der Häufigkeit der gewählten Lieblingsbegriffen („link worker“)

Tabelle 28: Platzierung nach der Häufigkeit der gewählten Lieblingsbegriffen („link worker“)

Spalte 1	Spalte 2	Spalte 3
Begriff	Wie oft wurde der Begriff als Lieblingsbegriff markiert?	Platz nach Lieblingsbegriff
Sozialarbeiter / Sozialarbeiterin	69	1
Sozialer Gesundheitscoach / Soziale Gesundheitscoachin	47	2
Gesundheitskoordinator / Gesundheitskoordinatorin	40	3
Gesundheitsmentor / Gesundheitsmentorin	25	4
Gesundheitslotse / Gesundheitslotsin	21	5
Assistent für Gesundheit und Wohlbefinden / Assistentin für Gesundheit und Wohlbefinden	16	6
Gesundheitsguide	15	7
Gesundheitsvermittler / Gesundheitsvermittlerin	13	8
Vernetzungsexperte für Soziales / Vernetzungsexpertin für Soziales	12	9
Sozialratgeber / Sozialratgeberin	10*	10*
Sozialvermittler / Sozialvermittlerin	10*	10*
Link Worker / Link Workerin	9	11
Wohlvermittler / Wohlvermittlerin	8	12
Gesundheits:NAVI	7	13
Gesundheitsagent / Gesundheitsagentin	4*	14*
Ko-Pilot für Gesundheit und Wohlbefinden / Ko-Pilotin für Gesundheit und Wohlbefinden	4*	14*
Vernetzungshelfer für Soziales / Vernetzungshelferin für Soziales	3*	15*
Lotse / Lotsin	3*	15*
EmpowPartner / EmpowPartnerin	3*	15*
Stütze für Gesundheit und Wohlbefinden	3*	15*
Sozialversreiber / Sozialversreiberin	3*	15*
Gesundheitsaktivator / Gesundheitsaktivatorin	2	16
Navigator / Navigatorin	1	17
Gesundheitsverbindungsberater / Gesundheitsverbindungsberaterin	0*	18*
Gesundheitsmakler / Gesundheitsmaklerin	0*	18*
Sozialmakler / Sozialmaklerin	0*	18*

Quelle: Eigene Darstellung

Legende:

Die ersten zehn platzierten Begriffe sind hervorgehoben.

Der Stern (*) signalisiert eine gleiche Bewertung.

Lieblingsbegriffe für „link worker“, wenn das Gesundheitskonzept bekannt war

Tabelle 29: Lieblingsbegriffe für „link worker“, wenn das Gesundheitskonzept bekannt war

Spalte 1	Spalte 2
Begriff	Wie oft wurde der Begriff als Lieblingsbegriff markiert?
Sozialarbeiter / Sozialarbeiterin	47
Sozialer Gesundheitscoach / Soziale Gesundheitscoachin	21
Gesundheitskoordinator / Gesundheitskoordinatorin	15
Assistent für Gesundheit und Wohlbefinden / Assistentin für Gesundheit und Wohlbefinden	10
Gesundheitslotse / Gesundheitslotsin	9
Vernetzungsexperte für Soziales / Vernetzungsexpertin für Soziales	9
Gesundheitsmentor / Gesundheitsmentorin	8
Gesundheitsguide	6
Link Worker / Link Workerin	5
Gesundheitsvermittler / Gesundheitsvermittlerin	4
Sozialratgeber / Sozialratgeberin	4
Gesundheits:NAVI	4
Sozialvermittler / Sozialvermittlerin	3
Wohlvermittler / Wohlvermittlerin	3
Ko-Pilot für Gesundheit und Wohlbefinden / Ko-Pilotin für Gesundheit und Wohlbefinden	2
Gesundheitsagent / Gesundheitsagentin	2
Sozialverschreiber / Sozialverschreiberin	1
Stütze für Gesundheit und Wohlbefinden	1
Lotse / Lotsin	1
EmpowPartner / EmpowPartnerin	1
Vernetzungshelfer für Soziales / Vernetzungshelferin für Soziales	1
Navigator / Navigatorin	1
Gesundheitsaktivator / Gesundheitsaktivatorin	0
Gesundheitsverbindungsberater / Gesundheitsverbindungsberaterin	0
Sozialmakler / Sozialmaklerin	0
Gesundheitsmakler / Gesundheitsmaklerin	0
Sozialarbeiter / Sozialarbeiterin	47
Sozialer Gesundheitscoach / Soziale Gesundheitscoachin	21
Gesundheitskoordinator / Gesundheitskoordinatorin	15

Quelle: Eigene Darstellung

Lieblingsbegriffe für „link worker“, wenn das Gesundheitskonzept nicht bekannt war

Tabelle 30: Lieblingsbegriffe für „link worker“, wenn das Gesundheitskonzept nicht bekannt war

Spalte 1	Spalte 2
Begriff	Wie oft wurde der Begriff als Lieblingsbegriff markiert?
Sozialer Gesundheitscoach / Soziale Gesundheitscoachin	26
Gesundheitskoordinator / Gesundheitskoordinatorin	25
Sozialarbeiter / Sozialarbeiterin	21
Gesundheitsmentor / Gesundheitsmentorin	17
Gesundheitslotse / Gesundheitslotsin	12
Gesundheitsguide	9
Gesundheitsvermittler / Gesundheitsvermittlerin	9
Sozialvermittler / Sozialvermittlerin	7
Assistent für Gesundheit und Wohlbefinden / Assistentin für Gesundheit und Wohlbefinden	6
Sozialratgeber / Sozialratgeberin	6
Wohlvermittler / Wohlvermittlerin	5
Link Worker / Link Workerin	4
Vernetzungsexperte für Soziales / Vernetzungsexpertin für Soziales	3
Gesundheits:NAVI	3
Ko-Pilot für Gesundheit und Wohlbefinden / Ko-Pilotin für Gesundheit und Wohlbefinden	2
Gesundheitsagent / Gesundheitsagentin	2
Sozialverschreiber / Sozialverschreiberin	2
Stütze für Gesundheit und Wohlbefinden	2
Lotse / Lotsin	2
EmpowPartner / EmpowPartnerin	2
Vernetzungshelfer für Soziales / Vernetzungshelferin für Soziales	2
Gesundheitsaktivator / Gesundheitsaktivatorin	2
Navigator / Navigatorin	0
Gesundheitsverbindungsberater / Gesundheitsverbindungsberaterin	0
Sozialmakler / Sozialmaklerin	0
Gesundheitsmakler / Gesundheitsmaklerin	0
Sozialer Gesundheitscoach / Soziale Gesundheitscoachin	26
Gesundheitskoordinator / Gesundheitskoordinatorin	25
Sozialarbeiter / Sozialarbeiterin	21

Quell: Eigene Darstellung

Kommentarfeld 1 – Begriffsvorschläge für den gesundheitsbezogenen Interventionsansatz („social prescribing“)

Tabelle 31: Begriffsvorschläge für den gesundheitsbezogenen Interventionsansatz („social prescribing“)

K: Nr.	Kommentarfelder
1.	"Sozial- und Gesundheitsschmiede - zurück zu mir"
2.	??
3.	„Mein Wohlbefinden“ „Weil ich es wert bin“ „Selbstliebe“
4.	1) "Soziale-Gesundheitstherapie" 2) Sozial-Fitness oder SoFit oder Fitness-Sozial
5.	Aktiv auf Rezept
6.	Aktiv-Rezept, Ressourcen-Rezept
7.	Alles Gesund
8.	Alltägliche Heilung
9.	als Angebotsform: Die Gesundheitssprechstunde, als Slogan: Lebensfreude auf Rezept
10.	Alternativversorgung im sozialen Bereich
11.	Bewusst: Gesund: Gemeinsam
12.	Community Social Work Gemeinde Sozialarbeit
13.	(Kein Begriffsvorschlag)
14.	Diagnose: Symbiose
15.	Drehscheibe für Gesundheit & Soziales, Gesundheitsdrehscheibe (...)
16.	Finde gesund: sozial: verbunden gut, keinen eigenen begriff
17.	Für mich
18.	Ganzheitlich gesund
19.	Ganzheitlich Gesund
20.	Ganzheitlich vernetzte Gesundheit (GVG) Community Health
21.	ganzheitliche Gesundheit Gesundheitsdrehscheibe
22.	Ganzheitliche Gesundheitsambulanz (GaGes)
23.	Ganzheitliche Gesundheitsberatung
24.	Ganzheitliche Gesundheitsberatung oder Balanceberatung
25.	Ganzheitliches Gesundheitscoaching
26.	Ganzheitliches Gesundheitscoaching
27.	Gem<einsam, Gem(einsam)
28.	Gemeinsam gegen einsam Sozial-Gesundheits-Coaching
29.	gemeinsam gesund
30.	Gemeinsam Gesund
31.	Gemeinsam gesund
32.	Gemeinsam: gesund
33.	Gemeinsam: gesund oder Gesund: vernetzt finde ich gut.
34.	GemeinsamGanzGesund
35.	gesund vernetzt (...)
36.	Gesund vernetzt - du bist nicht allein
37.	Gesund: sozial: verbunden ist mein Favourite. Obwohl ich den Begriff >Gesundheitsgreißlerei< schon sehr kreativ finde!

38.	Gesund:sozial:verbunden
39.	Gesund:sozial:verbunden
40.	Gesund:Sozial:Vernetzt
41.	Gesunder Perspektivenwechsel
42.	Gesundheit an einem Ort
43.	Gesundheit durch soziale Kontakte
44.	Gesundheit:nahtlos
45.	Gesundheitsaspekte -Deine idividuelle Gesundheit
46.	Gesundheitsberatung
47.	Gesundheitscoaching Netzwerk Gesundheit Ganzheitlich Gesund
48.	Gesundheitsdialog
49.	Gesundheitsfördernde Maßnahmen
50.	Gesundheitsfördernde Sozialberatung
51.	Gesundheitsförderung
52.	Gesundheitsgreißlerei
53.	Gesundheitskompass
54.	Gesundheitskonzept
55.	Gesundheitskreis
56.	Gesundheitslotse
57.	Gesundheitsnavi
58.	Gesundheitsnavigator
59.	Gesundheits-Sozial-Pass: GSP
60.	Gesundheitsverbund
61.	Gesundheitswohl = Gewo
62.	Gesundheitszentren
63.	Gesundung durch Medizin und Soziales
64.	Gesund-Verbund
65.	Gesundvernetzt
66.	Grundgesund Lebensqualitäter
67.	Grünes Rezept, Ganzheitlicher Ratschlag
68.	Gsund
69.	Gsund
70.	Gsundes Miteinander
71.	GsundGesamt
72.	he-ALL-th
73.	Heilsamkeit
74.	Ich für mich. Ganz-heit-lich.
75.	Ich tu was für mich!
76.	(Kein Begriffsvorschlag)
77.	Klinische Soziale Arbeit
78.	Klinische Soziale Arbeit
79.	Komplettimäre Gesundheitsberatung
80.	LebenMITqualität Gemeinsam:Gesund:Zufrieden
81.	Lebensberater:in, -innen
82.	Lebensberatung

83.	Lebenspraxis / soziale Sprechstunde / Verhaltensordination
84.	Lebensqualität auf Rezept
85.	Live-Supporter Lebensverbesserer Lebensqualität
86.	Machs glai gscheit ghörig Was brauchst du?
87.	Mehr als nur gesund
88.	Mein gesunder Alltag, bewusst - umfassend - gesund,
89.	Mein Rezept
90.	Mein Wohlsein
91.	Mein Wohlsein
92.	meine soziale Lebenswelt professionell unterstützt
93.	nachdenk... irgendwas mit "Ermächtigung" oder "Stärkung"? Oder "Resilienzzentrum"?
94.	Netz Gesundheit
95.	Pathfinder Selbststärkung Innerer Kompass Denk an dich Rundumgesund SelfEmpowermentByPrescription-Sebp SozialEngeneering Gruß nach Xiberg
96.	Primärversorgung bzw Soziale Arbeit in der Primärversorgung Lebenshilfe
97.	Primärversorgung(-szentrum) taugt mir eigentlich am Besten.
98.	Primärversorgung, Vorsorgezentrum
99.	Psychosoziales Gesundheitskonzept
100.	Quality of life
101.	Raum für Gesundheit
102.	Rund um gsund
103.	Rund um G'sund
104.	Rundum Gesund
105.	rundum Gesund
106.	Rundum Gsund
107.	Rundum G'sund
108.	Rundum Gsund (im Sinne von Ganzheitlich, umfassend, eben nicht nur medizinisch)
109.	rundum gsund ;) Selbstvorsorge Selbstfürsorge Selbsthelfer
110.	Rundum:Gesund
111.	Social Connector
112.	Social Prescribing oder sogar Verschreibung einer sinnstiftenden Tätigkeit; Betätigungsgesundheit
113.	Social Well-being
114.	Sozept
115.	Sozial versorgt, SoSo - Sorge Sozial, SoPri - Soziale Arbeit in der Primärversorgung,
116.	Sozial:vermittelt:Gesund
117.	Sozial-Case-Management ganzheitliche Sozialarbeit Sozialmanagement Drehscheibe Gesundheitsförderung
118.	Soziale Arbeit
119.	Soziale Arbeit
120.	soziale Gesundheit; Rundumxund
121.	Soziale Gesundheitsversorgung
122.	Soziale Gesundheitsvorsorge
123.	Soziale Lebenszeit

124.	Soziale Medizin
125.	Soziale Teilhabe Soziale Wegbegleitung
126.	Soziales Rezept
127.	Soziales Wohlbefinden auf Rezept
128.	Sozialtherapie
129.	Sozialtherapie
130.	Sozialvermittlung
131.	Sozialvermittlung
132.	Sozialvermittlung
133.	Umfeldhilfen Rundumhilfen Eingebettet
134.	Volles Leben für mich
135.	Von der Gemeinschaft für die Gemeinschaft
136.	Weitere Vorschläge: - Gesundheitsorientierung - Solidaritätsnavigation - Solidaritätskompass (...)
137.	Wohlbefinden
138.	Wohlbefinden auf Rezept
139.	Wohlbefinden auf Rezept
140.	Wohlbehagen ist für mich ein positiv besetztes Wort (...)
141.	Wohlfühl,-und Gesundheitsnavigator
142.	Wohlfühl-Koordinator
143.	Wohlsein für alle
144.	Zusozial

Kommentarfeld 3 – Begriffsvorschläge für die spezialisierte Fachkraft („link worker“)

Tabelle 32: Begriffsvorschläge für die spezialisierte Fachkraft („link worker“)

K: Nr.	Kommentar
237.	"Assistent für Gesundheit und Wohlbefinden"
238.	(klinische) Sozialarbeiter*in
239.	(Kein Begriffsvorschlag)
240.	AktivitaetsNAVI, Social Connector, Vernetzungshelfer, VerbindungsNAVI
241.	Analyseprofi für allg. Gesundheits,- und Wohlfühlfragen
242.	Assistent/In für Gesundheit und Wohlbefinden
243.	Assistent:in für Gesundheit und Wohlbefinden
244.	Augenöffner:in
245.	Begleiter zur Potentialförderung
246.	Berater für Gesundheit und Wohlbefinden Well-being Coach Ganzheitlicher Gesundheitsberater
247.	Berater für gesundheitsrelevante Bedürfnisse
248.	Berater für Wohlbefinden und Gesundheit
249.	buena vida - Motivator:in
250.	Case Manager
251.	Case Manager
252.	Caseworker
253.	Coach für Gesundheit und Soziales
254.	(Keine Begriffsvorschlag)
255.	EmpowermentWorker-EpoW
256.	Ergotherapeutin
257.	es ist sozialarbeit, darum sozialarbeiter:in oder koordinator:in
258.	Für Dich
259.	Ganzheitliche*r Gesundheitsberater*in
260.	Ganzheitlicher Gesundheitsberater
261.	Ganzheitlicher Gesundheitsberater
262.	Ganzheitlicher Gesundheitscoach
263.	Gesundheits- Mediator
264.	Gesundheits- und SozialkoordinatorIn
265.	Gesundheits:Navigator Wohlfühlvermittler Sozial:gesundheitscoach
266.	Gesundheitsagent / Gesundheitsagentin
267.	Gesundheitsbegleiter:in
268.	Gesundheitsbegleiter:innen
269.	Gesundheitscoach
270.	Gesundheitscoach
271.	Gesundheitscoach
272.	Gesundheits-Coach
273.	Gesundheits-Coach
274.	Gesundheitscoach:in
275.	GesundheitskoordinatorIn

276.	Gesundheitslotse
277.	Gesundheitslotse
278.	Gesundheitsmentor
279.	Gesundheitsnavigator
280.	Gesundheitsunterstützerin
281.	Gesundheitsvermittler
282.	Gesundheitsvermittler
283.	Glücksbringer
284.	Guide für Gesundheit und Wohlbefinden
285.	ich find all diese Begriffe super: Gesundheits:NAVI, Gesundheitsvermittler / Gesundheitsvermittlerin, Sozialarbeiter / Sozialarbeiterin, Gesundheitsguide, Sozialer Gesundheitscoach / Soziale Gesundheitscoachin
286.	kein eigener Begriff
287.	Klinische Soziale Arbeit
288.	Klinische*r Sozialarbeiter*in
289.	Klinischer Sozialarbeiter
290.	Klinischer Sozialarbeiter
291.	Klinischer Sozialarbeiter.
292.	Koordination Gesundheit
293.	Koordinator, Lotes
294.	Lebensberater
295.	Lebensunterstützer.
296.	(Kein Begriffsvorschlag)
297.	Life-Coach mit Spezialisierung "Wohlbefinden"
298.	Life-Coach, Lebenstrainer:in, -innen
299.	(Kein Begriffsvorschlag)
300.	Markler klingt zu sehr nach Versicherung und hat dadurch einen schlechten Ruf.
301.	Mein Wohlfühlcoach Mein Wohlseinfoach Mein Wohlsein-Berater
302.	(Kein Begriffsvorschlag).
303.	mentor
304.	(...) Wohlbefindens-Manager o.Ä
305.	My guide
306.	Navigator
307.	Public Health Berater (...)
308.	Public Health Professionals, Gesundheitsexpert*in, Advanced Practice Nurse
309.	Quality of life - Coach
310.	Rundum:Gesund - Lotse
311.	Social Networker
312.	Sozialarbeiter
313.	Sozialarbeiter
314.	Sozialarbeiter
315.	Sozialarbeiter
316.	Sozialarbeiter
317.	Sozialarbeiter oder Sozialbegleiter
318.	Sozialarbeiter*in im Gesundheitsbereich

319.	Sozialarbeiter*in im Primärversorgungszentrum
320.	Sozialarbeiter*in mit Fokus auf Gesundheit und Wohlbefinden
321.	Sozialarbeiter*in Sozialpädagog*in Lebens- und Sozialberater*in Case Manager*in
322.	Sozialarbeiter/ Sozialarbeiterin
323.	Sozialarbeiter:in im Gesundheitswesen
324.	Sozialarbeiterin
325.	SozialarbeiterIn für Gesundheit und Wohlbefinden
326.	Sozialarbeiterin oder Vernetzungsexpertin für Soziales
327.	Sozialberater
328.	Sozialberater:in
329.	Sozialer Beistand bzw. Coach
330.	Sozialer Gesundheitsberater/in
331.	Sozialer Gesundheitscoach
332.	Sozialer gesundheitscoach
333.	Sozialer Gesundheitscoach
334.	soziales Gesundheitscoaching
335.	Sozialtherapeut
336.	SozialvermittlerIn
337.	SozialvernetzerIn
338.	Veränderungsbegleiter
339.	Verbindungsperson für Gesundheit&Soziales
340.	Vernetzungs HelferIn Vernetzungs RatgeberIn
341.	VernetzungsexpertIn für Soziales
342.	Well-being mentor
343.	Wie vorhin geschrieben, wahrscheinlich würde sich in einem expliziten Gesundheitsbereich Klinische*r Sozialarbeiter*in anbieten.
344.	Wohnnetzwerker/in
345.	Wohlseinsguide, Wohlseinscoach, Wohlseinsshelfer:in, Wohlseinslotse/in
Aus Kommentarfeld 1:	
346.	Gesundheitsnavigator
347.	Lebensberater:in, -innen
348.	Gesundheitslotse

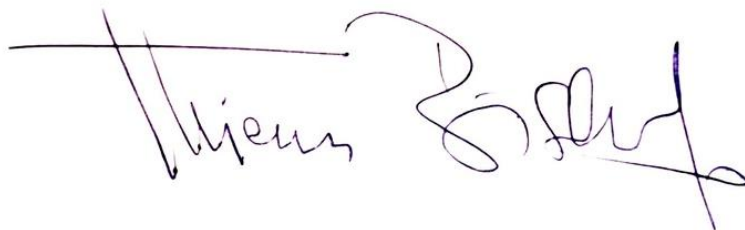
Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Thiemo Raoul Bischof**, geboren am 05.11.1991 in Bregenz, erkläre,

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

Wien, 20.04.2022

Unterschrift

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Thiemo Raoul Bischof', written over a horizontal line.

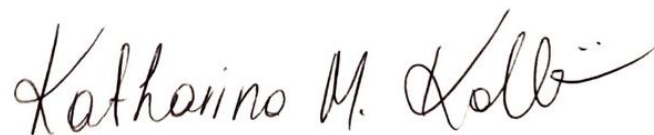
Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Katharina Maria Kalb**, geboren am 06.07.1996 in Dornbirn, erkläre,

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

Wien, 20.04.2022

Unterschrift

A handwritten signature in black ink, reading "Katharina M. Kalb". The signature is written in a cursive style with a long, sweeping horizontal line at the end.

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Marlies Pfeifer**, geboren am 12.11.1995 in Wien, erkläre,

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

Wien, 20.04.2022

Unterschrift

A handwritten signature in purple ink, appearing to read 'M. Pfeifer', with a long horizontal stroke extending to the right.