

# Handbuch Social Prescribing in der Primär- und pädiatrischen Versorgung

## Ergebnisbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz,  
gefördert aus den Mitteln der Agenda Gesundheitsförderung





# Handbuch Social Prescribing in der Primär- und pädiatrischen Versorgung

## Ergebnisbericht

Autorinnen und Autoren:

Daniela Rojatz  
Theresia Unger  
Sandra Ecker  
Lydia Fenz  
Gabriel Haintz

Fachliche Begleitung:

Pauline Klingenstein

Projektassistenz:

Alexandra Kühner

Interner Review:

Sabine Haas  
Linda Eberle

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

Die verwendeten Icons im Social-Prescribing-Design wurden von Mariella Drechsler entworfen.

Wien, im Jänner 2025

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

Zitiervorschlag: Rojatz, Daniela; Unger, Theresia; Ecker, Sandra; Fenz, Lydia; Haintz, Gabriel; Haas, Sabine (2025): Handbuch Social Prescribing in der Primär- und pädiatrischen Versorgung. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P10/1/5299

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,  
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: [www.goeg.at](http://www.goeg.at)

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030 bei, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel (SDG) 3 „Gesundheit und Wohlergehen“ sowie zum Gesundheitsziel 5 „Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken“.

# Kurzfassung

## Hintergrund

Jede fünfte Konsultation in der Primärversorgung erfolgt aufgrund gesundheitsrelevanter psychosozialer und emotionaler Anliegen. Social Prescribing gilt als vielversprechender Ansatz, um in der Primär- und pädiatrischen Versorgung diese Bedürfnisse systematisch zu adressieren. Zentral ist die Verschränkung von Angeboten außerhalb des medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Angebotsspektrums und die Etablierung einer sogenannten Link-Working-Funktion. Patientinnen und Patienten mit entsprechenden Bedarfen werden an diese Fachkraft mit Link-Working-Funktion vermittelt, welche gemeinsam mit der Patientin bzw. dem Patienten die jeweiligen Anliegen und Bedarfe herausarbeitet und insbesondere auch an passende Angebote außerhalb des medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Angebotsspektrums weitervermittelt – häufig im Freiwilligenbereich. Der Person, die den Bedarf erkannt hat, wird das Ergebnis der Weitervermittlung rückgemeldet, um dies im weiteren Behandlungsprozess mitberücksichtigen zu können.

Das Interesse an der Implementierung von Social Prescribing in der Primärversorgung ist groß. Potenzielle Umsetzer:innen wünschen sich Arbeitshilfen im Sinne einer Schritt-für-Schritt-Anleitung (Prozesskonzept). Das vorliegende Handbuch adressiert diesen Wunsch. Angesichts unterschiedlicher Rahmenbedingungen handelt es sich jedoch insbesondere auch um eine Darstellung von Umsetzungsmöglichkeiten und relevanten Einflussfaktoren als Anregung für die Konzipierung bzw. Planung in weiteren Einrichtungen. Das Handbuch richtet sich primär an (potenzielle) Umsetzer:innen von Social Prescribing. Es kann als Ausgangspunkt für die Adaption des Konzepts für die jeweiligen Gegebenheiten vor Ort dienen und möchte

- Leiterinnen und Leitern von Gesundheitseinrichtungen eine kompakte Einführung in das Konzept und seine Umsetzung zur Verfügung stellen sowie
- Angehörigen eines Gesundheits- und Sozialberufs, die (neu) mit der Umsetzung von Social Prescribing betraut werden, eine Handreichung zur Umsetzung der zentralen Elemente von Social Prescribing geben.

## Methoden

Das Handbuch basiert auf den Umsetzungserfahrungen von 24 geförderten Einrichtungen der Primärversorgung, konkret von Primärversorgungseinheiten, allgemeinmedizinischen Einzel- und Gruppenpraxen, pädiatrischen Einrichtungen in der niedergelassenen Versorgung und Einrichtungen für nicht versicherte Personen. Die Mittel hierfür stammen aus der Agenda Gesundheitsförderung des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.

Zur Unterstützung der Umsetzung wurden Arbeitshilfen zur Verfügung gestellt und eine Schulung für die Fachkräfte mit Link-Working-Funktion organisiert und durchgeführt. Die Link-Working-Beratungen wurden in einer Bedarfs- und Vermittlungsdokumentation festgehalten. In quartalweisen Vernetzungstreffen mit den Fördernehmerinnen und -nehmern wurden Erfahrungen ausgetauscht, wechselseitiges Lernen angeregt und zur Gemeinschaftsbildung beigetragen. Diese Erfahrungen sowie die Ergebnisse der Endberichte der geförderten Projekte, der externen

Evaluation und der Auswertung der Bedarfs- und Vermittlungsdokumentation sowie einer unterstützenden Literaturrecherche mündeten in diesem Handbuch.

## Ergebnisse

Die Umsetzungserfahrungen zeigen, dass die Implementierung von Social Prescribing in Einrichtungen der Primärversorgung ein iterativer, dynamischer Prozess ist. Dieser lässt sich idealtypisch in einem Prozesskonzept darstellen, ist aber in der Praxis nicht immer 1:1 umsetzbar. Daher wurde entschieden, für die zweite Version des Handbuchs den Aufbau von Social Prescribing anhand der vier zentralen Kernelemente darzustellen:

- Sensibilisierung des Primärversorgungsteams für gesundheitsrelevante psychosoziale und emotionale Anliegen
- Link-Working
- Netzwerkmanagement
- Qualitätssicherung

Umrahmt werden die zentralen Elemente von einem einführenden Kapitel mit Grundlagen von Social Prescribing und einem abschließenden Teil mit einer Übersicht über bestehende Unterstützungstools und mögliche Synergien mit verwandten Initiativen und Programmen sowie einer Kurzzusammenfassung zentraler Fragen rund um Social Prescribing. Die Kapitel sind so gestaltet, dass sie auch für sich allein gelesen werden können, und sollen so zu mehr Flexibilität für Leser:innen beitragen.

## Schlussfolgerungen

Die Umsetzungserfahrungen belegen, dass die Strukturen und Prozesse für die Umsetzung von Social Prescribing in kurzer Zeit (ca. sechs Monaten) aufgebaut werden können. Entsprechend fließen am Anfang mehr Ressourcen in Sensibilisierungsarbeit, den Aufbau des Link-Working-Prozesses und des Netzwerkmanagements sowie die Vorbereitung der Qualitätssicherungsmaßnahmen. Die Beratungszahlen steigen erst nach und nach. Gleichzeitig bleiben Sensibilisierungsarbeit, Netzwerkmanagement und kontinuierliche Qualitätssicherung weiterhin wichtig und sind nie abgeschlossen, aber mit der Zeit eingespielter. (Übergreifende) Einflussfaktoren, die alle zentralen Kernelemente betreffen, sind

- die Unterstützung der Leitung der Gesundheitseinrichtung,
- eine klare Verteilung der Zuständigkeiten, ausgestattet mit ausreichend Ressourcen, und
- die Sensibilisierung des Primärversorgungsteams, insbesondere auch der Ärztinnen und Ärzte, für gesundheitsrelevante psychosoziale und emotionale Anliegen, damit Patientinnen und Patienten Link-Working-Beratungen bzw. Social Prescribing angeboten werden können.

Es bietet es sich an, wo möglich, Synergien mit anderen verwandten Initiativen und Programmen zu suchen, um Social Prescribing als Teil eines umfassenden Primary-Health-Care-Ansatzes zu etablieren.

### **Schlüsselwörter**

Social Prescribing; Link-Working; Primärversorgung; Chancengerechtigkeit; Gesundheitsförderung

# Summary

## Background

Every fifth consultation in primary care is due to health-related psychosocial and emotional concerns. Social prescribing is considered a promising approach to systematically address these needs in primary and paediatric care. The interlinking of services outside the medical, nursing and therapeutic spectrum and the establishment of a so-called link-working function are key. Patients with corresponding needs are referred to this specialist with a link-working function, who works out the respective concerns and needs together with the patient and refers them to suitable services outside the medical-care-therapeutic range of services – often in the voluntary sector. The person who has recognised the need is informed of the result of the referral so that this can be taken into account in the further treatment process.

There is great interest in the implementation of social prescribing in primary care. Potential implementers would like working aids in the form of step-by-step instructions (process concept). This handbook addresses this wish. However, in view of the different framework conditions, it is also a presentation of implementation options and relevant influencing factors as a suggestion for conceptualisation and planning in other facilities. The handbook is primarily aimed at (potential) implementers of social prescribing. It can serve as a starting point for adapting the concept to the respective local conditions and is aimed at

- providing managers of healthcare facilities with a compact introduction to the concept and its implementation and
- providing health and social care professionals who are (newly) entrusted with the implementation of social prescribing with guidance on how to implement the key elements of social prescribing.

## Methods

The handbook is based on the implementation experience of 24 funded primary care facilities, specifically primary care units, individual and group general medical practices, paediatric facilities in private practice and facilities for uninsured persons. The funds for this come from the Health Promotion Agenda of the Federal Ministry of Social Affairs, Health, Care and Consumer Protection.

To support implementation, tools were made available, and training was organised and carried out for professionals with a link-working function. The link-working counselling sessions were recorded in a needs and placement documentation. In quarterly networking meetings with the funding recipients, experiences were exchanged, mutual learning was stimulated, and community building was encouraged. These experiences as well as the results of the final reports of the funded projects, the external evaluation and the analysis of the needs and placement documentation as well as a literature research resulted in this handbook.



## Results

Implementation experience shows that the implementation of social prescribing in primary care facilities is an iterative, dynamic process. This can ideally be represented in a process concept, but cannot always be realised 1:1 in practice. For the second version of the handbook, it was therefore decided to present the structure of social prescribing based on the four central core elements:

- sensitising the primary care team to health-related psychosocial and emotional concerns
- link-working
- network management
- quality assurance

The key elements are framed by an introductory chapter with the basics of social prescribing and a concluding section with an overview of existing support tools and possible synergies with related initiatives and programmes, as well as a brief summary of key issues surrounding social prescribing. The chapters are designed in such a way that they can also be read on their own and should thus contribute to more flexibility for readers.

## Conclusion

Implementation experience shows that the structures and processes for implementing social prescribing can be set up in a short time (approx. six months). Accordingly, more resources are initially channelled into awareness-raising work, setting up the link-working process and network management as well as preparing the quality assurance measures. The number of counselling sessions only increases gradually. At the same time, awareness-raising work, network management and continuous quality assurance remain important and are never complete, but become more established over time. (Overarching) Influencing factors that affect all central core elements are

- the support of the healthcare organisation's management,
- clear allocation of responsibilities, equipped with sufficient resources,
- sensitisation of the primary care team, especially doctors, to health-related psychosocial and emotional concerns so that patients can be offered link-working consultations or social prescribing.

Where possible, synergies should be sought with other related initiatives and programmes in order to establish social prescribing as part of a comprehensive primary health care approach.

## Keywords

Social prescribing; link-working; primary care; equity; health promotion

# Inhalt

Kurzfassung.....	V
Summary.....	VIII
Abbildungen.....	12
Tabellen.....	XIII
Abkürzungen.....	14
1 Einleitung.....	1
1.1 Literatur.....	3
2 Social Prescribing.....	3
2.1 Problemstellung.....	3
2.2 Worum geht es?.....	3
2.3 Wer profitiert von Social Prescribing?.....	5
2.4 Ziele.....	7
2.5 Social Prescribing in Österreich.....	8
2.6 Literatur.....	9
3 Schritt für Schritt zur Umsetzung von Social Prescribing.....	12
4 Sensibilisierung als zentrales Element von Social Prescribing.....	15
4.1 Worum geht es?.....	15
4.2 Ziele.....	15
4.3 Umsetzung.....	16
4.3.1 Sensibilisierung im Team.....	17
4.3.2 Sensibilisierung von Patientinnen und Patienten.....	19
4.3.3 Sensibilisierung der allgemeinen Bevölkerung.....	21
4.4 Literatur.....	22
5 Netzwerkmanagement als zentrales Element von Social Prescribing.....	23
5.1 Worum geht es?.....	23
5.2 Ziele.....	24
5.3 Angebotsspektrum Social Prescribing.....	24
5.4 Schritt für Schritt zur Umsetzung.....	26
5.4.1 Planungs- und Vorbereitungsphase.....	26
5.4.2 Aufbauphase und nachhaltige Umsetzung.....	29
5.5 Umsetzungsbeispiel.....	31
5.6 Literatur.....	32
6 Link-Working als zentrales Element von Social Prescribing.....	33
6.1 Worum geht es?.....	33
6.2 Ziele.....	34
6.3 Link-Working-Funktion durch Gesundheits- und Sozialberufe.....	35
6.4 Schritt für Schritt zur Umsetzung.....	37
6.4.1 Planungs- und Vorbereitungsphase.....	37

6.4.2	Aufbauphase und nachhaltige Umsetzung.....	39
6.5	Exkurs: Schulung für Fachkräfte mit Link-Working-Funktion.....	43
6.6	Umsetzungsbeispiele.....	46
6.7	Literatur.....	47
7	Qualitätssicherung als zentrales Element von Social Prescribing.....	49
7.1	Worum geht es?.....	49
7.2	Ziele.....	49
7.3	Umsetzung.....	50
7.3.1	Personalentwicklung.....	51
7.3.2	Organisationsentwicklung.....	52
7.3.3	Vernetzung, Reflexion, Evaluation.....	55
7.4	Literatur.....	56
8	Social Prescribing konkret: Umsetzungsbeispiele von Gesundheitseinrichtungen und Link-Working-Beratungen.....	57
8.1	Gesundheitseinrichtungen setzen Social Prescribing um.....	57
8.1.1	Link-Working-Beratung in der Einrichtung und viele Kooperationsangebote im Umfeld.....	59
8.1.2	Link-Working-Beratung in der Einrichtung und wenige Kooperationsangebote im Umfeld.....	60
8.1.3	Link-Working-Beratung außerhalb der Einrichtung und viele Kooperationsangebote im Umfeld.....	61
8.1.4	Link-Working-Beratung außerhalb der Einrichtung und wenige Kooperationsangebote im Umfeld.....	62
8.2	Link-Working-Beratung für Patientinnen und Patienten: Praxisbeispiele.....	64
9	Umsetzungshilfen.....	66
9.1	Literatur.....	69
10	Social Prescribing als Teil eines umfassenden Primary-Health-Care-Ansatzes.....	70
10.1	Social Prescribing als ein Puzzlestein von vielen.....	72
10.2	Synergien konkret: Umsetzungsformen in der Praxis.....	73
10.3	Literatur.....	73
11	Social Prescribing: FAQ.....	74
11.1	Literatur.....	77

# Abbildungen

Abbildung 1: Der Social-Prescribing-Prozess .....	5
Abbildung 2: Prozesskonzept Social Prescribing.....	12
Abbildung 3: Profession der vermittelnden Person im Fördercall 2023/24.....	17
Abbildung 4: Überblick über mögliche Kooperationsangebote außerhalb des medizinisch- pflegerisch-therapeutischen Angebotspektrums.....	24
Abbildung 5: Wohin wurde im Rahmen von Social Prescribing im Fördercall 2023/24 weitervermittelt?.....	25
Abbildung 6: Anhaltspunkte für die Erstellung eines Kommunikationskonzepts .....	29
Abbildung 7: Der Social-Prescribing-Prozess .....	38
Abbildung 8: Welche Tools stehen Einrichtungen für die Umsetzung von Social Prescribing zur Verfügung?.....	66
Abbildung 9: weitere Unterstützungsmaßnahmen der Umsetzungspartner:innen.....	68
Abbildung 10: Social Prescribing an der Schnittstelle von Primärversorgung und kommunalen Angeboten und Bevölkerung .....	70
Abbildung 11: Angebote in der Primärversorgung, in der Kommune und Angebote dazwischen.....	71

# Tabellen

Tabelle 1: Nutzen von Social Prescribing.....	6
Tabelle 2: Checkliste mit Leitfragen und Reflexionskriterien zur Einschätzung von Kooperationsangeboten im Rahmen von Social Prescribing .....	53
Tabelle 3: Umsetzungsmöglichkeiten von Social Prescribing in den bisher geförderten Einrichtungen in Abhängigkeit von Angebotsspektrum und Ort der Link-Working-Beratung.....	58
Tabelle 4: Überblick zu Gemeinsamkeiten und Unterschieden von Social Prescribing und benachbarten Programmen.....	72
Tabelle 5: Zentrale Elemente zur Implementierung des Ansatzes.....	74

# Abkürzungen

Anm.	Anmerkung
BHS	Barmherzige Schwestern
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson
Dr./Dr. <sup>in</sup>	Doktor, Doktorin
EDV	elektronische Datenverarbeitung
et al.	et alia
etc.	et cetera
ev.	eventuell
ggf.	gegebenenfalls
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GRN	Gesundheitsnetzwerk Raabtal
insb.	insbesondere
LW	Link-Working
LWF	Link-Working-Funktion
MTD	medizinisch-therapeutisch-diagnostische Gesundheitsberufe
o. Ä.	oder Ähnliches
PVE	Primärversorgungseinheit
PVN	Primärversorgungsnetzwerk
PVZ	Primärversorgungszentrum
SP	Social Prescribing
u. a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel

# 1 Einleitung



Gesundheit wird von vielen Faktoren bestimmt. Bei gesundheitlichen Problemen ist die Primärversorgung bzw. für Kinder die niedergelassene pädiatrische Versorgung häufig die erste physische Anlaufstelle. Etwa jede fünfte Konsultation in der Primärversorgung erfolgt aufgrund von gesundheitsrelevanten psychosozialen und emotionalen Anliegen, wie Einsamkeit und Armut (Polley et al. 2017b).

Social Prescribing gilt als vielversprechender Ansatz, um gesundheitsrelevante, psychosoziale und emotionale Bedürfnisse und die soziale Gesundheit von Menschen besser in den Blick zu nehmen und insbesondere auch für benachteiligte und belastete Bevölkerungsgruppen den Zugang zu gesundheitsförderlichen Angeboten sicherzustellen. Dies trägt nicht nur zu mehr Wohlbefinden und sozialer Teilhabe der betroffenen Personen bei, sondern unterstützt sie auch dabei, sich an der medizinischen Behandlung zu beteiligen und sich aktiv um die eigene Gesundheit zu kümmern. Gerade Einrichtungen der medizinischen Primärversorgung (Primärversorgungseinheiten, Gruppenpraxen, Einzelordinationen) bieten sich hierfür an.

Social Prescribing ist ein Interventionsansatz, um gesundheitsbezogene psychosoziale und emotionale Bedürfnisse in der Primär- und pädiatrischen Versorgung strukturiert zu adressieren. Das Team der Primär- bzw. pädiatrischen Versorgung<sup>1</sup> ist sensibilisiert für diese Anliegen und vermittelt bei Bedarf an eine Kollegin oder einen Kollegen (Angehörige eines Gesundheits- oder Sozialberufs) mit Link-Working-Funktion (Vermittlungsfunktion). Diese Fachkraft mit Link-Working-Funktion arbeitet mit der Patientin oder dem Patienten Bedarfe und Ressourcen heraus und vermittelt wo passend an regionale Angebote, insbesondere auch außerhalb des medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Angebotsspektrums des Gesundheitssystems.

Im vorliegenden Handbuch sind die Erfahrungen aus drei Jahren Umsetzung von Social Prescribing zusammengefasst und für künftige Umsetzer:innen aufbereitet. Im Rahmen von Fördercalls aus Mitteln der Agenda Gesundheitsförderung bzw. dem Vorläuferprogramm Gesundheitsförderung 21+ wurden zum Zeitpunkt der Erstellung des Handbuchs insgesamt 24 Einrichtungen der Primär- und pädiatrischen Versorgung (Primärversorgungseinheiten, -netzwerke, Einzel-/Gruppenpraxen und Einrichtungen für nicht versicherte Personen) beim Aufbau- und Ausbau von Social Prescribing unterstützt. Die Unterstützung umfasste neben einer finanziellen Förderung der Kosten für den Struktur- und Prozessaufbau auch eine Schulung für die involvierten Fachkräfte, die Bereitstellung von Unterstützungstools, die Dokumentation der Link-Working-Beratungen und eine externe Evaluation.

Das vorliegende Handbuch richtet sich an Leiter:innen von Gesundheitseinrichtungen und Angehörige der Gesundheits- und Sozialberufe, die mit der Umsetzung von Social Prescribing beauftragt sind. Es fasst die Umsetzungserfahrungen aus 24 geförderten Einrichtungen zusammen mit zwei Zielen:

- **Leiterinnen und Leitern von Gesundheitseinrichtungen** eine kompakte Einführung in das Konzept und seine Umsetzung zur Verfügung zu stellen und

---

<sup>1</sup> Aufgrund der Entwicklung zu Kinder-PVE und des wahrgenommenen Bedarfs eines Angebots von Social Prescribing für Kinder und Jugendliche wurden ab 2023 auch pädiatrische Einrichtungen als Primärversorgung für Kinder und Jugendliche gefördert.

- **Angehörigen eines Gesundheits- und Sozialberufs**, die (neu) mit der Umsetzung von Social Prescribing betraut werden, eine Handreichung zur Umsetzung der zentralen Elemente von Social Prescribing zu geben. Angesichts unterschiedlicher Rahmenbedingungen vor Ort geht es nicht um eine Schritt-für-Schritt-Anleitung, sondern um eine Darstellung von Umsetzungsmöglichkeiten und relevanten Einflussfaktoren als Anregung und Ausgangspunkt für die Adaption des Konzepts für die jeweiligen Gegebenheiten vor Ort.

Damit trägt das Handbuch dem bereits identifizierten Bedarf an einem klaren Prozesskonzept, welches an die regionalen Gegebenheiten angepasst werden kann, Rechnung sowie dem Wunsch nach praktischen Umsetzungshilfen und Handreichungen (Maier 2021).

### Wie können Sie das Handbuch anwenden?

Das vorliegende Handbuch basiert auf einer früheren Version des Handbuchs (Rojatz et al. 2021a). Diese wurde komplett überarbeitet und entlang der zentralen Kernelemente von Social Prescribing neu strukturiert. Zur Veranschaulichung der Umsetzungspraxis werden nicht nur Umsetzungsbeispiele aus unterschiedlichen Gesundheitseinrichtungen präsentiert, sondern auch quantitative Daten zu den Link-Working-Beratungen. Die herangezogenen Daten entstammen bewusst einer Zwischenauswertung von Mai 2024, um die Vorläufigkeit der Ergebnisse zu unterstreichen.

Das Handbuch ist modular aufgebaut. Die einzelnen Kapitel können nacheinander, aber auch einzeln gelesen werden. Sie können sich damit die Teile „herausnehmen“, die für Sie aktuell von Interesse sind.

### Danksagung

Wir möchten uns herzlich bei den Umsetzungspartnerinnen und -partnern sowie den Mitgliedern der Projektsteuerungsgruppe und des Sounding Boards für die gemeinsame Arbeit zur Umsetzung von Social Prescribing in Österreich bedanken! Ohne Ihr Engagement wäre das Handbuch nicht zustande gekommen und nun können dadurch interessierte Personen auf Ihren wertvollen Erfahrungen aufbauen!

Das Social-Prescribing-Team der GÖG wünscht Ihnen viel Spaß beim Lesen des Handbuchs und viel Erfolg bei der Umsetzung!



## 1.1 Literatur

Maier, Marion Beate (2021): Social Prescribing in Österreich. Erstellung eines Praxisleitfadens anhand einer explorativen multimethodischen Querschnittsstudie über die Modellregion Haslach an der Mühl. Wien

Polley, Marie; Fleming, James; Anfilogoff, Tim; Carpenter, Andrew (2017b): Making sense of Social Prescribing. University of Westminster, London

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



## 2 Social Prescribing

In diesem Kapitel werden der Ansatz Social Prescribing sowie Zielgruppen, Ziele und Evidenz beleuchtet, um einen ersten kompakten Eindruck von Social Prescribing zu vermitteln.

### 2.1 Problemstellung

Es ist bekannt, dass etwa jede fünfte Patientin und jeder fünfte Patient primär aufgrund eines sozialen Problems die medizinische Primärversorgung aufsucht (Polley et al. 2017b). Die medizinische Primärversorgung<sup>2</sup> als erste Anlaufstelle für gesundheitliche Probleme ist also auch mit nicht medizinischen Belastungen konfrontiert, die aber gesundheitliche Auswirkungen haben (können). Vonseiten der medizinischen Primärversorgung können derartige Belastungen häufig nicht zufriedenstellend bearbeitet werden, teilweise aus zeitlichen Gründen, teilweise weil das notwendige Know-how über regionale Angebote fehlt. Hier setzt Social Prescribing an.

### 2.2 Worum geht es?

Social Prescribing basiert auf dem biopsychosozialen Modell (Engel 1977). Demnach sind biologische, psychologische und soziale Faktoren bei der Förderung von Gesundheit und bei der Diagnostik und Therapie von Krankheiten zu berücksichtigen. Es handelt sich dabei um einen Interventionsansatz, bei dem die in der Primärversorgung tätigen Berufsgruppen darauf sensibilisiert werden, gesundheitsrelevante psychosoziale und emotionale Bedürfnisse bei Menschen zu erkennen. Werden derartige Bedarfe wahrgenommen, werden die betreffenden Personen an eine sogenannte Fachkraft mit Link-Working-Funktion<sup>3</sup> „vermittelt“. Diese Fachkraft stellt die Bedarfe und Ressourcen der Patientin bzw. des Patienten in den Mittelpunkt. Im Gespräch werden Maßnahmen und Aktivitäten zur Verbesserung des Wohlbefindens abgeleitet. Die Fachkraft mit Link-Working-Funktion vermittelt die Person an passende regionale Angebote weiter. Ein Reflexionsgespräch mit der Patientin bzw. dem Patienten zur Annahme und Qualität der vermittelten Angebote ist Teil des Social-Prescribing-Prozesses und schließt diesen ab. Das Weitermittlungsergebnis wird an die Person kommuniziert, die den Prozess eingeleitet hat, damit es im weiteren Behandlungsprozess berücksichtigt werden kann.

Das Spektrum der möglichen Angebote für Weitermittlung ist breit und reicht von lokal zur Verfügung stehenden Gesundheitsförderungsmaßnahmen, Sport- und Bewegungsprogrammen oder Ernährungsberatung über Sozial-, Schuldner-, Arbeits- oder Wohnberatung bis zu Gemeinschaftsaktivitäten wie Seniorentanzen, Wandergruppen oder Nachbarschaftsnetzwerken (Rojatz et al. 2023a). Der Aufbau eines regionalen Netzwerks mit einschlägigen Angeboten und kontinuierliches Netzwerkmanagement sind Voraussetzungen, um die Link-Working-Funktion erfolgreich durchführen zu können.

---

<sup>2</sup> Aufgrund der Entwicklung zu Kinder-PVE und des wahrgenommenen Bedarfs eines Angebots von Social Prescribing für Kinder und Jugendliche wurden ab 2023 auch pädiatrische Einrichtungen als Primärversorgung für Kinder und Jugendliche gefördert.

<sup>3</sup> Im Zentrum des Ansatzes steht die Einführung der Link-Working-Funktion, die von einer oder einem Angehörigen eines Gesundheits- oder Sozialberufs übernommen wird, nicht die Etablierung einer neuen Berufsgruppe.

Nachfolgend werden die zentralen Elemente von Social Prescribing näher skizziert. In den folgenden Kapiteln werden die Kernelemente weiter konkretisiert.



**Sensibilisierung:** Alle Berufsgruppen in der Einrichtung werden sensibilisiert (z. B. in Teammeetings, Pausengesprächen), auf gesundheitsrelevante psychosoziale und emotionale Bedürfnisse (z. B. Probleme in Bezug auf Einsamkeit, soziale und emotionale Unterstützung, Wohnung, Beschäftigung, Einkommen) zu achten. Das Team ist achtsam im Kontakt mit den Patientinnen und Patienten und vermittelt ggf. an die Fachkraft mit Link-Working-Funktion.



**Link-Working:** Die Fachkraft mit Link-Working-Funktion nimmt sich Zeit für das Gespräch mit der Patientin bzw. dem Patienten. Gemeinsam werden Ressourcen und Belastungen herausgearbeitet und Handlungspläne entwickelt. Das Ergebnis der Beratungsgespräche wird – sofern die Patientin bzw. der Patient damit einverstanden ist – an die vermittelnde Person im Primärversorgungsteam rückgemeldet. Wo passend, wird die Patientin bzw. der Patient an Angebote insbesondere auch außerhalb des medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Angebotsspektrums weitervermittelt. Je nach Umsetzungsform kann die Link-Working-Beratung in oder außerhalb der Gesundheitseinrichtung erfolgen.



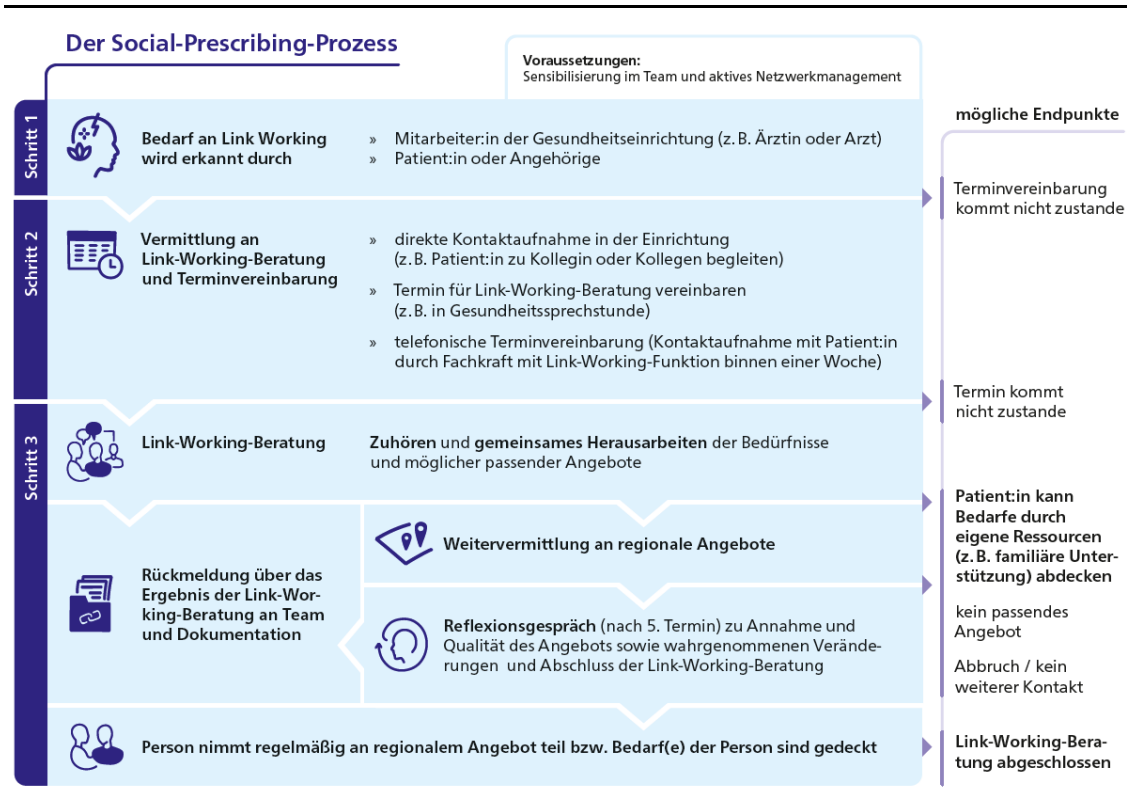
**Netzwerkmanagement:** Die Person mit Link-Working-Funktion oder ggf. eine weitere Person aus dem Team der Gesundheitseinrichtung recherchiert bestehende Angebote insbesondere auch außerhalb des medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Angebotsspektrums wie z. B. Gesundheitsförderungsinitiativen in der Region und pflegt den Kontakt mit diesen. Die detaillierte Kenntnis der regionalen Angebote ist eine Voraussetzung, um Patientinnen und Patienten im Bedarfsfall passgenau an diese weitervermitteln zu können. Im Fall von Angebotslücken wird (z. B. im Rahmen von Netzwerktreffen) die Etablierung neuer Angebote angeregt bzw. unterstützt.



**Qualitätssicherung:** Um eine qualitätsvolle Umsetzung von Social Prescribing zu sichern, bedarf es Personalentwicklungsmaßnahmen (u. a. Schulung, Supervision), Prozess- und Organisationsentwicklung (Definition von Abläufen, Dokumentation) sowie regelmäßiger Vernetzung, Reflexion und Evaluation der Umsetzungspraxis in der Einrichtung, einrichtungsübergreifend, regional und ggf. überregional zur Weiterentwicklung der Maßnahme.

Im Sinne eines kurzen Überblicks wurde der Social-Prescribing-Prozess grafisch aufbereitet, wobei die einzelnen Schritte und auch mögliche Endpunkte dargestellt werden.

Abbildung 1: Der Social-Prescribing-Prozess



Quelle: GÖG; Grafik: Mariella Drechsler

### Praxistipp:

- Ein Erklärvideo führt kurz in Social Prescribing ein:  
<https://m.youtube.com/watch?v=88bumlXx4E>
- Im Bericht Social Prescribing around the world sind Umsetzungs- beispiele von Social Prescribing aus über 25 Ländern zusammengestellt (Khan et al. 2024): <https://socialprescribingacademy.org.uk/media/thtjrirn/social-prescribing-around-the-world-2024.pdf>



## 2.3 Wer profitiert von Social Prescribing?

Social Prescribing kann für alle Patientinnen und Patienten mit nicht medizinischen, aber gesundheitsrelevanten psychosozialen und emotionalen Bedürfnissen und Belastungen von Nutzen sein. Die Erfahrungen zeigen, dass einige Zielgruppen besonders profitieren, wie beispielsweise:

- ältere Menschen, insbesondere solche, die wenig soziale Kontakte haben und einsam sind,
- chronisch sowie psychisch kranke Menschen, insbesondere dann, wenn sich die Erkrankung auf andere Lebensbereiche (Arbeit, soziales Netzwerk etc.) auswirkt,




- sozial bzw. sozioökonomisch benachteiligte Menschen (z. B. armutsbetroffen, geringes Bildungsniveau, prekäre Beschäftigung), die erfahrungsgemäß oft erschwerten Zugang zu vielen Angeboten haben,
- Menschen, die Mehrfachbelastungen erleben (z. B. alleinerziehende Personen mit chronischer Erkrankung, pflegende Angehörige mit geringem Einkommen etc.),
- Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz oder Grundkompetenzen, die sich nur schwer allein im Angebotsspektrum zurechtfinden.

Des Weiteren profitiert auch das Team in der Gesundheitseinrichtung von Social Prescribing, da es als entlastend erlebt wird, zu wissen, dass sich eine kompetente Stelle der nicht medizinischen, aber gesundheitsrelevanten Bedürfnisse ihrer Patientinnen und Patienten annimmt.

### Wissenschaftliche Evidenz zum Nutzen von Social Prescribing

Mehrere Studien belegen positive gesundheitliche und soziale Effekte von Social Prescribing, die langfristig eine Entlastung des Gesundheitssystems erwarten lassen. Tabelle 1 gibt eine Übersicht über den in der Literatur belegten Nutzen von Social Prescribing.

Tabelle 1: Nutzen von Social Prescribing

 Patientinnen und Patienten	 Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitssystem	 Gemeinschaft und Gesellschaft
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Gestiegenes Wohlbefinden und verbesserte Gesundheit</b> (Farenden et al. 2015; Kimberlee 2015; Kimberlee et al. 2014; Vidovic et al. 2021)</li> <li>• <b>Zuversicht für Zukunft</b> (Bertotti et al. 2018)</li> <li>• <b>Reduktion von Einsamkeit</b> (Moffatt et al. 2017; Vidovic et al. 2021)</li> <li>• <b>Stärkung des sozialen Netzwerks und des Gefühls sozialer Verbundenheit</b> (Woodall et al. 2018)</li> <li>• <b>Steigerung körperlicher Aktivität</b> (Kimberlee et al. 2014)</li> <li>• <b>Stärkung von Selbstbewusstsein, Kontrollvermögen und Selbstständigkeit</b> (Farenden et al. 2015; Thomson et al. 2015)</li> <li>• <b>Stärkung der Gesundheitskompetenz</b> (Elston et al. 2019)</li> <li>• <b>Stärkung der Verbindung mit der Gemeinde</b> („community connectedness“) (Tierney et al. 2018; Vidovic et al. 2021)</li> </ul>	<p><b>Gesundheitseinrichtungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Entlastung der Fachkräfte in der Primärversorgung durch die Möglichkeit, gesundheitsrelevante Bedürfnisse zu adressieren</b> (Haas et al. 2021)</li> <li>• <b>aktivierende Beteiligung von Patientinnen und Patienten an ihrer medizinischen Behandlung</b> (White et al. 2010)</li> <li>• <b>Reduktion des Patientenaufkommens in der Primärversorgung</b> (Husk et al. 2020; Polley et al. 2017a; Vidovic et al. 2021) und in Krankenhäusern (Vidovic et al. 2021)</li> <li>• <b>Reduktion von Kosten und Zeitaufwand</b> (Husk et al. 2020)</li> </ul> <p><b>Gesundheitssystem</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Kostenreduktion durch Reduktion des Patientenaufkommens und Gesundheitsgewinn:</b> (Polley et al. 2017a)</li> <li>• <b>Umdenken in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung außerhalb des formellen, rein medizinischen Gesundheitssystems</b> (Antosik 2020)</li> </ul>	<p><b>Gemeinschaft</b> (Vidovic et al. 2021)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Kapazitätsentwicklung in Gemeinden</b></li> <li>• <b>stärkere Nutzung von Gemeindefeinrichtungen</b></li> <li>• <b>mehr Gemeinschaftsaktivitäten</b></li> </ul> <p><b>Gesellschaft</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Entlastung des Gesundheitssystems durch Reduktion des Patientenaufkommens</b> (Bickerdike et al. 2017)</li> <li>• <b>Stärkung sozialer Inklusion und des sozialen Zusammenhalts</b> (Thomson et al. 2015)</li> <li>• <b>Umdenken hin zu einer gesamtheitlichen Betrachtung von Gesundheit</b> (Antosik, 2020)</li> </ul>

Darstellung: GÖG

Die Evaluation zum Fördercall Social Prescribing in der Primär- und pädiatrischen Versorgung (2023-2024) belegt (Kettl et al. 2024),

- dass Social Prescribing bei der Mehrheit der beratenen Patientinnen und Patienten (72 %) eine positive Wirkung hat und
- dass Ärztinnen und Ärzte (n = 19-21) der geförderten Einrichtungen in der Umsetzung von Social Prescribing mehrheitlich keinen Mehraufwand sehen und durch Social Prescribing etwas mehr Zeit (durchschnittlich 2,3 Stunden) für Patientinnen und Patienten haben bzw. etwas mehr Patientinnen und Patienten behandeln können (durchschnittlich 4,9 Patientinnen und Patienten).

Damit werden die Ergebnisse aus der Evaluation des ersten Fördercalls bestätigt, wie das nachfolgende Zitat aus einer Fokusgruppe u. a. mit Ärztinnen und Ärzten der geförderten Einrichtungen belegt:

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

## 2.4 Ziele

Social Prescribing hat zum Ziel, einen Mehrwert auf unterschiedlichen Ebenen zu schaffen (vgl. Rojatz et al. 2023a).

### Systemebene

- Stärkung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit und Förderung sozialer Teilhabe
- Patientinnen und Patienten (insbesondere jene mit komplexen Problemlagen und geringer Gesundheitskompetenz) sollen mittels entlastender Gespräche und bei Bedarf Weitervermittlung an unterstützende regionale Angebote gestärkt werden. Dahingehend soll das subjektive Wohlbefinden verbessert, die soziale Teilhabe gestärkt und sozialer Isolation entgegengewirkt werden.
- Unterstützung der Navigation **im** Gesundheits- und Sozialsystem
- Unterstützung von Patientinnen und Patienten, passende Angebote zu finden und dort anzudocken, sowie Stärkung des Bewusstseins über lokale Angebote; durch die Stärkung regionaler Angebote werden auch lokale Gemeinschaften (Gemeinden) gestärkt.
- **Förderung eines ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses und der Ressourcenorientierung in der Krankenversorgung**
- Sensibilisierung des Gesundheitspersonals, insbesondere der Ärztinnen und Ärzte, für gesundheitsbezogene soziale und emotionale Bedürfnisse, welche über den medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Bedarf hinausgehen
- **Verschränkung von Gesundheits- und Sozialbereich**

- Stärkung der Zusammenarbeit von Gesundheitseinrichtungen und regionalen/sozialen Vereinen, Initiativen und Beratungseinrichtungen durch den Aufbau eines entsprechenden Netzwerks
- **Entlastung der Versorgungsstrukturen (quantitativ) und der Gesundheitsberufe**
- durch eine verstärkte Kooperation von Berufsgruppen, Sektoren und bürgerschaftlichem Engagement

### Individualebene

- **Verbesserung des subjektiven (persönlichen) Wohlbefindens von Patientinnen und Patienten**  
Adressierung und „Sichtbarmachen“ von gesundheitsrelevanten psychosozialen und emotionalen Bedürfnissen und Förderung der sozialen Teilhabe
- **Stärkung der Gesundheitskompetenz**  
Unterstützung beim Finden passender Angebote, wodurch es auch zu einer Stärkung der Navigationskompetenz im Gesundheits- und Sozialsystem kommt
- **Empowerment**  
Patientinnen und Patienten werden darin bestärkt, für ihre Gesundheit einzustehen und sich aktiv an ihrer Gesundheitsversorgung zu beteiligen.

### Was ist Social Prescribing nicht?

Social Prescribing fokussiert auf die Adressierung von gesundheitsrelevanten psychosozialen und emotionalen Bedürfnissen mit vielfältigen Bedarfen und wirkt dadurch recht breit. Aus der Literatur und den Erfahrungen der Fördercalls konnte herausgearbeitet werden, was Social Prescribing nicht ist:

- Social Prescribing zielt nicht darauf ab, Lücken in der Versorgung zu kompensieren und Menschen mangels Versorgungsangeboten oder aufgrund langer Wartezeiten in Angebote aus dem Freiwilligenbereich weiterzuvermitteln.
- Social Prescribing ist keine Akut- oder Langzeitbetreuung bzw. -behandlung.
- Social Prescribing ist kein Ersatz für Sozialarbeit oder die Leistungen anderer Gesundheitsberufe. Social Prescribing und insbesondere die Link-Working-Funktion kann von unterschiedlichen Gesundheits- und Sozialberufen umgesetzt werden, u. a. auch im Rahmen von Community Nursing.
- Social Prescribing besteht nicht nur in der Weitergabe von Visitenkarten, sondern geht darüber hinaus. Gerade vulnerable Personengruppen brauchen den Beziehungs- und Vertrauensaufbau, um Angebote annehmen zu können.

## 2.5 Social Prescribing in Österreich

In Österreich wurde das Thema „Social Prescribing“ ab dem Jahr 2019 verstärkt verfolgt. Ein Factsheet wurde veröffentlicht (Haas et al. 2019) und ein GÖG-Colloquium veranstaltet. In der Folge wurde Social Prescribing als Eckpunkt einer gesundheitsfördernden Primärversorgung vorgeschlagen (Rojatz et al. 2021b). Ab 2021 konnten im Rahmen von Gesundheitsförderung 21+



und der Agenda Gesundheitsförderung durch das BMSGPK mehrere Einrichtungen der Primär- und pädiatrischen Versorgung gefördert werden, um Umsetzungserfahrungen beim Aufbau von Social Prescribing zu ermöglichen. Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) begleitet die Umsetzung u. a. durch eine Schulung für Fachkräfte mit Link-Working-Funktion, regelmäßige Vernetzungstreffen und die Entwicklung von fachlichen Grundlagen (Rojatz et al. 2023a) und Unterstützungstools.

Basierend auf den positiven Umsetzungserfahrungen aus 24 geförderten Einrichtungen sowie der hohen Zufriedenheit sowohl der Patientinnen und Patienten als auch der Fachkräfte in der Primärversorgung plant das BMSGPK, die Etablierung von Social Prescribing in der österreichischen Primär- und pädiatrischen Versorgung weiter zu verfolgen. So ist Social Prescribing auch im Rahmenarbeitsprogramm 2024-2028 der Agenda Gesundheitsförderung verankert. In einem weiteren Fördercall ab 2025 sollen Einrichtungen in allen Bundesländern miteinbezogen werden und es soll auch erstmals die Finanzierung der Link-Working-Beratungen ermöglicht werden. Ziel ist es, parallel dazu in Abstimmung mit den Bundesländern und der Sozialversicherung eine fundierte Grundlage für eine bundesweite Implementierung zu schaffen.

## 2.6 Literatur

Antosik, Jennifer (2020): Social Prescribing – eine Möglichkeit für die neue Primärversorgung in Österreich? Eine qualitativ empirische Explorationsstudie. Master of Science in Health Studies, Pinkafeld

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

Bickerdike, Liz; Booth, Alison; Wilson, Paul M.; Farley, Kate; Wright, Kath (2017): Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. In: BMJ Open 7/4:e013384

Elston, Julian; Gradinger, Felix; Asthana, Sheena; Lilley-Woolnough, Caroline; Wroe, Sue; Harman, Helen; Byng, Richard (2019): Does a social prescribing 'holistic' link-worker for older people with complex, multimorbidity improve well-being and frailty and reduce health and social care use and costs? A 12-month before-and-after evaluation. In: Primary Health Care Research & Development 20/e135

Engel, Georg L. (1977): The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. In: Psychodynamic Psychiatry 1977/169:36-129

Farenden, Clair; Mitchell, Catherine; Feast, Seb; Verdenicci, Serena (2015): Community Navigation in Brighton & Hove Evaluation of a social prescribing pilot. Clair Farenden, Hove/Brighton

Haas, Sabine; Bobek, Julia; Braunegger-Kallinger, Gudrun; Ladurner, Joy; Winkler, Petra (2021): Social Prescribing. Factsheet. Gesundheit Österreich, Wien

- Haas, Sabine; Bobek, Julia; Braunegger-Kallinger, Gudrun; Ladurner, Joy; Winkler, Petra; Antosik, Jennifer; Bengough, Theresa (2019): Factsheet Social Prescribing. Gesundheit Österreich, Wien
- Husk, Kerryn; Blockley, Kelly; Lovell, Rebecca; Bethel, Alison; Lang, Ian; Byng, Richard; Garside, Ruth (2020): What approaches to social prescribing work, for whom, and in what circumstances? A realist review. In: Health Soc Care Community 28/2:309-324
- Kettl, Julian; More-Hollerweger, Eva; Miericke, Alina; Schöggel, Stefan (2024): Social Prescribing in Österreich: Eine Wirkungsanalyse der aktuellen Umsetzung: Evaluationsbericht. Kompetenzzentrum für Nonprofit-Organisationen und Social Entrepreneurship, Wien
- Khan, Hamaad; Giurca, Bogdan Chiva; Burgess, Rochelle A.; Genn, Hazel; Dixon, Michael; Leitch, Alison; Evans, Nicola; Wallace, Carolyn; Mulligan, Kate; Hsiung, Sonia; Morse, Daniel F.; Figueiredo, Cristiano; Dias, Sonia; Mendive, Juan Manuel; Joost, Jan; Wachsmuth, Isabelle; Petrazzuoli, Ferdinando; Herrmann, Wolfram J.; Rojatz, Daniela; Pezeshki, Mohammad Zakaria; Iwase, Kakeru; Watanabe, Daisuke; Kondo, Naoki; Hock Lee, Kheng; Maw Pin, Tan; Wang, Huali; Chiang, Joy; Nam, Eun Woo; Slade, Siân; Baker, J.R.; Alejandre, Julius Cesar; Celestin, Jean-Christophe; Adawale, Kunle; Eskesen Keiding, Stine; Fountoulakis, Kostas N.; Hasan Syah, Muhammad Nur; Kit Andy, Chan Ying; Cheuk, Anthony C.M. (2024): Social Prescribing. Around the World. National Academy for Social Prescribing
- Kimberlee, Richard (2015): What is social prescribing? In: Advances in Social Sciences Research Journal 2/1:102-110
- Kimberlee, Richard; Ward, Rachel; Jones, Mathew; Powell, Jane (2014): Measuring the economic impact of Wellspring Healthy Living Centre's Social Prescribing Wellbeing Programme for low level mental health issues encountered by GP services. Faculty of Health and Life Sciences University of the West of England, Bristol
- 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 7/7:e015203
- Polley, Marie; Bertotti, M.; Kimberlee, R.; Pilkington, K.; Refsum, C. (2017a): A review of the evidence assessing impact of social prescribing on healthcare demand and cost implications. University of Westminster, London
- Polley, Marie; Fleming, James; Anfilogoff, Tim; Carpenter, Andrew (2017b): Making sense of Social Prescribing. University of Westminster, London
- Rojatz, Daniela; Antosik, Jennifer; Ecker, Sandra; Fenz, Lydia; Haas, Sabine (2023a): Social Prescribing Entwurf eines Idealmodells für Österreich. Gesundheit Österreich, Wien
- Rojatz, Daniela; Holzweber, Leonie; Nowak, Peter (2021b): Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz in der Primärversorgungseinheit. Info-Mappe. Version 2.0. Dachverband der Österreichischen Sozialversicherungen und Fonds Gesundes Österreich, Wien

- Schachner, Anna; Weber, Roman; Fleischanderl, Ulrike; Rappauer, Anita; Rieder, Anita (2021): Evaluationsbericht zur Vorbereitung und Durchführung von Social Prescribing in Österreich. queraum. kultur- und sozialforschung, Wien
- Thomson, Linda J.; Camic, Paul M.; Charrerjee, Helen J. (2015): Social Prescribing. A Review of Community Referral Schemes. University College London, London
- Tierney, Edel; McEvoy, Rachel; Hannigan, Ailish E.; MacFarlane, Anne (2018): Implementing community participation via interdisciplinary teams in primary care: An Irish case study in practice. In: Health Expectations 2018/22/6:990-1001
- Vidovic, Dragana; Reinhardt, Gina Yannitell; Hammerton, Clare (2021): Can Social Prescribing Foster Individual and Community Well-Being? A Systematic Review of the Evidence. In: International Journal of Environmental Research and Public Health 18/10:5276
- White, Judy; Kinsella, Karin; South, Jane (2010): An Evaluation of Social Prescribing Health Trainers in South and West Bradford. verfügbar: <http://www.yhtphn.co.uk/health-trainers>
- Woodall, James; Trigwell, Joanne; Bunyan, Ann-Marie; Raine, Gary; Eaton, Victoria; Davis, Joanne; Hancock, Lucy; Cunningham, Mary; Wilkinson, Sue (2018): Understanding the effectiveness and mechanisms of a social prescribing service: a mixed method analysis. In: BMC Health Services Research 2018/18:604

### 3 Schritt für Schritt zur Umsetzung von Social Prescribing

Zur besseren Illustration der Schritte zur Etablierung von Social Prescribing in einer Gesundheitseinrichtung wurde ein Prozesskonzept entwickelt. Es zeichnet die einzelnen Schritte nach, die beim Aufbau zu beachten sind. Bei diesen handelt es sich nicht zwingend um eine chronologische Abfolge. Aus den Erfahrungen der Praxis ist bekannt, dass viele Schritte parallel gesetzt werden müssen, um eine erfolgreiche Implementierung von Social Prescribing zu gewährleisten. Nachfolgend wird auf die vier Prozessschritte näher eingegangen (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2: Prozesskonzept Social Prescribing



Quelle: GÖG; Grafik: Mariella Drechsler

**Planung:** Um den Social-Prescribing-Prozess zu starten, braucht es eine verantwortliche Person, die allein oder im Team grundsätzliche Festlegungen trifft und vorbereitende Arbeiten in die Wege leitet. Diese umfassen insbesondere die Klärung der Finanzierung, die Festlegung des Ressourcenbedarfs und eines groben Zeitplans, die Definition des Einzugsbereichs und der Zielgruppen sowie die Erstellung eines Überblicks über potenzielle Kooperationspartner:innen.

**Vorbereitung:** In der Vorbereitungsphase werden erste konkrete Aktivitäten zur Umsetzung von Social Prescribing durchgeführt, wie etwa die Erstellung eines Ablaufkonzepts, die Vorbereitung der Dokumentation und die Erstellung eines Kommunikationskonzepts. Hinzu kommt die Sensibilisierung der Mitarbeiter:innen, etwa durch Schulungsmaßnahmen. Alle Personen, die aktive

Rollen im Social-Prescribing-Prozess übernehmen, werden eingeschult. Das betrifft insbesondere die Person(en), die das Link-Working übernimmt (übernehmen), und die Person(en), die das Netzwerkmanagement übernimmt (übernehmen). Link-Working und Netzwerkmanagement können in Personalunion oder von unterschiedlichen Personen durchgeführt werden. Je nach Ausgangssituation müssen die Rahmenbedingungen in der jeweiligen Einrichtung und die regionalen Gegebenheiten geklärt werden. Der Überblick über potenzielle Kooperationspartner:innen wird durch jene Person(en), die das Netzwerkmanagement übernimmt (übernehmen), zu einer regionalen Struktur- und Angebotsanalyse verdichtet. Des Weiteren müssen interne und externe Qualitätssicherungsmaßnahmen festgelegt und vorbereitet werden.

**Aufbau und schrittweise Umsetzung:** In dieser Phase startet die Link-Working-Beratung für Personen, die diese Leistung in Anspruch nehmen wollen. Die Aktivitäten werden fortlaufend dokumentiert, und das Kooperationsnetzwerk wird weiter aufgebaut und gefestigt. Um den Prozess laufend zu reflektieren, ist zusätzlich zum Austausch innerhalb der Einrichtung die Teilnahme an überregionalen Vernetzungstreffen hilfreich, um von den Erfahrungen anderer zu profitieren und andere an den eigenen Erfahrungen teilhaben zu lassen. Die begleitenden Qualitätssicherungsmaßnahmen werden entsprechend den Festlegungen in der Vorbereitungsphase umgesetzt.

**Nachhaltige Umsetzung:** Für eine nachhaltige Umsetzung werden die zuvor beschriebenen Tätigkeiten weitergeführt und ausgebaut. Das Angebot von Social Prescribing wird bei Bedarf entsprechend den Umsetzungserfahrungen adaptiert. Um die Inanspruchnahme durch Personen mit Bedarf zu fördern, werden Informationsmaßnahmen gesetzt. Im Bereich Netzwerkmanagement ist eine laufende Pflege und ggf. Erweiterung des Netzwerks erforderlich. Die detaillierte Kenntnis der regionalen Angebote ermöglicht eine bedarfsorientierte Beratung im Rahmen des Link Working. Gleichzeitig sollen die Kooperationspartner:innen laufend für das Social Prescribing sensibilisiert werden, damit Patientinnen und Patienten, die vermittelt werden, gut bei den jeweiligen Angeboten ankommen und umgekehrt Personen mit Bedarf auf die Möglichkeit von Social Prescribing hingewiesen werden.

Die bisherigen Umsetzungserfahrungen zeigen, dass für die Planungsphase ausreichend Zeit vorgesehen werden muss. In den ersten Monaten ist damit zu rechnen, dass ein Großteil der zeitlichen und personellen Ressourcen in die Vorbereitung fließt. Auch die Zeit danach beschreiben Umsetzer:innen als dynamischen Prozess, in dem je nach aktuellen Herausforderungen unterschiedliche Aspekte des Social-Prescribing-Prozesses (Planung/Organisation, Sensibilisierung, Netzwerkmanagement, Qualitätssicherung, Link-Working) in den Vordergrund gestellt werden (müssen). Die Tätigkeiten fließen allerdings ineinander und können häufig nicht scharf voneinander abgegrenzt werden.

Der Umfang der vorbereitenden Arbeiten hängt stark davon ab, ob es sich um eine neue Einrichtung handelt bzw. Social Prescribing neu entwickelt werden muss, oder ob bereits Vorerfahrungen z. B. mit der Behandlung von psychosozialen Themen, Lotsentätigkeit und Vernetzung bestehen, auf denen im Rahmen des Social-Prescribing-Prozesses aufgebaut werden kann.

Die bisherigen Umsetzer:innen berichten auch von großen Unterschieden, je nachdem, ob Social Prescribing in einem ländlichen oder städtischen Kontext umgesetzt wird und ob das Link-Working in der Gesundheitseinrichtung oder extern angesiedelt ist. Auf einige der damit verbundenen Unterschiede wird in den nachfolgenden Kapiteln eingegangen.

Ein weiteres Learning aus der bisherigen Umsetzung ist, dass sich die organisationalen und personellen Voraussetzungen in den umsetzenden Einrichtungen häufig ändern. Es ist daher günstig, die Etablierung von Social Prescribing „auf breitere Beine“ zu stellen und als Team umzusetzen und bei Personalwechsel für gute Übergaben zu sorgen.

**Praxistipp:**

Zur Unterstützung der Umsetzung gibt es ein ausführliches Prozesskonzept und eine Checkliste. Beide finden Sie auf: [https://goeg.at/socialprescribing\\_dokumente](https://goeg.at/socialprescribing_dokumente).

## 4 Sensibilisierung als zentrales Element von Social Prescribing



In diesem Kapitel wird aufgezeigt, worum es bei Sensibilisierung geht, welche Ziele damit verbunden sind und was bei der Umsetzung zu berücksichtigen ist.

### 4.1 Worum geht es?

Unter **Sensibilisierung** wird primär der Prozess der Aufklärung und Schulung der Mitarbeiter:innen einer Gesundheitseinrichtung zum Thema Social Prescribing verstanden,

- damit diese Social Prescribing kennen,
- entsprechende Bedarfe erkennen und
- Patientinnen und Patienten an das Link-Working vermitteln können.

**Vermittlung** beschreibt den Prozess des Erkennens entsprechender Bedarfe einer Patientin oder eines Patienten und die Vermittlung dieser Person an die Fachkraft mit Link-Working-Funktion.<sup>4</sup> Vermittlung kann somit als Ziel bzw. Endpunkt der Sensibilisierung (im Fall eines erkannten Bedarfs) verstanden werden. Zusätzlich können sich Personen mit Bedarf an Link-Working-Beratung auch selbst und ohne den Vermittlungsprozess an diese Fachkraft wenden.

Sensibilisierung ist kein einmaliger Prozess, sondern erfolgt kontinuierlich.

Sensibilisierungsmaßnahmen können sich ergänzend auch direkt an Patientinnen und Patienten bzw. die allgemeine Bevölkerung richten, um das Social-Prescribing-Angebot bekannt zu machen und allfällige Hürden in der Inanspruchnahme abzubauen.

Auch Kooperationspartner:innen müssen für Social Prescribing sensibilisiert werden. Dieses Thema wird im Kapitel Netzwerkmanagement kurz behandelt (vgl. Kapitel 5.4.2.3).

### 4.2 Ziele

Social Prescribing sieht vor, dass die in der Primärversorgung tätigen **Berufsgruppen** gesundheitsrelevante psychosoziale und emotionale Bedürfnisse bei Patientinnen und Patienten erkennen, ansprechen und bei Bedarf an eine Fachkraft mit Link-Working-Funktion (LWF) vermitteln. Alle Mitarbeiter:innen der Gesundheitseinrichtung sollen daher in Hinblick auf das Social-Prescribing-Angebot informiert und geschult sein.

Es soll im Team geklärt werden, für welche Patientinnen und Patienten Social Prescribing hilfreich sein könnte, welche Rolle den einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Social-Prescribing-Prozess zukommt und in welcher Form die Vermittlung an die Fachkraft mit LWF bzw. danach die Rückkoppelung (Rückinformation) an die vermittelnde Person erfolgt.

---

<sup>4</sup> Im Unterschied dazu wird der Prozess des „Anbindens“ an passende regionale Angebote im Rahmen des Link-Working als *Weitervermittlung* bezeichnet.

**Patientinnen und Patienten** der Gesundheitseinrichtung gilt es ebenfalls für das Angebot von Social Prescribing zu sensibilisieren, damit sie bei Interesse auch selbst Bedarf anmelden bzw. auf die Fachkraft mit LWF zugehen können. Je nach Setting und zeitlichen und finanziellen Möglichkeiten der Gesundheitseinrichtung kann auch die allgemeine Bevölkerung über das Social-Prescribing-Angebot informiert werden. Dies kann insbesondere in Regionen relevant sein, wo der Großteil der Bevölkerung auch Patientinnen und Patienten der Gesundheitseinrichtung sind, damit die Perspektive einer ganzheitlichen Gesundheit gefördert wird und Vorurteile über soziale Bedürfnisse und Bedarfe abgebaut werden.

**Praxistipp:**

Im Fall von Sensibilisierungsmaßnahmen für die Bevölkerung ist auf eine gute regionale Abstimmung zu achten, um kein Konkurrenzdenken bei anderen Primärversorgerinnen und -versorgern aufkommen zu lassen.

### 4.3 Umsetzung

Während der Planungsphase wird zunächst **eine Person bzw. ein Team definiert**, die bzw. das sich vorrangig der Sensibilisierungsarbeit widmet und die Arbeiten dazu koordiniert bzw. durchführt. Häufig sind das die Personen, die auch Link-Working und Netzwerkmanagement übernehmen, da sie am besten über Social Prescribing Bescheid wissen.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass eine erfolgreiche Implementierung von Social Prescribing nur gelingen kann, wenn die **Leitung** bzw. das Leitungsteam der Einrichtung sowie die **Ärztinnen und Ärzte hinter dem Angebot stehen**. Der Start mit Sensibilisierungsmaßnahmen setzt auch voraus, dass **wesentliche Rahmenbedingungen** des Angebots (personell, zeitlich, räumlich, prozedural, inhaltlich etc.) **geklärt** sind.

Es wird empfohlen, einen Zeitplan für Sensibilisierungsmaßnahmen zu erstellen und mit Personalkosten zu hinterlegen, da der **Stundenbedarf** für dieses Kernelement **häufig unterschätzt** wird.

Sensibilisierungsmaßnahmen nehmen bei der Etablierung von Social Prescribing einen Großteil der Personal- und Zeitressourcen ein und sind auch danach ein **kontinuierliches Erfordernis**, damit das Angebot nicht in Vergessenheit gerät, alle Mitarbeiter:innen am letzten Informationsstand sind und neue Kolleginnen und Kollegen auf Social Prescribing eingeschult werden. Insbesondere wenn noch wenig Erfahrung mit der Adressierung psychosozialer und emotionaler Themen besteht, berichten Umsetzer:innen von mehreren Monaten, die erforderlich sind, bis das Angebot in der Einrichtung „angekommen“ ist.

Sobald das Angebot von Link-Working-Beratungen zur Verfügung steht, können und sollen auch Maßnahmen gesetzt werden, um Patientinnen und Patienten (und je nach Ressourcen der Link-Working-Beratungen ggf. auch die allgemeine Bevölkerung) direkt auf das Angebot von Social Prescribing hinzuweisen.

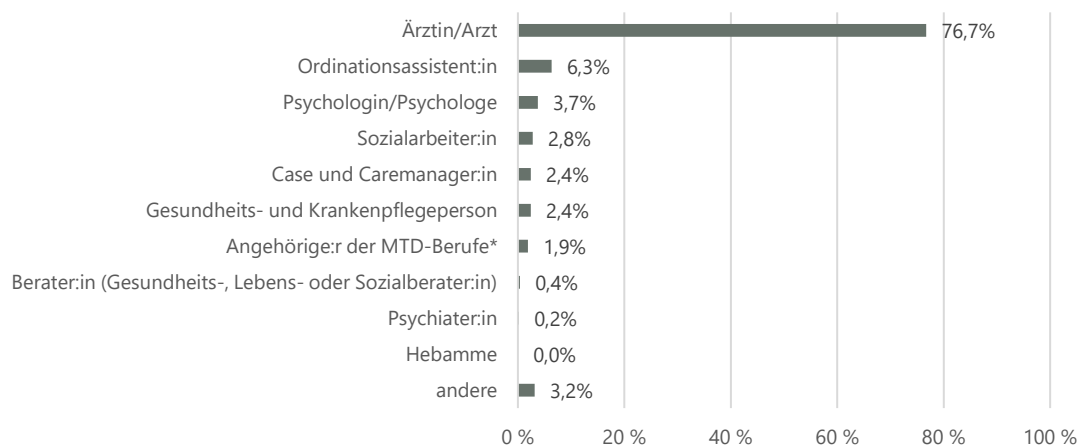


### 4.3.1 Sensibilisierung im Team

Insbesondere **Ärztinnen und Ärzte** spielen bei der Vermittlung von Social Prescribing eine wichtige Rolle, weil sie i. d. R. großes Vertrauen ihrer Patientinnen und Patienten genießen und nach den bisherigen Erfahrungen die Hauptvermittelnden sind. Die Sensibilisierungsaktivitäten müssen sich daher insbesondere an diese Berufsgruppe richten, sollen aber grundsätzlich **alle Berufsgruppen** der Einrichtung erreichen. Auch **Ordinationsassistentinnen und -assistenten** kommt beispielsweise eine wichtige Rolle zu, da ihnen die psychosozialen und emotionalen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten oft gut bekannt sind.

Abbildung 3 zeigt die Verteilung nach Berufsgruppen bei der Vermittlung an die Fachkraft mit LWF, wie sie sich bislang in der Bedarfs- und Vermittlungsdoku darstellt.

Abbildung 3: Profession der vermittelnden Person im Fördercall 2023/24



\*MTD-Berufe = medizinisch-therapeutisch-diagnostische Gesundheitsberufe  
Zwischenergebnisse: n = 537; Stand 15.05.2024

Quelle und Darstellung: Bedarfs- und Vermittlungsdoku Social Prescribing, Social-Prescribing-Fördercall 2023/24, GÖG

Je nach Informationsstand wird es insbesondere zu Beginn darum gehen, alle Berufsgruppen für die Möglichkeit und Bedeutsamkeit von **gesundheitsrelevanten psychosozialen und emotionalen Bedürfnissen** und damit eine **ganzheitliche Sichtweise von Gesundheit zu sensibilisieren**. Die **multiprofessionelle Zusammenarbeit** kann diese ganzheitliche Betrachtung wesentlich fördern und ist auch generell ein großer Gewinn für die Umsetzung von Social Prescribing (Know-how über spezifische Problemlagen, aber auch Lösungsansätze und Vernetzungsangebote).

Es hat sich bewährt, Social Prescribing als ein Angebot zu präsentieren, das nicht nur den Patientinnen und Patienten nützt, sondern auch dem Team der Einrichtung **Vorteile** bringt:

- Zeitersparnis,
- Konzentration auf die eigenen Kernkompetenzen,
- ein gutes Gefühl, dass neben medizinischen auch psychosoziale und emotionale Themen kompetent adressiert werden und sich damit die Gesundheit und das Wohlergehen der Patientinnen und Patienten insgesamt verbessert.

Damit die Mitarbeiter:innen Vertrauen in das Social-Prescribing-Angebot haben und guten Gewissens Patientinnen und Patienten an die Fachkraft mit LWF vermitteln, muss das Angebot umfassend und praxisnahe dargestellt werden (z. B. anhand von unterschiedlichen Beispielen für unterschiedliche Berufsgruppen). Häufig interessiert auch, mit welchen **Netzwerkpartnerinnen und -partnern** kooperiert wird und ob diese die nötigen **Qualitätsanforderungen** erfüllen. Befürchtungen, dass negative Erfahrungen der Patientinnen und Patienten auf die Vermittelnden „zurückfallen“ könnten, müssen ernst genommen und behandelt werden.

Zu Beginn des Social-Prescribing-Prozesses wird empfohlen, eine **Kick-off-Veranstaltung** zu organisieren (Teamklausur, Schulung, Workshop o. Ä.), die eine ausführliche Behandlung des Themas ermöglicht. Danach kann Social Prescribing zum Beispiel als fixer Tagesordnungspunkt bei **Teammeetings** bzw. in anderen routinemäßig stattfindenden Austauschformaten verankert werden. In manchen Einrichtungen wird dabei zwischen Kernteam und erweitertem Team unterschieden – hier bewährt es sich, wenn Social Prescribing im Kernteam angesiedelt wird. Um alle potenziellen Vermittelnden zu erreichen, können im Sinne der Niederschwelligkeit auch (**ergänzende**) **Onlinetermine** hilfreich sein. Von Zeit zu Zeit wird eine „**Refresh-Veranstaltung**“ empfohlen, um wieder alle Teammitglieder auf denselben Stand zu bringen.

Bei der regelmäßigen Behandlung von Social Prescribing bewährt es sich, den Nutzen anhand von konkreten **Fallbeispielen** deutlich zu machen bzw. spezielle Themen als „Aufhänger“ zu wählen. **Multiprofessionelle Fallbesprechungen** können einen ganzheitlichen Blick auf die Gesundheit der Patientinnen und Patienten fördern.

Der Aufwand für Sensibilisierungsmaßnahmen fällt deutlich höher aus, wenn das Link-Working (LW) nicht direkt in der Einrichtung angesiedelt ist. In diesem Fall ist die Erstellung von ergänzenden **schriftlichen Materialien für Mitarbeiter:innen** besonders wichtig. Dazu zählen z. B.

- Plakate,
- Flyer, Folder, Broschüren,
- Checklisten, z. B. zu Vermittlungsgründen, und
- Infomappen zu Social Prescribing.

Schriftliche Materialien werden aber auch bei der Ansiedelung von LW-Beratungen in der Einrichtung empfohlen, damit die Kolleginnen und Kollegen wesentliche Informationen rasch nachschlagen können. Bei externem Link-Working sollen zudem **fixe Strukturen für Information und Austausch** vereinbart werden.

Innerhalb von Einrichtungen sind „**Tür- und Angel-Gespräche**“ und andere informelle Treffen sehr hilfreich, um das Angebot gegenüber Kolleginnen und Kollegen präsent zu halten, bzw. hilft die **räumliche Nähe** des Ortes, an dem die LW-Gespräche geführt werden, zu den potenziell Vermittelnden. Die „Social-Prescribing-Räume“ können durch Türschilder, Plakate, Flipcharts oder andere Gestaltungselemente sowohl für die Mitarbeiter:innen als auch für Patientinnen und Patienten gut sichtbar gemacht werden.

Erfolgt das Link-Working außerhalb der Einrichtung, empfehlen sich regelmäßige Jours fixes bzw. Besprechungen zum Thema bzw. die Teilnahme der Fachkraft mit Link-Working-Funktion an ausgewählten Teambesprechungen.

Einige Umsetzer:innen berichten, dass sich – unabhängig davon, ob das Link-Working intern oder extern angesiedelt ist – die Verwendung von „**Überweisungsscheinen**“ bewährt, weil damit auf einen vertrauten Prozess („Überweisung“) zurückgegriffen wird und aufseiten der Patientinnen und Patienten mehr Verbindlichkeit in Hinblick auf die Inanspruchnahme entsteht.

Im Sinne eines **partizipativen Ansatzes** wird empfohlen, das Team von Anfang an miteinzubinden und Umsetzungsideen von Teammitgliedern aufzugreifen. Vorbehalte, z. B. Befürchtungen in puncto Mehraufwand, müssen adressiert werden. Klare Abläufe schaffen Akzeptanz und helfen, den Mehrwert von Social Prescribing zu erkennen. Außerdem verfügen die Teammitglieder über viel Wissen über die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten aus ihrer berufsgruppen-spezifischen Perspektive sowie über regionale Partner:innen in Hinblick auf die Vernetzungsarbeit, das genutzt werden soll.

#### **Praxistipp:**

##### **Für die Planung**

- Sensibilisierung braucht Zeit – machen Sie Social Prescribing immer wieder zum Thema.
- Bei Personalwechsel können Onboarding-Mappen hilfreich sein, die auch auf Social Prescribing eingehen.

##### **Teamarbeit leben**

- **Multidisziplinarität** leben und für die Umsetzung von Social Prescribing nutzen!
- **Erfolge sichtbar machen:** Durch erfolgreiche Link-Working-Fälle wird dem gesamten Team schnell klar, was Social Prescribing leisten kann.
- **Quick-Wins:** Zeigen Sie in Ihrem Team auf, dass Link-Working unaufwendig sein kann – ein kurzes Abstimmungsgespräch im Team kann ausreichend sein, um zu vermitteln.

##### **Unterstützungsmaterialien**

- Über meinDFP können Ärztinnen und Ärzte das Literaturstudium „Einsamkeit und soziale Isolation von Patientinnen und Patienten – Social Prescribing als Antwort in der allgemeinmedizinischen Praxis“ (Fenz 2023) absolvieren (3 DFP-Punkte). Andere Gesundheitsberufe können über die Website der GÖG auf das Literaturstudium zugreifen:  
[https://goeg.at/literaturstudium\\_sp](https://goeg.at/literaturstudium_sp).

### **4.3.2 Sensibilisierung von Patientinnen und Patienten**

Die Sensibilisierung von Patientinnen und Patienten kann zwei Aspekte umfassen:

#### **Sensibilisierung aller Patientinnen und Patienten für das Social-Prescribing-Angebot, unabhängig von einem konkreten Bedarf**

Eine allgemeine Sensibilisierung kann durch Informationen in Form von **Foldern** sowie **über Wartezimmer-Screens oder Aushänge** erfolgen.

Sofern die Fachkraft mit LWF in der Gesundheitseinrichtung tätig ist, besteht die Möglichkeit, dass sie direkt ins **Wartezimmer** geht und sich und ihre Arbeit vorstellt. Patientinnen und Patienten haben so ein Gesicht zur Person und wissen, an wen sie sich bei Bedarf wenden können.

Auch wenn das Link-Working extern angesiedelt ist, können ev. zu bestimmten Zeiten **Räume in der Einrichtung** zur Verfügung gestellt werden, um einen niederschweligen Zugang zu ermöglichen. Dies kann insbesondere für Patientinnen und Patienten hilfreich sein, für die es als schwierig eingeschätzt wird, zu einer neuen, noch unbekanntem (Link-Working-)Einrichtung zu gehen. Positive Erfahrungen von Patientinnen und Patienten mit Social Prescribing haben auch zur Folge, dass sich das Angebot über **Mundpropaganda** verbreitet.

### Sensibilisierung von ausgewählten Patientinnen und Patienten mit entsprechendem Bedarf

Bei der Sensibilisierung von Patientinnen und Patienten soll im Sinne der Niederschwelligkeit darauf geachtet werden, dass Ablauf und Nutzen von Social Prescribing so verständlich wie möglich kommuniziert werden. Hierfür ist es sinnvoll, sich im gesamten Team vorab Formulierungen und Strategien zu überlegen. Wesentlich sind dabei eine **wertschätzende und nicht stigmatisierende Kommunikation** mit Patientinnen und Patienten, da diese Themen oft schambehaftet sind.

Folgender Auszug aus dem Gesprächsleitfaden von Fenz et al. (2023) können für das Erkennen und Thematisieren von gesundheitsbezogenen psychosozialen und emotionalen Bedürfnissen im Rahmen von Social Prescribing hilfreich sein:

*„Bei uns gibt es Frau X / Herrn Y (Name der Fachkraft mit Link-Working-Funktion), sie/er kann Sie da unterstützen. Haben Sie sie/ihn vielleicht schon kennengelernt? [...] Darf ich Ihnen dazu ein bisschen etwas erzählen? Frau X / Herr Y kann Sie bei Ihren Sorgen und Unsicherheiten und gerade auch, wenn es um xxx [vom Gegenüber genannter Unterstützungsbedarf] geht, unterstützen. Sie können das kostenlos und freiwillig in Anspruch nehmen. Sie/Er schaut, was für Sie hilfreich sein könnte, und organisiert dann Unterstützung.“*

Social Prescribing und Link-Working eignen sich als Begriffe für die Fachwelt. Bei der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten greifen die meisten Umsetzer:innen aber auf „bürgernähere“ Bezeichnungen zurück und haben dem Angebot einen **deutschsprachigen Namen** gegeben (z. B. „Gesundheitssprechstunde“, „Gesundheitsdrehkreuz“, „Gesundheitsbüro“). Andere verweisen einfach auf die konkrete Person, die die Link-Working-Beratung durchführt: „Gehen Sie zu Frau/Herrn ... im Nebenzimmer/Gesundheitsbüro/etc.“ bzw. „Frau/Herr ... wird mit Ihnen Kontakt aufnehmen.“ Bei den Vermittlungsgesprächen soll klar gemacht werden, dass es sich um ein **freiwilliges Angebot** handelt und dass keine Maßnahmen ohne **Einverständnis** der Person gesetzt werden.

### Praxistipp:

- Flyer und Infomaterial erhöhen die Akzeptanz (idealerweise in mehreren Sprachen).
- Im Wartebereich kann das Social-Prescribing-Angebot sichtbar gemacht werden (z. B. Whiteboard, Schaukasten, Plakat, Wartezimmer-Monitor oder Wartezimmer-TV). Sofern auch über regionale Initiativen/Angebote informiert wird: Achten Sie auf die Aktualität der Informationen!
- **Literaturtipp:** Leitfaden „Tu was gegen Beschämung!“ - Strategien zu mehr Anerkennung und besserer Gesundheit (Die Armutskonferenz/Plattform Sichtbar Werden 2019).



### Sensibilisierung der allgemeinen Bevölkerung

Solange Social Prescribing keine allgemein verfügbare Leistung des öffentlichen Gesundheitssystems darstellt, richtet sich die Sensibilisierung für das Angebot primär an die Patientinnen und Patienten der umsetzenden Einrichtung. Ansonsten könnten Erwartungen geweckt werden, die unter Umständen nicht erfüllt werden können. In ländlichen Regionen bzw. unter Rahmenbedingungen, bei denen die Patientinnen und Patienten der Einrichtung und die regionale Bevölkerung weitgehend deckungsgleich sind, kann eine breitere Bewerbung zum Abbau von Teilnahnehürden sinnvoll sein. Auch in diesem Fall wird aber empfohlen, vorher mit im näheren Umfeld tätigen anderen Primärversorgerinnen und -versorgern Kontakt aufzunehmen, um keine Konkurrenzgedanken aufkommen zu lassen.

Bei der Sensibilisierung der allgemeinen Bevölkerung kann auf das gesamte Repertoire der **Öffentlichkeitsarbeit** zurückgegriffen werden:

- Beschreibung von Social Prescribing auf der Website
- Erstellung von schriftlichen Materialien (Flyer, Folder, Broschüren)
- Medienarbeit: Presseaussendungen, Pressekonferenzen, Medienkooperationen (z. B. bei Anfragen einzelner Medien)
- Inserate in Gemeindezeitungen, Postwurfsendungen
- Social-Media-Kampagnen/-Posts, z. B. mit Testimonials
- Erstellung von Infovideos oder Podcasts
- Entwicklung von Logo und Slogan(s)
- Teilnahme an regionalen Veranstaltungen und Vorstellung des Angebots

### Praxistipp:

- Transportieren Sie mit der Bewerbung von Social Prescribing auch die dahinterstehende Bedeutung von sozialen Einflussfaktoren auf Gesundheit mit, um das Angebot verständlicher zu machen.
- Pressekonferenzen stoßen bei Medien auf mehr Resonanz, wenn bekannte Stakeholder:innen mit einbezogen werden.
- Für reaktive Pressearbeit empfiehlt es sich, erfolgreiche Beispiele bereits vorbereitet zu haben, da diese i. d. R. kurzfristig benötigt werden.
- Social-Media-Arbeit ist betreuungsintensiv, da auf Kommentare reagiert werden soll und beleidigende/unangemessene Kommentare gelöscht werden müssen.
- Bedenken Sie mögliche Konkurrenzsituationen, wenn das Angebot auch außerhalb der Einrichtung bekannt gemacht wird, und gehen Sie proaktiv auf die regionalen Partner:innen zu.

## 4.4 Literatur

Die Armutskonferenz; Plattform Sichtbar Werden (2019): Leitfaden Tu was gegen Beschämung! Strategien zu mehr Anerkennung und besserer Gesundheit. Wien

Fenz, Lydia; Rojatz, Daniela; Ecker, Sandra; Haas, Sabine (2023): Gesprächsleitfaden für das Erkennen und Thematisieren von gesundheitsbezogenen, psychosozialen und emotionalen Bedürfnissen im Rahmen von Social Prescribing. Gesundheit Österreich, Wien

Fenz, Lydia; Rojatz, Daniela; Ecker, Sandra; Weitzer, Jakob; Haas, Sabine (2023): Einsamkeit und soziale Isolation von Patientinnen und Patienten. Social Prescribing als Antwort in der all-gemeinmedizinischen Praxis. Gesundheit Österreich, Wien

## 5 Netzwerkmanagement als zentrales Element von Social Prescribing



In diesem Kapitel wird aufgezeigt, worum es beim Netzwerkmanagement geht, welche Ziele damit verbunden sind und was bei der Umsetzung zu berücksichtigen ist.

### 5.1 Worum geht es?

Das Netzwerkmanagement ist ein Kernelement von Social Prescribing und umfasst die **Analyse, Recherche und Kenntnis** von und Vernetzung mit allen regionalen Angeboten insbesondere auch jenen außerhalb des medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Angebotsspektrums, wie z. B. Gesundheitsförderungsangeboten in der Region, welche die Grundlage für die Weitervermittlung der Patientinnen und Patienten im Sinne von Social Prescribing darstellen. Auch die **Netzwerkpflege** spielt eine wesentliche Rolle, wobei darunter der regelmäßige Austausch mit den regionalen Netzwerkpartnerinnen und -partnern (Rückmeldeprozedere, Feedbackmechanismen), Netzwerktreffen (z. B. Vernetzungstreffen) und die Erweiterung des Netzwerks bei Bedarf fällt.

Netzwerkmanagement und -pflege sind eine komplexe und kontinuierliche Tätigkeit, für welche ausreichend Personalressourcen eingeplant werden müssen.

**Die Aufgaben im Rahmen des Netzwerkmanagements umfassen:**

- Recherche von verfügbaren regionalen Kooperationsangeboten, insbesondere auch jene außerhalb des medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Angebotsspektrums
- Erstellung und regelmäßige Aktualisierung einer Übersicht über regionale Kooperationsangebote
- grobe Einschätzung der Eignung der Angebote und ihrer Verfügbarkeit („Qualitätscheck“)
- Klärung der Kooperationsmodalitäten und Teilnahmevoraussetzungen/-möglichkeiten von Patientinnen und Patienten (Teilnahmebedingungen)
- regelmäßige Netzwerk- bzw. Kontaktpflege (ggf. Vernetzung initiieren und organisieren)
- Beobachtung der Übereinstimmung zwischen nachgefragten (erforderlichen) und verfügbaren Angeboten (sowohl auf Ebene der Angebote als auch auf Ebene „freier Plätze“)
- sofern sich Angebotslücken erkennen lassen: Nach Maßgabe der Ressourcen können weitere Schritte gesetzt werden, um den Bedarf aufzuzeigen bzw. zu thematisieren.

Diese Aufgaben können entweder von der Fachkraft mit Link-Working-Funktion (LWF) oder von einer zweiten Person übernommen werden, die sich auf Netzwerkmanagement und -pflege fokussiert, unter der Voraussetzung, dass sich diese mit der Person, die die Link-Working-Beratungen durchführt, gut abstimmt.

Durch das Netzwerkmanagement kann Social Prescribing als Drehscheibe zur Verschränkung des Gesundheits- und Sozialbereichs in der Region dienen.

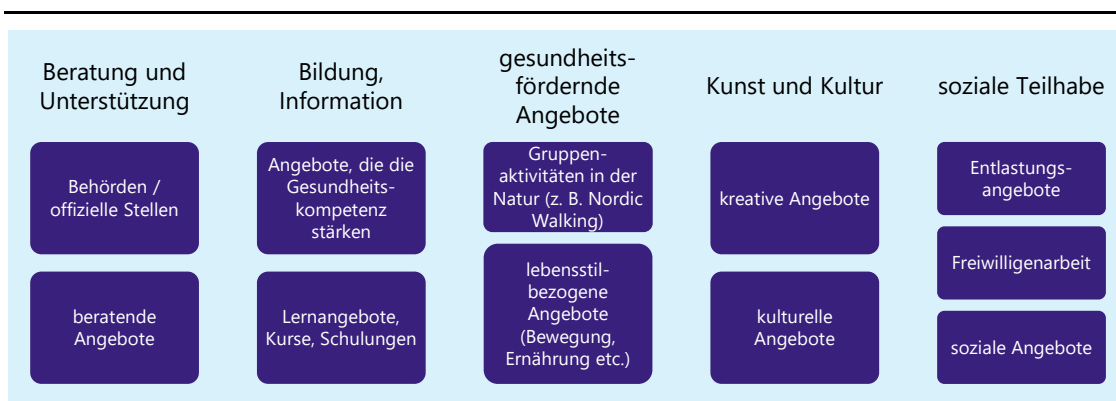
## 5.2 Ziele

- Kenntnis und Schaffen einer Übersicht über die regionalen Angebote im kommunalen und Freiwilligenbereich (insbesondere Angebote für Gruppen)
- Vernetzung und Kontaktpflege mit regionalen Angeboten für niederschwellige Kontaktaufnahme im Falle von Weitervermittlungen im Rahmen von Link-Working-Beratungen
- Identifikation von Angebotslücken und je nach Ressourcenlage Anregung und Unterstützung der Etablierung neuer Angebote

## 5.3 Angebotsspektrum Social Prescribing

Teil des Social-Prescribing-Netzwerks sind vor allem auch Angebote außerhalb der medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Leistungen. Es sind insbesondere regionale, soziale bzw. gesundheitsfördernde Angebote, die materielle Bedürfnisse (z. B. Wohnen), Sicherheitsbedürfnisse, soziale Bedürfnisse (soziales Netzwerk), individuelle Bedürfnisse bis hin zur Selbstverwirklichung (u. a. Kreativität) adressieren. Angebote können folgenderweise kategorisiert werden (ohne Anspruch auf Vollständigkeit; vgl. Abbildung 4):

Abbildung 4: Überblick über mögliche Kooperationsangebote außerhalb des medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Angebotspektrums



Quelle: GÖG

### Praxistipp:

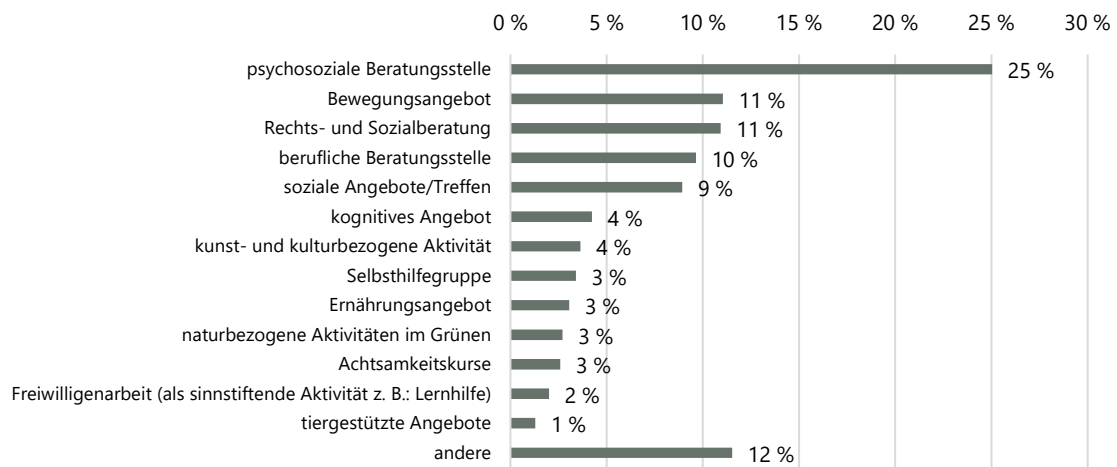
Literaturtipp: Ecker, Sandra (2021): Orientierungshilfe Angebotspektrum für Vermittlungen im Rahmen von Social Prescribing. Gesundheit Österreich, Wien



Zwischenergebnisse der Auswertungen der Bedarfs- und Vermittlungsdoku aus dem Fördercall 2023/24 zeigen, dass eine **Weitervermittlung in 84 Prozent der beratenen Patientinnen und Patienten möglich** ist. Dabei wird insbesondere an psychosoziale Beratungsstellen (z. B. Familien-/Elternberatung, Frauenberatung, Männerberatung, Frühe-Hilfen-Netzwerk) weitervermittelt, gefolgt von Bewegungs-, Rechts- und Sozialberatungs- sowie Berufsberatungsangeboten und sozialen Angeboten (vgl. Abbildung 5).



Abbildung 5: Wohin wurde im Rahmen von Social Prescribing im Fördercall 2023/24 weitervermittelt?



Zwischenergebnisse: n = 851 (Mehrfachantworten möglich); Stand 15.05.2024

Quelle und Darstellung: Bedarfs- und Vermittlungsdoku Social Prescribing, Social-Prescribing-Fördercall 2023/24, GÖG

In der Praxis der geförderten Einrichtungen zeigt sich, dass je nach Einrichtung und regionalen Gegebenheiten das Kooperationsnetzwerk klein oder groß gehalten werden kann und zwischen 10 und 70 Kooperationspartner:innen umfasst.

### Anforderungen an Angebote

Angebote, die in das Netzwerk aufgenommen werden, sollten niederschwellig und zielgruppen-gerecht gestaltet sein, was u. a. nachfolgende Kriterien umfasst:

- kostenlos bzw. mit geringem Teilnahmebeitrag
- spezifisch auf die gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse (z. B. Mobilität, Gruppenzusammenstellung) der Patientinnen und Patienten zugeschnitten
- gut (öffentlich) erreichbar
- barrierefrei
- offen für neue Teilnehmer:innen (freie Kapazitäten)
- längerfristiges Bestehen und/oder nachhaltiges Angebot

### Praxistipp:

Beachten Sie bitte die Kapazitäten der Kooperationsangebote und vermitteln Sie nur weiter, wenn Plätze im jeweiligen Angebot verfügbar sind bzw. das Angebot sicher stattfindet.

## 5.4 Schritt für Schritt zur Umsetzung

Bevor mit Social Prescribing gestartet werden kann, soll ein ausreichendes und vielseitiges Kooperationsangebot in der Region vorhanden und zugänglich sein (Wildman et al. 2019). Geeignete Kooperationspartner:innen unter Beachtung des definierten Einzugsbereichs und ggf. einer definierten Schwerpunktzielgruppe<sup>5</sup> sollten deshalb vorab recherchiert werden. Idealerweise kann auf bestehenden Kooperationen aufgebaut werden. Insbesondere anfangs können Angebote auf Basis der erwarteten Bedarfslagen der Patientinnen und Patienten recherchiert und in das Netzwerk aufgenommen werden.

Es hat sich bewährt, dass insbesondere die erste Kontaktaufnahme telefonisch oder persönlich erfolgt, um das Thema Social Prescribing gut näherzubringen. Aufbauend auf den Erstkontakten in der Planungsphase sollen – speziell auch im Austausch mit den bereits bestehenden Netzwerkpartnerinnen und -partnern – nach und nach weitere relevante Institutionen und Kooperationspartner:innen im Einzugsbereich identifiziert und kontaktiert werden.

Die Netzwerkpflege und Sensibilisierung des Netzwerks spielen insbesondere in der Aufbau- und nachhaltigen Umsetzung eine zusätzliche wesentliche Rolle.

Nachstehend werden relevante Schritte und Umsetzungstipps in Anlehnung an das Prozesskonzept Social Prescribing und die vier Umsetzungsphasen (Planung, Vorbereitung, Aufbau und schrittweise Umsetzung, nachhaltige Umsetzung) dargestellt. Da Schritte oftmals dynamisch sind, werden für das Kernelement Netzwerkmanagement Planungs- und Vorbereitungsphase sowie Aufbau- und nachhaltige Umsetzungsphase gemeinsam dargestellt.

### 5.4.1 Planungs- und Vorbereitungsphase

In der **Planungsphase** werden erste Strukturen definiert und Rahmenbedingungen abgesteckt. In der **Vorbereitungsphase** werden erste konkrete Aktivitäten umgesetzt. Für das Netzwerkmanagement heißt das, dass der Einzugsbereich definiert, ein erster Überblick über potenzielle Kooperationspartner:innen erstellt und eine regionale Struktur- und Angebotsanalyse durchgeführt wird.



Im ersten Schritt sollte die **zuständige Person für Netzwerkmanagement und -pflege** definiert werden.

---

<sup>5</sup> Social Prescribing ist grundsätzlich offen für alle Personengruppen. In Abhängigkeit von der Einrichtung und ihrem Patientenkontext können sich aber Schwerpunktzielgruppen herauskristallisieren bzw. festgelegt werden. Beispielsweise wird eine Einrichtung, die vorrangig von Menschen mit Migrationshintergrund aufgesucht wird, auch primär Netzwerkpartner:innen suchen, die Angebote für diese Personengruppe haben.

- Planen Sie schon im Vorfeld **ausreichend Personalressourcen** für Netzwerkmanagement und -pflege ein, da es sich hier um eine komplexe Tätigkeit handelt, die kontinuierlich umgesetzt werden muss.
- Es empfiehlt sich, dass das Netzwerkmanagement von mehreren Personen übernommen wird. Das entlastet die zuständigen Personen und ermöglicht ein breiteres Spektrum an Ressourcen (Vorerfahrungen, Kontakte der Mitarbeiter:innen).




Vorab sollten **zentrale Anforderungen/Kriterien** für die Angebote festgelegt werden, die in das regionale Social-Prescribing-Netzwerk aufgenommen werden (z. B. Öffnungszeiten, Preise, öffentliche Erreichbarkeit, barrierefreier Zugang, Wartezeiten, Mehrsprachigkeit, Qualitätskriterien).

### Praxistipp:

Eine Checkliste mit Leitfragen und Kriterien für die Einschätzung der Kooperationsangebote kann für diesen Schritt sehr hilfreich sein. In Kapitel 7 Qualitätssicherung findet sich ein Vorschlag dafür (vgl. Tabelle 2).

Relevant ist zudem, den **Einzugsbereich zu definieren**, wie etwa folgendermaßen:

-  definierter Einzugsbereich nach dem Regionalen Strukturplan
- großräumigere Bereiche im Falle ländlicher Strukturen und einer dünnen Angebotslandschaft bzw. bei Patientinnen und Patienten aus einem erweiterten Einzugsbereich
- regionale Nähe: z. B. ein(e)/mehrere Stadtbezirke oder Gemeinden, ein Bundesland

Als Basis für den Aufbau des Netzwerks ist es wichtig, zu bestimmen, welche Patientengruppen primär die Einrichtung aufsuchen und von Social Prescribing profitieren. Damit definiert sich die **Zielgruppe** (z. B. ältere Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund etc.). Social Prescribing ist aber grundsätzlich offen für alle Personengruppen.

- Bestimmen Sie bei Bedarf Ein- und Ausschlusskriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe, wie demografische und sozioökonomische Faktoren und Gesundheitszustand. Je nach Schwerpunktsetzung der Gesundheitseinrichtung kann somit auch bei der Auswahl von Kooperationsangeboten ein Schwerpunkt gesetzt werden.



Eine frühzeitige Kontaktaufnahme mit potenziellen Partnerinnen und Partnern ist förderlich für die weitere Umsetzung. Im weiteren Schritt gilt es, sich einen Überblick darüber zu verschaffen, ob es in der Region ähnliche Initiativen gibt (z. B. Community Nursing, Frühe Hilfen), mit welchen im Rahmen des Netzwerkmanagement ggf. kooperiert werden kann. Bereits in der Planungsphase kann **ein erster Austausch mit bereits bekannten relevanten regionalen Akteurinnen und Akteuren** sinnvoll sein, was Akzeptanz schafft und hilft, die Bereitschaft zur Kooperation abzuklären. Hier kann auf bestehenden Angeboten aufgebaut werden, z. B. Vernetzung mit Regionalforum oder Gesunder Gemeinde. Wichtig ist auch, **Informationen über bislang unbekannte Angebote** einzuholen, um die Eignung für die Aufnahme in das Netzwerk abzuklären.

- Die Einbeziehung der Gemeinde- und Bezirksvertretung kann für das Netzwerkmanagement hilfreich sein.
- Die Umsetzung wird erleichtert durch die Nutzung bestehender Datenbanken bzgl. der Angebotsverfügbarkeit in der Region, z. B. der *Sozialinfo Wien*.
- Berücksichtigen Sie Dynamiken in der Region, z. B. den Stand der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Sektoren.
- Gestalten Sie das Spektrum der möglichen Kooperationsangebote bzw. Netzwerkpartner:innen überschau- und handhabbar, beispielsweise durch eine Eingrenzung nach Zielgruppen, inhaltlichen Schwerpunkten und/oder regionalen Aspekten.
- Beziehen Sie das Team bei der Analyse bzw. Recherche von Angeboten ein.
- Kontaktieren Sie Ansprechpersonen geeigneter Angebote und informieren Sie über Social Prescribing: Zeigen Sie den Nutzen für das Angebot und die Patientin bzw. den Patienten auf.
- Eine klare Kommunikation der Ziele und Rolle von Social Prescribing ist wichtig, um keine falschen Erwartungen zu erzeugen. (Tierney et al. 2020)

Auf Basis erster Gespräche kann eine Übersicht über regionale Akteurinnen und Akteure mit Status der Kooperationsbereitschaft angelegt werden, die in den weiteren Phasen erweitert und vertieft wird. Neben der Kooperationsbereitschaft sollten Kontaktinformationen und Ansprechpersonen dokumentiert werden.

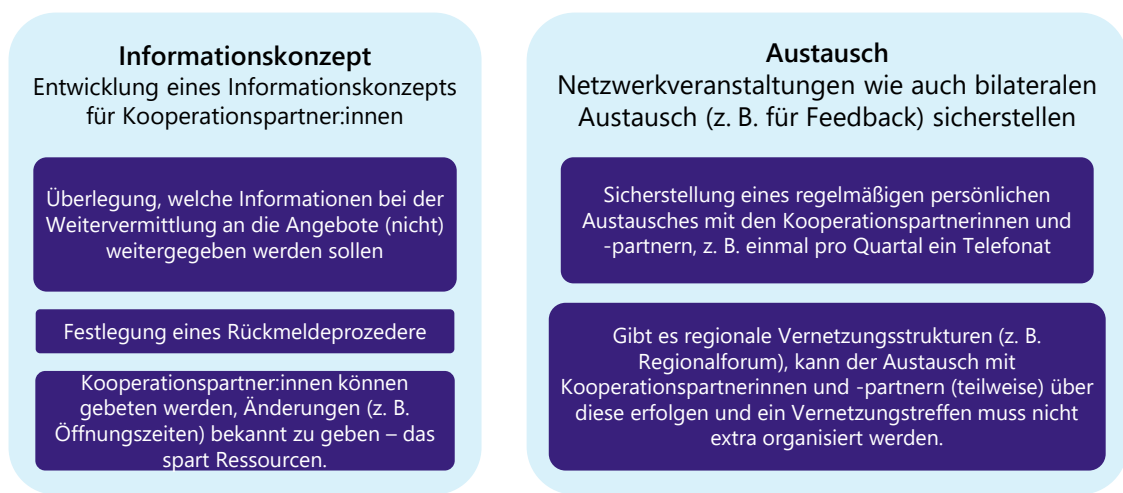
- Wichtig ist eine verlässliche Kontakt-/Ansprechperson zu den Kooperationsangeboten, die über die Kooperation und Social Prescribing Bescheid weiß.

Zur systematischen Erfassung der bestehenden Kooperationspartner:innen ist die Erstellung einer **Dokumentationsvorlage** (z. B. Excel, Word, Datenbank) oder anderer Formen der Übersicht über die Kooperationsangebote aus dem Netzwerk (z. B. Angebotslandkarte) hilfreich. Eine solche Datenbank bewahrt den Überblick über aktuelle Informationen und hebt zudem die Pflege des Netzwerks von einer informellen auf eine formellere Ebene.

- Ordnen/Gruppieren Sie die Liste der Kooperationspartner:innen nach Zielgruppen oder Themenbereichen – so sind Angebote schnell auffindbar.
- Versuchen Sie die Übersicht über Kooperationspartner:innen zentral zu organisieren, um allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Zugriff darauf zu ermöglichen.

Schließlich ist in der Vorbereitungsphase auch die **Erstellung eines Kommunikationskonzepts** sinnvoll, wobei unterschiedliche Ebenen berücksichtigt werden: die Ebene der Informationsformate („Informationskonzept“), welche festlegt, welche Informationen für wen von Relevanz sind, und die Ebene der Austauschformate, welche festlegt, in welchem Rahmen Austausch passiert.

Abbildung 6: Anhaltspunkte für die Erstellung eines Kommunikationskonzepts



Quelle: GÖG

## 5.4.2 Aufbauphase und nachhaltige Umsetzung

Aufbauend auf den bereits in den ersten beiden Phasen durchgeführten Aktivitäten und etablierten Kooperationen erfolgt in der **Aufbauphase** mit allen relevanten Institutionen/Angeboten im Einzugsbereich eine Vereinbarung über die **Modalitäten der Kooperation** und eine Erhebung von relevanten Rahmenbedingungen der Einrichtungen/Angebote (z. B. spezifische Zielgruppen, Angebotsspektrum, Nutzungsbedingungen, Kapazitäten bzw. Auslastung etc.). Im Sinne der **Nachhaltigkeit** werden Maßnahmen verfolgt, die eine gute laufende Umsetzung des bereits etablierten Social-Prescribing-Angebots sicherstellen. Für das Netzwerkmanagement heißt das konkret neben der Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen, der Netzwerkpflege und laufenden Sensibilisierung der Netzwerkpartner:innen den weiteren **Ausbau des Kooperationsnetzwerks**.

- Verbindlichkeit der Kooperation kann mündlich oder schriftlich (beispielsweise durch Kooperationsverträge, in Form schriftlicher Vereinbarungen via E-Mail) sichergestellt werden.
- Je nach Ressourcen können Mitarbeiter:innen unterschiedlicher Gesundheitsberufe für die Netzwerkarbeit in einem der vorab definierten Angebotsfelder (z. B. unmittelbare Nachbarschaft, Selbsthilfegruppen, Freiwilligenarbeit) zuständig sein.

Angesichts der Vielfalt an möglichen und vorhandenen Angeboten sind festgelegte **Qualitätskriterien** essenziell: Zu unterscheiden ist zwischen Angeboten, die bereits einer Qualitätssicherung unterliegen (z. B. durch öffentliche Hand finanzierte oder zertifizierte Angebote), und solchen, bei denen dies nicht der Fall ist.

- Eine Einschätzung der Qualität von Angeboten fällt leichter, wenn die Angebote bekannt sind: Lernen Sie die Angebote also kennen (z. B. Feedback der Patientinnen und Patienten, persönlichen Kontakt suchen oder Angebote selbst ausprobieren).
- Vor-Ort-Besuche sind förderlich, um sich selbst einen Eindruck zu verschaffen und diesen Patientinnen und Patienten vermitteln zu können.
- Ein laufender (persönlicher) Austausch mit den wichtigsten Kooperationspartnerinnen und -partnern lässt eine gute Einschätzung und Beurteilung der Qualität zu.

- Die Vereinbarung von **Feedback als Teil des regelmäßigen Austausches** kann einen Mehrwert für alle Beteiligten bringen, z. B. hinsichtlich der Fragen: Wie sind die Rückmeldungen der Patientinnen und Patienten? Ist die erhöhte Nachfrage bewältigbar? Gibt es organisatorische Änderungen? (Tierney et al. 2020)

#### 5.4.2.1 Angebotsdatenbank warten

Die **Angebotsdatenbank**, die womöglich bereits in der Vorbereitungsphase etabliert wurde, gibt einen schnellen Überblick über alle Angebote, Verfügbarkeiten etc. Eine für das gesamte Team zugängliche „Angebotslandkarte“ ermöglicht zudem den niederschweligen Zugriff des gesamten Teams. Relevant ist dabei die – oft sehr zeitaufwendige - Wartung der Datenbank der Angebote. Herausforderungen in der Wartung und Kommunikation mit den Kooperationspartnerinnen und -partnern können unterschiedlicher Natur sein, so sind etwa eingeschränkte Verfügbarkeiten/Aktivitäten aufgrund der Sommermonate zu bedenken oder aber Erschwernisse für den Beziehungsaufbau aufgrund der zeitlich stark begrenzten Verfügbarkeiten von Angeboten und Ansprechpersonen.

- Bei gut etablierten Kooperationen können Kooperationspartner:innen ev. gebeten werden, allfällige Änderungen bekannt zu geben – das spart Ressourcen.
- Wenn Sie die Angebotsdatenbank öffentlich machen, können Patientinnen und Patienten bzw. allgemeiner zugreifende Personen selbst nach Angeboten suchen. Dies kann Vor- und Nachteile haben und ein solcher Schritt sollte bewusst entschieden werden.

#### 5.4.2.2 Netzwerkpfege

Es ist für ein gemeinsames Verständnis von Social Prescribing und die Vertrautheit mit dem Weitervermittlungsprozess entscheidend, dass Kooperationspartner:innen angemessen einbezogen werden. Denn die Weitervermittlung von Patientinnen und Patienten sollte idealtypisch unter Einbeziehung der Kooperationspartner:innen erfolgen, z. B. durch eine gemeinsame Terminvereinbarung. Daher ist der regelmäßige Austausch mit den regionalen Netzwerkpartnerinnen und -partnern wichtig (Rückmeldeprozedere, Feedbackmechanismen, Vernetzungstreffen, Runde Tische zu spezifischen Themen etc.). Dies ist ein fortlaufender, ressourcenintensiver Prozess, für den klar geregelte Zuständigkeiten und Ressourcen notwendig sind.

- Planen Sie hierfür ausreichend Zeit und entsprechende Personalressourcen ein. Zu Beginn kann grob davon ausgegangen werden, dass 75 Prozent der Zeit in Sensibilisierung und Netzwerkmanagement fließen und 25 Prozent in Beratung. Sind die Prozesse und Strukturen aufgebaut, kehrt sich das Verhältnis um.



Eine klare **Kommunikation mit den Kooperationspartnerinnen und -partnern** ist wichtig bei der Umsetzung von Social Prescribing und baut auf dem Kommunikationskonzept auf, welches in der Vorbereitungsphase erstellt wurde. Kooperation ist Beziehungsarbeit und sollte kontinuierlich gepflegt werden. Nach Möglichkeit sollte daher ein regelmäßiger Kontakt (Vernetzungstreffen, Telefonate, Besuche) mit den Netzwerkpartnerinnen und -partnern aufgebaut werden.

- Der persönliche Kontakt zu direkten Ansprechpartnerinnen und -partnern und konkrete Netzwerktreffen („präsent bleiben“) sind zielführend und nachhaltig. Breit ausgerollte In-fomails gehen oft ins Leere.
- Schaffung einer „Regionalkonferenz“ über die psychosozialen Bereiche hinaus (Einbezug von Bürgermeisterinnen und Bürgermeistern, Schul- und Kindergartenleiterinnen und -leitern usw.)
- Bedenken Sie, dass eine Beteiligung am Netzwerk auch für die Kooperationspartner:innen ressourcenintensiv ist, und agieren Sie pragmatisch.

Ein fundiertes Netzwerk ermöglicht auch das Kennenlernen der Netzwerkpartner:innen untereinander und hat Vorteile für Kooperationspartner:innen (z. B. Verschränkung von Projekten, Diskussionsveranstaltungen) (Schachner et al. 2021). Social Prescribing ermöglicht somit die Entwicklung eines **Netzwerkknotens** als **Drehscheibe** in der Region.

- Bewährt hat sich eine gemeinsame bzw. abwechselnde Finanzierung der Netzwerktreffen durch alle Kooperationspartner:innen, da auch alle davon profitieren.
- Netzwerkmanagement im Rahmen von Social Prescribing dient auch der Vernetzung der Angebotspartner:innen untereinander.

#### 5.4.2.3 Sensibilisierung der Kooperationspartner:innen für Social Prescribing



Sensibilisierungsarbeit passiert im regelmäßigen Austausch mit Kooperationspartnerinnen und -partnern. Im Rahmen der Erstellung eines Sensibilisierungskonzepts ist es hilfreich, sich die Frage zu stellen, welche Kernbotschaften relevant für die Sensibilisierung der einzelnen Kooperationspartner:innen sind.

## 5.5 Umsetzungsbeispiel

Das Gesundheitsnetzwerk Raabtal implementierte Social Prescribing im Rahmen der Fördercalls 2021 und 2022. Zentrale Kriterien für Kooperationspartner:innen waren:

- zeitliche Verfügbarkeit (Öffnungszeiten bzw. Anrufzeiten, Wartezeiten, Bereitschaft der Organisationen, zurückzurufen etc.)
- örtliche Verfügbarkeit (Sprechstunden / Erreichbarkeit direkt vor Ort in der Region)
- persönliche Verfügbarkeit (direkte Kontaktperson im Unterschied zu Hotlines)
- Bereitschaft / zeitliche Ressourcen für ein Mindestmaß an Austausch und Kooperation

Nach dem Versuch, die Daten der Netzwerkpartner:innen in einer Exceldatei zu sammeln, stellte sich heraus, dass die Erfassung auf diesem Wege sehr zeitaufwendig ist. Der Fokus wurde daher auf die Implementierung einer Online-**Angebotslandkarte** gelegt, in welcher das Team Daten direkt in eine Onlinemaske eingeben konnte. Diese Informationen sind online sowohl intern als auch extern zugänglich. Das „GesundheitsNavi“ (<https://gesundheitsnetzwerk-raabtal.at/gesundheitsnavi>) dient also als digitale Plattform der systematischen Netzwerkarbeit, wird laufend gepflegt und erweitert und ist laut Umsetzenden zu einer wertvollen Ressource für die Mitarbeitenden des Gesundheitsnetzwerks Raabtal geworden.

Auch **Netzwerkpflege** wurde betrieben. Für den Austausch mit dem Netzwerk wurden bereits bestehende Netzwerktreffen in der Region, die von einzelnen Trägern umgesetzt werden (Gemeinsam gegen Gewalt, Runder Tisch Frühe Hilfen), genutzt. Zwar konnte eine Auftaktveranstaltung mit den Netzwerkpartnerinnen und -partnern pandemiebedingt nicht umgesetzt werden, doch wurden solche Gelegenheiten als wertvoll für die (zeitökonomische) Netzwerkpflege hervorgehoben. Eine künftige Idee für den Austausch war außerdem die Einführung von „Regional-konferenzen“, die über die psychosozialen Bereiche hinaus auch den Austausch mit Bürgermeisterinnen und Bürgermeistern, Schul- und Kindergartenleiterinnen und -leitern etc. „formalisieren“ und dauerhaft absichern könnten, um auch zivilgesellschaftliche und kommunale Strukturen besser einzubinden.

## 5.6 Literatur

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

Tierney, Stephanie; Wong, Geoff; Roberts, Nia; Boylan, Anne-Marie; Park, Sophie; Abrams, Ruth; Reeve, Joanne; Williams, Veronika; Mahtani, Kamal R. (2020): Supporting social prescribing in primary care by linking people to local assets: a realist review. In: BMC Medicine 18/1:49

Wildman, Josephine M.; Moffatt, Suzanne; Steer, Moffatt; Laing, Kirsty; Steer, Mel; Penn, Linda; O'Brien, Nicola (2019): Service-users' perspectives of link worker social prescribing: a qualitative follow-up study. In: BMC Public Health 19/1:98



## 6 Link-Working als zentrales Element von Social Prescribing



In diesem Kapitel wird der Fokus auf die Beratungstätigkeit im Rahmen des Link-Working gelegt, nachfolgend auch Link-Working-Beratung genannt. Die Inhalte basieren sowohl auf Überarbeitungen des ursprünglichen Handbuchs (Rojatz et al. 2021a) und Inhalten des Idealmodells Social Prescribing (Rojatz et al. 2023a) als auch auf Erfahrungsberichten aus den bisherigen Fördercalls.

### 6.1 Worum geht es?

Link-Working ist eine Methode und ein Kernelement von Social Prescribing in dem definierten Prozess in der Einrichtung (vgl. Abbildung 1), in dem es darum geht, Personen mit Bedarf an Social Prescribing an eine sogenannte Fachkraft mit Link-Working-Funktion zu vermitteln mit dem Ziel, im Rahmen der Link-Working-Beratung (auch: „Gesundheitsgespräch“ etc. genannt) individuelle Ressourcen und Bedarfe dieser Person zu identifizieren und – bei Bedarf und wo passend – an regionale Angebote<sup>6</sup> weiterzuvermitteln. Dabei werden eine oder auch mehrere Personen als Fachkraft mit Link-Working-Funktion etabliert, welche als Knotenpunkt der Weitervermittlung zwischen medizinischer Einrichtung und regionalen Angeboten fungieren.

**Link-Working-Beratungen** sind ein zentrales Element im Konzept von Social Prescribing. Sie werden von geschulten Fachkräften mit Link-Working-Funktion (LWF) durchgeführt. Wichtige Kompetenzen dieser Personen sind:

- Beratungskompetenz
- Kenntnis der eigenen (Beratungs-)Grenzen, wenn Beratungsbedarfe über psychosoziale bzw. emotionale Themen hinausgehen
- Selbstkompetenz/Psychohygiene bei herausfordernden Beratungssituationen

Weitere Aufgaben der Fachkraft mit Link-Working-Funktion sind insbesondere Aufgaben der Sensibilisierung und der Dokumentation im Rahmen der Qualitätssicherung (vgl. die jeweiligen Kapitel dazu). Die Fachkraft mit LWF kann auch für das Netzwerkmanagement zuständig sein, diese Aufgaben können jedoch – in enger Abstimmung – auch von einer anderen definierten Person übernommen werden (vgl. Kapitel 5). Die Sensibilisierung und das Netzwerkmanagement sind zentrale Voraussetzungen, damit der Link-Working-Prozess überhaupt möglich ist.

#### Praxistipp:

Erfahrungen aus den bisherigen Fördercalls haben gezeigt, dass pro Patient:in durchschnittlich mit einem Beratungsaufwand von 4,5 Stunden gerechnet werden kann (inkl. Dokumentation und ggf. Begleitung zum Kooperationsangebot) (Ecker 2024).

---

<sup>6</sup> Angebote außerhalb des medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Bereichs

## 6.2 Ziele

Das Ziel der Link-Working-Beratungen ist eine bedarfsgerechte und ressourcenorientierte Weitervermittlung und idealerweise längerfristige Anbindung von Personen mit Bedarf an regionale Unterstützungsangebote im Sinne von Social Prescribing:

- Herausarbeitung der Bedürfnisse und Ressourcen im Gespräch mit der Patientin oder dem Patienten und Weitervermittlung an ein unterstützendes Angebot
- Identifikation von passenden regionalen Angeboten auf Basis des Gesprächs und der identifizierten Bedürfnisse und Ressourcen
- Anbindung der Patientin oder des Patienten an ein passendes regionales Angebot (idealerweise längerfristig) sowie Sicherstellung eines niederschweligen Zugangs zum Angebot
- Stärkung der Ressourcen und Empowerment der Patientin oder des Patienten
- Reduzierung von gesundheitsrelevanten Belastungen und Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens durch das Beratungsgespräch und die Weitervermittlung an ein regionales Angebot, wo passend insbesondere auch außerhalb des medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Angebotspektrums

Als Basis für diese Tätigkeiten ist eine bestimmte **Haltung** der Fachkraft mit Link-Working-Funktion erforderlich. Diese soll insbesondere folgende Aspekte beinhalten:

- Orientierung an einem ganzheitlichen (biopsychosozialen) Gesundheitsbegriff und einem umfassenden Gesundheitsverständnis
- Orientierung an einem ressourcenorientierten Ansatz und an Empowerment, um die Ressourcen einer Person zu stärken und diese zu befähigen, selbst aktiv zu werden
- (Selbst-)Reflexionsfähigkeit: Rollenreflexion und ggf. Abgrenzung; Bewusstsein über die Grenzen von Social Prescribing; ggf. Erkennen der Notwendigkeit der Konsultation anderer Gesundheitsfachkräfte/-einrichtungen (wenn z. B. die Bedürfnisse der Person den eigenen Aufgabenbereich überschreiten wie bei einer psychischen Erkrankung, die eine andere qualifizierte Fachkraft erfordert)
- Priorisierungsfähigkeit in Bezug auf die Bedürfnisse und den Unterstützungsbedarf der zu betreuenden Personen

Dabei stehen folgende **Aufgaben und Funktionen im Fokus der Tätigkeit einer Fachkraft mit Link-Working-Funktion** (Rojatz et al. 2023a):

- Reduzierung von gesundheitsrelevanten Belastungen und Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens von Patientinnen und Patienten durch das Beratungsgespräch und die Weitervermittlung an regionales Angebot
- Beziehungs- und Vertrauensaufbau (Zeit investieren, um gute Arbeitsbasis zu haben), ggf. aufsuchendes Arbeiten (Hausbesuche)
- patientenzentrierte Kommunikation (insb. zum Beziehungs- und Vertrauensaufbau, Motivational Interviewing, Reflexionsgespräch)
- Identifikation von Bedürfnissen und von Gesundheitsressourcen und deren Stärkung sowie Empowerment einer Person im gemeinsamen Gespräch
- aktive Unterstützung und Befähigung der Patientin oder des Patienten, Kontrolle über die eigene Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern (Gesundheitsförderung)
- Entwicklung eines Handlungsplans (gemeinsam, bedarfsgerecht, abgestimmt), Einschätzung von Prognosen und Risiken, Prioritätensetzung

- im Bedarfsfall wieder Rückvermittlung an den professionellen medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Bereich
- Navigationshilfe für Patientinnen und Patienten
- Identifikation von passenden regionalen Angeboten auf Basis der Link-Working-Beratung und der identifizierten Bedürfnisse und Ressourcen
- bedarfsgerechte Weitervermittlung an geeignete Angebote
- Sicherstellung eines niederschweligen Zugangs zum Angebot: Unterstützung bei der Bewältigung möglicher Barrieren hinsichtlich der Inanspruchnahme der Angebote (je nach Ressourcen und Bedarf; z. B. Kontaktaufnahme, Begleitung zu Angeboten)
- Reflexionsgespräch mit der Patientin oder dem Patienten, ob das Angebot passend ist und Bedarfe adressiert werden konnten
- Rückinformation an vermittelnde Person und das behandelnde Team bezüglich des Reflexionsgesprächs mit der Patientin bzw. dem Patienten (in Abstimmung mit dieser bzw. diesem)
- Dokumentation der Beratung
- Einhaltung der berufsrechtlichen Regelungen und Grenzen und des Datenschutzes

Die Aufgaben im Rahmen der Link-Working-Beratung umfassen beispielsweise **nicht**:

- reine Vermittlungstätigkeit, z. B. Weitergabe von Visitenkarten, Broschüren
- reines Ausfüllen von (Pflegegeld-)Anträgen o. Ä. (Abgrenzung zu Tätigkeiten im Rahmen der Sozialarbeit)
- Krisenintervention: Patientinnen und Patienten in akuten Krisen sind keine Zielgruppe für Social Prescribing. Kommt dennoch ein:e Patient:in in einer akuten Krise zur Beratung, wird er oder sie unterstützt, ein passenderes Hilfsangebot in Anspruch zu nehmen.

### 6.3 Link-Working-Funktion durch Gesundheits- und Sozialberufe

Eine zentrale Frage bei der Umsetzung von Social Prescribing ist, welche Personen die Link-Working-Funktion übernehmen können.

Die Beratungsfunktion im Rahmen des Link-Working ist eine spezialisierte Tätigkeit, welche von Personen aus verschiedenen Grundprofessionen der Gesundheits- und Sozialberufe ausgeübt werden kann, jedoch **kein eigenständiges Berufsbild** darstellt.<sup>7</sup> In Österreich soll demnach keine neue Berufsgruppe „Link-Worker“ (o. Ä.) entstehen, sondern die Funktion von bestehenden Gesundheits- und Sozialberufen übernommen werden. Daher wird in der Folge primär auf die Funktion und Inhalte des Link-Working fokussiert und keine Berufsbezeichnung („Link Worker“) verwendet. Die Methode Link-Working wird im Ansatz beispielsweise auch im Rahmen der Sozialarbeit, des Case und Care Managements (mit Fokus auf die Sicherstellung der Versorgung von Menschen mit mehrfachen Problemlagen) und des Community Nursing (mit Fokus auf ältere Menschen) angewandt.

<sup>7</sup> Vor dem Hintergrund des Aufbaus multiprofessioneller Teams in Primärversorgungseinheiten soll kein eigenes Berufsbild „Fachkraft mit Link-Working-Funktion“ entstehen, sondern die Funktion aus einer der in der „Primärversorgungsblume“ vorgesehenen Berufsgruppen übernommen werden (vgl. „Primärversorgungsblume“ BMSGPK 2014) BMSGPK (2014): „Das Team rund um den Hausarzt“ - Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien.

Ausgehend von den in Primärversorgungseinheiten vertretenen Berufsgruppen (BMSGK 2019; BMSGPK 2014) ist die Funktion des Link-Working im Rahmen von Social Prescribing in erster Linie für folgende Berufsgruppen vorgesehen (in alphabetischer Reihenfolge):

- Diätologinnen und Diätologen
- Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen
- Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten
- Hebammen
- Logopädinnen und Logopäden
- Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
- (Gesundheits- und klinische) Psychologinnen und Psychologen
- Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- Sozialarbeiter:innen

Im Rahmen der bisherigen Fördercalls wurde die Link-Working-Funktion von bestehenden Gesundheits- und Sozialberufen in Primärversorgungseinrichtungen übernommen, insbesondere von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern und Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen. In der Umsetzung haben sich insbesondere sehr gute Synergien der Tätigkeiten von Sozialarbeit in der Primärversorgung und Social Prescribing gezeigt. Abhängig von der konkreten Problemlage einer Patientin bzw. eines Patienten kann sich dabei manchmal auch ein fließender Übergang von Link-Working zu Sozialarbeit bzw. von Sozialarbeit zu Link-Working zeigen, insbesondere wenn die Link-Working-Funktion durch eine Fachkraft mit einer Ausbildung in Sozialarbeit wahrgenommen wird.

Da es sich um eine komplexe Tätigkeit handelt, welche neben medizinischem Wissen auch Grundwissen, insbesondere im Bereich der Gesundheitsförderung und Chancengerechtigkeit, aber auch der patientenzentrierten Kommunikation voraussetzt, wird jedenfalls eine fach einschlägige Ausbildung für diese Tätigkeit empfohlen:

- Grundausbildung in einem Sozial- oder Gesundheitsberuf (z. B. Sozialarbeit, Gesundheits- und Krankenpflege, medizinisch-therapeutisch-diagnostischer Gesundheitsberuf, Psychotherapie, Klinische-/Gesundheitspsychologie etc.) mit mindestens dreijähriger Ausbildungsdauer
- Basiswissen zu häufigen chronischen physischen und psychischen Erkrankungen, klinische Ausbildung ist nicht erforderlich (Carnes et al. 2017; Polley et al. 2017b)
- mehrjährige einschlägige Berufspraxis

#### **Praxistipps:**

- Überlegen Sie, welche Person(en) in Ihrer Einrichtung für die Übernahme der Link-Working-Funktion qualifiziert ist und die beruflichen Grundvoraussetzungen für die Beratungstätigkeit bestmöglich erfüllt.
- Einen Überblick über die unterschiedlichen Berufsgruppen in der Primärversorgung gibt es unter folgendem Link: <https://primaerversorgung.gv.at/arbeiten-im-team>.
- Überlegen Sie vorab Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Funktion und Zuständigkeit von der Fachkraft mit Link-Working-Funktion und Sozialarbeit/Psychologie/Psychotherapie, um Klarheit für diese Fachkräfte und das gesamte Team zu schaffen. Bleiben Sie dazu im Gespräch!

## 6.4 Schritt für Schritt zur Umsetzung

Nachstehend werden relevante Schritte und Umsetzungstipps in Anlehnung an das Prozesskonzept Social Prescribing und die vier Umsetzungsphasen dargestellt.

Zentral für die erfolgreiche Implementierung von Social Prescribing – und somit eines funktionierenden Link-Working-Prozesses – ist, ein definiertes Ablaufkonzept für das Link-Working (vgl. Abbildung 7) zu etablieren, das gemeinsam im Team der Einrichtung diskutiert und abgestimmt wird. Vorgesehen ist, dass der Prozess laufend reflektiert und ggf. den aktuellen Bedingungen angepasst wird.

### 6.4.1 Planungs- und Vorbereitungsphase

In der **Planungsphase** werden erste Strukturen definiert und Rahmenbedingungen für den Social-Prescribing-Prozess abgesteckt. In der **Vorbereitungsphase** werden erste konkrete Aktivitäten umgesetzt. Für das Link-Working heißt das konkret, dass eine Person oder auch mehrere Personen für die Tätigkeit als Fachkraft mit Link-Working-Funktion, aber auch der Prozess von Erstkontakt bis zur Weitervermittlung bzw. Rückinformation definiert werden.



Im ersten Schritt sollte mindestens eine **zuständige Person** – besser zwei Personen – definiert werden, welche die Link-Working-Beratungen durchführt und ggf. auch die Aufgaben der Sensibilisierung, des Netzwerkmanagements und der Qualitätssicherung wahrnimmt. Eine zweite oder ggf. dritte Person ermöglicht einen Austausch unter den Fachkräften und bei Bedarf eine Vertretung bei Abwesenheiten.

Die Festlegung aller benötigten **zeitlichen und personellen Ressourcen** ist ein besonders wichtiger Planungsschritt.

#### Praxistipp:

Überlegen Sie, wie viele Patientinnen und Patienten Ihre Einrichtung regelmäßig aufsuchen und wie hoch der Anteil an Patientinnen und Patienten mit gesundheitsrelevanten psychosozialen und emotionalen Anliegen ist. Für jede Patientin und jeden Patienten können Sie von einem durchschnittlichen Beratungsaufwand von 4,5 Stunden ausgehen. Erfahrungen zeigen, dass die ersten Gespräche mitunter länger dauern, Folgetermine kürzer.

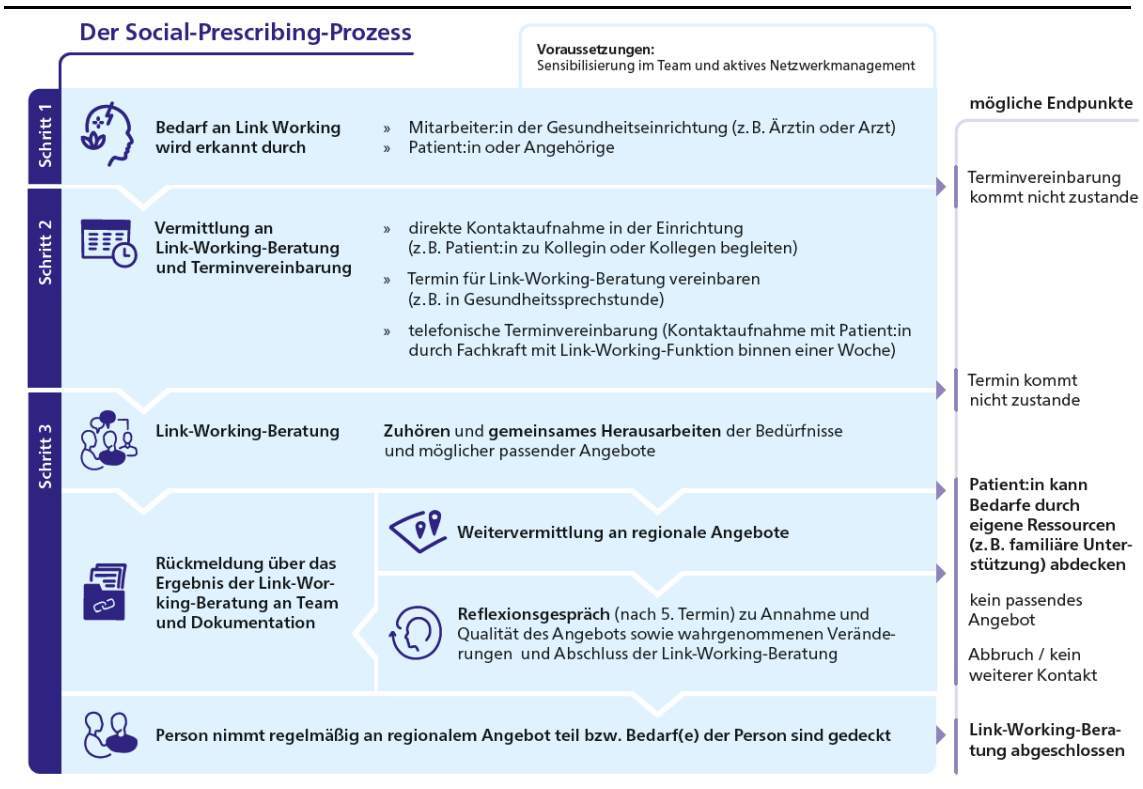
#### Rechenbeispiel:

- Anzahl an Patientinnen und Patienten: 2.000
- Anteil an Patientinnen und Patienten mit Bedarf an Social Prescribing: 12 %
- Zeitaufwand für Link-Working-Beratungen =  $2.000 \cdot 0,12 \cdot 4,5 = 1.080$  Stunden/Jahr, dem entspricht ca. 0,62 Vollzeitäquivalent

Um ein klares Bild von dem Social-Prescribing-Ablauf in der Einrichtung zu bekommen, empfiehlt sich, zusammen mit dem gesamten Team ein **Ablaufkonzept** zum Vermittlungsprozess zu erstellen (vgl. Abbildung 7). Darin soll der konkrete Ablauf definiert werden z. B. in Bezug auf den Erstkontakt mit der Fachkraft mit Link-Working-Funktion, auf mögliche Kontaktformen (Hausbesuche, Begleitung zu den Aktivitäten) oder auf die Dauer und Frequenz der gesamten

Begleitung durch die Person mit Link-Working-Funktion. Auch die benötigten Materialien wie Infoblätter oder Vermittlungsblätter können im Zuge dessen durchgedacht werden.

Abbildung 7:  
Der Social-Prescribing-Prozess



Quelle: GÖG; Grafik: Mariella Drechsler

- Die Link-Working-Funktion und der Vermittlungsprozess sollten, wenn möglich, in bereits bestehende Prozesse und Strukturen der Gesundheitseinrichtung der Primär- oder pädiatrischen Versorgung eingegliedert werden. Das fördert bei allen Beteiligten die Akzeptanz des Konzepts und vermeidet potenzielle Konflikte.
- Einige der geförderten Einrichtungen haben die Identifikation von gesundheitsbezogenen psychosozialen und emotionalen Anliegen mit der Vorsorgeuntersuchung kombiniert und fragen entsprechende Bedarfe im Vorfeld dieser Untersuchung oder bei dieser Untersuchung ab.
- Für eine nachhaltige Umsetzung ist es wesentlich, den Prozess in die Organisationskultur zu integrieren.



In Hinblick auf die begleitenden **Qualitätssicherungsmaßnahmen** sind in der Vorbereitungsphase zunächst die geplanten/benötigten Maßnahmen zu definieren und in weiterer Folge vorzubereiten (z. B. Definition der Regelmäßigkeit von Inter-/Supervision,



Auswahl einer Supervisorin bzw. eines Supervisors). Zu klären ist weiter die Teilnahme an externen Begleit- und Evaluationsmaßnahmen (sofern Möglichkeiten gegeben sind).

Relevant ist auch die **Dokumentation der Link-Working-Beratungen** – sowohl für einzelne Patientinnen und Patienten als auch für eine einrichtungsübergreifende Auswertung, um allgemeinere Aussagen über Social Prescribing treffen zu können. Das Dokumentieren unterstützt beim Sammeln von Erfahrungen in Bezug auf die Zielgruppe, die Angebote, Herausforderungen, die bei der Vermittlung oder danach entstehen, und Erfolge, die erzielt wurden.

Es sollten alle Fälle dokumentiert werden, zu welchen eine Link-Working-Beratung stattfindet.

- Dokumentieren Sie gleich nach der Beratung, solange die Informationen noch präsent sind.
- Im Rahmen des Fördercalls wird eine Bedarfs- und Vermittlungsdoku zur Verfügung gestellt. Diese kann die organisationseigene Dokumentation in der Regel nicht ganz ersetzen.
- Das organisationseigene Dokumentationstool (zum Beispiel eigenen „Fallordner“ für Social Prescribing anlegen) kann einerseits berufsrechtlich erforderlich sein und andererseits für die Informationsweitergabe im Team verwendet werden: Vermerk über Social-Prescribing-Bedarf und Vermittlungsgrund; Weitervermittlungsversuche und -ergebnisse. Dann können zuweisende Personen (insb. die Ärztin oder der Arzt) in Gesprächen mit der Person darauf Bezug nehmen. Ggf. oder zusätzlich können Falldetails in der Handakte vermerkt bzw. dokumentiert werden.

Die Weitervermittlung der Patientinnen und Patienten von dem medizinischen Bereich zu einem gesundheitsförderlichen Angebot bzw. einem Angebot außerhalb des medizinisch-pflegerisch-sozialen Angebotsspektrums im Sinne von Social Prescribing ist ein wesentliches Element des Konzepts. Dafür braucht es geschulte Fachkräfte mit Blick auf die biopsychosoziale Gesundheit, die gemeinsam mit Patientinnen und Patienten Bedürfnisse und Belastungen herausarbeiten.

Im Rahmen der Fördercalls wurde eine 4-tägige Schulung für Fachkräfte mit Link-Working-Funktion konzipiert (vgl. auch Kapitel 6.5). Die Schulung ist jedoch kein Ersatz für die erforderliche Grundausbildung!

- Die Schulung für Fachkräfte mit Link-Working-Funktion dient als guter Einstieg, da wesentliche Methoden und Arbeitsweisen vorgestellt werden und alle Fachkräfte auf einen gemeinsamen Wissensstand gebracht werden.
- Der persönliche Austausch und ein Kennenlernen im Rahmen der Fördercalls wird von den Fachkräften mit Link-Working-Funktion sehr geschätzt und fördert den weiteren Austausch und die Vernetzung.

## 6.4.2 Aufbauphase und nachhaltige Umsetzung

In den vorigen Phasen der Planung und der Vorbereitung wurde bereits aufgezeigt, dass das gesamte Team der Einrichtung im Idealfall gemeinsam einen Vermittlungsprozess im Sinne des Social Prescribing erarbeiten soll. Ist dies nicht möglich, sollten alle im Team zumindest über den entwickelten Prozess informiert werden und ihn mittragen (Erkennen von Bedarfen, Vermittlung, Wissen über die Dokumentation).

Aufbauend auf den bereits in den ersten beiden Phasen durchgeführten Aktivitäten erfolgt in der **Aufbauphase** die eigentliche Arbeit mit den Patientinnen und Patienten im Sinne von Social



Prescribing, nämlich die Durchführung der ersten Link-Working-Beratungen und deren Dokumentation durch die Fachkräfte mit Link-Working-Funktion. Erst wenn alle Vorbereitungsarbeiten weitgehend abgeschlossen sind, sollten erste Beratungen und Weitervermittlungen durchgeführt werden.

Im Sinne der **Nachhaltigkeit** werden Maßnahmen verfolgt, die eine gute laufende Umsetzung des bereits etablierten Social-Prescribing-Angebots sicherstellen.

- Ein gut etablierter Vermittlungsprozess unterstützt die Umsetzung der Link-Working-Beratungen.
- Förderlich für den Aufbau von Link-Working ist eine positive Haltung der Ärztinnen und Ärzte in der Einrichtung und eine offene und zugängliche Haltung aller im Team.

#### 6.4.2.1 Link-Working-Beratung



In der Link-Working-Beratung erfolgt ein Vertrauens- und Beziehungsaufbau mit einer Fachkraft mit Link-Working-Funktion, das Herausarbeiten von Bedarfen und Ressourcen, das Erstellen eines Handlungsplans und – wenn möglich – die Identifikation eines passenden regionalen Angebots.

Der Termin für ein Erstgespräch mit der Fachkraft mit Link-Working-Funktion sollte bald nach Identifikation des Bedarfs erfolgen, um die bestehende Motivation zur Hilfeinanspruchnahme der Patientin bzw. des Patienten nicht zu verlieren (Tierney et al. 2020). Besonders relevant ist der Beziehungsaufbau zu Beginn der Beratung. Die Fachkraft mit LWF arbeitet gemeinsam mit der Patientin bzw. dem Patienten in einem ganzheitlichen Ansatz die Bedarfe und auch Ressourcen heraus („Was ist für die Person von Bedeutung?“). Eine Priorisierung der Bedarfe ist notwendig, um zielgerichtet weitervermitteln zu können. Danach folgt die gemeinsame Identifikation von Handlungsmöglichkeiten durch Teilnahme an verfügbaren regionalen Angeboten, um damit den Bedarfen entgegenzukommen.

Ziel ist es, durch Anbindung an regionale Angebote die Gesundheit und das Wohlbefinden positiv zu beeinflussen und dadurch auch mehr Einfluss auf die eigene Gesundheit zu erlangen.

Ist ein passendes regionales Angebot eruiert worden, gilt es, die Patientin bzw. den Patienten bei Bedarf bei der Kontaktaufnahme zum Angebot zu unterstützen, um Barrieren in der Inanspruchnahme des Angebots zu reduzieren.

- Etwas Physisches („Handfestes“) in der Hand zu haben, hilft der Patientin bzw. dem Patienten und der zuweisenden Person: Hilfreich kann etwa eine Art „Überweisungsschein“ für die Patientin bzw. den Patienten sein.
- Der Beziehungs- und Vertrauensaufbau
  - mit der Patientin bzw. dem Patienten ist wichtig für die Vermittlungstätigkeit. Achten Sie aber darauf, dass keine Abhängigkeit zwischen der Person mit Link-Working-Funktion und der Patientin bzw. dem Patienten entsteht (Tierney et al. 2020).
  - benötigt Zeit, Geduld und Empathie. Meist sind dafür bzw. für die Weitervermittlung mehrere Beratungstermine notwendig.
- Vertrauen ist ein wichtiger Faktor: Die für eine Patientin bzw. einen Patienten zuständige Fachkraft mit Link-Working-Funktion sollte möglichst nicht wechseln.



- Eine gemeinsame Ausarbeitung von Bedarfen und Ressourcen ist auch unter Nutzung schriftlicher Unterstützungstools möglich, ein Beispiel dafür ist Meine positive Gesundheit: <https://www.iph.nl/assets/uploads/2023/06/PHI-Dialogue-tool-2.0-GERMAN.pdf>.
- Die Umsetzung hängt stark vom Rollenverständnis der Fachkraft mit Link-Working-Funktion und den äußeren Rahmenbedingungen (Prozessen und Strukturen) ab (Schachner et al. 2021). Ausbildungshintergrund, Berufserfahrung, Fähigkeiten und Kompetenzen sowie die unterschiedliche intrinsische Motivation an der Arbeit beeinflussen die Umsetzung.
- Rückmeldungen/Feedback von Patientinnen und Patienten aktiv nachfragen (bei Stammpatientinnen und -patienten leichter einzuholen, ev. auch via E-Mail)
- Dauer der Link-Working-Beratung:
  - Eine dauerhafte Beratungsleistung ist im Sinne des Social Prescribing nicht vorgesehen.
  - 60 Prozent der abgeschlossenen LW-Beratungen beliefen sich auf zwei Termine, vorgeschlagen wird, die Anzahl der Termine im Regelfall auf maximal sechs zu beschränken.
- Verfügbarkeit der Person mit Link-Working-Funktion:
  - Vorteilhaft u. a. für die Flexibilität des Angebots von Link-Working-Beratungen sind eigene dafür zur Verfügung stehende Räumlichkeiten (Bereitstellung eines Arbeitsplatzes mit technischer Ausstattung und Zugängen zu wichtigen Daten notwendig).
  - Festgelegte Zeiten (beispielsweise im Rahmen von „Gesundheitsgesprächen“) können für Link-Working-Beratungen sinnvoll sein, um sowohl für das Team als auch für die Patientinnen und Patienten ein verlässliches Angebot zur Verfügung zu stellen.
  - Die Bezeichnung der Link-Working-Beratung beispielsweise als „Gesundheitssprechstunde“ kommt gut bei den Patientinnen und Patienten an und bietet einen erwartungsfreien Gesprächsraum, der neugierig macht und leicht angenommen wird.
- Seien Sie sich als Fachkraft mit Link-Working-Funktion Ihrer **Möglichkeiten und Grenzen bewusst** und vermitteln Sie bei komplexen Bedarfslagen (z. B. schweren psychischen Erkrankung) an professionelle Angebote bzw. andere Fachkräfte der Primärversorgungseinrichtung (Tierney et al. 2020).
- Erfahrungen und die externe Evaluation zeigen, dass Ärztinnen und Ärzte durch die Link-Working-Beratung zeitlich entlastet werden (Kettl et al. 2024).

Da Link-Working-Beratungen durchaus fordernd sein können, ist es wichtig, auf Selbstfürsorge zu achten. Supervisionen sollen dabei unterstützen, Erfahrungen zu reflektieren und Herausforderungen multiprofessionell zu besprechen und reflektieren zu können (vgl. dazu Kapitel 1). Auch unterstützen regelmäßige interprofessionelle Teambesprechungen (Fallbesprechungen) bei herausfordernden Beratungsgesprächen. Diese können mit regelmäßigen Fixterminen in den Ordinationsalltag implementiert werden.

- Supervision ist sehr förderlich und sollte für alle Fachkräfte mit Link-Working-Funktion angeboten werden.
- Regelmäßige Team-/Fallbesprechungen (z. B. im Rahmen von Therapiemeetings, Morgenrunden ...) unterstützen beim Reflektieren von herausfordernden Situationen und fördern die interprofessionelle Zusammenarbeit sowie das Verständnis für Social Prescribing.
- Die Teilnahme an überregionalen Vernetzungstreffen (im Rahmen der Fördercalls) trägt wesentlich zur Qualitätserhöhung bei (Schachner et al. 2021).

#### 6.4.2.2 Link-Working: Weiterermittlung an regionales Angebot



Nachdem ein passendes Angebot für die Patientin bzw. den Patienten gefunden wurde, vermittelt die Fachkraft mit Link-Working-Funktion an das entsprechende Angebot weiter. Bei Bedarf und nach Maßgabe der verfügbaren Ressourcen begleitet die Fachkraft mit Link-Working-Funktion die Patientin bzw. den Patienten zum ersten Termin, um allfällige Teilnahmehürden und Unsicherheiten zu reduzieren. Die Möglichkeit, **zu Angeboten zu begleiten, ist stark ressourcenabhängig und in der Praxis nur selten gegeben**. Teilweise können auch eine Papierüberweisung und eine genaue Anfahrts-/Wegbeschreibung helfen, um Hürden in der Inanspruchnahme des Angebots zu reduzieren.

Eine Weitervermittlung an Angebote ist schriftlich mittels Weitergabe von Kontaktinformationen (Flyer mit Telefonnummer und Adresse) oder einer Wegbeschreibung möglich.

Jedoch ist es auch möglich und für den Erfolg der Inanspruchnahme förderlicher, einen persönlichen Kontakt zum Angebot herzustellen (persönliche Anrufe, „Anmeldung“ ...), dies kann in Abhängigkeit von den zur Verfügung stehenden Ressourcen erfolgen.

- **Unterstützungsleistungen in der Weitervermittlung:** Anfahrtspläne, Informationen zum Angebot, Unterstützung bei der Kontaktaufnahme oder beim Vereinbaren eines Termins, Mitgabe eines Begleitschreibens etc. bis hin zur Begleitung zum Angebot
- Als förderlich für eine erfolgreiche Weitervermittlung haben sich Begleitungen zu den Angeboten (bzw. zu konkreten Terminen) oder auch Terminvereinbarungen durch die Fachkraft mit Link-Working-Funktion direkt im Beratungssetting gezeigt. Dies kann je nach den der Einrichtung zur Verfügung stehenden Ressourcen eingeplant werden.

#### 6.4.2.3 Link-Working: Reflexionsgespräch und Rückinformation an das behandelnde Team (insb. zuweisende Person)



Idealerweise meldet die Person, welche an ein regionales Angebot weitervermittelt wurde, im Rahmen eines Reflexionsgesprächs an die Fachkraft mit Link-Working-Funktion zurück, ob das Angebot passend war und wie es ihr damit geht.

Die Fachkraft mit Link-Working-Funktion informiert anschließend – mit Zustimmung der Patientin bzw. des Patienten – die vermittelnde Person (z. B. Ärztin oder Arzt) zeitnah über den Stand der Beratung und die Weitervermittlungsaktivitäten. Die Information kann persönlich im Einzelgespräch, im Rahmen von Teambesprechungen und/oder durch das (digitale) Dokumentations-tool erfolgen. Bei letzterem gilt es aber sicherzustellen (z. B. durch wiederkehrendes Aufmerksam machen), dass die vermittelnde Person die Hinweise/Dokumentation tatsächlich sieht und liest.

Falls eine selbstständige Rückmeldung durch die weitervermittelte Person nicht erfolgt, ist es sinnvoll, dass die Fachkraft mit Link-Working-Funktion aktiv nachfragt (telefonische Kontaktaufnahme). Auch ist es möglich, dass bei dem nächsten Kontakt mit der Person in der Einrichtung persönlich nachgefragt wird. Bei einem Folgetermin (Reflexionsgespräch) kann evaluiert werden, ob das Angebot passend war oder ob ggf. ein anderes Angebot eher den Bedarfen entspricht.

Der Link-Working-Prozess ist abgeschlossen, wenn die Patientin bzw. der Patient erfolgreich und ggf. nachhaltig an ein Angebot oder eine Aktivität angebunden ist bzw. kein weiterer Bedarf an

Unterstützung besteht und ein Reflexionsgespräch geführt wurde. Wichtig dabei ist, dass beide – die Fachkraft mit Link-Working-Funktion und die weitervermittelte Person – dasselbe Verständnis darüber haben, dass der Link-Working-Prozess abgeschlossen ist.

## 6.5 Exkurs: Schulung für Fachkräfte mit Link-Working-Funktion

Im Rahmen der Fördercalls Social Prescribing wurde eine Schulung konzipiert, um die Fachkräfte mit Link-Working-Funktion für ihre Tätigkeit (im Rahmen des Fördercalls) vorzubereiten.

Im Rahmen der Schulung werden Wissen und Kenntnisse, aber auch benötigte Fähigkeiten für die Umsetzung der Kernfunktionen vermittelt. Nachfolgend werden diese je Kernfunktion skizziert.



### Sensibilisierung

#### Grundlagenwissen zu Gesundheitsförderung und Social Prescribing

- Wissen über Theorien, Konzepte und Prinzipien der Gesundheitsförderung (insb. Gesundheitsdeterminanten, biopsychosoziales Modell, Chancengerechtigkeit, Gesundheits- und Navigationskompetenz und Empowerment)
- Wissen über das Grundkonzept Social Prescribing in der Primärversorgung mit den zentralen Kernelementen (Hintergrundidee/Ziele, Geschichte und theoretische Ausrichtung des Konzepts Social Prescribing mit den zentralen Elementen und die Methode Link-Working)
- Wissen über sowie Fähigkeit zur Umsetzung von Social Prescribing sowie Wissen über die Kernelemente von Social Prescribing in der Primärversorgung (unterschiedliche Umsetzungsmöglichkeiten, Gemeinsamkeiten/Unterschiede zu verwandten Initiativen, Tätigkeiten)

#### Wissen über Kernfunktionen der Sensibilisierung

- Wissen über Methoden und Umsetzungsmöglichkeiten zur Sensibilisierung der verschiedenen Zielgruppen (Kolleginnen und Kollegen, Patientinnen und Patienten, Kooperationspartner:innen, Bevölkerung) und Fähigkeit zu dessen Anwendung
- Kenntnis und Erkennen von Indikationen für den Bedarf an Link-Working



### Kernfunktion Link-Working

#### Grundlagenwissen über Link-Working

- Tätigkeiten im Rahmen des Link-Working und Umsetzungsformen
- Aufgaben und Kompetenzen der Fachkraft mit Link-Working-Funktion
- Ablauf des Link-Working in der Einrichtung (entsprechend dem Prozesskonzept) inkl. Rückinformation an das behandelnde Team über Reflexionsgespräch (in Abstimmung mit der Patientin bzw. dem Patienten)
- Dokumentation von Link-Working-Beratungen (im Rahmen der Bedarfs- und Vermittlungsdokumentation)

## Wissen über und Fähigkeit zu personenorientiertem Arbeiten und zur personenzentrierten Entscheidungsfindung

- Wissen
  - über Faktoren, die zum subjektiven (psychosozialen und emotionalen) Wohlbefinden beitragen
  - über die Auswirkungen sozialer Ungleichheiten auf die Gesundheit
  - über psychische und physische Gesundheitszustände und deren Auswirkungen auf das Wohlbefinden
  - über Modelle der Verhaltensänderung und Strategien zu deren Förderung
- Fähigkeiten
  - personenorientierten und ganzheitlichen Ansatz verfolgen
  - gemeinsame Entscheidungsfindung mit der Patientin bzw. dem Patienten verfolgen
  - Lebensweltorientierung: Berücksichtigung unterschiedlicher Lebenswelten

## Kenntnis von Gesprächstechniken und Fähigkeit, diese einzusetzen

- motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing; aktives Zuhören und Nutzung von Kommunikationsfähigkeiten)
- Entwicklung und Aufrechterhaltung einer wechselseitigen und gegenseitigen Beziehung zur Person
- Empathie gegenüber der Person, ihren Gedanken, Gefühlen und Handlungen
- Ansprache sensibler Themen, selbstbewusst und empathisch

## Kenntnis der Sozial- und Gesellschaftsethik für Social Prescribing

- Wissen über Themen der Vertraulichkeit und Zustimmung und Fähigkeit, damit umzugehen
- Fähigkeit, mit Diversität umzugehen: kulturelle Kompetenz und Verständnis für Gleichberechtigung, Vielfalt und Inklusion
- Kompetenzen für den Umgang mit unterschiedlichen Erwartungshaltungen

## Fähigkeiten zur Entwicklung eines Orientierungs-/Handlungsplans

- Erstellen eines einfachen personalisierten/personenorientierten Handlungsplans gemeinsam mit Person mit Bedarf (Settingansatz; partizipatives Arbeiten)
- Wissen über Assessment (Bewertung), Einschätzung und Prognose von Risiken, Prioritätensetzung und Monitoring des Fortschritts und der Ziele des Handlungsplans
- Verfolgung eines ressourcenbasierten und lösungsorientierten Ansatzes (aktive Unterstützung von Ressourcen und Befähigung)
- Kommunikationsstrategien zur gemeinsamen Entwicklung eines Handlungsplans nutzen (Strategien aus der motivierenden Gesprächsführung)
- Unterstützung bei der Entwicklung von Bewältigungs- und Problemlösungsfähigkeiten einer Person

## Fähigkeit zur Beratung und zum Einsatz unterschiedlicher Kommunikationsmedien

- Kenntnis einschlägiger Beratungstools und Kommunikationskanäle und deren Anwendung je nach Beratungssituationen (Face-to-face, Telefonberatung, Videoberatung ...)
- Kenntnis von Beratungsmöglichkeiten mit unterschiedlichen Kommunikationsmedien für bestimmte Zielgruppen



## Netzwerkmanagement

### Wissen über

- Kernfunktionen und relevante Aufgaben des Netzwerkmanagements
- Gemeinschaftsressourcen: Recherche, Identifikation und Möglichkeiten der Nutzung regionaler Angebote
- das Spektrum an Zielgruppen und deren Bedarfe
- Qualitätsbewertung und -kriterien möglicher Angebote für Social Prescribing
- Methoden zur regionalen Vernetzung: Kontaktaufnahme und -möglichkeiten zu regionalen Angeboten zu Social Prescribing
- Netzwerkpflege und Vernetzung: Aufrechterhaltung des Netzwerks zu regionalen Angeboten
- Weitervermittlungsmöglichkeiten und -modalitäten in Abstimmung mit der Einrichtung und Kooperationspartnern im Netzwerk
- Unterstützung des Zugangs zu Angeboten und Organisationen
- die Identifikation von Angebotslücken als Beitrag zur Entwicklung von Gemeinschaftsressourcen
- die Reflexion über Möglichkeiten und Grenzen des Netzwerkmanagements in der eigenen Einrichtung (mit Rücksichtnahme auf Ressourcen und Kompetenzen)

### Social-Prescribing-Entwicklungen

- Fähigkeit, Auswirkungen von Social Prescribing verfolgen und reflektieren zu können: in der Einrichtung, im Umfeld der Einrichtung, auf Zielgruppenebene, auf Bevölkerungsebene
- Vernetzung mit weiteren Initiativen und Projekten im Umfeld von Social Prescribing
- Wissen über ähnliche Initiativen und Projekte im Umfeld von Social Prescribing
- Kenntnisse der Vernetzung und Nutzung von Synergien mit diesen und ähnlichen Projekten



### Link-Working und rechtlicher Rahmen

- Wissen über das Berufsrecht und Reflexion über Tätigkeiten des Link-Working (Gesundheits- und Sozialberufe) unter Einhaltung der berufsrechtlichen Regelungen sowie über die rechtlichen Rahmenbedingungen des Link-Working (rechtliche Hintergründe, Datenschutz, spezifische Rechtsaspekte bzgl. Einbeziehung von Freiwilligen, Grenzen des Handlungsspielraums)
- Bewusstsein über die eigenen Möglichkeiten und Grenzen unter Einhaltung der Grenzen des eigenen Handlungsspielraums (Zurückvermittlung an professionellen medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Bereich im Bedarfsfall)
- Erkennen von Problemstellungen, die die Aufgaben und den Aufgabenbereich des Link-Working übersteigen, und ggf. Rückvermittlung an zuständige Fachkräfte
- Wissen über den professionellen und rechtlichen Rahmen und Fähigkeit, innerhalb dessen zu arbeiten
- Kompetenzen der interprofessionellen Zusammenarbeit

### Supervision

- Kenntnis von Maßnahmen der Selbstfürsorge (Supervision, Intervision, Psychohygiene etc.) und Fähigkeit, ggf. Unterstützung anzunehmen
- Fähigkeit, die eigene Arbeit zu reflektieren: Selbst- und Rollenreflexion
- Kenntnis von Möglichkeiten der Reflexion herausfordernder Beratungssituationen (Fallbesprechungen)
- Kenntnis von Unterstützungs- und Vernetzungsmöglichkeiten (vgl. Begleitprozess der GÖG im Rahmen von Fördercalls)

### Dokumentation und Datenschutz

- Wissen über die Relevanz der Datenschutzgrundverordnung in Dokumentation und Kommunikation
- Verständnis für die Relevanz der Dokumentation und des Datenschutzes
- Kenntnisse der Dokumentationsmöglichkeiten von Link-Working-Beratungen (Bedarfs- und Vermittlungsdoku)
- Kenntnisse der Informationsmöglichkeiten des Behandlungsteams zu Beratungsergebnissen

## 6.6 Umsetzungsbeispiele

Die Link-Working-Beratungen können sowohl in der Einrichtung als auch disloziert erfolgen. Link-Working-Beratungen sind beispielsweise auch im Rahmen von Hausbesuchen möglich.

Fachkräfte mit Link-Working-Funktion können direkt in der Gesundheitseinrichtung der Primärversorgung oder auch an einem anderen Standort tätig sein bzw. sind auch Mischformen (an manchen Tagen in der Primärversorgungseinrichtung, an anderen Tagen woanders) möglich. Dies ist abhängig von den (strukturellen) Gegebenheiten der jeweiligen Einrichtung.

## Link-Working-Beratung in der Einrichtung

In diesem Umsetzungsbeispiel arbeitet die Fachkraft mit Link-Working-Funktion in der Gesundheitseinrichtung der Primärversorgung (inkl. niedergelassener pädiatrischer Einrichtungen) – denkbar sind etwa Sprechstunden („Gesundheitssprechstunden“) zu definierten Zeiten. Bei dieser Variante bietet es sich an, dass eine oder ein Angehörige:r der in der Primärversorgungseinrichtung vertretenen bzw. vorgesehenen Berufsgruppen die Link-Working-Funktion übernimmt.

## Link-Working-Beratung außerhalb der Gesundheitseinrichtung der Primär- und pädiatrischen Versorgung

Dieses Umsetzungsform ist vor allem dort anzutreffen, wo die räumlichen und personellen Ressourcen in der Einrichtung für die Umsetzung des gesamten Social-Prescribing-Prozesses fehlen, wie z. B. in allgemeinmedizinischen Einzelordinationen und Primärversorgungsnetzwerken.

Hier wird der Bedarf in der Einrichtung erkannt und die betroffenen Patientinnen und Patienten werden ggf. an eine Fachkraft mit Link-Working-Funktion außerhalb der Einrichtung (z. B. in bestehende Beratungseinrichtungen), an eine Primärversorgungseinrichtung mit entsprechenden Fachkräften oder an eine telefonische Link-Working-Beratung vermittelt.

## 6.7 Literatur

BMASGK (2019): Primärversorgung - Berufsgruppen und Kompetenzprofile. Kompetenzprofile Kernteam, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien

BMSGPK (2014): „Das Team rund um den Hausarzt“ - Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

Carnes, Dawn; Sohanpal, Ratna; Frostick, Caroline; Hull, Sally; Mathur, Rohini; Netuveli, Gopalakrishnan; Tong, Jin; Hutt, Patrick; Bertotti, Marcello (2017): The impact of a social prescribing service on patients in primary care: a mixed methods evaluation. In: BMC Health Services Research, 2017/17:835

Ecker, Sandra (2024): Social Prescribing Bedarfs- und Vermittlungsdoku 2023/2024. Erste Ergebnisse einer Zwischenauswertung im Mai 2024 (Fördercall 2023-2024). 1. Österreichische Social-Prescribing-Konferenz. Wien

Kettl, Julian; More-Hollerweger, Eva; Miericke, Alina; Schöggel, Stefan (2024): Social Prescribing in Österreich: Eine Wirkungsanalyse der aktuellen Umsetzung: Evaluationsbericht. Kompetenzzentrum für Nonprofit-Organisationen und Social Entrepreneurship, Wien

Polley, Marie; Fleming, James; Anfilogoff, Tim; Carpenter, Andrew (2017b): Making sense of Social Prescribing. University of Westminster, London

Rojatz, Daniela; Antosik, Jennifer; Ecker, Sandra; Fenz, Lydia; Haas, Sabine (2023a): Social Prescribing Entwurf eines Idealmodells für Österreich. Gesundheit Österreich, Wien

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

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

Tierney, Stephanie; Wong, Geoff; Roberts, Nia; Boylan, Anne-Marie; Park, Sophie; Abrams, Ruth; Reeve, Joanne; Williams, Veronika; Mahtani, Kamal R. (2020): Supporting social prescribing in primary care by linking people to local assets: a realist review. In: BMC Medicine 18/1:49



## 7 Qualitätssicherung als zentrales Element von Social Prescribing



In diesem Kapitel wird aufgezeigt, worum es bei Qualitätssicherung geht, welche Ziele damit verbunden sind und was bei der Umsetzung zu berücksichtigen ist.

### 7.1 Worum geht es?

Qualitätssicherung im Kontext von Social Prescribing umfasst

- Maßnahmen der Personalentwicklung (z. B. Schulung, Supervision),
- Maßnahmen der Organisationsentwicklung (z. B. Definition von Abläufen, Dokumentation der Link-Working-Beratung),
- Qualitätschecks von Angeboten im Netzwerk sowie
- regelmäßige Vernetzung, Reflexion und Evaluation.

Qualitätssicherung erfolgt in den umsetzenden Einrichtungen bzw. Netzwerken, einrichtungsübergreifend und überregional im Sinne einer laufenden Weiterentwicklung von Social Prescribing in Österreich.

In den bisherigen Evaluationen zu den Fördercalls wurde die Bedeutung von Maßnahmen, wie Supervision, Fortbildung, Dokumentation/Monitoring und weiteren Evaluationen, für eine qualitätsvolle Umsetzung von Social Prescribing hervorgehoben (Schachner et al. 2021).

### 7.2 Ziele

Qualitätssicherung ist eine Voraussetzung, um Social-Prescribing-Programme nachhaltig zu etablieren und langfristig positive Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlergehen der Patientinnen und Patienten in den beteiligten Einrichtungen zu haben. Im Detail werden mit der Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen folgende Ziele verfolgt:

im Bereich Personalentwicklung:

- klares Aufgabenprofil für Personen mit Link-Working-Funktion und Netzwerkmanagement
- gleiches Verständnis für Social Prescribing und die Rolle des Link-Working in der Einrichtung (und darüber hinaus) schaffen
- Psychohygiene, vor allem für Fachkraft mit Link-Working-Funktion
- Verständnis im Team für den Umgang mit speziellen Fragen/Problematiken im Zuge von Social Prescribing und/oder Link-Working
- Zufriedenheit des Personals und langfristige Bindung

im Bereich Organisationsentwicklung:

- Schaffen der Rahmenbedingungen für die Entwicklung und Implementierung eines Social-Prescribing-Prozesses inkl. Reflexion der Umsetzung und Dokumentation

- transparentes Monitoring zur Förderung des Verständnisses, wie Social Prescribing genutzt wird, welche Patientinnen und Patienten mit Social Prescribing erreicht werden bzw. wo noch Verbesserungspotenzial besteht

im Bereich der Qualitätschecks:

- Sicherstellen, dass Patientinnen und Patienten eine angemessene Unterstützung erhalten
- Gewährleisten von Chancengerechtigkeit und Diversität sowie eines respektvollen Umgangs mit Verschiedenheit
- Einhalten von Richtlinien (sofern zutreffend/passend)
- Transparenz über Finanzierung sowie Überprüfung der inhaltlichen Unabhängigkeit und Dauerhaftigkeit von Kooperationsangeboten

im Bereich der Vernetzung, Reflexion und Evaluation:

- überregionale Einheitlichkeit in Hinblick auf das Grundkonzept
- Förderung von Effektivität und Effizienz sowie Ressourcenschonung
- Überprüfung der Zielerreichung und Identifikation von Verbesserungspotenzialen
- Schaffung der Voraussetzungen für evidenzbasiertes Handeln

### 7.3 Umsetzung

Qualitätssicherung spielt in allen Umsetzungsphasen von Social Prescribing eine wichtige Rolle: Sie muss geplant, vorbereitet, durchgeführt und nachhaltig in der Einrichtung verankert werden. Die bisherigen Umsetzungserfahrungen zeigen, dass der **Personal- und Zeitaufwand** für dieses Kernelement nicht unterschätzt werden darf und dass daher genau geplant werden sollte. Die **Unterstützung der Leitungsebene** der Einrichtung ist essenziell, um die notwendigen Ressourcen bereitzustellen und die nachhaltige Durchführung zu gewährleisten.

Qualitätssicherung soll als ein **fortlaufender Prozess** verstanden werden, der kontinuierliche Anpassungen und Verbesserungen erfordert. **Klare Verantwortlichkeiten** für die Planung und die Durchführung erleichtern die Umsetzung.

Die geplanten/benötigten Maßnahmen müssen zunächst **definiert** und in der Folge **vorbereitet** werden (z. B. Definition der Regelmäßigkeit von Inter-/Supervision, Auswahl einer Supervisorin bzw. eines Supervisors). Nachdem mit dem Link-Working gestartet wurde, sollten auch die internen Qualitätssicherungsmaßnahmen (wie Supervision, Dokumentation, Evaluation etc.) **durchgeführt** werden. Hier ist es wichtig auf **Regelmäßigkeit der Maßnahmen** zu achten und darauf, das gesamte **Team** der Einrichtung immer wieder **miteinzubeziehen**.

Die bisherigen **Umsetzungserfahrungen** zeigen, dass qualitätssichernde Maßnahmen von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gut angenommen werden. Finden regelmäßiger Austausch, Evaluation und Intervision jedoch nicht statt, können Veränderungen und neue Möglichkeiten im beruflichen Alltag schnell in den Hintergrund rücken oder als Mehrbelastung empfunden werden.

### 7.3.1 Personalentwicklung

Im Bereich der **Personalentwicklung** wird angestrebt, ein klares **Aufgabenprofil** für Personen, die wichtige Funktionen im Rahmen von Social Prescribing übernehmen, zu etablieren und ein **gemeinsames Verständnis** für Social Prescribing und die Rolle der Fachkraft mit Link-Working-Funktion (LWF) zu schaffen. Durch Qualitätssicherungsmaßnahmen soll sukzessive auch ein **gemeinsamer Umgang im Team** mit speziellen Fragen und Problematiken in Zusammenhang mit Social Prescribing entstehen.

Im Bereich der Personalentwicklung ist insbesondere an folgende Maßnahmen zu denken:

- **Schulung** für Fachkräfte mit LWF, die mit der Umsetzung von Social Prescribing befasst sind (insbes. Link-Working und Netzwerkmanagement) und regelmäßige Fortbildung, um am aktuellen Wissensstand zu bleiben und das Fachwissen zu erweitern; hier ist u. a. auf die Schulung der GÖG für Fachkräfte mit LWF zu verweisen (vgl. z. B. Kapitel 6.5); ergänzend können Schulungsangebote aus dem psychosozialen Bereich (z. B. Seminare an Fachhochschulen o. Ä.) genutzt werden.
- regelmäßige **Supervision, Intervision** und Austauschmöglichkeiten im **multiprofessionellen Team**, um Erfahrungen zu reflektieren, Herausforderungen zu besprechen und die eigene Arbeit zu verbessern

Wie in allen Berufen, die eng mit Menschen zusammenarbeiten, sind Maßnahmen der **Psychohygiene** wichtig, da sie dem Schutz und dem Erhalt der psychischen Gesundheit der Fachkräfte dienen. Wenn Fachkräfte mit LWF und Netzwerkmanagement wenig Möglichkeiten zum Austausch im Team haben, muss umso mehr auf diesen Aspekt geachtet werden.

Eine **einrichtungsinterne Reflexion** ist auch wesentlich, um Lerneffekte zu erzielen und Arbeiten im Zuge von Social Prescribing weiterzuentwickeln und zu verbessern. Expertinnen und Experten in Großbritannien bezeichnen die Bereitschaft, auszuprobieren, dann die Erfahrungen zu reflektieren und Verbesserungen umzusetzen, als „Action Learning“ (Swift 2018).

#### Umsetzungsmöglichkeiten

- fix verankerte Besprechungsstruktur bzgl. Social Prescribing (Teamsitzungen, Jours fixes)
- regelmäßige Sitzungen des Kernteams Social Prescribing zur Intervision und Reflexion der Abläufe
- Integration von Intervision und Fallbesprechungen in die allgemeinen Sitzungen des multidisziplinären Teams
- standardmäßige Implementierung von Supervision, welche je nach Bedarf Team- oder Fallsupervision umfassen soll
- interne Qualitätszirkel, laufende Adaptierungen und Optimierungen
- Feedbackschleifen innerhalb des Teams (auch mit Kooperationspartnerinnen und -partnern sowie Patientinnen und Patienten umsetzbar)
- regelmäßige Reflexion/Evaluation und Ableiten entsprechender Schwerpunktsetzungen (Welche Zielgruppen werden erreicht? Welche nicht? etc.)

### 7.3.2 Organisationsentwicklung

Im Bereich der **Organisationsentwicklung** geht es darum, den Social-Prescribing-**Ablauf in der Einrichtung und in der Kooperation mit regionalen Angeboten zu definieren**. Der organisationsinterne Social-Prescribing-Prozess beinhaltet insbesondere auch die vollständige **Dokumentation** der LW-Beratungen und auf dieser Basis das (überregionale) **Monitoring** der Umsetzung. Gerade auch im Bereich der Gesundheitsförderung werden Dokumentation und Monitoring zunehmend als wesentliche Aspekte von Good bzw. Best Practice angesehen.

Seitens der GÖG wird mit der „**Bedarfs- und Vermittlungsdoku**“ im Rahmen der Fördercalls ein digitales Dokumentationssystem zur Verfügung gestellt, in dem alle LW-Beratungen der Fördernehmer:innen dokumentiert werden. Die Eintragungen stellen, nachdem sie in der Regel zusätzlich zur einrichtungsinternen Dokumentation geleistet werden müssen, für die umsetzenden Einrichtungen einen Mehraufwand dar. Die Bedarfs- und Vermittlungsdoku bringt aber auch einen großen Nutzen sowohl für die unmittelbare Umsetzung als auch für die nachhaltige Etablierung von Social Prescribing in der Einrichtung (WHO 2022).

Vorteile der Bedarfs- und Vermittlungsdoku sind u. a.:

- Dokumentation erzeugt Transparenz.
- Sie unterstützt den Informationsfluss innerhalb des Teams.
- Sie dient der routinemäßigen Bewertung der Intervention.
- Eine rechtzeitige Überprüfung kann dazu beitragen, Hindernisse für eine erfolgreiche Umsetzung des Social Prescribing zu erkennen.
- Dokumentation schafft eine Legitimation der Umsetzung (gegenüber Finanzträgern).
- Sie dient der Reflexion und dem kontinuierlichen Lernen: Was funktioniert gut, was funktioniert weniger gut? An welchen Schrauben muss gedreht werden?
- Auf Basis der Dokumentation können evidenzbasiert Handlungen vorgenommen werden.

Auch für neue Social-Prescribing-Angebote wird daher eine vollständige Dokumentation der Link-Working-Beratungen angestrebt.

#### **Umsetzungsmöglichkeiten der Dokumentation auf unterschiedlichen Ebenen im Überblick**

- **interne Dokumentation** in der Einrichtung: wichtig für internen Informationsfluss von Vermittelnden zur Fachkraft mit LWF und wieder retour („stichwortartig, übersichtlich, schnell“); im Optimalfall digitale, ordinationsübergreifende Lösung, auf welche das gesamte Team Zugriff hat
- **Falldokumentation LW**: analog oder digital ausschließlich für Person mit LWF; dient detaillierteren Fallnotizen, um Beratungsprozesse zu dokumentieren, Ausmaß je nach Bedarf, berufsrechtlichen Notwendigkeiten und zeitlichen Ressourcen
- **Bedarfs- und Vermittlungsdoku**: digital, generiert auswertbares statistisches Datenmaterial, vorwiegend quantitativ

#### **Umsetzungserfahrungen**

Die Dokumentation hat einen vielfachen **Mehrwert**:

- Sie ermöglicht eine nochmalige Fallreflexion.
- Sie macht die Arbeit sichtbar und transparent.
- Sie macht einzelne Interventionen und Schritte während der Beratung sichtbar, auf die später Bezug genommen werden kann.

- Sie sammelt Wissen, Recherchen und Gespräche und macht sie jederzeit abrufbereit.
- Sie kann zur Psychohygiene und Abgrenzung beitragen („geistige Ablage“).

Eine **multiprofessionelle Dokumentation** unterstützt dabei, die Bedarfe und Ressourcen von Patientinnen und Patienten aus verschiedenen Perspektiven zu verstehen.

### Qualitätschecks von Angeboten im Netzwerk

Im Bereich der **Kooperation mit Netzwerkangeboten** wird die regelmäßige Reflexion der Zusammenarbeit und ihrer Auswirkungen empfohlen. Weiters sollen für Angebote, die nicht über Zertifizierung, Förderung o. Ä. einer externen Überprüfung unterzogen werden, regelmäßig Qualitätschecks durchgeführt werden (vgl. auch Kapitel 5). Die **Qualitätschecks** (z. B. jedes Jahr) sollen sicherstellen, dass die Angebote die weitervermittelten Patientinnen und Patienten in angemessener Weise unterstützen.

Ansichts der Vielfalt an möglichen und vorhandenen Angeboten, stellt sich die Frage nach **Auswahlkriterien** für regionale Angebote außerhalb des medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Angebotsspektrums: Worauf ist bei der Auswahl zu achten? Dabei gilt es zu unterscheiden zwischen Angeboten, die bereits einer Qualitätssicherung unterliegen (z. B. Angebote der öffentlichen Hand, Regelangebote, durch öffentliche Hand finanzierte Angebote, zertifizierte Angebote, Angebote anerkannter Modelle guter Praxis), und solchen, bei denen dies nicht der Fall ist. Für erstere kann der Qualitätscheck im Rahmen von Social Prescribing entfallen, da die Verantwortung dafür schon von einer externen Institution wahrgenommen wird.

Für zweiten Fall wurde eine **Checkliste** entwickelt, die zur Reflexion von Angeboten herangezogen werden kann (vgl. Tabelle 2<sup>8</sup>). Nachdem nicht jedes Kriterium für jedes Angebot zutreffend/passend ist, gilt es jeweils die Verhältnismäßigkeit des Kriteriums für jedes Angebot zu reflektieren. Ein persönliches **Kennenlernen der Angebote** (u. a. Einstellungen, Gepflogenheiten) erleichtert die Einschätzung der Qualität der Angebote.

Tabelle 2: Checkliste mit Leitfragen und Reflexionskriterien zur Einschätzung von Kooperationsangeboten im Rahmen von Social Prescribing

Leitfrage und Reflexionskriterien	erfüllt	nicht erfüllt	nicht relevant
<b>Wer steht hinter der Initiative/Maßnahme?</b>			
Organisator:in des Angebots ist bekannt.			
Der/Die Angebotsleiter:in ist fähig und zeigt ein umfangreiches Wissen in Bezug auf das Angebot. [5]			
Die Finanzierung des Angebots ist bekannt (z. B. Sponsoring? Durch wen?). [2]			
Personal/Ehrenamtliche werden in ihre Tätigkeit eingeschult. [2] *			
<b>Was wird angeboten?</b>			
Informationen über Inhalte und Ziele des Angebots sind bekannt. [2]			
Das Angebot ist auf Dauer angelegt, sodass eine längerfristige Beteiligung der vermittelten Person möglich ist. [1, 3]			

<sup>8</sup> Vielen Dank an Jakob Weitzer für die Unterstützung bei der Recherche und Aufbereitung der Tabelle 2021.

Leitfrage und Reflexionskriterien	erfüllt	nicht erfüllt	nicht relevant
<b>Wann und wo findet es statt?</b>			
Das Angebot ist leicht, kostenlos oder kostengünstig zu erreichen und befindet sich in einer sicheren Gegend. [4]			
Das Angebot überschneidet sich zeitlich nicht mit der Arbeitszeit und findet idealerweise nicht nach Einbruch der Dunkelheit statt. Zeitliche Flexibilität ist generell vorteilhaft. [4]			
<b>Wer wird zur Teilnahme eingeladen?</b>			
Es ist bekannt, an welche Zielgruppe sich das Angebot richtet.			
Die Teilnahmevoraussetzungen sind bekannt.			
Das Angebot ist offen für neue Teilnehmer:innen und berücksichtigt Chancengleichheit und Diversität. [2] * Begegnungen finden auf Augenhöhe statt. [3]			
Der Zugang zum Angebot ist niederschwellig (z. B. gute öffentliche Anbindung, keine/geringe Teilnahmegebühr).			
Informationen zu Aufnahmemodalitäten für neue Teilnehmer:innen liegen vor. [2]			
<b>Wie sieht die Qualitätssicherung der Angebote aus?</b>			
Es ist bekannt, für wie viele Personen das Angebot ausgelegt ist und wie viele Kapazitäten verfügbar sind.			
Angebote, die mit vulnerablen Personen wie z. B. Kindern, jungen Menschen oder älteren Menschen zusammenarbeiten, können ein klares Regelwerk vorweisen, wie der Schutz der Teilnehmer:innen gewährleistet wird. [2] *			
Es werden Hinweise zur Einhaltung von Gesundheits- und Sicherheitsvorgaben gegeben (z. B. Hygienemaßnahmen, Datenschutzgrundverordnung). [2] *			
Informationen zum Umgang mit persönlichen Daten (Datenschutz) liegen vor. [2] *			
Es existieren klare Aus-/Weiterbildungspläne für Personal und Ehrenamtliche. [2] *			
Angebote bieten für Personal und Ehrenamtliche Unterstützung an (z. B. Reflexions-/Supervisionsmöglichkeiten). *			
Es gibt Feedbackmechanismen zur Qualitätsverbesserung (z. B. Mitglieder-/Teilnehmerbefragung). *			

\* Kriterium ist nur fallweise passend

[1] NHS (2020): Social prescribing and community-based support. Summary guide [online].

<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/06/social-prescribing-summary-guide-updated-june-20.pdf> [Zugriff 17.01.2025]

[2] NHS (2019): Welcome! An induction guide for social prescribing link workers in primary care networks [online]. <https://www.england.nhs.uk/publication/social-prescribing-link-worker-welcome-pack/> [Zugriff 17.01.2025]

[3] Bundesamt für Gesundheit (2021): Qualitätsstandards & -Kriterien für Angebote zur Selbstmanagement-Förderung. Ein Leitfaden für Angebotsverantwortliche.

[4] Wildman (2019): Service-users' perspectives of link worker social prescribing: a qualitative follow-up study. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-6349-x> [Zugriff 17.01.2025]

[5] Husk (2019): What approaches to social prescribing work, for whom, and in what circumstances? A realist review [online]. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hsc.12839> [Zugriff 17.01.2025]

Quelle: eigene Zusammenstellung von Quellen siehe Literaturbezüge in Tabelle; Darstellung: GÖG

Bei öffentlich geförderten Angeboten kann davon ausgegangen werden, dass grundlegende **Qualitätsmerkmale** bereits überprüft wurden. Bei nicht öffentlich geförderten bzw. finanzierten Einrichtungen und Angeboten sollte auf folgende Aspekte (in Abhängigkeit von der Größe der Angebote) geachtet werden – diese können gemeinsam mit dem möglichen Kooperationspartner durchgegangen werden:

- **Chancengerechtigkeit und Diversität:** regelmäßige Reflexion der Erreichbarkeit und Kosten der Angebote, um ihre Niederschwelligkeit sicherzustellen, sowie respektvoller Umgang mit Verschiedenheit
- **Einhalten von Richtlinien** (sofern zutreffend/passend):
  - Datenschutzbestimmungen
  - Gesundheits- und Sicherheitsmaßnahmen (Hygienemaßnahmen, basales Risikomanagement, Erste-Hilfe-Ausbildung der Mitarbeiter:innen)
  - Schutzmaßnahmen für Kinder (z. B. Strafregisterauszug für Personen, die mit Kindern arbeiten) und vulnerable Erwachsene
  - Vorliegen einer Haftpflichtversicherung
- **Transparenz der Finanzierung**, um inhaltliche Unabhängigkeit (Einfluss von Wirtschaftsunternehmen) und Nachhaltigkeit des Angebots einschätzen zu können

Abhängig vom jeweiligen Angebot können **zusätzliche Qualitätskriterien** relevant werden.

Wird eine Kooperation eingegangen, bietet sich der Abschluss einer **Kooperationsvereinbarung** an. In dieser werden wesentliche Eckpunkte der Zusammenarbeit (u. a. Festlegen von Ansprechpersonen, Kommunikationskanälen etc.) geregelt. In der Praxis sind schriftliche Kooperationsvereinbarungen selten und die Zusammenarbeit beruht meistens auf mündlichen Übereinkommen.

Empfohlen wird, die Kooperationsangebote hinsichtlich der Einflüsse von Social Prescribing auf ihr Angebot in regelmäßigen Abständen (z. B. alle sechs Monate) zu prüfen. So wäre z. B. an eine mögliche Überlastung von Netzwerkpartnerinnen und -partnern zu denken, wenn Patientinnen und Patienten im Rahmen von Social Prescribing zu häufig weitervermittelt werden. Auch Reflexionsgespräche im Rahmen der LW-Beratung sind hilfreich, um Qualität und Kapazitäten von Angeboten besser einzuschätzen.

### 7.3.3 Vernetzung, Reflexion, Evaluation

Zur Qualitätssicherung zählen weiters die Teilnahme an überregionalen **Vernetzungstreffen** (der Umsetzenden), die regelmäßige (einrichtungsübergreifende) **Reflexion** des bisher Erreichten sowie die Teilnahme an **Evaluationsmaßnahmen und Fallbesprechungen**, die von der GÖG im Rahmen der Fördercallbegleitung organisiert werden. Nur so kann Social Prescribing weiterentwickelt und immer besser an die Bedürfnisse der Menschen, die dieses Angebot in Anspruch nehmen, aber auch der Umsetzenden angepasst werden.

Im Sinne der überregionalen Vernetzung übernimmt die GÖG koordinierende Aufgaben, indem sie die Umsetzung von Social Prescribing begleitet, dokumentiert, fachlich weiterentwickelt und Schulungen sowie regelmäßige Treffen auf unterschiedlichen Ebenen organisiert.

Im Rahmen der Evaluierung wurde festgestellt, dass die Teilnahme an überregionalen Vernetzungstreffen wesentlich zu Qualitätserhöhung beitrug (Schachner et al. 2021).

### Umsetzungserfahrungen:

- Vernetzungstreffen ermöglichen eine **Verortung** in Relation zu anderen: Wo steht die eigene Umsetzung von Social Prescribing?
- Aus den Austauschtreffen können **Erfahrungen, Gemeinsamkeiten und Unterschiede** im Vergleich mit anderen Umsetzerinnen und Umsetzern mitgenommen werden (z. B. Strukturen, Zielgruppe, Herausforderungen Stadt – Land).
- Vernetzungstreffen ermöglichen eine **Weiterentwicklung** der Ideen und geben Anstoß für neue Entwicklungen.

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

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

### Umsetzungsmöglichkeiten:

- Empfehlenswert ist ein quartalsweiser Austausch, nach Möglichkeit abwechselnd online und in Präsenz bzw. als Kombinationsveranstaltung (fachlicher Input, Austausch und Diskussion, Vernetzung).
- Besuche anderer Gesundheitseinrichtungen, die Social Prescribing anbieten, dienen ebenfalls der Vernetzung und dem Know-how-Transfer.

Evaluationen sind hilfreich, um den Umsetzungsstand zu überprüfen und aus den Umsetzungsschritten zu lernen. Dabei gilt es, die Perspektive der Umsetzenden, der Netzwerkpartner:innen und insbesondere auch die Perspektive der **Patientinnen und Patienten** angemessen zu berücksichtigen (Schachner et al. 2021).

## 7.4 Literatur

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

Swift, Mark (2018): Learnig through doing. 1st International Social Prescribing Research Conference University Of Salford 14.06.2018

WHO (2022): A toolkit on how to implement social prescribing. World Health Organization, Genf



## 8 Social Prescribing konkret: Umsetzungsbeispiele von Gesundheitseinrichtungen und Link-Working-Beratungen

Die vorherigen Kapitel des Handbuchs Social Prescribing bereiten entlang der zentralen Kernelemente Informationen zum Aufbau und zur Umsetzung von Social Prescribing auf, um die Konzipierung und Etablierung zu unterstützen. Offen bleibt die Frage, wie die zentralen Elemente zusammengefügt ein Gesamtbild von Social Prescribing in der Primärversorgung in einzelnen Gesundheitseinrichtungen ergeben und wie Link-Working auf Ebene von Patientinnen und Patienten funktioniert. Daher beleuchtet das Kapitel konkrete Umsetzungsbeispiele auf zwei Ebenen:

- Einrichtungsebene: Wie wird Social Prescribing im ländlichen und im städtischen Bereich umgesetzt? (vgl. Kapitel 8.1)
- Patient:in: Wie sehen Link-Working-Beratungen in der Praxis aus und welche Verbesserungen sind bei Patientinnen und Patienten erkennbar? (vgl. Kapitel 8.2)

### 8.1 Gesundheitseinrichtungen setzen Social Prescribing um



Social Prescribing, wie im Handbuch vorgestellt, versteht sich als Rahmenkonzept, welches an die jeweiligen regionalen Rahmenbedingungen angepasst werden kann und soll.

Wesentliche Unterscheidungsmerkmale bilden dabei nach dem Stand der bisherigen Umsetzungserfahrungen folgende zwei Aspekte:

- Erfolgt die Link-Working-Beratung in der Gesundheitseinrichtung selbst und/oder an einem anderen Standort?
- Wie ist die Verfügbarkeit von regionalen Kooperationsangeboten (in der Regel in städtischen Regionen größer, in ländlichen eingeschränkter)?

Damit ergibt sich zur Orientierung ein Vier-Felder-Schema (vgl. Tabelle 3):

Tabelle 3: Umsetzungsmöglichkeiten von Social Prescribing in den bisher geförderten Einrichtungen in Abhängigkeit von Angebotsspektrum und Ort der Link-Working-Beratung

<b>Anzahl Kooperationsangebote</b>    <b>Ort der Link-Working-Beratung</b>	<b>viele Kooperationsangebote im Nahbereich</b> (z. B. städtische Region)	<b>wenige Kooperationsangebote im Nahbereich</b> (z. B. ländliche Region)
<b>Link-Working-Beratung in der Gesundheitseinrichtung</b>	<b>Niederösterreich</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PVZ St. Pölten</li> </ul> <b>Oberösterreich</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Hausärzte Ennser Allgemeinmediziner</li> </ul> <b>Salzburg</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheitszentrum Saalfelden</li> </ul> <b>Steiermark</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primärversorgungszentrum MEDIUS</li> <li>• Allgemeinmedizin Graz Gries</li> </ul> <b>Wien</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AmberMed</li> <li>• Teampraxis Breitenecker</li> <li>• Kinder und Jugendgesundheit Leuchtturm</li> <li>• Kinderordination Alsergrund</li> <li>• Medizin Mariahilf</li> <li>• neunerhaus Gesundheitszentrum</li> <li>• Primärversorgung Donaustadt</li> <li>• PVE Fünfhaus</li> <li>• PVE Sonnwendviertel</li> </ul>	<b>Burgenland</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheitsnetzwerk Raabtal</li> </ul> <b>Niederösterreich</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PVN Melker Alpenvorland</li> <li>• PVZ Purgstall Auer &amp; Partner Allgemeinmedizin GmbH</li> </ul> <b>Oberösterreich</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin Dr. Elmar Tockner &amp; Dr. Bernhard Koizar OG</li> <li>• PVN Neuzeug-Sierning</li> </ul>
<b>Link-Working-Beratung (auch) außerhalb der Gesundheitseinrichtung</b>	<b>Salzburg</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ordination Dr. Barta</li> </ul> <b>Oberösterreich</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheitspark Ried</li> </ul>	<b>Steiermark</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Allgemeinmedizinische Praxis Dr. Rosa Maria Ernst</li> </ul> <b>Oberösterreich</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hausarztmedizin Plus Gesundheitszentrum Haslach in Zusammenarbeit mit dem PROGES Gesundheitsbüro Haslach</li> </ul>

Quelle: GÖG

Nachfolgend werden die vier Typen näher beschrieben und anhand von Selbstbeschreibungen der Einrichtungen veranschaulicht. Die Beschreibungen entstammen den Endberichten der Fördernehmer:innen aus den bisherigen Fördercalls und wurden ggf. sprachlich angepasst und aktualisiert bzw. wurde der Zeitpunkt der Beschreibung angemerkt.

### 8.1.1 Link-Working-Beratung in der Einrichtung und viele Kooperationsangebote im Umfeld

Der bislang häufigste Fall ist jener von Primärversorgungseinheiten mit Fachkraft mit Link-Working-Funktion im städtischen Bereich bzw. in Regionen mit vielen Kooperationsangeboten.

Hier ist die Fachkraft mit Link-Working-Funktion zumeist ein:e Sozialarbeiter:in oder DGKP, seltener auch eine Fachkraft aus dem MTD-Bereich. In einzelnen Fällen übernimmt auch das gesamte Team die Link-Working-Funktion; je nachdem, wo der Bedarf der Patientin bzw. des Patienten identifiziert wird, nimmt sich die jeweilige Fachkraft des Falls an und bietet die Link-Working-Beratung an.

Im Netzwerkmanagement ist die Herausforderung, die Fülle der möglichen Kooperationsangebote fassbar zu machen und in Austausch mit diesen zu sein. Bestehende Vernetzungsstrukturen, wie Regionalforen oder andere Vernetzungsformate, können den Austausch mit den Kooperationsangeboten unterstützen.

#### **Umsetzungsbeispiel: Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin Dr. Ouhadi / Dr.<sup>in</sup> Pilz (jetzt PVE Fünfhaus)**

In den Räumlichkeiten der Ordination wird seit Anfang Mai 2021 Social Prescribing für Patientinnen und Patienten der Gruppenpraxis (jetzt PVE) angeboten. Die Beratungen finden einmal wöchentlich statt (Stand 2022), es gibt einen eigenen Raum, der an anderen Tagen auch von der Physio- oder Psychotherapeutin genützt wird.

Die Vermittlung an die Fachkraft mit Link-Working-Funktion (LFW) wird durch die beiden Allgemeinmediziner:innen, aber auch durch Ordinationsassistentinnen durchgeführt. Diese erklären kurz die Funktion des Link-Working und vereinbaren einen Termin. Die Termineinbuchung erfolgt über das ordinationsinterne Doku-System, ebenso die Informationsweitergabe von den Vermittelnden (Vermittlungsgrund/Anlass) wie auch von der Fachkraft mit Link-Working-Funktion an die Ärztin bzw. den Arzt (Ergebnis, Weitervermittlung etc.), darüber hinaus erhält die Fachkraft mit Link-Working-Funktion den Termin per Messengerdienst. Die Fachkraft ist in der Ordination verortet, die Patientinnen und Patienten kommen am betreffenden Tag zur Ordinationsanmeldung und werden direkt zur Fachkraft mit LWF weitergeleitet.

Patientinnen und Patienten werden am Morgen des Termins noch einmal vorab durch die Fachkraft mit Link-Working-Funktion kontaktiert (Erinnerung und Nachfrage, ob der Termin wahrgenommen wird).

Patientinnen und Patienten haben beim Ersttermin und meist auch bei Folgeterminen eine Stunde Zeit, sich mit der Fachkraft mit LWF zu ihren Anliegen auszutauschen, es erfolgt ein gemeinsames Erarbeiten von potenziellen Aktivitäten, Zielen, Hilfestellungen und Anlaufstellen. In Folgeterminen werden die Ergebnisse evaluiert und gegebenenfalls adaptiert oder erweitert. Je Patient:in kommen zwischen 2 und 7 Termine zustande (Stand 2022).

Es gibt einen mehrsprachigen Flyer, der sowohl im Wartezimmer aufliegt als auch von den vermittelnden Personen weitergegeben wird. Zusätzlich stellt sich die Fachkraft mit Link-Working-Funktion immer wieder persönlich im Wartezimmer den wartenden Patientinnen und Patienten

vor, erklärt ihre Tätigkeit und den Rahmen der Themen, mit dem Patientinnen und Patienten zu ihr kommen können.

Niederschwellig gibt es zusätzlich im zentralen Wartebereich eine Infotafel zum Thema: „Was gibt es Neues im Bezirk?“, die von der Fachkraft mit Link-Working-Funktion aktuell gehalten wird. Parallel findet seit dem Beginn ein intensiver Austausch mit Kooperationspartnerinnen und -partnern im Bezirk statt. Dieser erfolgt im monatlich stattfindenden Regionalforum 15, wo Anbieter aus verschiedenen Bereichen wie Bildung, Kinder- und Jugendarbeit, Gesundheitsversorgung, Flüchtlingshilfe, Gemeinwesenarbeit, Soziale Unterstützung, Behindertenhilfe etc. sich über den Stand ihrer Aktivitäten austauschen und informieren, auch um auf Themen und Probleme im Bezirk zeitnah und regional reagieren zu können.

Einzelne Kooperationspartner:innen waren auch schon in der Ordination und haben Patientinnen und Patienten ihr Angebot persönlich vorgestellt.

### **8.1.2 Link-Working-Beratung in der Einrichtung und wenige Kooperationsangebote im Umfeld**

Eine weitere häufige Umsetzungsform ist jene in Primärversorgungseinheiten bzw. -netzwerken in ländlichen Regionen bzw. Regionen mit wenigen Kooperationsangeboten im näheren Umfeld.

Auch hier übernehmen bestehende Mitarbeiter:innen der Gesundheitseinrichtung die Link-Working-Funktion. Je nach Umsetzungsform kann die Beratung bei einer Fachkraft liegen oder von allen Personen im erweiterten Team übernommen werden.

Die Angebote liegen hier in größerer Entfernung. Die räumliche Distanz kann einerseits den Zugang für Patientinnen und Patienten vereinfachen, weil längere Entfernungen auch mehr Distanz zum Wohnort und damit zu bekannten Personen bedeutet und so eine Teilnahme anonymer erfolgen kann als im eigenen Wohngebiet. Andererseits kann die Entfernung aufgrund der längeren Wegstrecke auch eine Hürde für die Erreichbarkeit und somit eine Herausforderung sein.

#### **Umsetzungsbeispiel: Gesundheitsnetzwerk Raabtal**

Das Gesundheitsnetzwerk Raabtal (GRN) nimmt im Rahmen der medizinischen Versorgung der Bevölkerung seines Einzugsgebiets eine Vielfalt von Problemlagen, Belastungen und Leidensdruck auf biopsychosozioökultureller Ebene wahr. Die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie haben bereits bestehende Herausforderungen noch verschärft. Das GNR sah es als dringend notwendig an, tragfähige Netzwerke zu bilden und kompetente Ansprechpersonen zu etablieren, um die Patientinnen und Patienten des Primärversorgungsnetzwerks an die bestehenden Angebote weitervermitteln zu können, aber auch um Versorgungslücken und Engpässe wahrzunehmen und zu thematisieren.

Mit dem Angebot „Gesundheitsnavi – Social Prescribing im GNR“

- werden bestehende Kontakte gepflegt und neue Kontakte zu Kooperationspartnerinnen und -partnern in der Region geknüpft,
- werden die regionalen Anlaufstellen und Angebote in der „Angebotslandkarte“ übersichtlich dargestellt,

- wird das Konzept des Link-Working dauerhaft, für alle Beteiligten gut umsetzbar integriert und für die Zielgruppe im Rahmen des komplexen, bevölkerungsnahen Primärversorgungsnetzwerks gut zugänglich gemacht,
- werden die Mitarbeiter:innen des GNR für Social Prescribing und die Rolle des Link-Working sensibilisiert,

um den Patientinnen und Patienten des Gesundheitsnetzwerks niederschwellig, zielgerichtet und passgenau die wertschätzende Unterstützung und Begleitung zukommen zu lassen, die sie für ihre physische, psychische, soziale und emotionale Gesundheit brauchen.

### 8.1.3 Link-Working-Beratung außerhalb der Einrichtung und viele Kooperationsangebote im Umfeld

Insbesondere in Einzel- und Gruppenordinationen, wo kein:e Mitarbeiter:in die Funktion des Link-Working übernehmen kann, bietet es sich an, mit einer externen Beratungseinrichtung zusammenzuarbeiten, die die Link-Working-Beratung übernimmt.

In diesem Typ wird der Bedarf einer Link-Working-Beratung in der Gesundheitseinrichtung erkannt und die betreffende Person an eine externe Beratungseinrichtung vermittelt, in der die Beratung stattfindet. Bei Bedarf kann die Fachkraft mit Link-Working-Funktion auch in die Gesundheitseinrichtung kommen (z. B. Fachkraft ist bei Arzt-Konsultation anwesend), um Vertrauen aufzubauen und einen möglichst niederschweligen Zugang zur Beratung zu ermöglichen. Hier ergeben sich für das Team der Gesundheitseinrichtung und die Fachkraft mit Link-Working-Funktion besondere Anforderungen an die Kommunikation, um den wechselseitigen Informationsfluss sicherzustellen.

Auch das Netzwerkmanagement wird in diesem Fall außerhalb der Einrichtung umgesetzt. Mitunter können die Beratungseinrichtungen bereits regional vernetzt sein, sodass auf vorhandenen Ressourcen aufgebaut werden kann.

#### Umsetzungsbeispiel: Gesundheitsparks Barmherzige Schwestern Ried und Linz

Die Gesundheitsparks Barmherzige Schwestern (BHS) Ried und BHS Linz sind Netzwerke aus Expertinnen und Experten aus den Bereichen Medizin, Therapie, Vorsorge, Pflege, Rehabilitation und dem Sozialbereich. Sie möchten sowohl die Gesundheit als auch das Wohlbefinden der Menschen verbessern. Mit der Implementierung von Social Prescribing werden Patientinnen und Patienten mit sozialen Bedürfnissen umfassend unterstützt. Die Gesundheitsparks Ried und Linz arbeiten gemeinsam daran, eine optimale Versorgung durch die Fachkraft mit Link-Working-Funktion sicherzustellen. Die Fachkraft mit Link-Working-Funktion wird ausschließlich durch die selbstständig tätigen Netzwerkexpertinnen und -experten aus Medizin, Therapie, Vorsorge, Pflege und Rehabilitation zu den definierten Hauptindikationen kontaktiert. Eine direkte Selbstüberweisung durch Patientinnen und Patienten ist nicht vorgesehen.

Die Kommunikation zwischen den vermittelnden Gesundheitspark-Partnerinnen und -Partnern (Expertinnen und Experten) und der Fachkraft mit Link-Working-Funktion erfolgt meist telefonisch oder per E-Mail. Die Erfahrungen zeigen, dass diese Kommunikation standortübergreifend gut funktioniert. Patientinnen und Patienten erhalten bei Bedarf Unterstützung bei der

Erstkontaktaufnahme und haben nach Erhalt des Transferscheins oder Informationsfolders auch die Möglichkeit, den Erstkontakt selbst herzustellen.

Laut den Umsetzenden haben Menschen in Notsituationen häufig nicht das Wissen oder den inneren Antrieb, nötige Angebote zu recherchieren und den ersten Schritt zu setzen. Wird diese Situation durch die Gesundheitspark-Partner:innen aus Ried und Linz erkannt, werden mit ihrer Unterstützung Patientinnen und Patienten an die Fachkraft mit Link-Working-Funktion vermittelt.

Die Dauer der Beratung durch die Fachkraft mit Link-Working-Funktion ist individuell und reicht von einem bis fünf Beratungsterminen (meist werden drei benötigt), je nach Komplexität der Fälle. Die Beratung zielt darauf ab, die Patientinnen und Patienten an niederschwellige und regionale Angebote weiterzuvermitteln, die ihre sozialen und gesundheitlichen Bedürfnisse decken sollen. Diese Angebote umfassen unter anderem Bewegungsprogramme, Familien- und Integrationsberatungen sowie spezielle Unterstützung für pflegende Angehörige. Der Fachkraft mit Link-Working-Funktion ist es ein großes Anliegen, kostenlose oder sehr kostengünstige Dienste anzubieten, um Patientinnen und Patienten noch besser unterstützen zu können.

Eine sorgfältige Dokumentation erfolgt nach jeder Beratung, um den Verlauf und den Erfolg der Maßnahmen zu überwachen. Auf Wunsch der vermittelnden Partner:innen kann eine Rückmeldung über den Verlauf und das Ergebnis der Beratung gegeben werden.

In den unterschiedlichen interdisziplinären Teams der Gesundheitspark-Partner:innen wurde Social Prescribing in den Teambesprechungen, bei den Netzwerktreffen und in persönlichen Gesprächen vorgestellt. Für die ergänzende Information der Patientinnen und Patienten wurden mit den Netzwerk-Partnerinnen und -Partnern Folder und Visitenkarten angefertigt und zur Verfügung gestellt.

Die Fachkraft mit Link-Working-Funktion erhielt durchwegs positive Rückmeldungen von den Patientinnen und Patienten sowie Expertinnen und Experten. Gerade sozial benachteiligte Patientinnen und Patienten haben laut den Umsetzenden keine Möglichkeit, kostenpflichtige Angebote zu nutzen. Diesen Betroffenen bietet das Social-Prescribing-Angebot eine kostenlose soziale Unterstützung. Patientinnen und Patienten finden durch die Link-Working-Beratung wieder Anschluss und damit gelingt eine Verbesserung ihrer Gesundheit, Lebensqualität und Lebensfreude.

Mit Social Prescribing wird allen Netzwerk-Expertinnen und -Experten aus Medizin, Pflege, Rehabilitation, Vorsorge und Therapie ein notwendiges und zentrales Angebot für die psychische, soziale und psychosoziale Gesundheit zur Verfügung gestellt.

#### **8.1.4 Link-Working-Beratung außerhalb der Einrichtung und wenige Kooperationsangebote im Umfeld**

Wie in Kapitel 8.1.3 beschrieben, bietet sich die Variante einer externen Link-Working-Beratung insbesondere in Einzel- und Gruppenordinationen an, in denen kein:e Mitarbeiter:in die Funktion des Link-Working übernehmen kann. Die Vorgehensweise für Link-Working-Beratungen entspricht der Umsetzung wie im vorangegangenen Unterkapitel beschrieben:

Der Bedarf an einer Link-Working-Beratung wird in der Gesundheitseinrichtung erkannt und die Person an eine externe Beratungseinrichtung vermittelt, in der die Beratung stattfindet. Bei Bedarf kann die Fachkraft mit Link-Working-Funktion auch in die Gesundheitseinrichtung kommen (z. B. Fachkraft ist bei Arzt-Konsultation anwesend), um Vertrauen aufzubauen und einen möglichst niederschweligen Zugang zur Beratung zu ermöglichen. Hier ergeben sich für das Team der Gesundheitseinrichtung und die Fachkraft mit Link-Working-Funktion besondere Anforderungen an die Kommunikation, um den wechselseitigen Informationsfluss sicherzustellen.

Auch das Netzwerkmanagement wird in diesem Fall außerhalb der Einrichtung umgesetzt. Mitunter können die Beratungseinrichtungen bereits regional vernetzt sein, sodass auf vorhandenen Ressourcen aufgebaut werden kann. Die Angebote liegen in der Regel aber weiter entfernt. Fehlende Angebote, kann versucht werden, die Etablierung neuer Angebote zu unterstützen.

### **Umsetzungsbeispiel: Hausarztmedizin Plus Haslach und GES.UND Büro**

Mit dem Proges-Projekt GES.UND wurde in Haslach eine Modellregion für die Umsetzung von Social Prescribing im Umfeld der örtlichen Primärversorgungseinheit (PVE) Hausarztmedizin Plus geschaffen. Seit März 2019 werden in Haslach gemeinsam mit der Bevölkerung in einem partizipativen Prozess Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Prävention und Stärkung der kommunalen Gesundheitskompetenz entwickelt. Die Patientinnen und Patienten treffen in der PVE Hausarztmedizin Plus auf ein multiprofessionelles Team, wobei die Sozialarbeit das interne Link-Working initiiert. Dabei werden Bedürfnisse der jeweiligen Person identifiziert und Handlungspläne zur Verbesserung des Wohlbefindens erstellt. Im zweiten Schritt des individuellen Link-Working werden den Patientinnen und Patienten entweder Angebote der PVE Hausarztmedizin Plus empfohlen oder sie werden an das lokale GES.UND Büro vermittelt. Im Zuge des externen Link-Working werden gemeinsam mit der betroffenen Person konkrete Handlungspläne gestaltet und unter Einbeziehung der Gemeinschaft und von etablierten Vereinen beziehungsweise Anbieterinnen und Anbietern der Region Zugänge zu unterschiedlichsten Aktivitäten vermittelt.

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

Weitere Skizzen von konkreten Umsetzungsbeispielen finden Sie als Poster auf: [https://goeg.at/socialprescribing\\_dokumente](https://goeg.at/socialprescribing_dokumente).

## 8.2 Link-Working-Beratung für Patientinnen und Patienten: Praxisbeispiele

Die nachfolgenden Praxisbeispiele für Link-Working-Beratungen von Patientinnen und Patienten stammen von den geförderten Einrichtungen. Sie sollen einen Eindruck über die Umsetzungsformen bieten und dabei helfen, ein besseres Verständnis von Social Prescribing zu erhalten.

### Mit Link-Working-Beratung zu sozialer Teilhabe (neunerhaus)

Herr C. hat eine große Beeinträchtigung seines Sehvermögens und ist fast blind. Diese Einschränkung hat auch eine große Auswirkung auf seine psychische Gesundheit, was auch der behandelnden Ärztin auffällt. Aus diesem Grund wird er an die Link-Working-Beratung vermittelt. Durch seine Beeinträchtigung ist er von vielen Aktivitäten in seinem Alltag ausgeschlossen und verbringt deshalb seine Zeit vor allem im Notquartier bzw. in Tageszentren (Anm.: Herr C. ist wohnungslos). In diesem Fall wurde speziell nach Angeboten für blinde bzw. sehbehinderte Menschen gesucht und es wurde auch etwas gefunden: ein regelmäßiges Dartspiel für Blinde. Auch wenn Herr C. anfangs skeptisch war, ging er hin. Zwar war Dart nicht genau das Richtige für ihn, aber dort fand er sozialen Anschluss, lernte auch andere Betroffene kennen und fand dadurch Zugang zu einer Lerngruppe für Sehbehinderte, zu der er nun regelmäßig geht. Seitdem kennt er auch das Angebot von Social Prescribing im neunerhaus Gesundheitszentrum und hat bereits nach weiteren Angeboten gefragt.

### Mit Link-Working-Beratung zu ehrenamtlicher Tätigkeit (PVE Sonnwendviertel)

Als ein Vorzeigebispiel für gelungenes Link-Working lässt sich ein im Jahr 1992 geborener junger Mann mit Migrationshintergrund nennen.

Anamnese: Patient lebt allein, ist Single mit Familie im Ausland, arbeitet im EDV-Bereich überwiegend im Homeoffice; bei Arbeitstagen in der Firma kein wesentlicher Unterschied zum Homeoffice, da es mit ihm in der Niederlassung in Wien nur insgesamt zwei Mitarbeiter gibt; ausgeprägtes Einsamkeitsgefühl; Grund für den Besuch in der Gesundheitssprechstunde: Einsamkeitsgefühl, Patient wünscht sich ehrenamtliche Tätigkeit, gern mit Jugendlichen, möchte sein Deutsch verbessern und sich auf hohem sprachlichem Niveau austauschen können, hat Lust auf sportliche Tätigkeit in der Gruppe; Ressource: Lust auf Veränderung, sehr gute Deutschkenntnisse (Niveau B2).

Schon beim Erstgespräch zeigte sich die große Motivation zur Veränderung und die vorhandene Tatkraft. Er bewarb sich hier vor Ort online bei verschiedenen gemeinsam recherchierten Vereinen als Ehrenamtlicher. Zudem bestellten wir gemeinsam die ihm bis dahin nicht bekannten AK Bildungsgutscheine, welche er für einen Perfektionskommunikationskurs Deutsch (Niveau C) nutzte. Der Kurs diente ihm nicht nur zur Perfektionierung seiner Sprachkenntnisse, sondern auch zur Vernetzung und zum Austausch. Er bewarb sich im Anschluss bei „Active People in Active Austria“ als Trainer und bietet über diese Plattform selbst Fahrradtouren an. Er arbeitet ehrenamtlich bei „Hands on“ und hilft dort Jugendlichen.



### **Social Prescribing unterstützt pflegende Angehörige (Ordination Dr. Barta)**

Frau B., 75 Jahre alt, Ehemann 77 Jahre mit Krebsdiagnose, wird palliativ behandelt, möchte nicht mehr weiterleben, beschäftigt sich mit Sterbehilfe; Frau B. hat noch keine fremde Hilfe bei der Betreuung ihres Mannes; es wird ihr alles zu viel; Unterstützung durch Familie und Freundinnen und Freunde, soweit von deren Seite möglich, Zuweisung durch Ordinationsassistentin.

Link-Working – 1 Termin im Juli: Info bezüglich Pflege zu Hause, Pflegegeldantrag ausgedruckt und kurz erklärt, kann diesen allein ausfüllen, Info bezüglich Seniorenberatung Stadt Salzburg, Folder mitgegeben, wird Termin vereinbaren; Gespräch über Selbstfürsorge, eigene Grenzen, Psychotherapie angesprochen; Gespräch über Hospiz – Info Tageshospiz / Folder ausgedruckt mit Kontaktadresse, wird dort anrufen; meldet sich wieder, wenn sie Hilfe benötigt.

Frau B. hat sehr viele persönliche, familiäre und finanzielle Ressourcen, ist sehr reflektiert. Sie hat erkannt, dass sie Hilfe benötigt, und meinte, dass das Hilfsangebot des Hospizes genau das ist, was sie benötigt.

### **Link-Working vernetzt zu Frühen Hilfen (PVZ St. Pölten)**

Eine junge alleinerziehende Mutter, 35 Jahre, wird nach einer Übersiedlung als neue Patientin im PVZ aufgenommen. Sie erzählt dem behandelnden Arzt, sie sei gerade aufgrund psychischer Gewalt durch den Ex-Partner und Kindesvater aus einem Nachbarland nach Österreich zur Herkunftsfamilie geflüchtet. Im Zuge des Gesprächs werden mehrere Belastungsfaktoren erkannt und gemeinsam mit der Patientin wird innerhalb von 3 Tagen ein Erstgespräch bei der Fachkraft mit Link-Working-Funktion vereinbart. Die junge Mutter erzählt im ersten Gespräch über ihre Vergangenheit und ihren Werdegang, Probleme und Gewalterfahrungen ab der Kindheit, zahlreiche Umzüge, Ausbildungsabbrüche bis hin zur Geburt ihrer Tochter und der Trennung vom Kindesvater. Sie sei nun in St. Pölten, wo ihre Mutter lebe, angekommen und versucht, hier ein neues sicheres Leben für sich und ihr Kind aufzubauen. Durch den Stress der vergangenen Monate sowie bedingt durch das Stillen ihrer Tochter ist sie körperlich erschöpft. Zusätzlich bedingt durch die Flucht fehlt ihr hier in der neuen Stadt das soziale Netzwerk – mit Ausnahme ihrer Mutter, die jedoch selbst noch berufstätig ist. Sie möchte andere Mütter kennenlernen, neue Freundschaften knüpfen, braucht aufgrund der körperlichen Erschöpfung und diverser Nährstoffmängel auch eine ausgewogene Ernährung und Unterstützung zu Hause. Weiters äußert sie Bedarf an Psychotherapie auf Krankenschein, da sie vieles „aufzuarbeiten“ hat.

In insgesamt fünf Terminen, drei davon telefonisch, kann die Patientin an das Frühe-Hilfen-Netzwerk und Angebot der Familienhilfe durch die städtische Kinder- und Jugendhilfe angebunden und entlastet werden. Der Wunsch der Patientin nach einer vorübergehenden Versorgung durch Essen auf Rädern kann leider nicht erfüllt werden, da hierfür eine Pflegestufe benötigt wird und auch keine Ausnahmen für stillende erschöpfte Mütter möglich sind. Daher wird mit der Patientin nach kostengünstigen/ausgewogenen Angeboten recherchiert (u. a. Landhausküche, soogut Küche und soogut Markt, Evi – Naturkost, Too Good to Go, Foodsharing-Fairteiler).

Durch den Wunsch nach sozialen Kontakten der Patientin werden mit ihr ein paar mögliche Gruppen (Babytreff), Informationen zu lokalen Orten und Begegnungsräume in St. Pölten besprochen. Betreffend Psychotherapie wird die Patientin an die Clearingstelle für Psychotherapie weitervermittelt. Der Fall ist vorerst abgeschlossen, die Patientin kann sich in einem erneuten Bedarfsfall wieder melden.

## 9 Umsetzungshilfen

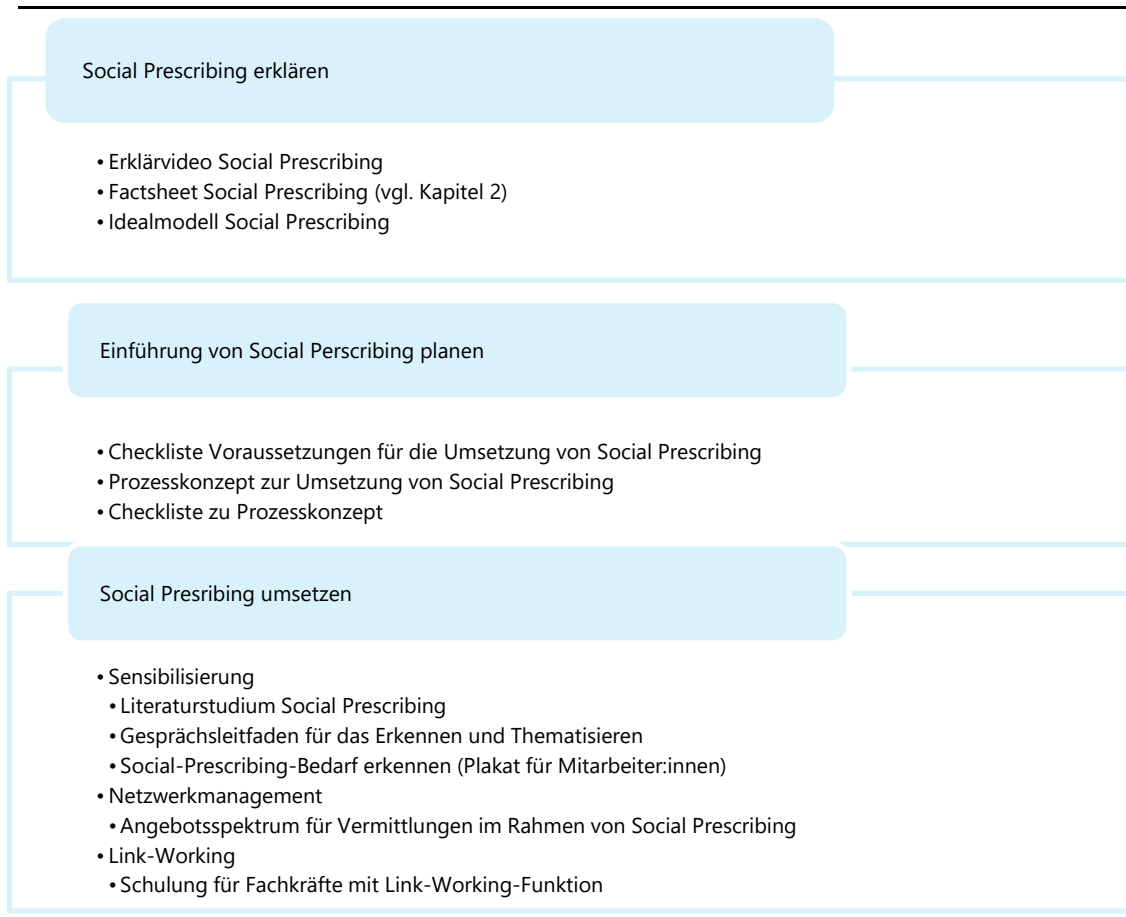
Sie überlegen, Social Prescribing in Ihrer Einrichtung umzusetzen, und sind sich nicht sicher, ob es ein passendes Konzept für Sie ist? Sie haben sich entschieden, Social Prescribing umzusetzen, wissen aber nicht, wie Sie es angehen sollen?

Das Projektteam der GÖG hat auf Basis von Literatur und der Umsetzungserfahrungen in den geförderten Einrichtungen einige Umsetzungshilfen und Handreichungen erstellt. Dieses Kapitel gibt Ihnen eine Übersicht darüber. Sie können alle Tools und Informationen unter folgendem Link bzw. QR-Code downloaden: [https://goeg.at/socialprescribing\\_dokumente](https://goeg.at/socialprescribing_dokumente).



Die nachfolgende Abbildung 8 gibt einen Überblick über die verfügbaren Handreichungen und Unterstützungstools.

Abbildung 8: Welche Tools stehen Einrichtungen für die Umsetzung von Social Prescribing zur Verfügung?



Quelle: GÖG

## Handreichungen zur Beschreibung von Social Prescribing

- **Erklärvideo Social Prescribing:** Ein anschauliches 3-Minuten-Erklärvideo für alle Interessierten führt in Problemstellung, zentrale Elemente von Social Prescribing sowie dessen Nutzen ein.
- **Factsheet Social Prescribing:** Das Factsheet (Anmerkung: entspricht Kapitel 2 im Handbuch) fasst das Konzept kurz und knapp zusammen und soll jenen dienen, die sich einen ersten Eindruck von Social Prescribing verschaffen möchten. Das Factsheet ist auch gut geeignet als Information für potenzielle Netzwerkpartner:innen.
- **Idealmodell Social Prescribing:** Das Idealmodell beschreibt das Konzept Social Prescribing mit seinen zentralen Elementen.  
Leseempfehlung für alle, die sich eingehender mit dem Konzept befassen möchten
- **Social-Prescribing-Landkarte:** Die Landkarte zeigt die (geförderten) Einrichtungen der Primär- und pädiatrischen Einrichtungen, welche Social Prescribing umsetzen.  
Mehr dazu: <https://maps.goeg.at/social-prescribing>
- **Social-Prescribing-Poster:** Die Postersammlung entstand im Zuge der 1. Österreichischen Social-Prescribing-Konferenz und gibt Einblicke in die Umsetzung von Social Prescribing in den geförderten Gesundheitseinrichtungen.

## Handreichungen zur Planung von Social Prescribing

### Entscheidung für die Umsetzung:

- **Checkliste Voraussetzungen für die Umsetzung von Social Prescribing:** Die Checkliste richtet sich an alle, die vor der Entscheidung stehen, ob Social Prescribing in der Gesundheitseinrichtung implementiert werden soll oder nicht. Sie hilft, sicherzustellen, dass alle notwendigen organisatorischen und personellen Voraussetzungen erfüllt sind.
- **Prozesskonzept zur Umsetzung von Social Prescribing:** Das Prozesskonzept richtet sich an die umsetzungsverantwortlichen Personen in der Gesundheitseinrichtung. Der detaillierte Plan beschreibt, wie der Social-Prescribing-Prozess in der Gesundheitseinrichtung ablaufen kann, u. a. werden Ablauf, beteiligte Personen und Ressourcen adressiert.
- **Checkliste zu Prozesskonzept:** Die Checkliste ist in Ergänzung zum Prozesskonzept zu verstehen und richtet sich an die Umsetzer:innen von Social Prescribing in der Planungsphase. Die Checkliste hilft dabei, sicherzustellen, dass alle relevanten Aspekte des Prozesskonzepts abgedeckt und mögliche Lücken identifiziert werden.

## Handreichungen zur Umsetzung von Social Prescribing

Neben dem vorliegenden Handbuch gibt es einige Unterstützungshilfen für Sensibilisierung und Link-Working:

### Sensibilisierung:

- **Literaturstudium Social Prescribing:** Das Literaturstudium soll interessierte Angehörige der Gesundheits- und Sozialberufe für gesundheitsbezogene psychosoziale und emotionale Bedürfnisse weiter sensibilisieren und auf Social Prescribing als konkreten Lösungsansatz für diese Bedürfnisse aufmerksam machen.

- **Gesprächsleitfaden für das Erkennen und Thematisieren von gesundheitsrelevanten psychosozialen und emotionalen Anliegen:** Der Gesprächsleitfaden richtet sich an Angehörige der Gesundheits- und Sozialberufe und hilft dabei, im Gespräch mit Patientinnen und Patienten soziale Bedürfnisse anzusprechen und zu identifizieren und auf das Angebot von Social Prescribing zu verweisen bzw. zur Inanspruchnahme zu motivieren.
- **Social-Prescribing-Bedarf erkennen:** Plakat für Mitarbeiter:innen; das Plakat gibt eine Orientierungshilfe, welche Merkmale einen Bedarf an Social Prescribing indizieren können.

#### Netzwerkmanagement:

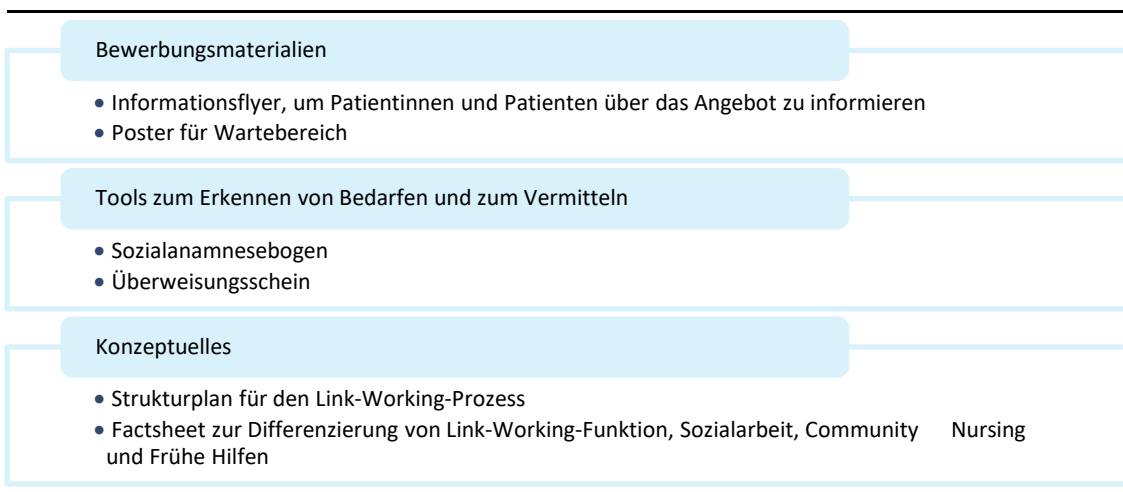
- **Angebotsspektrum für Vermittlungen im Rahmen von Social Prescribing:** Personen, die für den Aufbau des Netzwerkmanagements in der Gesundheitseinrichtung verantwortlich sind, unterstützt das Angebotsspektrum dabei, die Vielfalt an möglichen Kooperationsangeboten im Blick zu haben.

#### Schulungen:

- **Schulung für Fachkräfte mit Link-Working-Funktion:** Im Rahmen der Fördercalls Social Prescribing wurde eine 4-tägige Schulung für künftige Fachkräfte mit Link-Working-Funktion entwickelt. Im Rahmen der Schulung erarbeiten sich die Teilnehmer:innen ein Verständnis der zentralen Elemente von Social Prescribing und trainieren ihre Kommunikationsfähigkeiten mit Schauspielpatientinnen und -patienten. Im Anschluss an die 4-tägige Präsenzschulung folgen quartalsweise Fallbesprechungen, um das konzeptuelle Verständnis von Social Prescribing zu schärfen und bei schwierigen Fällen Peer-Support zu erhalten.

In Ergänzung zu den von der GÖG entwickelten Tools haben die geförderten Gesundheitseinrichtungen weitere Tools entwickelt (Beispiele vgl. Abbildung 10).

Abbildung 9: weitere Unterstützungsmaßnahmen der Umsetzungspartner:innen



Quelle: GÖG

## 9.1 Literatur

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

Swift, Mark (2018): Learnig through doing. 1st International Social Prescribing Research Conference University Of Salford 14.06.2018

WHO (2022): A toolkit on how to implement social prescribing. World Health Organization, Geneva

## 10 Social Prescribing als Teil eines umfassenden Primary-Health-Care-Ansatzes

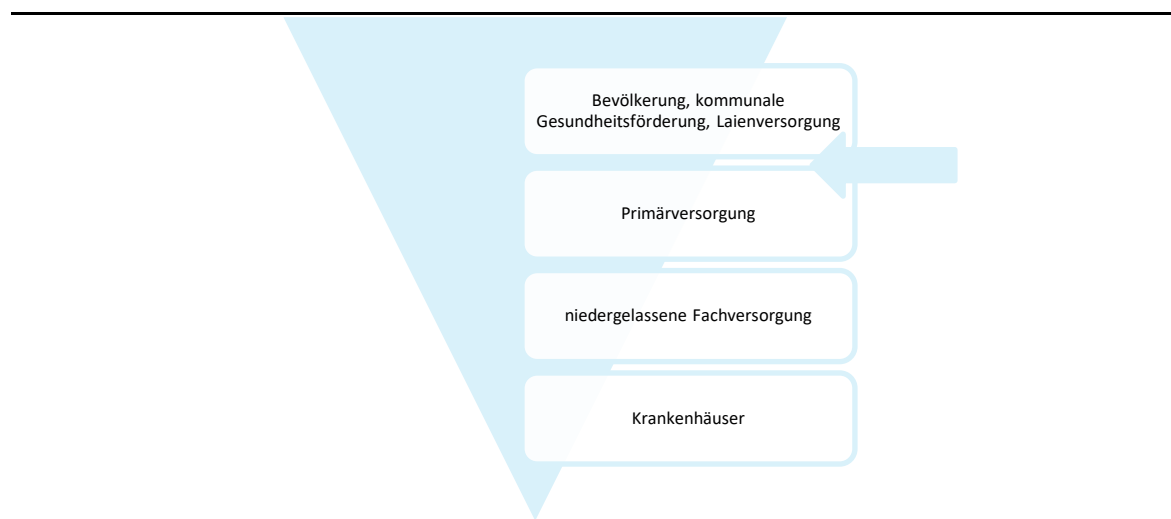
Primary Health Care ist ein gesamtgesellschaftlicher Ansatz zur wirksamen Organisation und Stärkung der nationalen Gesundheitssysteme, um Dienstleistungen für Gesundheit und Wohlbefinden näher an die Gemeinschaften heranzubringen. Er besteht aus drei Komponenten:

- integrierte Gesundheitsdienste, um den Gesundheitsbedarf der Menschen während ihres gesamten Lebens zu decken,
- Berücksichtigung der weiter gefassten Gesundheitsfaktoren durch sektorübergreifende Politik und Maßnahmen,
- Befähigung von Einzelpersonen, Familien und Gemeinschaften, die Verantwortung für ihre eigene Gesundheit zu übernehmen<sup>9</sup>.

Social Prescribing adressiert damit alle drei Aspekte von Primary Health Care – es verbindet den Gesundheits- mit dem sozialen und kommunalen Bereich, adressiert die weiter gefassten Gesundheitsdeterminanten durch den Fokus auf gesundheitsrelevante psychosoziale und emotionale Anliegen und befähigt Patientinnen und Patienten durch Nutzung kommunaler Angebote zu mehr sozialer Teilhabe und Wohlbefinden.

Obgleich Social Prescribing eine zentrale Rolle in einem umfassenden Primärversorgungsansatz einnehmen kann, ist Social Prescribing ein Puzzlestein unter vielen. Wichtig erscheint es daher, die Puzzleteile, wo möglich, zusammenzuführen und die Synergien gut zu nutzen.

Abbildung 10: Social Prescribing an der Schnittstelle von Primärversorgung und kommunalen Angeboten und Bevölkerung



Quelle: GÖG

<sup>9</sup> [https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1) [Zugriff am 21.10.2024]

Social Prescribing setzt in der Primärversorgung an und stellt den „Link“ bzw. Verbindungsknoten zu Angeboten insbesondere auch außerhalb des medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Angebotsspektrums her (vgl. Abbildung 10). Im Bedarfsfall wird auch an das medizinisch-pflegerisch-therapeutische Angebotsspektrum weitervermittelt. Synergien sind auf mehreren Ebenen möglich (vgl. Abbildung 11):

- auf Ebene der **Angebote in Gesundheitseinrichtungen der Primärversorgung**: Gibt es in der Einrichtung bereits verwandte Funktionen wie Sozialarbeit, Case und Care Management oder Community Nursing, bietet es sich an, die Abstimmung mit den jeweiligen Personen und Funktionen zu suchen. Dies ermöglicht nicht nur die Nutzung von Synergien, sondern schafft auch weitere Funktionsklarheit.
- auf **Ebene von Kooperationsangeboten mit koordinierender Funktion**: Angebote, an die im Rahmen von Social Prescribing weitervermittelt wird, haben in manchen Fällen selbst eine Netzwerkmanagementfunktion (meist fokussiert auf ihre jeweilige Zielgruppe oder Region). Hier bietet es sich an, Synergien im Rahmen des Netzwerkmanagements zu suchen, sodass jedes Kooperationsangebot nur einen Teil des Netzwerkmanagements übernehmen muss und gut in Abstimmung mit den weiteren „Netzwerkknoten“ ist. Hier kann weiter unterschieden werden, ob es sich um zielgruppenspezifische oder settingorientierte Angebote handelt.
  - Beispiele für zielgruppenorientierte Angebote sind Community Nursing (für ältere Menschen) und Frühe Hilfen (für schwangere Frauen und Familien mit Kindern bis zum Alter von drei Jahren).
  - Beispiele für settingorientierte bzw. kommunale Angebote sind Gesunde Gemeinden oder Caring Communities (Plunger et al. 2023).

Abbildung 11: Angebote in der Primärversorgung, in der Kommune und Angebote dazwischen



Quelle: GÖG

In der Folge soll insbesondere auf mögliche Synergien zu den Frühen Hilfen, zu Community Nursing und zu Caring Communities eingegangen werden (vgl. Rojatz et al. 2023b).

## 10.1 Social Prescribing als ein Puzzlestein von vielen

Social Prescribing ist nicht als isoliertes Konzept zu verstehen sondern als Teil eines umfassenden Ansatzes einer gesundheitsfördernden Primärversorgung an der Schnittstelle von Primärversorgung und Public Health. Entsprechend gilt es Social Prescribing mit benachbarten Programmen abzustimmen. Daher werden nachfolgend zwei benachbarte Programme mit möglichen Synergien skizziert (vgl. Rojatz et al. 2023b):

- Frühe Hilfen: Frühe Hilfen ([fruehehilfen.at](http://fruehehilfen.at) bzw. [nzhf.at](http://nzhf.at)) sind ein gesundheitsförderndes bzw. präventives Angebot für junge/werdende Familien. Sie richten sich insbesondere an Familien in belastenden Situationen – diese können zum Beispiel ausgelöst sein durch Armut, soziale Isolation, eine psychische Erkrankung oder allgemein Überforderung und Zukunftsängste.
- Community Nurses (<https://cn-oesterreich.at/>) sind eine zentrale Anlaufstelle für Fragen zu Gesundheit und Pflege, sie führen präventive Hausbesuche durch, informieren und beraten, erheben die aktuelle Versorgung, stellen fest, welche Unterstützung benötigt wird, und koordinieren und vermitteln an zusätzliche Angebote.

Tabelle 4: Überblick zu Gemeinsamkeiten und Unterschieden von Social Prescribing und benachbarten Programmen

Programm	Gemeinsamkeit mit Social Prescribing	Unterschied zu Social Prescribing
Frühe Hilfen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• individuelle Beratung und Netzwerkmanagement als zentrale Aufgaben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zielgruppe fokussiert auf schwangere Frauen, werdende Familien und Familien mit Kindern bis zum 3. Geburtstag</li> <li>• Frühe Hilfen installieren eine Familienbegleitung, die parallel zu vermittelten Angeboten weiterlaufen kann</li> </ul>
Community Nursing	<ul style="list-style-type: none"> <li>• individuelle Beratung und Netzwerkmanagement als zentrale Aufgaben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zielgruppe insbesondere ältere Menschen, um Eintritt der Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern</li> <li>• Anbindung an Gemeinde, tlw. in Kooperation mit Primärversorgungseinheiten, oder an Trägerorganisation</li> </ul>

Quelle: Rojatz et al. (2023b)



## 10.2 Synergien konkret: Umsetzungsformen in der Praxis

Aus den Umsetzungserfahrungen der geförderten Einrichtungen zeigen sich einige Kooperationsmöglichkeiten für Social Prescribing:

### Kooperationen mit **der Gesunden Gemeinde**

- regelmäßiger Austausch
- im Bereich Öffentlichkeitsarbeit, z. B. durch Bewerbung von Veranstaltungen/Angeboten auf der Gemeindeforum oder in der Gemeindezeitung
- durch Organisation gemeinsamer Veranstaltungen, z. B. von Vorträgen

### Kooperationen mit **Community Nursing**

- auf Ebene von Patientinnen und Patienten: gemeinsame Fallbesprechungen und Wissenstransfer; gegenseitige Vermittlung, sofern die Zuständigkeit des jeweils anderen gegeben ist<sup>10</sup>
- auf Ebene der Gemeinde: gemeinsame Veranstaltungen, wechselseitige Ergänzungen im Netzwerkmanagement; gemeinsame Reflexion von Bedarfslagen in der Region, Initiierung von Angeboten

Herausforderungen zeigen sich vereinzelt durch wechselseitiges Konkurrenzdenken und unterschiedliche Zuständigkeitsbereiche, so kann nicht ohne Weiteres eine Community Nurse eine Person an Social Prescribing in einer Gesundheitseinrichtung vermitteln, wenn die Patientin bzw. der Patient bei einer anderen Praxis in Behandlung ist. Durch persönliche Gespräche und die Aushandlung von Zuständigkeiten können Konkurrenzdenken abgebaut und Regeln für die Zusammenarbeit festgelegt werden.

### Kooperationen mit **Frühen Hilfen**

- abhängig von der Zielgruppe der Gesundheitseinrichtungen; die Kooperation ist enger im Sinne der häufigeren Weitervermittlung an das regionale Frühe-Hilfen-Netzwerk, wenn mehr schwangere Frauen oder kleine Kinder von der Gesundheitseinrichtung betreut werden.

## 10.3 Literatur

Plunger, Petra; Wosko, Paulina; Schlee, Lisa; Rohrauer-Näf, Gerlinde (2023): Handlungsfelder, Potenzial und Entwicklungsperspektiven für gesundes Altern in der Kommune Kommunale Gesundheitsförderung und Caring Communities. Gesundheit Österreich, Wien

Rojatz, Daniela; Haas, Sabine; Sackl, Anita (2023b): Bevölkerungsorientierte Programme im Kontext von Public Health: Frühe Hilfen, Social Prescribing, Community Nursing. Factsheet. Gesundheit Österreich, Wien

---

<sup>10</sup> Wenn es die Rahmenbedingungen und das Einzugsgebiet zulassen, können die Fachkraft mit Link-Working-Funktion und die Community Nurses Vereinbarungen treffen, in welchen Situationen zur jeweils anderen Stelle vermittelt wird, und so voneinander profitieren.

# 11 Social Prescribing: FAQ

Nachfolgend werden zentrale Begriffe und Elemente von Social Prescribing (Frequently Asked Questions – FAQ) kurz zusammengefasst, um eine schnelle Orientierung zu ermöglichen. Die Grundlage für die Darstellung bilden die Eckpunkte des Idealmodells Social Prescribing (Rojatz et al. 2023a). Die FAQ können auch als Handout in Teamsitzungen herangezogen werden, um die Mitarbeiter:innen kurz und kompakt über Social Prescribing zu informieren.

## Was ist Social Prescribing?

*Social Prescribing ist ein Interventionsansatz, bei dem die in der Primärversorgung tätigen Berufsgruppen darauf sensibilisiert sind, **gesundheitsrelevante psychosoziale und emotionale Bedürfnisse** (z. B. Probleme in Bezug auf Wohnung, Beschäftigung, Einkommen, soziale und emotionale Unterstützung, Einsamkeit) bei Menschen zu erkennen. Menschen, bei denen entsprechende Bedarfe erkannt werden, **die über medizinisch-therapeutisch-pflegerische Leistungen hinausgehen**, werden an eine sogenannte Fachkraft mit Link-Working-Funktion „vermittelt“.*





*Diese spezialisierte Fachkraft hat eine **Vermittlungsfunktion und identifiziert** in der Folge in Abstimmung mit der jeweiligen Person **gesundheitsrelevante psychosoziale und emotionale Bedürfnisse** und daraus **folgend Maßnahmen und Aktivitäten zur Verbesserung** ihres Wohlbefindens und vermittelt diese dorthin.*

*Das **Spektrum der dafür genutzten Angebote ist sehr breit** und reicht von lokal zur Verfügung stehenden vielfältigen Gesundheitsförderungsmaßnahmen, Sport- und Bewegungsprogrammen oder Ernährungsberatung über Sozial-, Schuldner-, Arbeits- oder Wohnberatung bis zu Gemeinschaftsaktivitäten wie Seniorentanzen, Wandergruppen oder Nachbarschaftsnetzwerken. (angelehnt an Haas et al. 2019; Muhl et al. 2022; Polley et al. 2017b)*

Kurz gesagt: Der Ansatz Social Prescribing verbindet Patientinnen und Patienten mit Angeboten außerhalb des pflegerischen, medizinischen und therapeutischen Angebotsspektrums, wie Bewegungsgruppen, Ernährungsberatung, Selbsthilfegruppen oder Nachbarschaftsinitiativen, um Wohlbefinden sowie soziale Teilhabe zu fördern.

Zentrale Elemente zur Implementierung des Ansatzes sind in Tabelle 5 dargestellt.

Tabelle 5: Zentrale Elemente zur Implementierung des Ansatzes

	Sensibilisierung für gesundheitsrelevante psychosoziale und emotionale Anliegen		Link-Working
	Netzwerkmanagement mit Fokus auf Angebote außerhalb des medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Bereichs		Qualitätssicherung

Quelle: GÖG

## Was heißt „Sensibilisierung für gesundheitsrelevante psychosoziale und emotionale Anliegen“?

Gesundheitsrelevante psychosoziale und emotionale Anliegen, wie Einsamkeit, Armut oder Überforderung mit der aktuellen Lebenssituation, wirken sich auf die Gesundheit und mitunter auf die Möglichkeit aus, an der Behandlung aktiv mitzuwirken. Mitarbeiter:innen von Gesundheitseinrichtungen sollen sich dieses Umstands bewusst sein und im Rahmen von Social Prescribing entsprechende Bedarfe ansprechen und an die Fachkraft mit Link-Working-Funktion (vgl. nächster Abschnitt) vermitteln können. Wie der genaue Vermittlungsprozess zur Fachkraft mit Link-Working-Funktion abläuft und welche Berufsgruppen direkt an die Fachkraft mit Link-Working-Funktion vermitteln können, gilt es innerhalb der Gesundheitseinrichtung festzulegen.

## Was heißt „Link-Working“?

Link-Working ist ein zentrales Element von Social Prescribing. Es handelt sich um eine Funktion, derer sich mehrere Berufsgruppen bedienen können – mit und ohne Bezug zu Social Prescribing –, u. a. auch Community Nurses. Die Fachkraft mit Link-Working-Funktion arbeitet Bedarfe und Ressourcen von Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten gemeinsam mit diesen heraus und vermittelt, wo passend, insbesondere auch an Angebote außerhalb des medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Bereichs weiter, um mentale Gesundheit und soziale Teilhabe zu fördern.

## Warum wird einmal von „Vermittlung“ und einmal von „Weitervermittlung“ gesprochen? Wo ist der Unterschied?

Im Rahmen von Social Prescribing wird unterschieden zwischen Vermittlung zur Fachkraft mit Link-Working-Funktion und Weitervermittlung zum regionalen Angebot. Bewusst werden keine Begriffe wie Zuweisung, Überweisung, Verordnung etc. verwendet, da – im Rahmen der Fördercalls – eine klare Grenze zu sozialversicherungsrechtlichen Begrifflichkeiten erkennbar sein soll.

## Was ist Netzwerkmanagement und wieso ist es so wichtig?

Netzwerkmanagement ist ein Kernelement von Social Prescribing, es bildet die Grundlage für die Weitervermittlung an Angebote, insbesondere außerhalb des medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Angebotspektrums. Netzwerkmanagement umfasst folgende Aufgaben:

- Recherche von verfügbaren regionalen Kooperationsangeboten außerhalb des medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Angebotspektrums
- Erstellung und regelmäßige Aktualisierung einer Übersicht über regionale Kooperationsangebote
- grobe Einschätzung der Eignung der Angebote und ihrer Verfügbarkeit („Qualitätscheck“)
- Klärung der Kooperationsmodalitäten und Teilnahmevoraussetzungen/-möglichkeiten von Patientinnen und Patienten (Teilnahmebedingungen)
- regelmäßige Netzwerk- bzw. Kontaktpflege (ggf. Vernetzung initiieren und organisieren)
- Beobachtung der Übereinstimmung zwischen nachgefragten (erforderlichen) und verfügbaren Angeboten (sowohl auf Ebene der Angebote als auch auf Ebene „freier Plätze“)

- sofern sich Angebotslücken erkennen lassen: nach Maßgabe der Ressourcen Setzen von Schritten, um Bedarf aufzuzeigen bzw. zu thematisieren

### **Was sind Angebote außerhalb des medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Angebotsspektrums?**

Im Rahmen von Social Prescribing wird vorrangig auch an gesundheitsfördernde Angebote außerhalb des medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Angebotsspektrums in der Region weitervermittelt. Das Spektrum der im Sinne von Social Prescribing genutzten Angebote ist sehr breit gefächert und reicht von lokal zur Verfügung stehenden vielfältigen Gesundheitsförderungsmaßnahmen, Sport- und Bewegungsprogrammen oder Ernährungsberatung über Sozial-, Schuldner-, Arbeits- oder Wohnberatung bis zu Gemeinschaftsaktivitäten wie Seniorentanzen, Wandergruppen oder Nachbarschaftsnetzwerke, aber auch Kontakte mit Behörden. Dabei ist zu beachten, (1) für welche konkrete Zielgruppe die Angebote sind (z. B. Alter, Thema, Geschlecht), (2) wie diese zu erreichen ist und (3) welche Zugangsvoraussetzungen es gibt (z. B. Warteliste, Teilnahmegebühren).

### **Was meint Qualitätssicherung im Kontext von Social Prescribing?**

Qualitätssicherung im Kontext von Social Prescribing umfasst

- Maßnahmen der Personalentwicklung (z. B. Schulung, Supervision),
- Maßnahmen der Organisationsentwicklung (z. B. Definition von Abläufen, Dokumentation der Link-Working-Beratung),
- Qualitätschecks von Angeboten im Netzwerk sowie
- regelmäßige Vernetzung, Reflexion und Evaluation.

Qualitätssicherung erfolgt in den umsetzenden Einrichtungen bzw. Netzwerken, einrichtungsübergreifend und überregional im Sinne einer laufenden Weiterentwicklung von Social Prescribing in Österreich.

## 11.1 Literatur

Haas, Sabine; Bobek, Julia; Braunegger-Kallinger, Gudrun; Ladurner, Joy; Winkler, Petra; Antosik, Jennifer; Bengough, Theresa (2019): Factsheet Social Prescribing. Gesundheit Österreich, Wien

Muhl, Caitlin; Mulligan, Kate; Bayoumi, Imaan; Ashcroft, Rachelle; Godfrey, Christina (2022): Establishing Internationally Accepted Conceptual and Operational Definitions of Social Prescribing Through Expert Consensus: A Delphi Study.  
<https://doi.org/10.1101/2022.11.14.22282098> Toronto, Ontario, Canada

Polley, Marie; Fleming, James; Anfilogoff, Tim; Carpenter, Andrew (2017b): Making sense of Social Prescribing. University of Westminster, London

Rojatz, Daniela; Antosik, Jennifer; Ecker, Sandra; Fenz, Lydia; Haas, Sabine (2023a): Social Prescribing Entwurf eines Idealmodells für Österreich. Gesundheit Österreich, Wien