

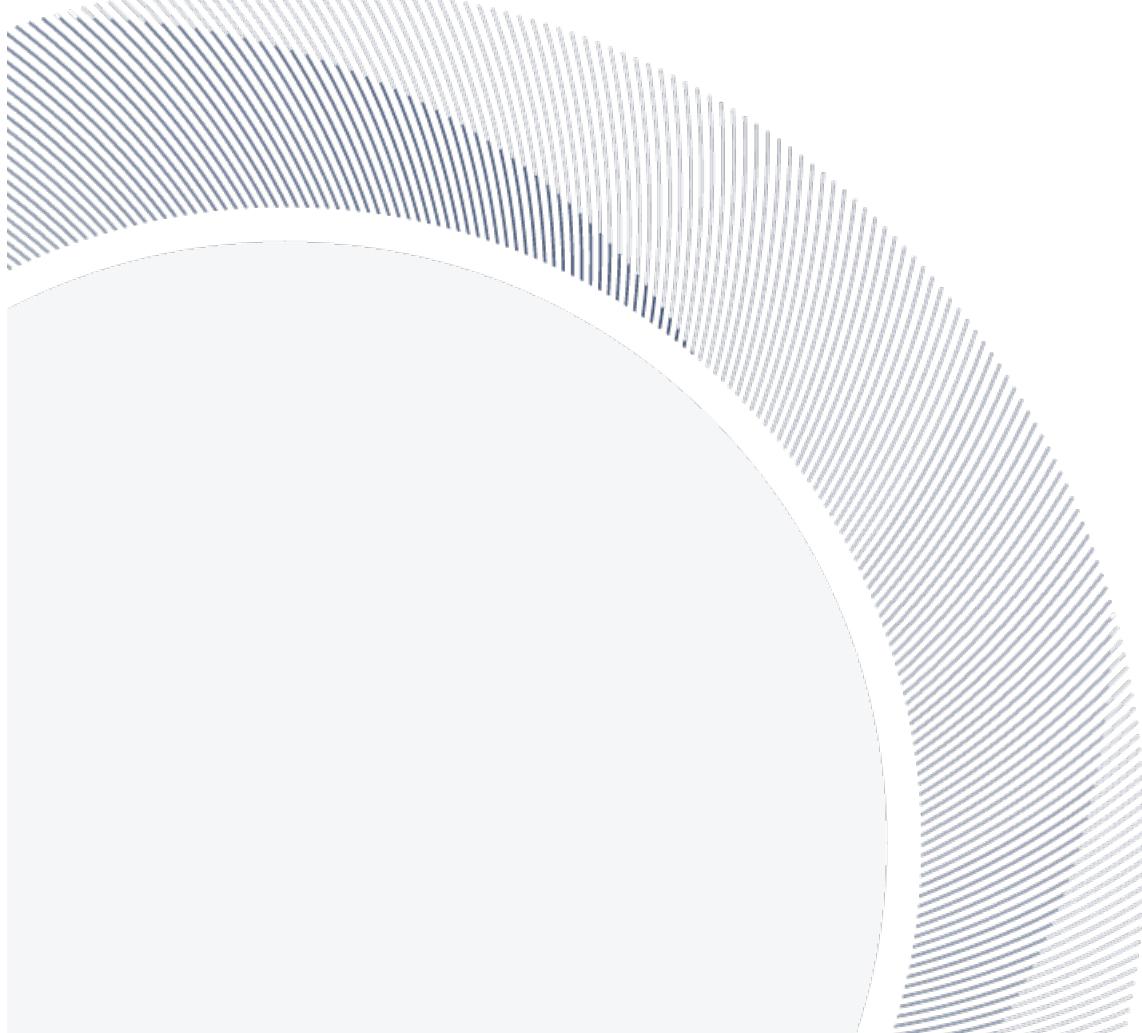
# Social Prescribing in der Primär- und pädiatrischen Versorgung

Auswertung der Bedarfs- und Vermittlungsdoku 2023–2025

---

## Ergebnisbericht

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





# Social Prescribing in der Primär- und pädiatrischen Versorgung

Auswertung der Bedarfs- und Vermittlungsdoku 2023–2025

## Ergebnisbericht

Autorinnen:

Sandra Ecker-Shibamori  
Jennifer Antosik

Unter Mitarbeit von:

Daniela Rojatz

Fachliche Begleitung:

Pauline Klingenstein

Projektassistenz:

Lena Nirschl

Interner Review:

Sabine Haas

Die in dieser Publikation dargelegten Inhalte stellen die Auffassungen der Autorinnen dar.

Wien, im Oktober 2025

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

Zitievorschlag: Ecker-Shibamori, Sandra; Antosik, Jennifer (2025): Social Prescribing in der Primär- und pädiatrischen Versorgung. Auswertung der Bedarfs- und Vermittlungsdoku 2023–2025. Ergebnisbericht. 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“.

# Kurzfassung

## Hintergrund

Social Prescribing verbindet Patientinnen und Patienten mit gesundheitsrelevanten psychosozialen und emotionalen Bedürfnissen in der Primärversorgung auf strukturierte Weise mit regionalen Angeboten, insbesondere außerhalb des medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Angebotsspektrums, um deren Gesundheit, Wohlbefinden und soziale Teilhabe zu fördern. Der Prozess umfasst das Erkennen dieser Bedarfe (Sensibilisierung des Primärversorgungsteams), das Netzwerkmanagement, die Link-Working-Beratung, die Weitervermittlung zu dem jeweiligen Angebot und die Qualitätssicherung, u. a. durch die Dokumentation der Link-Working-Beratungen in der elektronischen Social-Prescribing-Bedarfs- und Vermittlungsdoku.

Der vorliegende Bericht fasst die Ergebnisse der Bedarfs- und Vermittlungsdoku im Rahmen des Fördercalls „Social Prescribing in der Primär- und pädiatrischen Versorgung 2023–2025“ mit 1.055 dokumentierten Patientinnen und Patienten zusammen. Der Fördercall hatte ursprünglich eine geplante Laufzeit bis Juli 2024, gegen deren Ende wurde er um weitere 10 Monate bis Mai 2025 verlängert. An dieser Verlängerung konnten die Einrichtungen optional teilnehmen; 10 der zu Beginn 15 Primärversorgungseinrichtungen entschieden sich für diese Verlängerung. Die Bedarfs- und Vermittlungsdoku umfasst daher Daten von Februar 2023 bis Mai 2025 (bzw. zum Stichtag 30. Juni für letzte Nachbearbeitungen).

## Methode

Die Social-Prescribing-Bedarfs- und Vermittlungsdoku kommt im Rahmen der Link-Working-Beratungen zum Einsatz und wird von der Fachkraft mit Link-Working-Funktion ausgefüllt. Sie hält Daten zu soziodemografischen Merkmalen, Ressourcen und Belastungen der beratenen Personen, zu Handlungsbedarf, Weitervermittlung und Feedback sowie zum zeitlichen Aufwand pro Fall fest.

Die meisten Items waren als Single Choice gestaltet, teilweise waren jedoch auch Mehrfachantworten möglich. Antworten auf geschlossene Fragen wurden deskriptiv ausgewertet und in Diagrammen grafisch aufbereitet. Die Antworten auf offene Fragen wurden zusammengefasst und kategorisiert. Die Kategorisierung erfolgte unter Nutzung von Microsoft Copilot.

Ausgewählte Items wurden nach der Einrichtungsform (PVE/PVN oder Einzel-/Gruppenpraxis; pädiatrische PVE; PVE für nicht versicherte Personen) ausgewertet.

Im Zeitraum Februar 2023 bis Mai 2025 (bzw. Juni für letzte Nachbearbeitungen) wurden Daten von 1.233 Personen dokumentiert, wovon 1.055 ihr Einverständnis zur Weiterverwendung ihrer Daten erteilten. Dies entspricht 86 Prozent aller beratenen Personen.

## Ergebnisse

Drei Viertel der Fälle wurden durch Ärztinnen bzw. Ärzte an die Fachkraft mit Link-Working-Funktion vermittelt. Die dokumentierten Personen waren durchschnittlich 44 Jahre alt (Frauen:

46,3 Jahre; Männer: 38,5 Jahre) und überwiegend weiblich (63 %). Die häufigsten Schwerpunktzielgruppen waren Personen mit Mehrfachproblemen (40 %), Personen mit Migrationshintergrund (34 %) und alleinstehende Personen (28 %).

Bei der Bedarfserhebung wurden die eigene psychische und körperliche Gesundheit, die finanzielle Situation und die berufliche Lage am häufigsten als Belastung wahrgenommen. Als Resourcen wurden vor allem Wohnsituation, Navigationskompetenz und soziales Netz genannt. Der Veränderungswunsch bezog sich vorrangig auf die psychische Gesundheit, gefolgt von der körperlichen Gesundheit und der finanziellen Situation.

In 85 Prozent der Fälle fand eine Anbindung oder Weitervermittlung der beratenen Patientinnen und Patienten statt, pro Person an durchschnittlich 2 Angebote. Meist wurde an psychosoziale Beratungsstellen, Rechts- und Sozialberatung oder Bewegungsangebote weitervermittelt. 93 Prozent der Patientinnen und Patienten würden Social Prescribing (eher) weiterempfehlen. Verbesserungen zeigten sich insbesondere in Hinblick auf die psychische Gesundheit der Personen, die Link Working in Anspruch genommen haben.

Der durchschnittliche Gesamtaufwand für Beratung und Dokumentation lag bei 4,6 Stunden pro Patient:in und bei 3 Terminen.

## Schlussfolgerungen

Social Prescribing ist ein innovativer Ansatz zur Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit, insbesondere in der Primär- und pädiatrischen Versorgung. Es ermöglicht eine niederschwellige Unterstützung durch gezielte Beratung und Weitervermittlung an soziale Angebote. Die hohe Akzeptanz (93 % Weiterempfehlung) und dokumentierte Verbesserungen – etwa bei der psychischen Gesundheit und Gesundheitskompetenz – belegen die Wirksamkeit. Der Prozess umfasst neben der Beratung auch Netzwerkmanagement, Qualitätssicherung und Sensibilisierung medizinischer Fachkräfte.

Besonders wirksam zeigt sich Social Prescribing in drei Bereichen: dem Zugang über die Primärversorgung, der beziehungsorientierten Beratung durch Fachkräfte für Link Working und der Weitervermittlung zu regionalen Angeboten. Herausforderungen wie Sprachbarrieren und psychische Belastungen erfordern zusätzliche Maßnahmen wie Dolmetschdienste. Die Daten zeigen, dass vor allem vulnerable Gruppen erreicht werden – etwa nicht erwerbstätige oder allein lebende Personen. Für die Zukunft stellt sich die Frage, wie Bedarfe von Menschen frühzeitig erkannt werden können, bevor sie komplex werden, wie unterrepräsentierte Gruppen besser erreicht werden können und wie Social Prescribing im Gesundheitssystem strukturell verankert werden kann.

## Schlüsselwörter

Social Prescribing, Bedarfs- und Vermittlungsdoku, gesundheitliche Chancengerechtigkeit

# Summary

## Background

Social Prescribing connects patients with health-related psychosocial and emotional needs in primary care with regional services – particularly those outside the spectrum of medical, therapeutic, and nursing care – in a structured way in order to promote their health, well-being, and social inclusion. The process includes identifying these needs (raising awareness within the primary care team), network management, link workers` consultations referring patients to appropriate services, and quality assurance, including documentation of the link workers` consultations in the electronic Social Prescribing needs-and-referral-documentation tool.

This report summarizes the results of the Social Prescribing needs-and-referral-documentation for 1,055 documented patients as part of the funding call "Social Prescribing in der Primär- und pädiatrischen Versorgung 2023–2025" (Social Prescribing in Primary and Pediatric Care 2023–2025). The funding call was originally scheduled to run until July 2024, but near the end of the project period, it was extended by an additional 10 months until May 2025. Participation in the extension phase was optional. Of the 15 primary care providers initially involved, 10 also took part in the extension phase. The documentation therefore covers data from February 2023 to May 2025 (June for final edits).

## Method

The Social Prescribing needs-and-referral-documentation is used during link workers` consultations and is completed by the link workers. It records data on sociodemographic characteristics, individual resources and stressors, identified needs for action, referrals, feedback, and the time required per case.

Most items were designed as single choice, but in some cases multiple answers were also possible. Closed-ended responses were analyzed descriptively and presented using charts. Open-ended responses were compiled and categorized, with categorization supported by the use of Microsoft Copilot.

Selected items were analyzed based on the type of facility (e. g. general medical primary care facility; pediatric primary care facilities; primary care units for uninsured individuals).

Between February 2023 and May 2025 (June for final edits), data from 1,233 individuals were documented, of whom 1,055 (86 %) provided consent for further use of their data.

## Results

Three quarters of the cases were referred to the link workers by physicians. The documented individuals were on average 44 years old (women: 46.3 years; men: 38.5 years) and predominantly female (63 %). The most common target groups were people with multiple problems (40 %), those with a migration background (34 %), and single individuals (28 %).

When assessing needs, the most frequently perceived burdens were mental and physical health, financial situation, and employment status. The main resources identified were housing situation, navigation skills, and social networks. The primary desired change most often related to mental health, followed by physical health and financial situation.

In 85 percent of the consultations, patients were connected to or referred to further services – on average to two services per person. Most referrals were made to psychosocial counseling centers, legal and social counseling, or physical activity programs. 93 percent of patients would (likely) recommend social prescribing. Improvements were particularly evident in the mental health of those who used link workers` services.

The average total time spent on counseling and documentation was 4.6 hours per patient, across three appointments.

## Conclusion

Social prescribing is an innovative approach to promoting health equity, particularly in primary and pediatric care. It enables low-threshold support through targeted counseling and referrals to social services. The high level of acceptance (93 % would recommend it) and documented improvements – especially in mental health and health literacy – demonstrate its effectiveness. The process includes not only counseling but also network management, quality assurance, and the sensitization of medical professionals.

Social Prescribing has proven particularly effective in three areas: access through primary care, relationship-based counseling by link workers, and referrals to regional services. Challenges such as language barriers and psychological stress require additional measures, such as interpretation services. The data show that especially vulnerable groups are being reached – such as individuals who are unemployed or living alone. The Austrian implementation currently shows a strong connection to social work. Looking ahead, key questions include how to identify people's needs at an early stage before they become complex, how to better reach underrepresented groups, and how to structurally embed social prescribing within the healthcare system.

## Keywords

Social Prescribing, SP-needs-and-referral-documentation, health equity

# Inhalt

Kurzfassung .....	III
Summary.....	V
Abbildungen .....	VIII
Abkürzungen.....	X
1 Einleitung .....	1
2 Methodik .....	4
3 Ergebnisse.....	6
3.1 Einstieg in die Beratung.....	6
3.1.1 Zustimmung zur Datenspeicherung .....	7
3.1.2 Kontaktaufnahme .....	7
3.1.3 Profession der vermittelnden/zuweisenden Person.....	8
3.2 Angaben zur Person .....	9
3.2.1 Geschlecht und Alter.....	9
3.2.2 Wohnsituation .....	11
3.2.3 Berufliche Situation.....	12
3.2.4 (Schul-)Bildung .....	14
3.2.5 Schwerpunktzielgruppe .....	15
3.2.6 Diagnosen.....	17
3.3 Ressourcen und Belastungen .....	18
3.3.1 Weitere Ressourcen.....	21
3.3.2 Weitere Belastungen.....	23
3.4 Handlungsbedarf.....	25
3.5 Weitervermittlung .....	27
3.5.1 Formen der Konsultation.....	27
3.5.2 Anbindung oder Weitervermittlung .....	28
3.5.3 Keine Weitervermittlung.....	28
3.5.4 Weitervermittelte Aktivität.....	30
3.5.5 Begleitung zu Angeboten .....	32
3.5.6 Förderliche und hinderliche Faktoren .....	33
3.6 Zwischenbilanz/Vermittlungsabschluss.....	35
3.6.1 Reflexionsgespräch und Gründe für ein Nichtstattfinden.....	35
3.6.2 Änderungen durch Social Prescribing .....	38
3.6.3 Anzahl der Termine und Gesamtaufwand .....	41
3.6.4 Weiterempfehlung .....	42
4 Zusammenfassung der Ergebnisse .....	43
5 Limitationen .....	45
6 Schlussfolgerungen.....	47
Literatur.....	50
Anhang: Bedarfs- und Vermittlungsdoku.....	51

# Abbildungen

Abbildung 1: Social-Prescribing-Prozess.....	2
Abbildung 2: Offene und abgeschlossene Falldokumentationen .....	6
Abbildung 3: Zustimmung zur Datenspeicherung.....	7
Abbildung 4: Vermittlung an die Fachkraft mit LWF.....	8
Abbildung 5: Profession der vermittelnden/zuweisenden Person .....	9
Abbildung 6: Geschlecht .....	10
Abbildung 7: Personen, die LW in Anspruch genommen haben, nach Geschlecht und Altersgruppen .....	11
Abbildung 8: Wohnsituation.....	12
Abbildung 9: Berufliche Situation.....	13
Abbildung 10: Gründe für Erwerbslosigkeit.....	14
Abbildung 11: Höchste abgeschlossene (Schul-)Bildung .....	15
Abbildung 12: Zugehörigkeit zu ausgewählten Schwerpunktzielgruppen.....	16
Abbildung 13: Allgemeinmedizinische Primärversorgung: Ressourcen und Belastungen aus Sicht der Person, die LW in Anspruch nimmt .....	19
Abbildung 14: Pädiatrische Primärversorgung: Ressourcen und Belastungen aus Sicht der Person, die LW in Anspruch nimmt .....	20
Abbildung 15: Primärversorgung für nicht versicherte Personen: Ressourcen und Belastungen aus Sicht der Person, die LW in Anspruch nimmt.....	21
Abbildung 16: Weitere Ressourcen nach Einrichtungsform .....	23
Abbildung 17: Weitere Belastungen nach Einrichtungsform.....	24
Abbildung 18: Vorrangiger Veränderungswunsch der Personen, die LW in Anspruch genommen haben, nach Einrichtungsform .....	26
Abbildung 19: Form der LW-Konsultation .....	28
Abbildung 20: Anbindung (innerhalb der Einrichtung) oder Weitervermittlung im Sinne von SP .....	28
Abbildung 21: Gründe für keine Weitervermittlung im Sinne von SP .....	29
Abbildung 22: Angebote, an die im Sinne von SP weitervermittelt wurde, nach Einrichtungsform.....	32
Abbildung 23: Begleitung zum weitervermittelten Angebot.....	33
Abbildung 24: Förderliche Faktoren bei der Weitervermittlung .....	34
Abbildung 25: Hinderliche Faktoren bei der Weitervermittlung.....	35

Abbildung 26: Erfolgtes Reflexionsgespräch der Person, die LW in Anspruch nimmt, nach Einrichtungsform.....	36
Abbildung 27: Gründe für Nichtstattfinden eines Reflexionsgesprächs nach Einrichtungsform.....	37
Abbildung 28: Allgemeinmedizinische Primärversorgung: Bereiche, in welchen sich im Rahmen von SP Änderungen zeigten (Einschätzung der Person, die LW in Anspruch nimmt) .....	39
Abbildung 29: Pädiatrische Primärversorgung: Bereiche, in welchen sich im Rahmen von SP Änderungen zeigten (Einschätzung der Person, die LW in Anspruch nimmt) .....	40
Abbildung 30: Primärversorgung für nicht versicherte Personen: Bereiche, in welchen sich im Rahmen von SP Änderungen zeigten (Einschätzung der Person, die LW in Anspruch nimmt) .....	41
Abbildung 31: Anzahl der Termine mit der Person, die LW in Anspruch genommen hat (abgeschlossene Fälle) .....	42
Abbildung 32: „Würden Sie Social Prescribing weiterempfehlen?“ (abgeschlossene Fälle) .....	42

## Tabellen

Tabelle 1: Teilnehmende Einrichtungen.....	3
--	---

# Abkürzungen

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung
Anm.	Anmerkung
BMASGPK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
LW	Link Working
LWF	Link-Working-Funktion
n	Anzahl der betrachteten Fälle
Pat.	Patientinnen und Patienten
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PVE	Primärversorgungseinheit
PVN	Primärversorgungsnetzwerk
SP	Social Prescribing

# 1 Einleitung

Gesundheit wird von vielen Faktoren bestimmt. Etwa jede fünfte Person sucht die Primärversorgung aufgrund von Gesundheitsanliegen auf, die einen nicht vorrangig medizinischen Ursprung haben (vgl. dazu auch Polley et al. 2017).

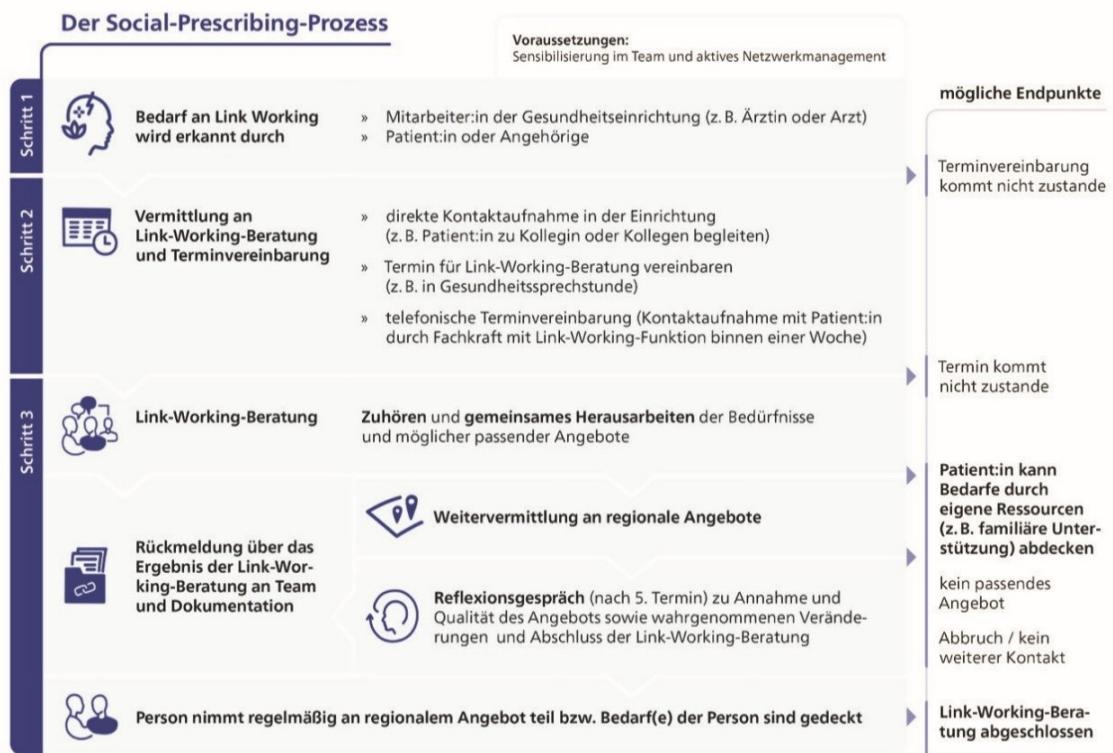
Social Prescribing gilt als innovativer Ansatz, um gesundheitsrelevante psychosoziale und emotionale Anliegen in der medizinischen Primärversorgung systematisch zu adressieren. Social Prescribing bietet einen strukturierten Prozess, um Personen mit gesundheitsbezogenen psychosozialen und emotionalen Bedürfnissen zu erkennen und sie insbesondere mit Unterstützungsangeboten außerhalb des medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Bereichs zu vernetzen (Rojatz et al. 2023).

In Österreich ist Social Prescribing in der Primärversorgung verankert, da diese häufig die erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen ist. Das Konzept basiert auf vier Kernelementen:

- der Sensibilisierung des Primärversorgungsteams für psychosoziale und emotionale Themen, dem Link Working, bei dem gemeinsam mit Patientinnen und Patienten ein Handlungsplan entwickelt wird,
- dem Netzwerkmanagement zur gezielten Weitervermittlung an Angebote im kommunalensozialen Bereich und
- der Qualitätssicherung durch Dokumentation, Schulung, Supervision und Evaluation (Rojatz et al. 2025).

Abbildung 1 zeigt den Social-Prescribing-Prozess mit den einzelnen Prozessschritten und möglichen Endpunkten im Überblick.

Abbildung 1: Social-Prescribing-Prozess



Quelle: Rojatz et al. (2025)

Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMAS-GPK) stellte im Rahmen von „Gesundheitsförderung 21+“ und in weiterer Folge im Rahmen der „Agenda Gesundheitsförderung“ finanzielle Mittel zur Verfügung, um in Einrichtungen der allgemeinmedizinischen Primärversorgung Erfahrungen mit der Umsetzung von Social Prescribing in Österreich zu sammeln. Nach zwei Fördercalls zum Auf- und Ausbau von Social Prescribing in den Jahren 2021 und 2022 wurde im Februar 2023 die Umsetzung eines dritten Fördercalls „Social Prescribing in der Primär- und pädiatrischen Versorgung 2023–2025“ gestartet. Ursprünglich bis Juli 2024 geplant, wurde gegen Ende der Projektlaufzeit die Förderperiode um weitere 10 Monate bis Mai 2025 verlängert. An dieser Verlängerung konnten die Einrichtungen optional teilnehmen. Von den zu Beginn 15 teilnehmenden Primärversorgern – darunter waren allgemeinmedizinische und pädiatrische Einzel- und Gruppenpraxen, PVE und Einrichtungen für nicht versicherte Personen (siehe Tabelle 1) – nahmen 10 auch an der Verlängerung teil.

Tabelle 1: Teilnehmende Einrichtungen

Bundesland	Name der Einrichtung
Niederösterreich	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PVN Melker Alpenvorland</li> <li>• PVZ Purgstall Auer &amp; Partner Allgemeinmedizin GmbH</li> <li>• PVZ St. Pölten</li> </ul>
Oberösterreich	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Hausärzte Ennser Allgemeinmediziner Dres. Eichner, Hockl, Maschek, Pfaller, Prey, Rinnerberger Sonne-Schneiderbauer und Winkler GmbH (bis Juli 2024)</li> <li>• Gesundheitspark Ried</li> <li>• Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin Dr. Elmar Tockner &amp; Dr. Bernhard Koizar OG (bis Juli 2024)</li> <li>• PVN Neuzeug-Sierning</li> </ul>
Salzburg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheitszentrum Saalfelden (bis Juli 2024)</li> <li>• Ordination Dr. Richard Barta – Arzt für Allgemeinmedizin bzw. Gesundheitszentrum Itzling</li> </ul>
Steiermark	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allgemeinmedizinische Praxis Dr. Rosa Maria Ernst</li> </ul>
Wien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dr. Regina EWALD &amp; Partner, Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin OG, Primärversorgung Donaustadt - Primary Health Care (bis Juli 2024)</li> <li>• Kinder und Jugendgesundheit Leuchtturm</li> <li>• Kinderordination Alsergrund</li> <li>• neunerhaus Gesundheitszentrum</li> <li>• PVE Sonnwendviertel Cichocki-Gomez Pellin-Huter Allgemeinmediziner GmbH</li> </ul>

Quelle: GÖG

Fördernehmer:innen des Fördercalls waren verpflichtet, die von ihnen als Link-Working-Fälle eingestuften Patientinnen und Patienten in der Dokumentation zu erfassen.

Bereits mit dem ersten Fördercall 2021 wurde als Element der Qualitätssicherung eine Social-Prescribing-Bedarfs- und Vermittlungsdoku entwickelt und seither weiterentwickelt, um Bedarfe und Vermittlungsprozesse sichtbar zu machen und zu belegen. Eine Erweiterung für den aktuellen Fördercall bestand u. a. in der Ergänzung von Fragen für pädiatrische Einrichtungen, die zum ersten Mal an einem Social-Prescribing-Fördercall teilnehmen konnten. Auswertungsberichte liegen auch zu den vorangegangenen Fördercalls vor<sup>1</sup>. Aufgrund der wesentlich höheren Fallzahl des letzten Fördercalls im Vergleich zu den beiden anderen und der daraus resultierenden tiefen und differenzierteren Analyse der Daten sowie der Weiterentwicklung der Doku wurde von einem Vergleich abgesehen. Der vorliegende Bericht präsentiert die Auswertung der Bedarfs- und Vermittlungsdoku aus dem Fördercall „Social Prescribing in der Primär- und pädiatrischen Versorgung 2023–2025“. Die Doku umfasst daher Daten von 1.055 beratenen Patientinnen und Patienten im Zeitraum Februar 2023 bis Mai 2025 (bzw. zum Stichtag 30. Juni für letzte Nachbearbeitungen).

<sup>1</sup> Fördercall 2021: [https://jasmin.goeg.at/id/eprint/2227/1/Auswertungsbericht\\_fin\\_bff.pdf](https://jasmin.goeg.at/id/eprint/2227/1/Auswertungsbericht_fin_bff.pdf) [Zugriff am 29.07.2025]  
Fördercall 2022: [https://jasmin.goeg.at/id/eprint/2843/1/Auswertung%20Doku%202022\\_bf.pdf](https://jasmin.goeg.at/id/eprint/2843/1/Auswertung%20Doku%202022_bf.pdf) [Zugriff am 29.07.2025]

## 2 Methodik

Die Social-Prescribing-Bedarfs- und Vermittlungsdoku ist ein Onlinedokumentationstool, welches speziell für dieses Projekt entwickelt wurde. Die zu dokumentierenden Inhalte wurden vom Projektteam erstmals im Frühjahr 2021 in mehreren Feedbackschleifen definiert und aufbauend auf den Erfahrungen und Rückmeldungen der Umsetzenden aus den Fördercalls 2021 und 2022 weiterentwickelt.

Die Fördernehmer:innen verpflichteten sich, im Rahmen des Fördercalls „Social Prescribing in der Primär- und pädiatrischen Versorgung 2023–2025“ alle Link-Working-Beratungen in der Bedarfs- und Vermittlungsdoku zu dokumentieren. Dokumentiert wurde durch die Fachkraft mit LWF. Ins- gesamt besteht die aktuelle Bedarfs- und Vermittlungsdoku aus 27 Items, welche sich in folgende sechs Themenblöcke gliedern:

- Einstieg
- Angaben zur Person
- Ressourcen und Belastungen der Person, die Link Working in Anspruch nimmt
- Handlungsbedarf
- Weitervermittlung
- Zwischenbilanz/Vermittlungsabschluss

Manche Items sind als Pflichtangaben gekennzeichnet, andere sind optional. Bezuglich der Antwortmöglichkeiten gibt es sowohl Single-Choice-Items als auch Items, die Mehrfachantworten zulassen. Dies ist bei der jeweiligen Abbildung angegeben. Zur Erhebung der Ressourcen und Belastungen sowie zur Bewertung von Veränderungen durch Social Prescribing kam eine Likert- Skala als Messinstrument zum Einsatz. Weiters besteht die Doku aus offenen und abgeschlosse- nen Fällen, da es bis zum Stichtag noch laufende LW-Beratungen gab. Bei einem abgeschlosse- nen Fall wurden – anders als bei den offenen Fällen – alle Pflichtangaben gemacht und keine Items offen gelassen.

Einleitend findet sich in der Bedarfs- und Vermittlungsdoku die Filterfrage, ob es sich bei der Person, die LW in Anspruch nimmt, um eine Person unter 14 Jahren (= unmündige minderjährige Person) handelt. Handelt es sich um ein unmündiges Kind, werden ausgewählte Items gefiltert und nicht angezeigt (Wohnsituation, berufliche Situation). Außerdem wird zusätzlich erhoben: Von wem stammt die Aussage zum Handlungs- und Unterstützungsbedarf? Wer war(en) Ge- sprächspartner:in(nen) bei der Weitervermittlung? Wer war(en) Gesprächspartner:in(nen) beim Reflexionsgespräch? Aufgrund von Inkonsistenzen in der Dokumentation wurden die Items im vorliegenden Ergebnisbericht nicht dargestellt.

Im Förderzeitraum konnten in den insgesamt 15 Einrichtungen<sup>2</sup> 1.233 Personen erreicht werden, wobei 1.055 (= 86 %) davon der weiteren Datenspeicherung ausdrücklich zustimmten. Fälle ohne Zustimmung wurden in der Auswertung nicht berücksichtigt. Antworten auf geschlossene Fragen wurden deskriptiv ausgewertet und in Diagrammen grafisch aufbereitet. Die Antworten auf of- fene Fragen wurden zusammengefasst und kategorisiert. Im Rahmen dessen wurde Co-Pilot punktuell als unterstützendes Werkzeug eingesetzt, beispielsweise zur Generierung geeigneter

---

<sup>2</sup> bzw. in der Förderverlängerung ab August 2024 10 der ursprünglich 15 Einrichtungen

Kategorienamen. Die endgültige Kategorisierung erfolgte jedoch eigenständig und unabhängig durch die Autorinnen. Lediglich bei den offenen Angaben zur Schwerpunktzielgruppe (Kapitel 3.2.5) wurden die von Co-Pilot generierten Ergebnisse einschließlich der Häufigkeitsverteilungen zu einem großen Teil übernommen. Diese wurden jedoch einer sorgfältigen Prüfung unterzogen – sowohl hinsichtlich der Fallzahlen als auch im Hinblick auf inhaltliche Plausibilität – und anschließend reflektiert sowie gegebenenfalls überarbeitet

Bei den pädiatrischen Einrichtungen bzw. in Fällen, bei denen Babys, Kleinkinder oder Kinder an der LW-Beratung teilgenommen haben, beziehen sich die Auswertungen immer auf das gesamte Familiensystem, da es nicht möglich war, bei der Dokumentation eine klare Trennung zwischen minderjähriger Person und Elternteil zu ziehen.

13 PVE/PVN bzw. Einzel-/Gruppenpraxen, 2 pädiatrische Einrichtungen und eine Einrichtung für nicht versicherte Personen nutzten die Bedarfs- und Vermittlungsdoku zur Dokumentation der Beratungsdaten. Aufgrund ihrer Unterschiedlichkeit wurde bei der Auswertung und Ergebnisdarstellung an für das Auswertungsteam sinnvollen Stellen zwischen diesen Einrichtungsformen differenziert.

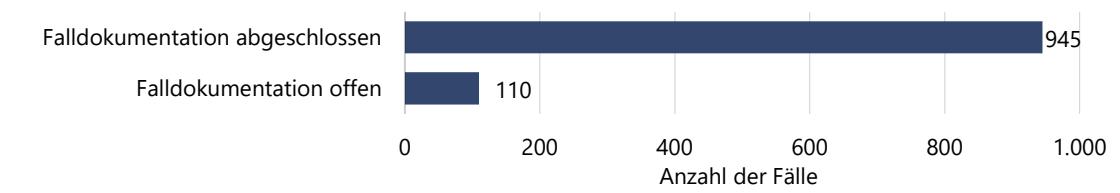
### 3 Ergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse entlang der sechs Themenblöcke der Bedarfs- und Vermittlungsdoku präsentiert:

- Einstieg
- Angaben zur Person
- Ressourcen und Belastungen der Person, die Link Working in Anspruch nimmt
- Handlungsbedarf
- Weitervermittlung
- Zwischenbilanz/Vermittlungsabschluss

Wie in Abbildung 2 ersichtlich, besteht die Doku aus offenen und abgeschlossenen Fällen<sup>3</sup>, da bis zum 30. Mai 2025 (bzw. 30. Juni für letzte Nachbearbeitungen) nicht alle Fälle abgeschlossen waren. Hierbei handelt es sich um einen geringen Anteil (11,6 %), daher wird im folgenden Bericht, abgesehen von Kapitel 3.6.3 (Anzahl der Termine und Gesamtaufwand), nicht zwischen offenen und abgeschlossenen Fällen unterschieden, und es werden die Daten als Ganzes einbezogen, sofern eine Zustimmung zur Datenverarbeitung vorliegt.

Abbildung 2: Offene und abgeschlossene Falldokumentationen



n = 1.055

Quelle und Darstellung: Bedarfs- und Vermittlungsdoku 2023–2025, GÖG (Stand: 30.06.2025)

#### 3.1 Einstieg in die Beratung

„Einstieg“ stellt den ersten von insgesamt sechs Themenblöcken der Bedarfs- und Vermittlungsdoku dar. In einem ersten Schritt erfolgt hier eine Aufklärung in puncto Datenspeicherung und -sicherung inklusive der Angaben, dass und wann der bzw. die Patient:in seine bzw. ihre Zustimmung erteilte<sup>4</sup>, sowie der Frage, ob es sich bei der Person um eine:n unmündige:n Minderjährige:n (unter 14 Jahre alt) handelte (aufgrund von Inkonsistenzen in der Dokumentation wird auf diesen Punkt jedoch nicht näher eingegangen). Nach diesem Punkt folgen Angaben zur Kontaktaufnahme.

<sup>3</sup> Weitervermittlung/Anbindung hat stattgefunden ODER Person hat selbst erklärt, dass die Unterstützung im Sinne von SP für Erste abgeschlossen ist ODER Person hat sich nicht mehr gemeldet.

<sup>4</sup> Fälle ohne Zustimmung zur Datennutzung wurden von sämtlichen Auswertungen ausgeschlossen (n = 178).

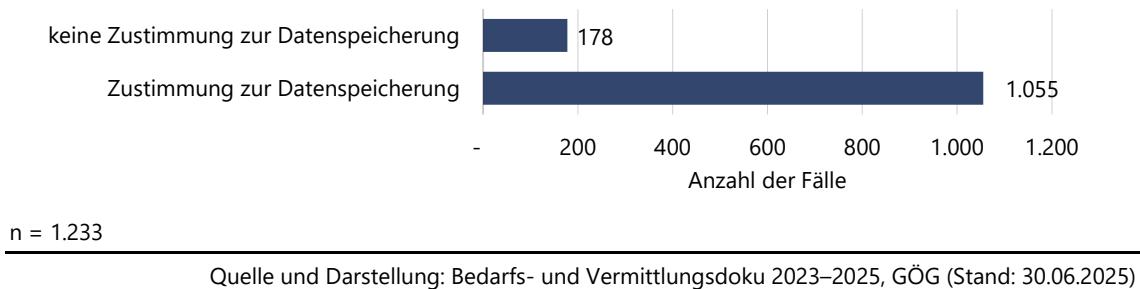
### 3.1.1 Zustimmung zur Datenspeicherung

Das Item zur Datenspeicherung ist ein Pflichtfeld. Es muss im ersten Schritt mit ja oder nein beantwortet und in einem zweiten Schritt mit dem Datum der Zustimmung dokumentiert werden.

Von insgesamt 1.233 dokumentierten Personen haben 1.062 ihre Zustimmung zur Datenspeicherung erteilt (siehe Abbildung 3). Bei 7 dieser 1.062 Fälle liegt das Datum der Zustimmung allerdings vor Projektbeginn, daher mussten auch diese 7 Fälle von der Dokumentation ausgeschlossen werden.

Daraus resultiert eine **Gesamtanzahl von 1.055 Fällen** (offen und abgeschlossen), 86 Prozent aller Fälle haben also der Datenspeicherung zugestimmt.

Abbildung 3: Zustimmung zur Datenspeicherung



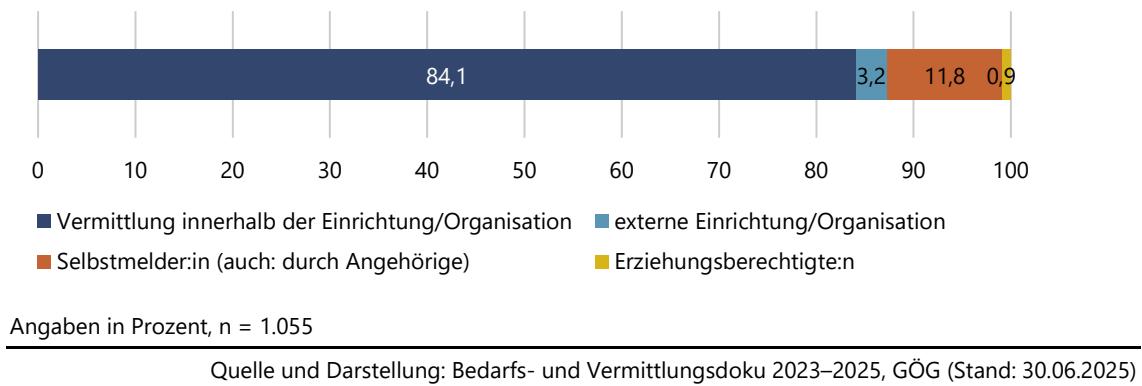
### 3.1.2 Kontaktaufnahme

Es wurde erhoben, durch wen die Kontaktaufnahme mit der Person mit LWF erfolgte:

- Vermittlung innerhalb der Einrichtung/Organisation
- externe Einrichtung/Organisation
- Selbstmelder:in (auch: Angehörige)
- Erziehungsberechtigte:

Die Auswertung in Abbildung 4 zeigt, dass die Kontaktaufnahme größtenteils via Vermittlung innerhalb der Einrichtung/Organisation erfolgte (84,6 %). Durch eine externe Einrichtung wurde insgesamt 34-mal vermittelt (3,2 %), 125 Personen (11,8 %) haben sich selbst gemeldet oder wurden durch Angehörige vermittelt und bei 9 Personen (0,9 %) hat eine bzw. ein Erziehungsberechtigte:r an die Fachkraft mit LWF vermittelt.

Abbildung 4: Vermittlung an die Fachkraft mit LWF



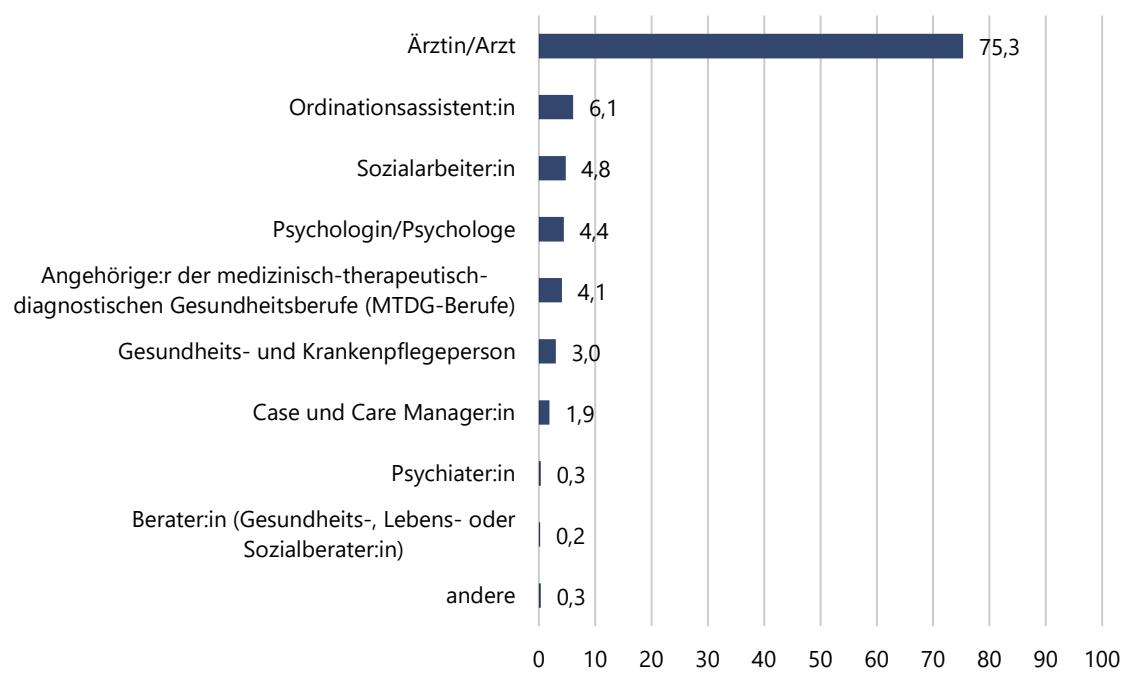
### 3.1.3 Profession der vermittelnden/zuweisenden Person

Erfolgte die Vermittlung innerhalb der Einrichtung oder durch eine externe Einrichtung, wurde in einem zweiten Schritt festgehalten, welcher Profession die vermittelnde Person zugehörte. Wie bereits in den beiden vorherigen Fördercalls erfolgte die Vermittlung vorwiegend durch eine Ärztin bzw. einen Arzt (73,1 %), gefolgt von der Ordinationsassistenz (5,9 %) und der Sozialarbeit (4,6 %). Eine Vermittlung durch Hebammen hat nicht stattgefunden (siehe Abbildung 5).

Das Feld „andere“ wurde drei Mal genutzt und beinhaltet zwei Anmerkungen, die sich auf die Vermittlung durch eine externe Einrichtung/Organisation beziehen und wie folgt lauten:

- über Teilnahme an den Social-Prescribing-Angeboten „Tanzen ab der Lebensmitte“ und „Bewegungstreff“
- Kontaktherstellung durch Kooperationsangebot (EKIZ-Babylreff im Gesundheitszentrum)

Abbildung 5: Profession der vermittelnden/zuweisenden Person



Angaben in Prozent, n = 903

Quelle und Darstellung: Bedarfs- und Vermittlungsdoku 2023–2025, GÖG (Stand: 30.06.2025)

## 3.2 Angaben zur Person

In diesem Abschnitt folgen Angaben zu den soziodemografischen Merkmalen der Personen, die Link Working in Anspruch nahmen, und dazu, welcher Schwerpunktzielgruppe die Personen angehörten.

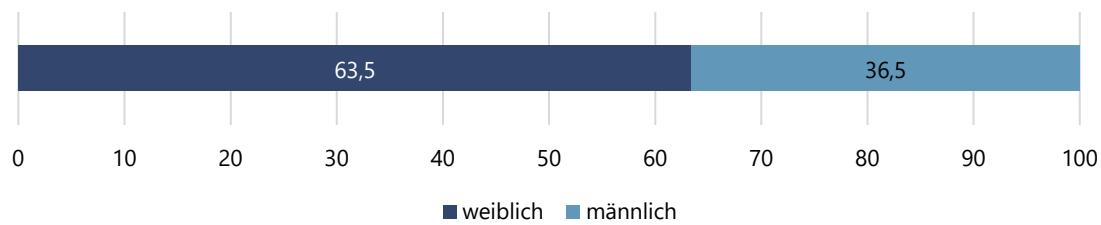
### 3.2.1 Geschlecht und Alter

Das Geschlecht wird wie folgt erhoben:

- männlich
- weiblich
- divers
- inter
- offen
- keine Angabe

Von insgesamt 1.048 Angaben bezüglich des Geschlechts waren 664 Personen weiblich (63,2 %) und 380 Personen (36,2 %) männlich. Weniger als 5 Personen ordneten sich der Kategorie „divers“, „inter“ oder „offen“ zu (siehe Abbildung 6).

Abbildung 6: Geschlecht



Angaben in Prozent, n = 1.048

Da sich weniger als 5 Personen der Kategorie „divers, inter, offen“ zuordneten, kam aufgrund der statistischen Geheimhaltung eine Imputationsregel zur Anwendung: Personen mit geradem Geburtsjahr wurden der Gruppe der Männer, jene mit ungeradem Geburtsjahr der Gruppe der Frauen zugewiesen.

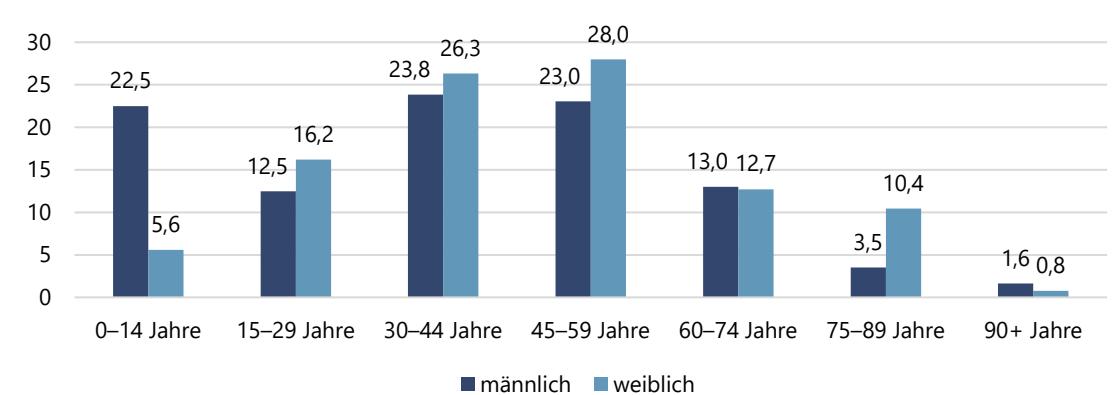
Quelle und Darstellung: Bedarfs- und Vermittlungsdoku 2023–2025, GÖG (Stand: 30.06.2025)

Das Alter der Teilnehmenden wurde anhand des Geburtsjahrs erhoben, wobei das Alter aus der Differenz zwischen „Geburtsjahr“ und „Datum der Zustimmung zur Datenspeicherung“ errechnet wurde.

Eine auswertbare Dokumentation des Alters gibt es zu 1.031 Fällen. Zu 11 Personen gibt es keine Angabe, bei weiteren 11 Personen wurde eine inkorrekte Angabe gemacht und bei 2 Personen konnte das Alter aufgrund des fehlenden Bezugsdatums (= Datum der Datenspeicherungszustimmung) nicht berechnet werden.

Der Altersdurchschnitt lag bei Frauen bei 46,3 Jahren und bei Männern bei 38,5 Jahren. Das Durchschnittsalter gesamt betrug 43,4 Jahre. Auffällig ist, dass Frauen zwar in fast allen Altersgruppen häufiger vertreten waren (mit Ausnahme der Altersgruppe 90+, in der 6 Männer und 5 Frauen dokumentiert wurden), dass sich aber in der Altersgruppe der 0- bis 14-Jährigen ein klar inverses Bild zeigt: Hier wurden deutlich mehr Burschen (n = 83) als Mädchen (n = 36) von einer Fachkraft mit LWF betreut (siehe Abbildung 7).

Abbildung 7: Personen, die LW in Anspruch genommen haben, nach Geschlecht und Altersgruppen



Angaben in Prozent,

weiblich: n = 658

männlich: n = 368

Da sich weniger als 5 Personen der Kategorie „divers, inter, offen“ zuordneten, kam aufgrund der statistischen Geheimhaltung eine Imputationsregel zur Anwendung: Personen mit geradem Geburtsjahr wurden der Gruppe der Männer, jene mit ungeradem Geburtsjahr der Gruppe der Frauen zugewiesen.

Quelle und Darstellung: Bedarfs- und Vermittlungsdoku 2023–2025, GÖG (Stand: 30.06.2025)

### 3.2.2 Wohnsituation

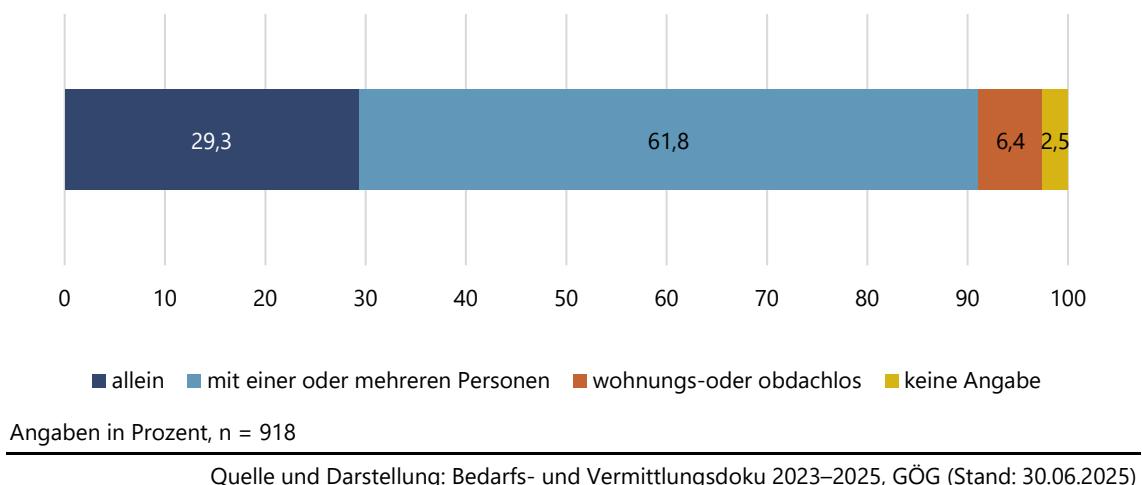
In der Bedarfs- und Vermittlungsdoku wurden Informationen zur Wohnsituation wie folgt erhoben:

- wohnt allein
- wohnt mit einer oder mehreren Personen zusammen
- ist wohnungs- oder obdachlos
- keine Angabe

Wurde zu Beginn der Dokumentation angegeben, dass die Person unter 14 Jahre alt ist, erscheint dieses Dokumentationsfeld nicht.

Zu insgesamt 918 Fällen liegen hier Daten vor, wobei 23 davon „keine Angabe“ gemacht haben. Wie in Abbildung 8 ersichtlich, wohnen die meisten beratenen Personen mit einer oder mehreren Personen zusammen (61,8 %). Weniger als ein Drittel (29,3 %) lebt allein und 6,4 Prozent sind wohnungs- oder obdachlos. Von diesen 6,4 Prozent bzw. 59 Fällen sind nur 3 Fälle aus unterschiedlichen PVE, der Großteil kommt aus der am Fördercall teilnehmenden Einrichtung für nicht versicherte Menschen.

Abbildung 8: Wohnsituation



### 3.2.3 Berufliche Situation

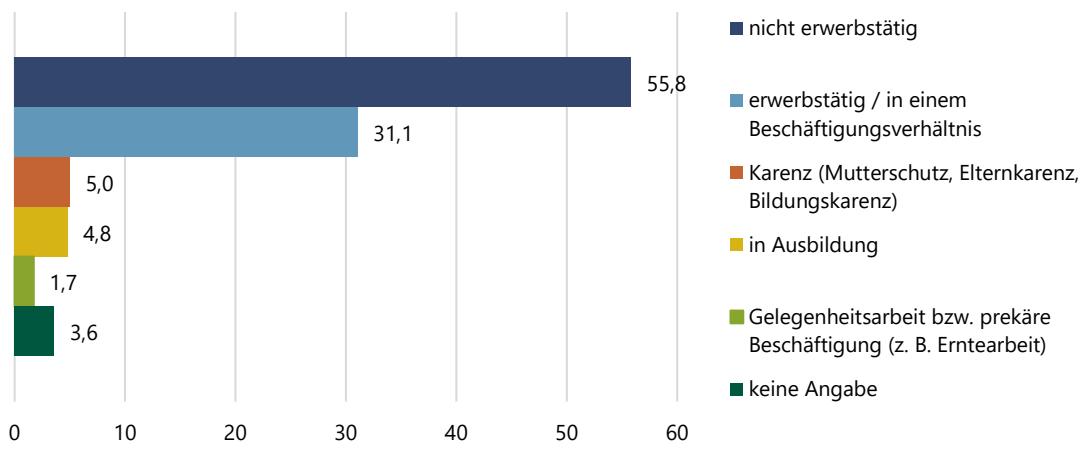
Die berufliche Situation der Personen, die LW in Anspruch genommen haben, wird mit folgenden Auswahlmöglichkeiten dokumentiert, wobei hier auch Mehrfachangaben möglich sind:

- erwerbstätig / in einem Beschäftigungsverhältnis
- in Ausbildung
- Karenz (Mutterschutz, Elternkarenz, Bildungskarenz)
- Gelegenheitsarbeit bzw. prekäre Beschäftigung (z. B. Erntearbeit)
- nicht erwerbstätig
- keine Angabe

Wurde zu Beginn der Dokumentation angegeben, dass die Person unter 14 Jahre alt ist, erscheint dieses Dokumentationsfeld nicht.

Bei 917 Fällen wurde mindestens eine der Auswahlmöglichkeiten dokumentiert. Insgesamt gibt es 936 Angaben zur beruflichen Situation. Wie in Abbildung 9 ersichtlich, waren mehr als die Hälfte aller beratenen Personen nicht erwerbstätig (55,8 %) und fast ein Drittel erwerbstätig. Jeweils 5 Prozent waren in Ausbildung oder in Karenz und 1,7 Prozent hatten eine Gelegenheitsarbeit bzw. ein prekäres Beschäftigungsverhältnis.

Abbildung 9: Berufliche Situation



Angaben in Prozent, n = 917, Mehrfachantworten möglich

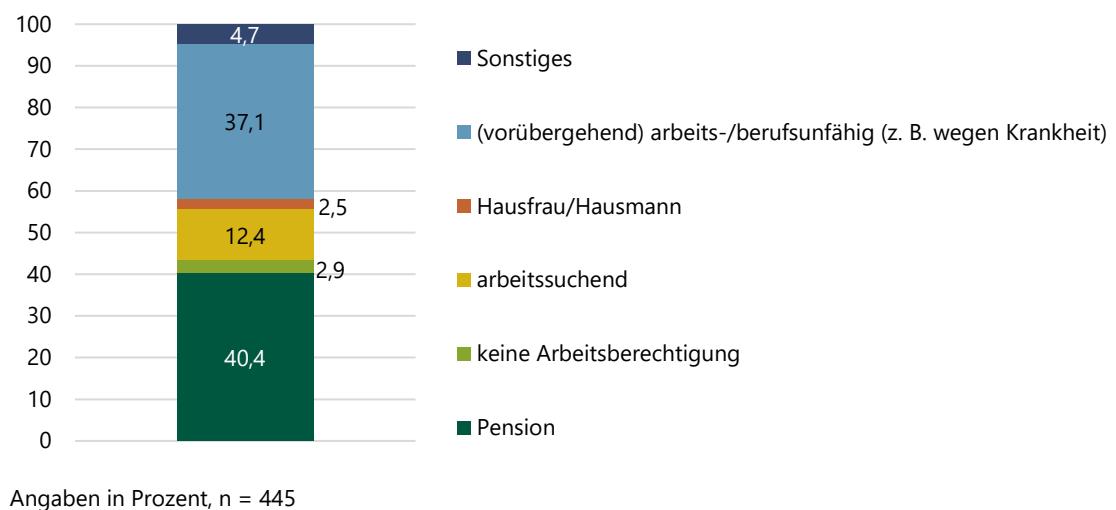
Quelle und Darstellung: Bedarfs- und Vermittlungsdoku 2023–2025, GÖG (Stand: 30.06.2025)

Bei „nicht erwerbstätig“ konnte in einem zweiten Schritt angegeben werden, warum keine Erwerbstätigkeit vorliegt. Zu 445 der 512 Fälle nicht Erwerbstätiger gibt es zusätzliche Informationen, warum die Person nicht erwerbstätig war (siehe Abbildung 10).

Der häufigste Grund war mit rund 40 Prozent „Pension“, die zweithäufigste Angabe war „(vorübergehend) arbeits-/berufsunfähig (z. B. wegen Krankheit)“ und 12,4 Prozent gaben „arbeitssuchend“ an. Den geringsten Anteil machten „keine Arbeitsberechtigung“ mit 2,9 Prozent sowie „Hausfrau/Hausmann“ mit 2,5 Prozent aus. 20 der 21 Angaben in der Rubrik „Sonstiges“ wurden mit offenen Antworten spezifiziert, welche nachfolgend mit Beispielen in zusammengefassten Kategorien dargestellt werden:

- Arbeitslosigkeit und Ausbildung: z. B. Pensionsantrag abgelehnt, dzt. in AMS-Schulung, Kündigung und 05/24
- familiäre Betreuungspflichten: z. B. Kind mit Behinderung, Pflege der Eltern
- psychische und gesundheitliche Probleme: z. B. psychische Erkrankung, Behinderung
- rechtliche und aufenthaltsbezogene Probleme: z.B. kein Aufenthaltstitel, keine Arbeitserlaubnis

Abbildung 10: Gründe für Erwerbslosigkeit



Quelle und Darstellung: Bedarfs- und Vermittlungsdoku 2023–2025, GÖG (Stand: 30.06.2025)

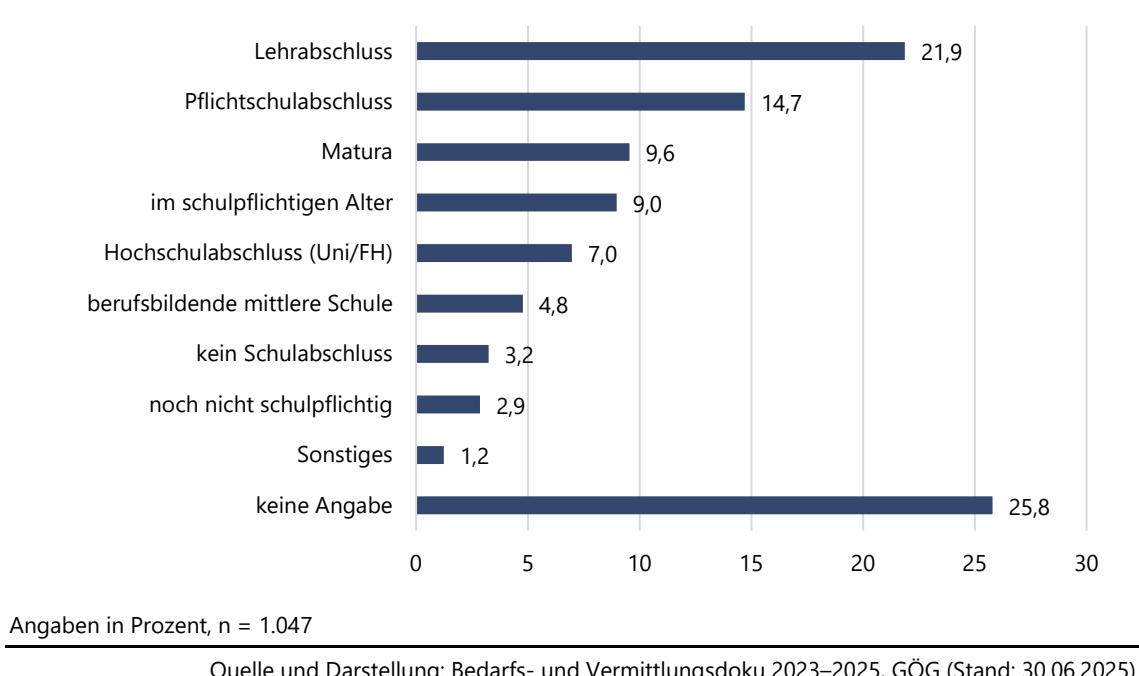
### 3.2.4 (Schul-)Bildung

Dokumentiert wurde ferner auch die höchste formal abgeschlossene (Schul-)Bildung der Person.

Die Daten der insgesamt 1.047 dokumentierten Fälle zeigen, dass der Lehrabschluss die am häufigsten genannte abgeschlossene (Schul-)Bildung ist (21,9 %). 14,7 Prozent der Personen hatten einen Pflichtschulabschluss und 9,6 Prozent eine Matura. 9 Prozent der Personen waren im schulpflichtigen Alter und knapp 3 Prozent waren zum Zeitpunkt der Erhebung noch nicht schulpflichtig (siehe Abbildung 11).

Die insgesamt 13 offenen Angaben unter „Sonstiges“ beinhalten folgende Aussagen (Zusammenfassung der Angaben): Diplom, Meisterprüfung, Fachausbildung, Realabschluss Deutschland.

Abbildung 11: Höchste abgeschlossene (Schul-)Bildung



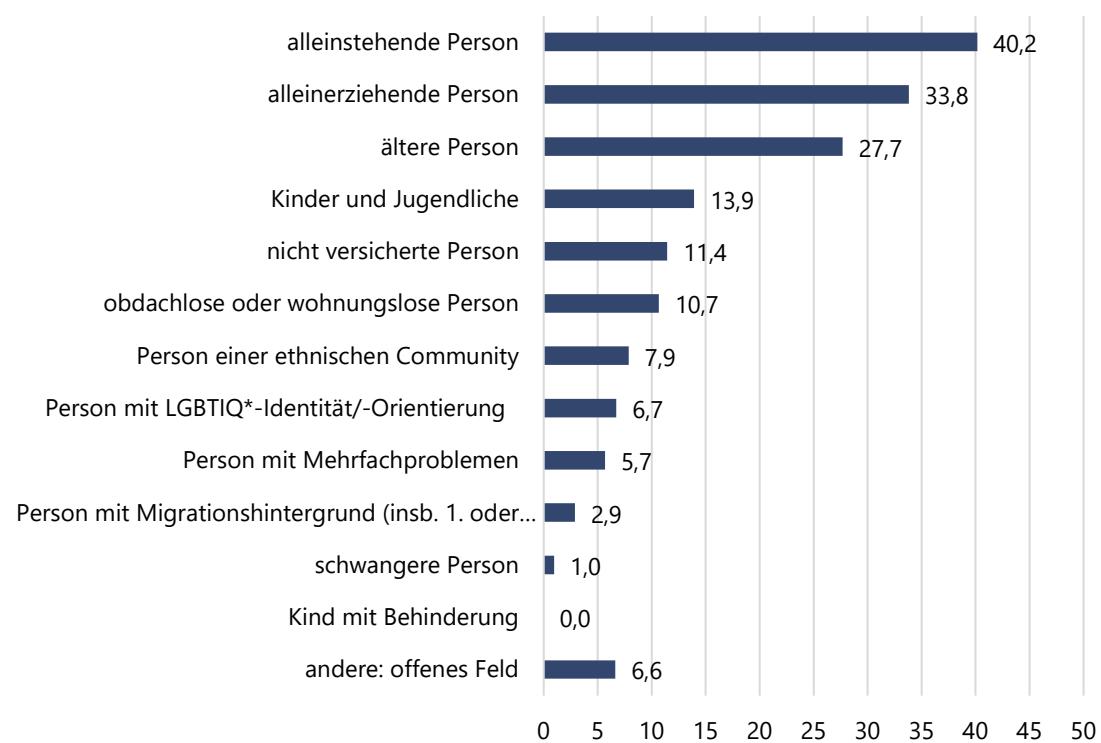
Angaben in Prozent, n = 1.047

Quelle und Darstellung: Bedarfs- und Vermittlungsdoku 2023–2025, GÖG (Stand: 30.06.2025)

### 3.2.5 Schwerpunktzielgruppe

Im Folgenden wird dargestellt, ob die Person, die Link Working in Anspruch genommen hat, einer der im Projekt definierten Schwerpunktzielgruppen angehörte. Die zugrunde liegende Frage erlaubt Mehrfachantworten. Insgesamt wurden dazu 1.753 Angaben für 1.041 Personen gemacht. Am häufigsten wurde „Person mit Mehrfachproblemen“ dokumentiert (40,2 %), gefolgt von „Person mit Migrationshintergrund“ (33,8 %) und „alleinstehende Person“ (27,7 %). Jeweils mehr als 10 Prozent waren den Kategorien ältere Personen, Kinder und Jugendliche und nicht versicherte Personen (13,9 %; 11,4 %; 10,7 %) zugeordnet (siehe Abbildung 12).

Abbildung 12: Zugehörigkeit zu ausgewählten Schwerpunktzielgruppen



Angaben in Prozent, n = 1.041, Mehrfachantworten möglich

Quelle und Darstellung: Bedarfs- und Vermittlungsdoku 2023–2025, GÖG (Stand: 30.06.2025)

Die 69 individuellen offenen Angaben (6,6 %) zu „andere“ wurden kategorisiert und um Beispiele ergänzt (gereiht nach Häufigkeit):

- **pflegende Angehörige:** Ehepartner ist schwerkrank, pflegende Angehörige
- **Person mit psychischer Erkrankung:** Suchterkrankung, Pensionsschock, psychisch sehr belastet, Person mit psychischen Problemen, geflüchtete Person mit traumatischen Erfahrungen
- **Person mit körperlicher Einschränkung:** chronisch krank, Mensch mit Behinderung, Langzeitkrankenstand
- **Person mit familiärer Belastung:** Mutter eines Kindes mit Behinderung, Elternteil in einer Mehrkindfamilie, in Trennung lebend, Alleinverdiener:in, Betroffene von Erziehungsgewalt
- **soziale isolierte Person:** Einsamkeit, Trauer, kulturelle Unterschiede
- **Arbeitslosigkeit/Beruf:** arbeitslose Person, beruflich zu integrierende Person, Work-Life-Balance

### 3.2.6 Diagnosen

In diesem Abschnitt wird in einem offenen optionalen Antwortfeld abgefragt, welche medizinische(n) Diagnose(n) die Person, die LW in Anspruch nimmt, vorrangig aufweist. Da sich die Diagnosen je nach Einrichtungsform stark unterscheiden, werden die Ergebnisse nach Einrichtungsform kategorisiert.

Insgesamt wurde bei 392 Fällen mindestens eine Diagnose dokumentiert: 309 in den Einrichtungen der allgemeinmedizinischen Primärversorgung, 71 in den pädiatrischen Einrichtungen und 12 in der Einrichtung der medizinischen Primärversorgung für nicht versicherte Menschen.

#### Einrichtungen der allgemeinmedizinischen Primärversorgung

Zu 119 der 309 Fälle gibt es Mehrfachdiagnosen/Mehrfachbelastungen. Die Fälle wurden in die Kategorien somatische Erkrankungen und Behinderungen und psychische/emotionale Erkrankungen und Belastungen aufgeteilt.

Bei den somatischen Erkrankungen zeigt sich kein eindeutiges Bild, hier gibt es viele unterschiedliche Angaben wie Long COVID, Erkrankungen des Bewegungsapparats, Diabetes, Rheuma, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder chronische Schmerzen.

Bei den psychischen/emotionalen Erkrankungen und Belastungen ist klar erkennbar, dass Depression, Formen von Depression sowie Belastungssituationen am häufigsten vorkommen. Weiters wurden Panikattacken, Angststörungen und Autismus dokumentiert.

#### Pädiatrische Einrichtungen

Bei den pädiatrischen Einrichtungen gibt es zu 71 Fällen Aussagen zur Diagnose, 7 davon mit dezidierter Mehrfachbelastung. Die Kategorien lauten wie folgt: somatische Erkrankungen und Behinderungen, psychische/emotionale Erkrankungen und Belastungen, genetische und/oder Entwicklungsstörungen.

Bei den somatischen Erkrankungen und Behinderungen wurden zum Beispiel Epilepsie oder Asthma sowie seltene Erkrankungen dokumentiert.

Bei den psychischen/emotionalen Erkrankungen und Belastungen kamen unter anderem Depression, Essstörung oder Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) vor.

In der Kategorie genetische und/oder Entwicklungsstörungen wurden am häufigsten Autismus, Sprachentwicklungsverzögerung, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und Trisomie 21 dokumentiert. Autismus war bei den Diagnosen die häufigste Angabe.

## Einrichtung für nicht versicherte Personen

In dieser Einrichtung wurden zu 12 Fällen Diagnosen angegeben, 3 davon mit Mehrfachdiagnosen. Bis auf 2 Angaben (PTBS, Schizophrenie), die unter psychische/emotionale Erkrankungen und Belastungen fallen, sind die restlichen Diagnosen der Kategorie somatische Erkrankungen und Behinderungen zuzuschreiben: Hepatitis C, Tumor, Amputation.

### 3.3 Ressourcen und Belastungen

In diesem Abschnitt wurde in Form einer Likert-Skala erhoben, welche Ressourcen und Belastungen aus Sicht der Person, die Link Working in Anspruch nahm, aktiv eingebracht wurden. Dabei wurde auf einer Skala von 1 (= „als Ressource“) bis 5 (= „als Belastung“)<sup>5</sup> nach folgenden Gesundheitsdeterminanten gefragt:

- eigene psychische Gesundheit
- eigene körperliche Gesundheit
- Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz, Zuversicht/Resilienz, Prävention
- Paarbeziehung/Familienklima
- Gesundheit von nahestehenden An- und Zugehörigen (psychisch und/oder körperlich)
- Wohnsituation
- finanzielle Situation
- Navigationskompetenz (Behördenwege, Dokumente, Rechtsberatung einholen etc.)
- berufliche Situation / Arbeit / schulische Situation, (Aus-)Bildung (Aus- und Fortbildungen, Sprachkenntnisse etc.)
- soziales Netz

Da sich die Angaben je nach Einrichtungstyp unterscheiden, wurden die Daten hier für jede Einrichtung extra ausgewertet.

#### Einrichtungen der allgemeinmedizinischen Primärversorgung

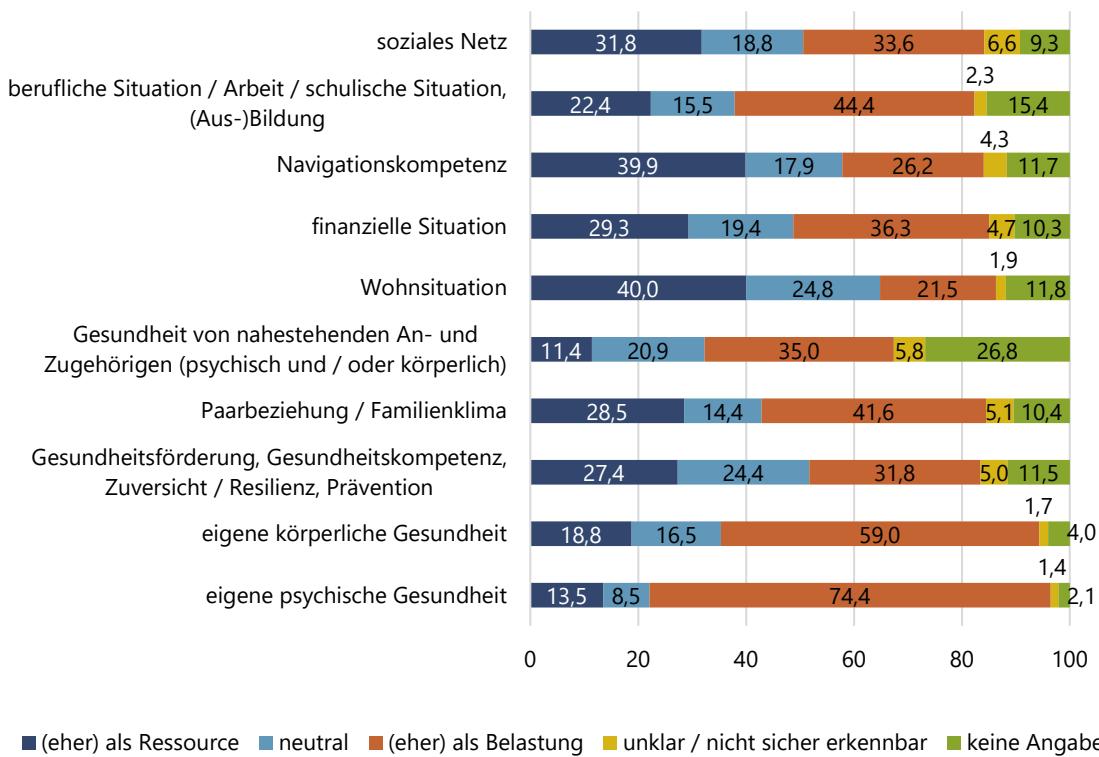
Wie in Abbildung 13 zu sehen ist, wurde bei Fällen aus Einrichtungen der allgemeinmedizinischen Primärversorgung die Wohnsituation am öftesten (eher) als Ressource genannt (40,0 %), gefolgt von der Navigationskompetenz (39,9 %) und dem sozialen Netz (31,8 %). Am wenigsten oft wurde hier die Gesundheit von nahestehenden Angehörigen als Ressource angegeben (11,4 %).

Bei den Belastungen wurde mit über 70 Prozent (74,4 %) die eigene psychische Gesundheit am häufigsten dokumentiert. Darauf folgt die eigene körperliche Gesundheit (59,0 %) und die berufliche Situation (44,4 %).

---

<sup>5</sup> Die Angaben „eher als Ressource“ und „als Ressource“ wurden im Zuge der Datenauswertung in die Kategorie „(eher) als Ressource“ zusammengefasst sowie die Angaben „eher als Belastung“ und „als Belastung“ in die Kategorie „(eher) als Belastung“.

Abbildung 13: Allgemeinmedizinische Primärversorgung: Ressourcen und Belastungen aus Sicht der Person, die LW in Anspruch nimmt



Angaben in Prozent, n = 702

Quelle und Darstellung: Bedarfs- und Vermittlungsdoku 2023–2025, GÖG (Stand: 30.06.2025)

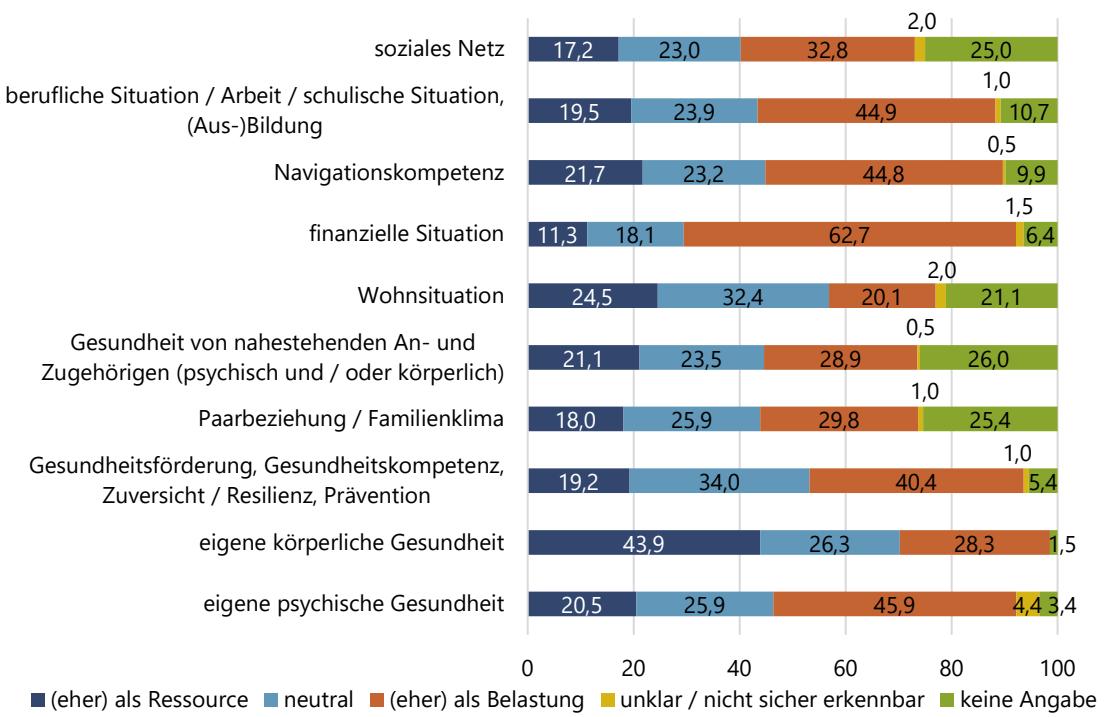
## Pädiatrische Einrichtungen

Bei den pädiatrischen Einrichtungen muss mitbedacht werden, dass sich die Fälle selten nur auf Kinder beziehen, da vor allem bei Kleinkindern sowie Babys immer das Familiensystem im Vordergrund steht. Das bedeutet, dass zu einem großen Teil die Situation der Eltern bzw. des Elternteils in der Beratung relevant ist. Daraus erklären sich folgende Ergebnisse:

Abbildung 14 zeigt, dass die meisten Personen die eigene körperliche Gesundheit (43,9 %) (eher) als Ressource genannt haben, gefolgt von der Wohnsituation (24,5 %) und der Navigationskompetenz (21,7 %).

Bei den Belastungen wurde die finanzielle Situation mit über 60 Prozent am häufigsten dokumentiert. Danach folgt mit rund 46 Prozent die eigene psychische Gesundheit und mit rund 45 Prozent die berufliche Situation.

Abbildung 14: Pädiatrische Primärversorgung: Ressourcen und Belastungen aus Sicht der Person, die LW in Anspruch nimmt



Angaben in Prozent, n = 204

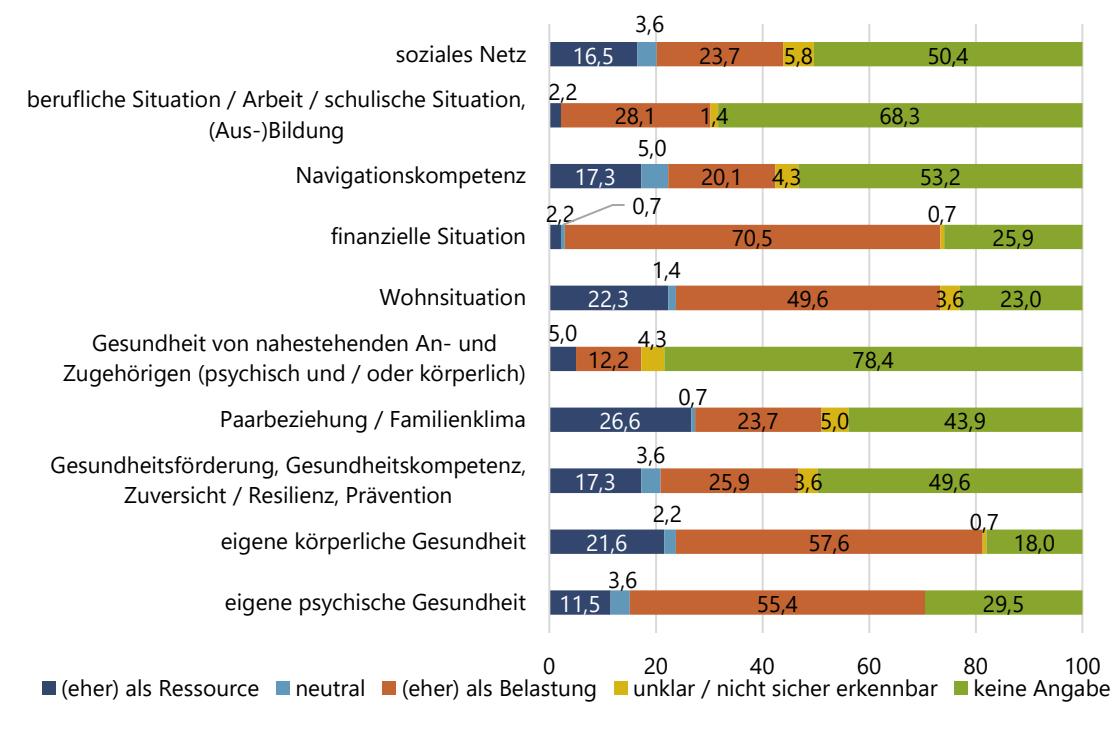
Quelle und Darstellung: Bedarfs- und Vermittlungsdoku 2023–2025, GÖG (Stand: 30.06.2025)

### Einrichtung der medizinischen Primärversorgung für nicht versicherte Personen

Aus der einen Einrichtung für nicht versicherte Personen zeigt sich auf den ersten Blick, dass sehr wenig Ressourcen dokumentiert wurden (siehe Abbildung 15). Die Paarbeziehung / das Familienklima wurde mit rund 27 Prozent am häufigsten angegeben, gefolgt von der Wohnsituation (22,3 %) und der eigenen körperlichen Gesundheit (21,6 %).

Bei den im Vergleich dazu sehr stark ausgeprägten Belastungen ist mit über 70 Prozent die finanzielle Situation am häufigsten dokumentiert. Knapp 60 Prozent betrafen die eigene körperliche sowie die eigene psychische Gesundheit. In dieser speziellen Einrichtung wurden viele Determinanten mit „keine Angabe“ dokumentiert.

Abbildung 15: Primärversorgung für nicht versicherte Personen: Ressourcen und Belastungen aus Sicht der Person, die LW in Anspruch nimmt



Quelle und Darstellung: Bedarfs- und Vermittlungsdoku 2023–2025, GÖG (Stand: 30.06.2025)

### Gegenüberstellung der Einrichtungen

Stellt man diese drei unterschiedlichen Einrichtungen gegenüber, lässt sich jedenfalls festhalten, dass Ressourcen bei der Einrichtung für nicht versicherte Personen in geringem Maße als vorhanden eingestuft wurden. Die finanzielle Situation war hier, wie auch bei den pädiatrischen Einrichtungen, die größte Belastung, im Gegensatz zu den Einrichtungen der allgemeinmedizinischen Primärversorgung, wo die eigene körperliche und psychischen Gesundheit am häufigsten als Belastung dokumentiert wurde.

#### 3.3.1 Weitere Ressourcen

Darüber hinaus konnten noch weitere Ressourcen und Belastungen ausgewählt werden. Folgende Antworten standen hinsichtlich weiterer Ressourcen zur (Mehrzahl-)Auswahl:

- (Aus-)Bildung
- Fremdsprachenkenntnisse
- kommunikativ / gesellige Persönlichkeit
- Motivation, etwas zu ändern
- Interessen (wie z. B. Sport)
- Religion
- andere

Für diesen Abschnitt wurden die Daten wieder pro Einrichtung ausgewertet, um die Unterschiede in den Bedarfen besser aufzeigen zu können.

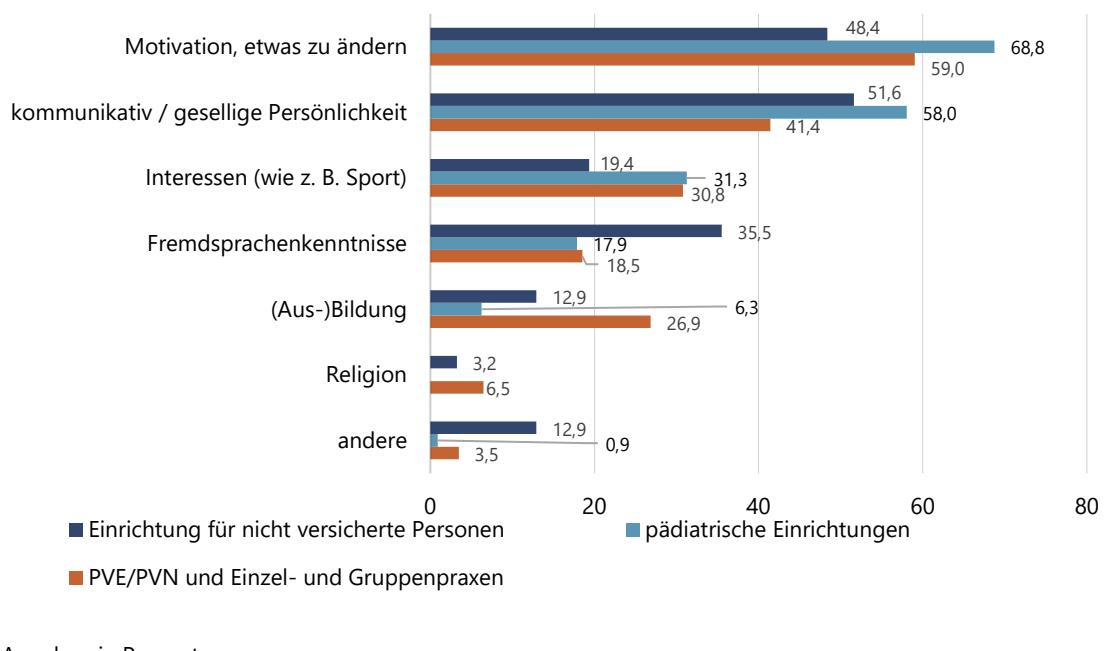
Abbildung 16 zeigt, dass bei allen drei Einrichtungsformen die Motivation sowie die Persönlichkeit die am häufigsten genannten weiteren Ressourcen sind. Ein Unterschied zeigt sich bei den Fremdsprachenkenntnissen – diese Ressource wurde einzig von der Einrichtung für nicht versicherte Personen am dritthäufigsten angeführt.

In den **PVE/PVN und Einzel- und Gruppenpraxen** war die Motivation, etwas zu ändern, die größte weitere Ressource (59 %), gefolgt von einer kommunikativen/geselligen Persönlichkeit (41,4 %) und Interessen (wie z. B. Sport; 30,8 %). Bei den 15 Antworten in der offenen Kategorie wurden vermehrt Hobbys (z. B. lesen, reisen, Tiere) und positive persönliche Eigenschaften (z. B. Selbstorganisation, positive Einstellung) als Antworten genannt.

Die weitere Ressource, die in den **pädiatrischen Einrichtungen** am meisten genannt wurde, war die Motivation, etwas zu ändern (68,8 %), gefolgt von einer kommunikativen/geselligen Persönlichkeit (58,0 %) und Interessen (wie z. B. Sport; 31,3 %). Bei dieser Einrichtungsform gab es keine weiteren Antworten in der offenen Kategorie.

Die in der **Einrichtung für nicht versicherte Personen** am häufigsten genannten weiteren Ressourcen waren: kommunikative/gesellige Persönlichkeit (51,6 %), Motivation, etwas zu ändern, (48,4 %) und Fremdsprachenkenntnisse (35,5 %). Die 3 Antworten in der offenen Kategorie waren: Stärke, Durchhaltevermögen und Verhütung und Schwangerschaft.

Abbildung 16: Weitere Ressourcen nach Einrichtungsform



Angaben in Prozent

PVE/PVN und Einzel- und Gruppenpraxen: n = 432

pädiatrische Einrichtungen: n = 112

Einrichtung für nicht versicherte Personen: n = 31

Mehrfachantworten möglich

Quelle und Darstellung: Bedarfs- und Vermittlungsdoku 2023–2025, GÖG (Stand: 30.06.2025)

### 3.3.2 Weitere Belastungen

Folgende Antworten standen hinsichtlich weiterer Belastungen zur (Mehrfach-)Auswahl:

- persönliche Unsicherheit
- ungeklärter Aufenthaltsstatus
- Familienstatus, z. B. Wunsch nach Trennung/Scheidung
- Sprachbarrieren
- Diskriminierung
- andere

Auch für diesen Abschnitt wurden die Daten wieder pro Einrichtung ausgewertet, um die Unterschiede in den Bedarfen besser aufzeigen zu können.

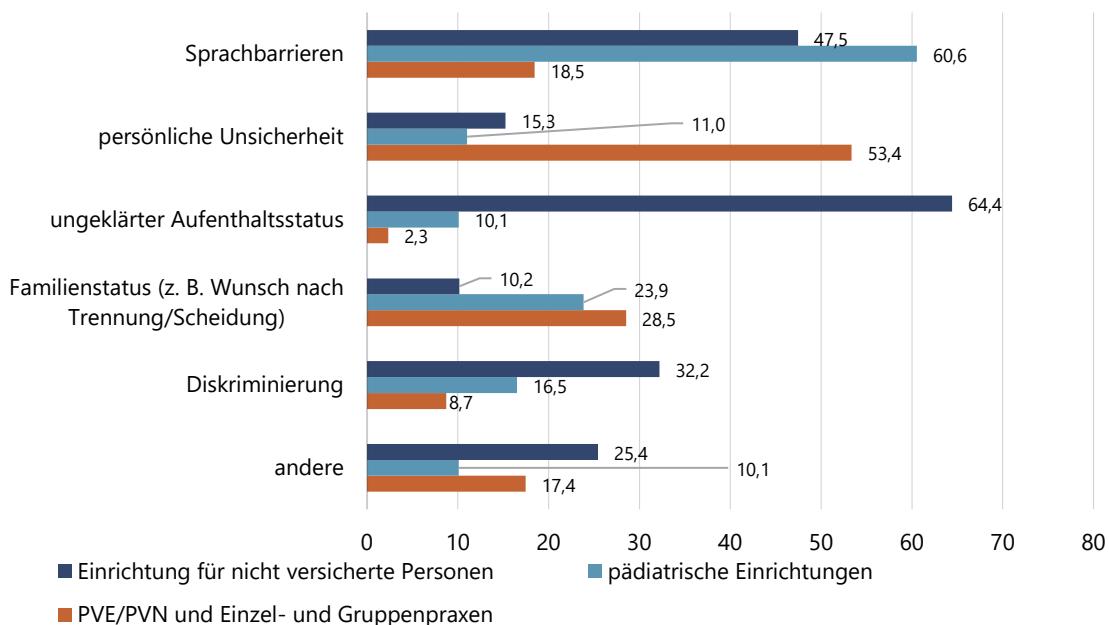
Es zeigen sich bei den Einrichtungsformen Unterschiede bei den dokumentierten Belastungen, wie in Abbildung 17 ersichtlich. Bei den allgemeinmedizinischen Einrichtungen war die persönliche Unsicherheit an erster Stelle, während pädiatrische Einrichtungen am häufigsten Sprachbarrieren dokumentierten und in der Einrichtung für nicht versicherte Personen der ungeklärte Aufenthaltsstatus die größte Belastung darstellt; der Familienstatus wurde hier am wenigsten oft genannt, in den beiden anderen Einrichtungsformen hingegen kam er am zweithäufigsten als belastender Faktor vor.

In **Einrichtungen der allgemeinmedizinischen Primärversorgung** wurde die persönliche Unsicherheit mit 53,4 Prozent am häufigsten dokumentiert. Knapp unter 30 Prozent nannten den Familienstatus als Belastung, gefolgt von Sprachbarrieren mit 18,5 Prozent. Die 18 Antworten in der offenen Kategorie bezogen sich häufig auf Faktoren wie eigene psychische oder körperliche Gesundheit, die Gesundheit nahestehender Personen oder die berufliche Situation<sup>6</sup>.

In den **pädiatrischen Einrichtungen** wurden Sprachbarrieren (60,6 %) am häufigsten als weitere Belastung dokumentiert, gefolgt von Familienstatus (23,9 %) und Diskriminierung (16,5 %). Unter den 11 Antworten in der offenen Kategorie wurden unter anderem Mobbingerfahrung, Fluchterfahrung, alleinerziehend und Überforderung genannt.

Die am häufigsten genannten weiteren Belastungen in der **Einrichtung für nicht versicherte Personen** waren: ungeklärter Aufenthaltsstatus (64,4 %), Sprachbarrieren (47,5 %) und Diskriminierung (32,2 %). Die 15 Antworten in der offenen Kategorie beziehen sich fast ausschließlich auf Schwangerschaft und Verhütung, gefolgt von Aufenthaltstitel und Gesundheitszustand.

Abbildung 17: Weitere Belastungen nach Einrichtungsform



Angaben in Prozent

PVE/PVN und Einzel- und Gruppenpraxen: n = 298

pädiatrische Einrichtungen: n = 109

Einrichtung für nicht versicherte Personen: n = 59

Mehrfachantworten möglich

Quelle und Darstellung: Bedarfs- und Vermittlungsdoku 2023–2025, GÖG (Stand: 30.06.2025)

<sup>6</sup> Aufgrund der Komplexität der Antworten, eines partiellen Informationsverlusts und der großen Datenmenge wurde keine Rekategorisierung vorgenommen.

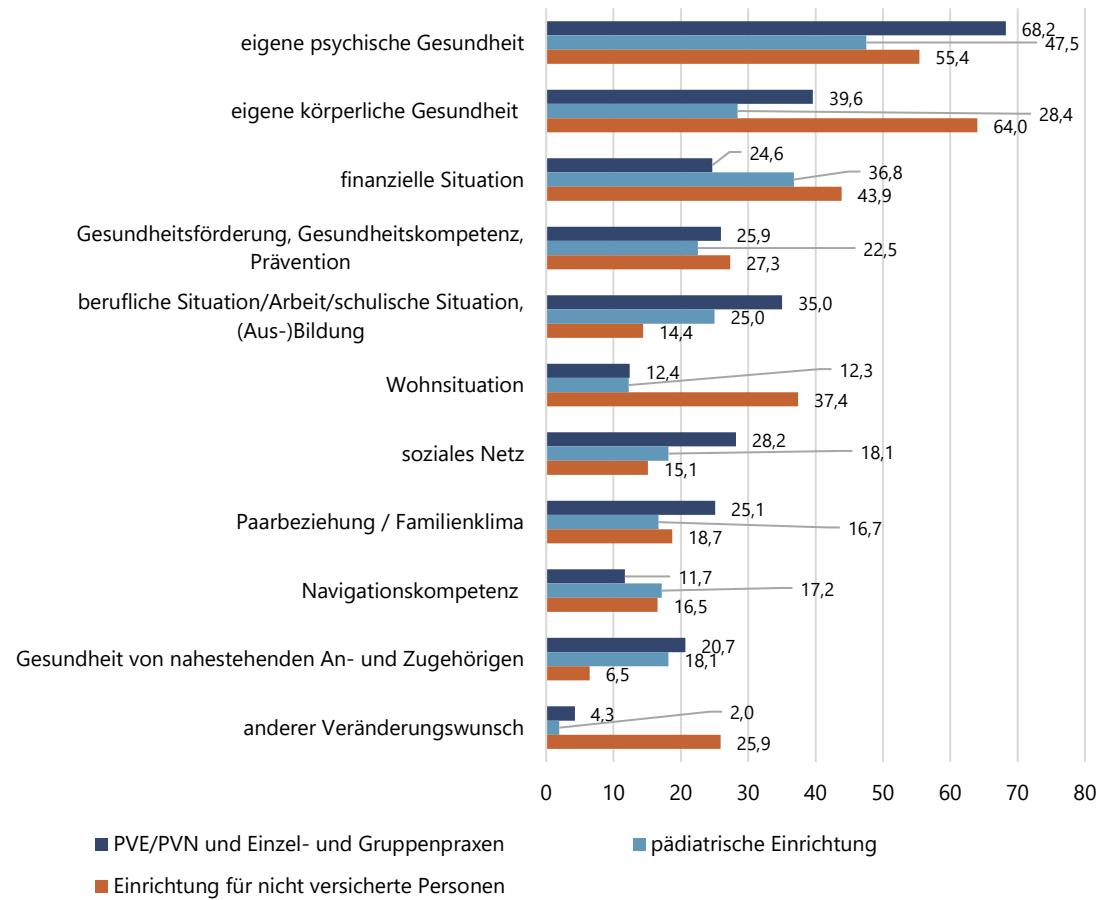
### 3.4 Handlungsbedarf

Eingeholt wurden weiters Informationen zum Handlungsbedarf (vorrangiger Veränderungswunsch) aus Sicht der Person, die LW in Anspruch nimmt. Auch hier waren wieder Mehrfachantworten möglich. Vorgegebene Kategorien waren dabei:

- eigene psychische Gesundheit (Umgang mit Angst, Überforderung, Depression, Suchterkrankung etc.)
- eigene körperliche Gesundheit (Umgang mit Erkrankung(en), Beeinträchtigung(en) etc.)
- Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz, Prävention (Ernährung, Bewegung, Rauchen, Unfallverhütung, Zahngesundheit, Alkohol, Zuversicht/Resilienz, Selbstwirksamkeit etc.)
- Paarbeziehung/Familienklima (Überlastung, Trennung, Gewalt, Kränkungen, Konflikte, familiäre und soziale Unterstützung etc.)
- Gesundheit von nahestehenden An- und Zugehörigen (psychisch und/oder körperlich)
- Wohnsituation (Größe, Zustand, Ausstattung, Mietrückstände, Mietverhältnis etc.)
- finanzielle Situation (Existenzsicherung, Umgang mit Geld/Schulden, Erwerbstätigkeit, Beihilfen etc.)
- Navigationskompetenz (Behördenwege, Dokumente, Rechtsberatung einholen etc.)
- berufliche Situation / Arbeit / schulische Situation, (Aus-)Bildung (Aus- und Fortbildungen, Sprachkenntnisse etc.)
- soziales Netz (Einsamkeitsgefühl)
- anderer Veränderungswunsch

Wie in Abbildung 18 ersichtlich, wurde die eigene psychische Gesundheit im Schnitt am häufigsten als vorrangiger Veränderungswunsch angegeben, gefolgt von der eigenen körperlichen Gesundheit, wobei es hier im Vergleich große Unterschiede zwischen den Einrichtungsformen gibt: Während die eigene körperliche Gesundheit von der Einrichtung für nicht versicherte Personen in 64 Prozent der Fälle dokumentiert wurde, waren es bei den medizinischen Einrichtungen der Primärversorgung und bei den pädiatrischen Einrichtungen deutlich weniger (39,6 %; 28,4 %). Einen sichtbaren Unterschied gibt es auch beim Veränderungswunsch in Hinblick auf die Wohnsituation: Hier waren es 37,4 Prozent bei der Einrichtung für nicht versicherte Personen und jeweils nur rund 12 Prozent bei den beiden anderen Einrichtungsformen.

Abbildung 18: Vorrangiger Veränderungswunsch der Personen, die LW in Anspruch genommen haben, nach Einrichtungsform



Angaben in Prozent

PVE/PVN und Einzel- und Gruppenpraxen: n = 702

pädiatrische Einrichtungen: n = 204

Einrichtung für nicht versicherte Personen: n = 139

Mehrfachantworten möglich

Quelle und Darstellung: Bedarfs- und Vermittlungsdoku 2023–2025, GÖG (Stand: 30.06.2025)

Bei den Einrichtungen der allgemeinmedizinischen Primärversorgung wurden insgesamt 30 Antworten in der offenen Kategorie dokumentiert. Diese wurden kategorisiert und lauten wie folgt:

- psychische Gesundheit und persönliche Entwicklung: z. B. Trauerbewältigung, Beziehungsauflösung, Stabilität, rauchfrei leben, Fremdsprache lernen
- Familie, Kinder und Erziehung: Austausch mit anderen Eltern, Erziehungsfragen, Obsorgekonflikte, Gruppe für Betroffene von ADHS finden
- gesellschaftliche Teilhabe: mehr soziale Teilhabe, Suche nach ehrenamtlicher Tätigkeit, sich in die Gesellschaft einbringen
- Wohnsituation und Lebensort: Rückkehr nach Australien, Wunsch nach Rückzug nach Gastein, Aufenthaltsrecht

- Pflege und Alltag: Unterstützung als pflegende Angehörige, Hilfe im Haushalt, digitale Zugänge, Antrag auf einen Platz im Seniorenwohnhaus

Bei der medizinischen Einrichtung für nicht versicherte Personen wurden in der offenen Kategorie insgesamt 36 Antworten dokumentiert. Diese wurden wieder kategorisiert und sind hier mit Beispielen dargestellt:

- Schwangerschaft und Verhütung: Verhütung, Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch
- Wohnsituation und Existenzsicherung: Versicherung, Wohnmöglichkeit, Klärung der aufenthaltsrechtlichen Situation
- Aufenthalt und Behördenangelegenheiten: Klärung der Aufenthaltsberechtigung, Klärung der rechtlichen Situation bezüglich Staatsbürgerschaft
- Gesundheit: Änderung des Trinkverhaltens
- Integration und Bildung: Deutschkurs suchen, um unabhängiger zu werden

## 3.5 Weitervermittlung

Im Abschnitt „Weitervermittlung“ geht es um Formen der Konsultation, die Weitervermittlung bzw. Anbindung, Angebote, an die weitervermittelt wurde, die Begleitung zu den Angeboten und um Faktoren, die bei der Weitervermittlung förderlich oder hinderlich waren, sowie Gründe dafür, weshalb nicht weitervermittelt werden konnte.

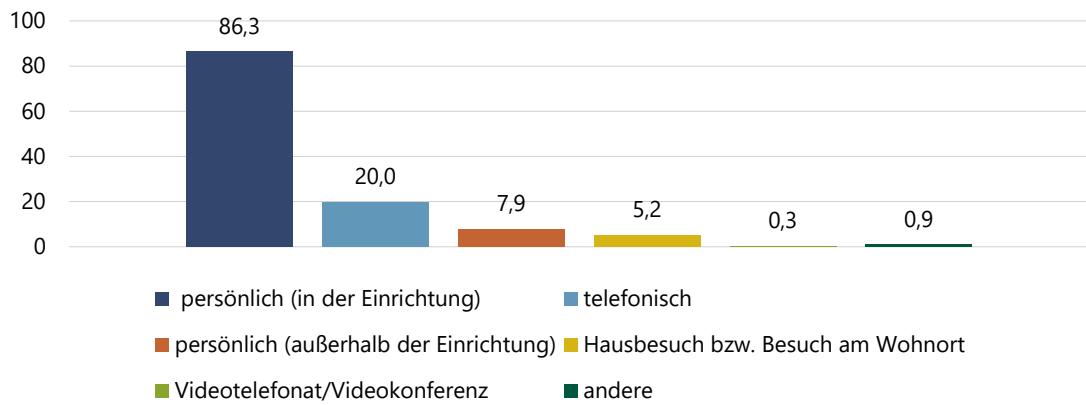
### 3.5.1 Formen der Konsultation

Erhoben wurde, welche Formen der Konsultation im Rahmen von Social Prescribing angewandt wurden. Folgende Antwortkategorien standen zur (Mehrfach-)Auswahl:

- persönlich (in der Einrichtung)
- persönlich (außerhalb der Einrichtung)
- telefonisch
- Videotelefonat/Videokonferenz
- Hausbesuch bzw. Besuch am Wohnort
- andere

Zu insgesamt 1.037 Fällen liegen hier Daten vor. Wie in Abbildung 19 ersichtlich, fand die Konsultation in 86,3 Prozent der Fälle jedenfalls persönlich in der Einrichtung statt, in 20 Prozent wurde die Konsultation (auch) telefonisch durchgeführt, in 7,9 Prozent erfolgte die Konsultation persönlich außerhalb der Einrichtung. Hausbesuche wurden in 5,2 Prozent der Fälle durchgeführt. Sehr selten (0,3 %) fand ein Videotelefonat bzw. eine Videokonferenz statt. In der Antwortkategorie „andere“ (0,9 %; n = 9 Fälle) wurden die schriftliche Konsultation (postalisch, SMS, E-Mail, Anmeldeformular) sowie die Konsultation mit einer Vertretung der Patientin bzw. des Patienten ergänzend genannt.

Abbildung 19: Form der LW-Konsultation



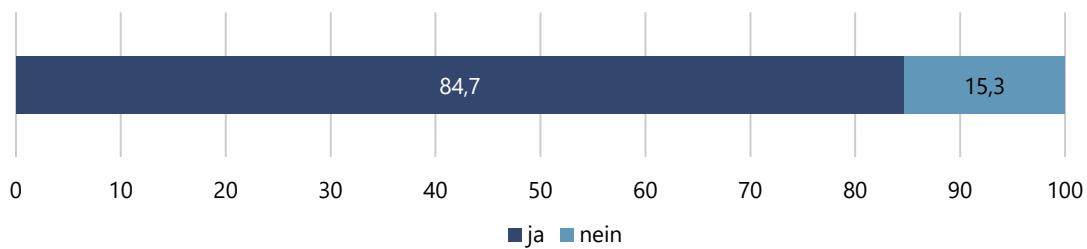
Angaben in Prozent, n = 1.037, Mehrfachantworten möglich

Quelle und Darstellung: Bedarfs- und Vermittlungsdoku 2023–2025, GÖG (Stand: 30.06.2025)

### 3.5.2 Anbindung oder Weitervermittlung

Es wurde erhoben, ob entweder eine Anbindung (innerhalb der Einrichtung) oder eine Weitervermittlung im Sinne von Social Prescribing stattfand. Zu insgesamt 1.032 Fällen liegen hier Daten vor. Von diesen konnten 84,7 Prozent im Sinne von Social Prescribing entweder innerhalb der Einrichtung angebunden oder an ein externes Angebot weitervermittelt werden (siehe Abbildung 20).

Abbildung 20: Anbindung (innerhalb der Einrichtung) oder Weitervermittlung im Sinne von SP



Angaben in Prozent, n = 1.032

Quelle und Darstellung: Bedarfs- und Vermittlungsdoku 2023–2025, GÖG (Stand: 30.06.2025)

### 3.5.3 Keine Weitervermittlung

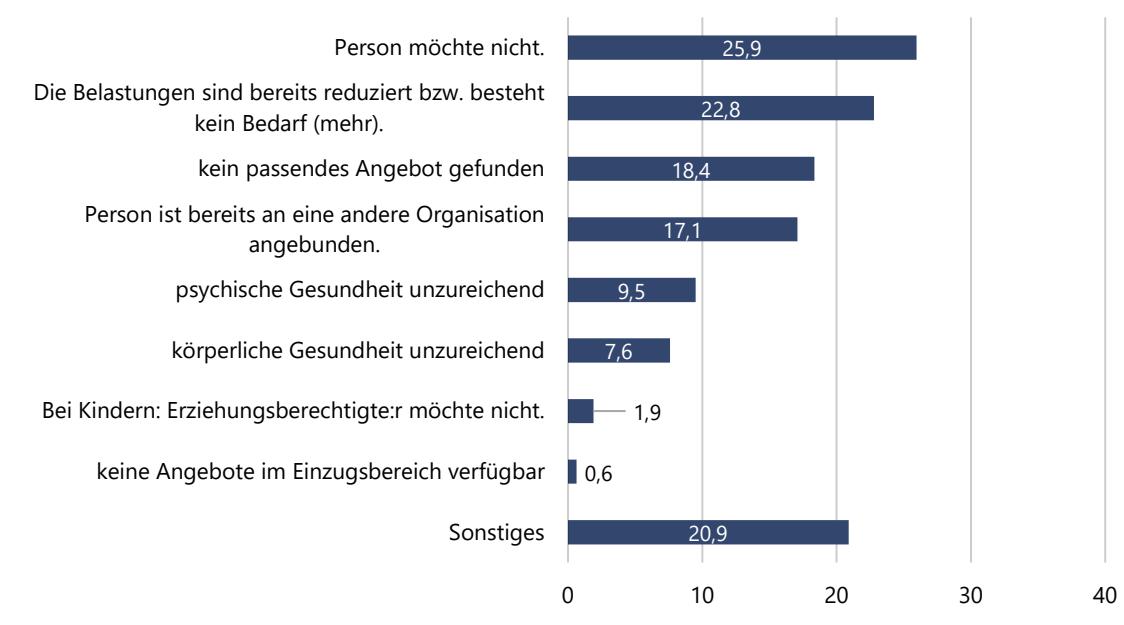
Im Falle, dass nicht weitervermittelt wurde, wurden zusätzlich die Gründe hierfür erhoben. Folgende Antwortkategorien standen zur (Mehrfach-)Auswahl:

- kein passendes Angebot gefunden
- Person ist bereits an eine andere Organisation angebunden.
- Person möchte nicht.
- Bei Kindern: Erziehungsberechtigte:r möchte nicht.
- keine Angebote im Einzugsbereich verfügbar

- körperliche Gesundheit unzureichend
- psychische Gesundheit unzureichend
- Die Belastungen sind bereits reduziert bzw. besteht kein Bedarf (mehr).
- Sonstiges

Zu insgesamt 158 Fällen liegen hier Daten vor. 47-mal wurde die Antwort „Sonstiges“ ausgewählt und mit offenen Angaben ergänzt, welche später kategorisiert wurden und, wenn passend, in bestehende Antwortkategorien eingeordnet wurden (was 14-mal der Fall war). Abbildung 21 zeigt, dass rund 26 Prozent der Personen nicht weitervermittelt werden wollten, bei rund 23 Prozent hatten sich die Belastungen bereits durch das Beratungsgespräch reduziert. In 18,4 Prozent der Fälle konnte kein passendes Angebot gefunden werden und zu 17,1 Prozent war die Person bereits an eine andere Organisation angebunden.

Abbildung 21: Gründe für keine Weitervermittlung im Sinne von SP



Angaben in Prozent, n = 158, Mehrfachantworten möglich

Quelle und Darstellung: Bedarfs- und Vermittlungsdoku 2023–2025, GÖG (Stand: 30.06.2025)

Die sonstigen Gründe dafür, dass keine Weitervermittlung erfolgt ist, lassen sich in folgende Kategorien einteilen (geordnet nach Häufigkeit):

- Person hat sich nicht mehr gemeldet / erschien nicht zum Folgetermin.
- Weitervermittlung an therapeutisches/medizinisches Angebot
- Gleich häufig genannt wurde:
  - Person ist umgezogen.
  - Arbeitszeiten/fehlende zeitliche Ressourcen als Hindernis
  - Person erhält sozialarbeiterische Unterstützung.
  - Krankenhausaufenthalt
- Person ist verstorben.

### 3.5.4 Weitervermittelte Aktivität

Falls eine Weitervermittlung stattfand, wurde in einem nächsten Schritt dokumentiert, an welche Aktivitäten im Rahmen von Social Prescribing weitervermittelt wurde. Folgende Antwortkategorien standen zur (Mehrfach-)Auswahl:

- psychosoziale Beratungsstelle (z. B. Familien-/Elternberatung, Frauenberatung, Männerberatung, Frühe-Hilfen-Netzwerk)
- Bewegungsangebot (z. B. Sportverein, Nordic-Walking-Gruppe etc.)
- Rechts- und Sozialberatung (z. B. Rechtsberatung, Schuldnerberatung, Wohnberatung, Sozialberatung, Asylrechtsberatung)
- soziale Angebote/Treffen (z. B. Pensionistenclub, Nachbarschaftstreffen/Gemeindetreffen, Gruppenangebote, Buddy-Programme)
- berufliche Beratungsstelle
- kognitives Angebot (z. B. Lerngruppe, Lerncafé, Literatur- und Lesekreis, Volkshochschule)
- naturbezogene Aktivitäten im Grünen (Green Social Prescribing)
- kunst- und kulturbbezogene Aktivität (z. B. Kreativgruppe, Chor, Malkurs, gemeinsame Theaterbesuche)
- Selbsthilfegruppe
- Ernährungsangebote (z. B. Kochgruppen, Kochkurs, Ernährungsberatung)
- Achtsamkeitskurse (z. B. Mediationskurse, Yoga)
- Freiwilligenarbeit (als sinnstiftende Aktivität, z. B. Lernhilfe, Begleit- und Besuchsdienste, „Leihoma/Leihopa“)
- tiergestützte Angebote
- andere

Insgesamt wurden hier 1.615 Angaben zu 873 Fällen gemacht. Bei der Anzahl an beratenen Personen von 873 wurde somit eine Person im Durchschnitt an fast 2 Angebote weitervermittelt. Die Ergebnisse werden auch wieder nach Einrichtungsform dargestellt.

Wie in Abbildung 22 ersichtlich, wurde von den PVE/PVN und den pädiatrischen Einrichtungen am häufigsten zu einer psychosozialen Beratungsstelle weitervermittelt (51,5 % und 66,7 %). In der Einrichtung für nicht versicherte Personen wurde wiederum am häufigsten (exkl. „andere“) an eine Rechts- und Sozialberatung (26,7 %) weitervermittelt und am zweithäufigsten an eine psychosoziale Beratungsstelle (26,7 %). Bei den Vermittlungsaktivitäten der PVE/PVN war die Rechts- und Sozialberatung an zweiter Stelle (25,8 %), gefolgt von der beruflichen Beratungsstelle (22,0 %). Hier zeigt sich auch ein deutlicher Unterschied zu den pädiatrischen Einrichtungen, bei denen am zweithäufigsten zu Bewegungsangeboten (31,5 %) vermittelt wurde, gefolgt von der Rechts- und Sozialberatung (26,7 %). Die Einrichtung für nicht versicherte Personen hat mit rund 9 Prozent am dritthäufigsten an Bewegungsangebote weitervermittelt.

Die Option „andere“ mit der Möglichkeit einer offenen Antwort wurde insgesamt 102-mal genutzt. Bei den **PVE/PVN und Einzel – und Gruppenpraxen** wurde 40-mal „andere“ gewählt, 38-mal wurde zusätzlich eine bestimmte Weitervermittlung als offene Antwort dokumentiert, die wie folgt kategorisiert dargestellt werden kann:

- Psychotherapie und psychosoziale Unterstützung: Psychotherapie, Psychologin
- Pflege und Alltagsunterstützung: Haushaltsservice, pflegerische Angebote, Fußpflege
- Rehabilitation und medizinische Versorgung: z. B. Reha, Kuraufenthalt

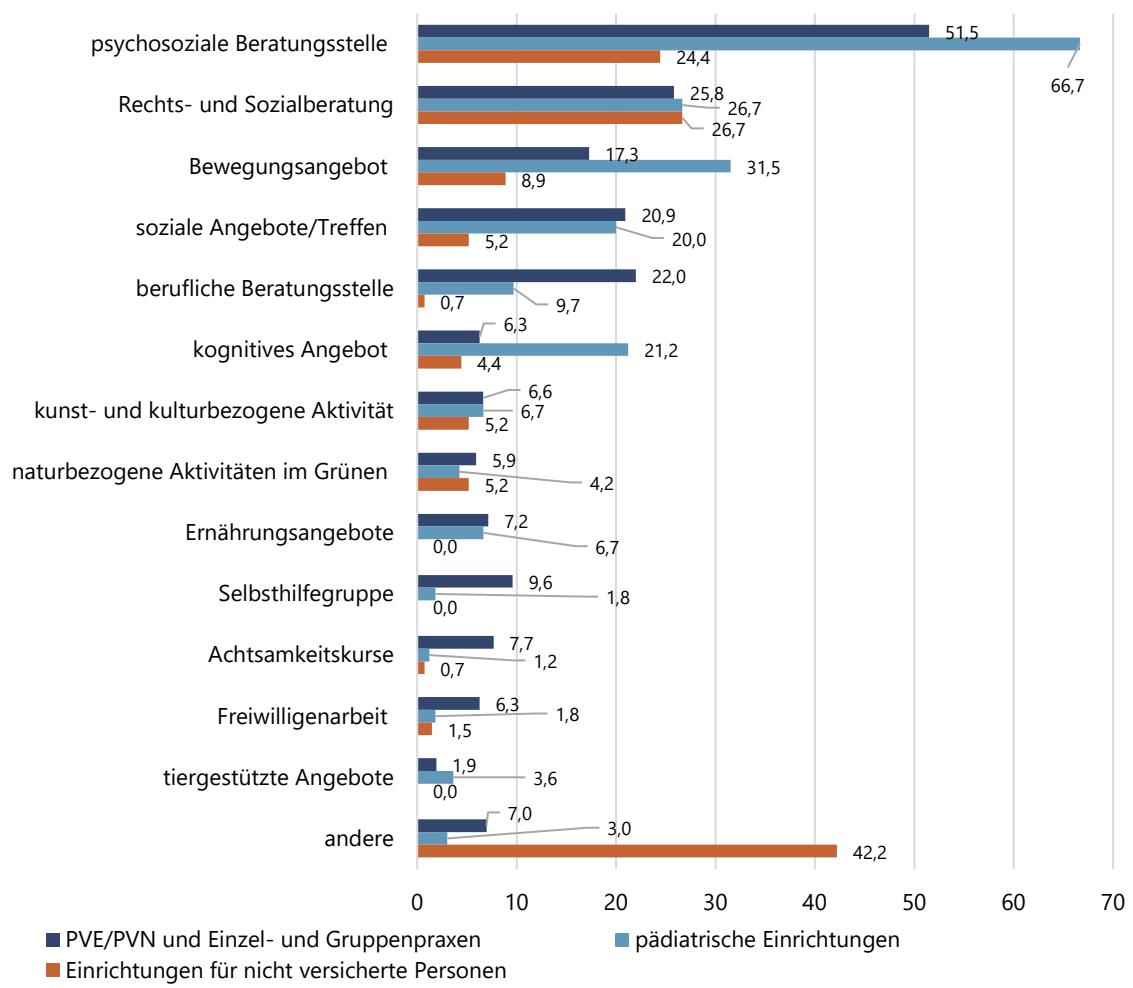
- Beratung und gesellschaftliche Unterstützung: Besuchsdienste, Angebote ÖGK, regionalpolitische Akteurinnen und Akteure

In den **pädiatrischen Einrichtungen** wurden folgende 5 Weitervermittlungen dokumentiert: Beratung vor Ort, finanzielle Soforthilfe, psychologische Begleitung, Psychologin und Bildungsleitung.

In der **Einrichtung für nicht versicherte Personen** wurden 57 zusätzliche Weitervermittlungen festgehalten, die wie folgt kategorisiert wurden:

- reproduktive Gesundheit: Angebot und/oder Kostenübernahme Schwangerschaftsabbruch, Sozialgeburtsplatz, gratis Spirale
- medizinisches Angebot allgemein: OP-Abklärung, medizinischen Angebot, Abklärung Hepatitis C

Abbildung 22: Angebote, an die im Sinne von SP weitervermittelt wurde, nach Einrichtungsform



Anmerkung: Angaben in Prozent

PVE/PVN und Einzel- und Gruppenpraxen: n = 1.123

pädiatrische Einrichtungen: n = 338

Einrichtung für nicht versicherte Personen: n = 169

Mehrfachantworten möglich

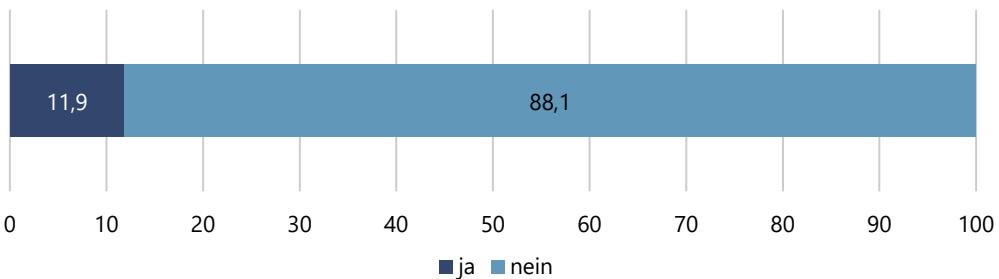
Quelle und Darstellung: Bedarfs- und Vermittlungsdoku 2023–2025, GÖG (Stand: 30.06.2025)

### 3.5.5 Begleitung zu Angeboten

Es wurde erhoben, ob eine Person seitens der Einrichtung zu den Angeboten begleitet wurde (siehe Abbildung 23). Eine Begleitung seitens der Einrichtung war eher selten der Fall. 88,1 Prozent hatten keine Begleitung.

Abbildung 23: Begleitung zum weitervermittelten Angebot

Angaben in Prozent, n = 869



Quelle und Darstellung: Bedarfs- und Vermittlungsdoku 2023–2025, GÖG (Stand: 30.06.2025)

### 3.5.6 Förderliche und hinderliche Faktoren

Als letzter Schritt im Themenblock „Weitervermittlung“ wurde optional dokumentiert, welche Faktoren förderlich und welche hinderlich für eine Weitervermittlung zu den Angeboten waren. Folgende Antwortkategorien standen zur (Mehrfach-)Auswahl:

#### Förderliche Faktoren

- Niederschwelligkeit der Angebote (z. B. kostenloses Angebot, Nähe zum Wohnort)
- gemeinsame Kontaktherstellung und Terminvereinbarung
- Begleitung durch Familie/Freundinnen/Freunde zum Angebot
- Familie/Freundinnen/Freunde/Erziehungsberechtigte:r (sehr) unterstützend
- gutes Verhältnis zwischen Fachkraft mit LWF und Person, die LW in Anspruch nimmt
- enger Kontakt der Einrichtung zum Angebot bzw. zu den Kooperationspartnern
- Bekanntheit des Angebots (vertraute Umgebung, vertraute Person)
- andere: offenes Feld

#### Hinderliche Faktoren

- Vorbehalte / anfängliche Abneigung (z. B. wegen des Anspruchs, alles allein zu schaffen; Bedarf wird seitens der Patientin bzw. des Patienten nicht gesehen)
- fehlende Motivation
- Sprachbarrieren
- psychische Gesundheit (z. B. Depression)
- physische Gesundheit (z. B. eingeschränkte Mobilität)
- Hochschwelligkeit der Angebote (z. B. Teilnahmekosten, Distanz zu Wohnort)
- Wartezeit
- Familie/Freundinnen/Freunde/Erziehungsberechtigte:r nicht (sehr) unterstützend
- andere: offenes Feld

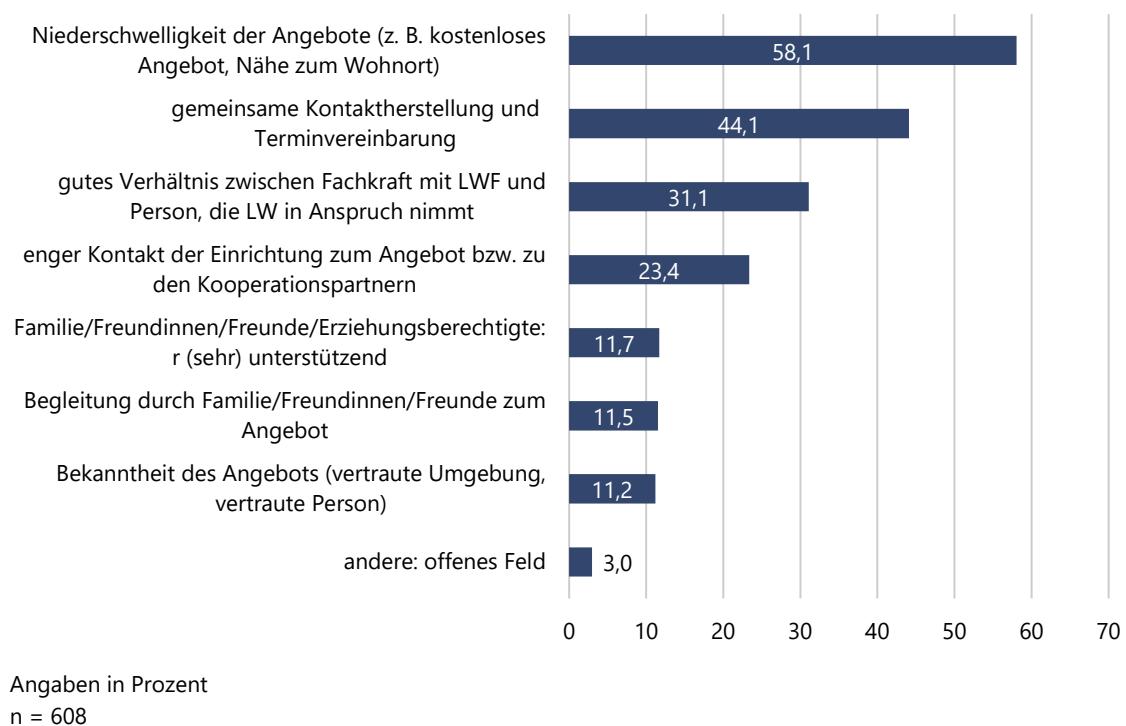
Zu den förderlichen Faktoren wurden zu 608 Fällen insgesamt 1.179 Angaben gemacht.

Wie in Abbildung 24 ersichtlich, wurde die Niederschwelligkeit der Angebote am häufigsten als förderlicher Faktor dokumentiert (58,1 %). Als zweithäufigster Faktor wurde mit rund 44 Prozent die gemeinsame Kontaktherstellung und Terminvereinbarung angegeben und 31,1 Prozent beurteilten das gute Verhältnis zwischen Fachkraft mit LWF und der Person, die LW in Anspruch

nimmt, als förderlich. Die Bekanntheit des Angebots wurde am seltensten als förderlicher Faktor dokumentiert (11,2 %).

Das Feld „andere“ wurde 6-mal genutzt, die 5 offenen Antworten waren: Fähigkeit, Hilfe anzunehmen, Interesse an Sport, Kultur und Kunst, Annehmen/Akzeptieren der Angebote, gute Zusammenarbeit mit der Organisation, Ordinationsassistenz mit Fremdsprachenkenntnissen.

Abbildung 24: Förderliche Faktoren bei der Weitervermittlung

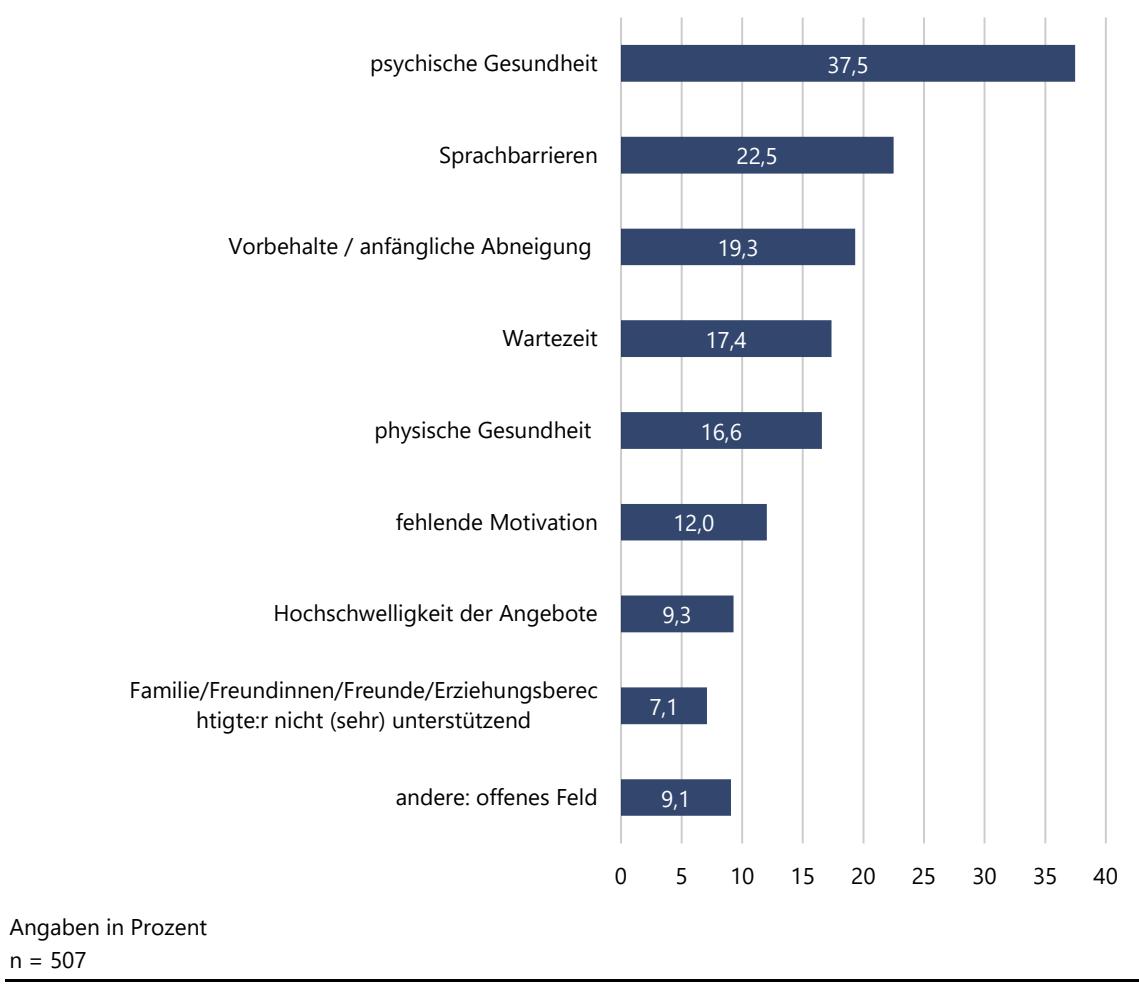


Quelle und Darstellung: Bedarfs- und Vermittlungsdoku 2023–2025, GÖG (Stand: 30.06.2025)

Insgesamt wurden bei den hinderlichen Faktoren zu 507 Fällen 764 Angaben gemacht (siehe Abbildung 25). Als häufigster hinderlicher Faktor wurde die psychische Gesundheit dokumentiert (37,5 %). Knapp ein Viertel (22,5 %) nannte Sprachbarrieren, gefolgt von Vorbehalten / anfänglicher Abneigung (19,3 %). Das Feld „andere“ wurde insgesamt 46-mal gewählt mit 43 zusätzlichen Antworten, welche kategorisiert dargestellt folgendermaßen lauten:

- psychische und emotionale Belastungen: Depression, Angst, Scham, persönliche Unsicherheit
- kognitive und kommunikative Einschränkungen: kognitive Beeinträchtigung, sprachliche Barrieren
- familiäre und soziale Belastungen: alleinerziehende Mutter, pflegerische Tätigkeiten
- strukturelle und organisatorische Hürden: kein Internet, Einrichtungsverbot in NotquartierZeitmanagement
- finanzielle und institutionelle Grenzen: falsche Erwartungen, fehlende Compliance, wenig Einsicht über bereits erhaltene Unterstützungen

Abbildung 25: Hinderliche Faktoren bei der Weitervermittlung



Quelle und Darstellung: Bedarfs- und Vermittlungsdoku 2023–2025, GÖG (Stand: 30.06.2025)

## 3.6 Zwischenbilanz/Vermittlungsabschluss

Im abschließenden Block wurden Informationen zum Betreuungszwischenstand abgefragt.

### 3.6.1 Reflexionsgespräch und Gründe für ein Nichtstattfinden

Eingangs wurde in diesem Themenblock erhoben, ob ein Reflexionsgespräch stattfand.

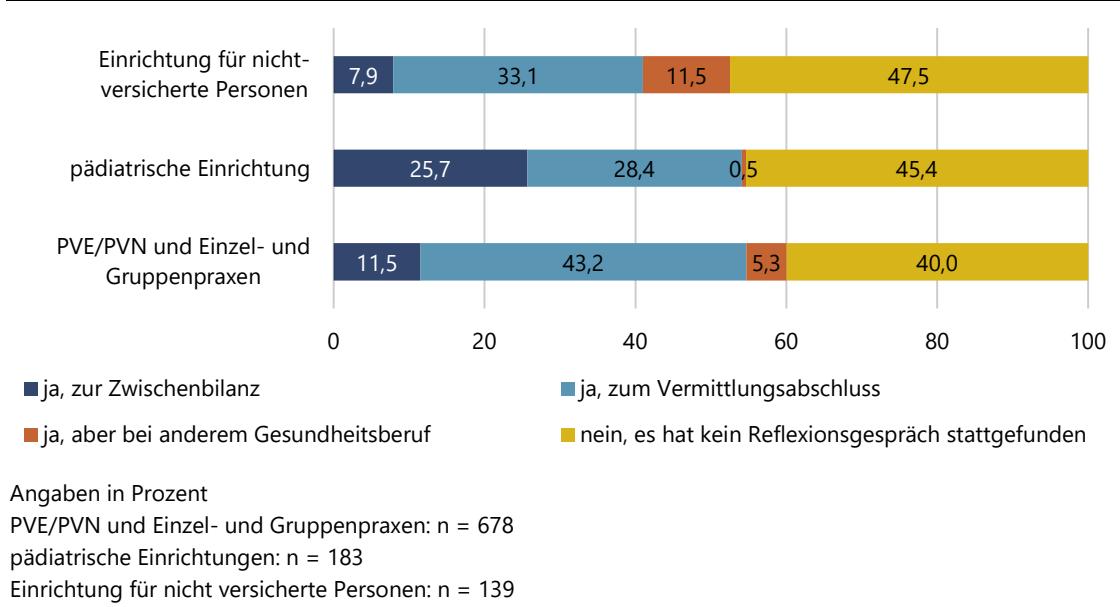
Folgende Antwortkategorien standen bei diesem Item zur Auswahl:

- ja, zur Zwischenbilanz
- ja, zum Vermittlungsabschluss
- ja, aber bei Angehörigen eines anderen Gesundheitsberufs
- Nein, es hat kein Reflexionsgespräch stattgefunden.

Zu insgesamt 1.000 Fällen (PVE/PVN und Einzel- und Gruppenpraxen: n = 678; pädiatrische Einrichtungen: n = 183; Einrichtung für nicht versicherte Personen: n = 139) liegen hier Daten vor.

Nach Einrichtungsform betrachtet fand in 52,5 bis 60 Prozent der Fälle ein Reflexionsgespräch statt (zur Zwischenbilanz, zum Vermittlungsabschluss oder bei einem Angehörigen eines anderen Gesundheitsberufs). In der Einrichtung für nicht versicherte Personen fand das Gespräch in 11,5 Prozent der Fälle nicht bei der Fachkraft mit LWF, sondern bei einer bzw. einem Angehörigen eines anderen Gesundheitsberufs statt. In 40 bis 47,5 Prozent der Fälle fand kein Reflexionsgespräch statt (siehe Abbildung 26).

Abbildung 26: Erfolgtes Reflexionsgespräch der Person, die LW in Anspruch nimmt, nach Einrichtungsform



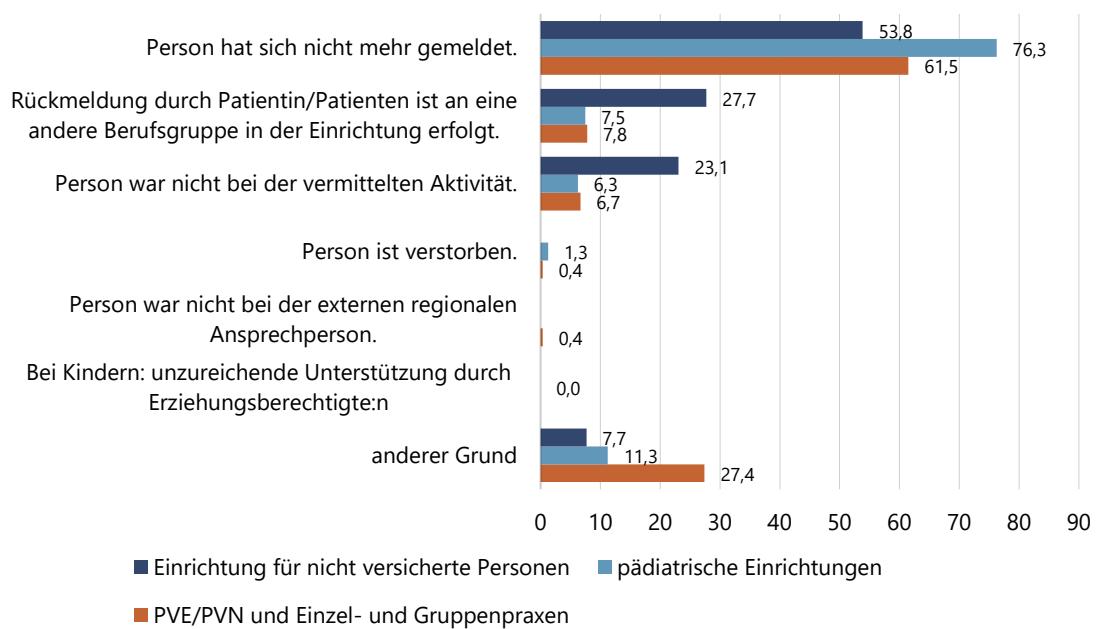
Quelle und Darstellung: Bedarfs- und Vermittlungsdoku 2023–2025, GÖG (Stand: 30.06.2025)

Falls kein Reflexionsgespräch stattfand, wurden die Gründe dafür erhoben. Folgende Antwortkategorien standen zur (Mehrfach-)Auswahl:

- Person hat sich nicht mehr gemeldet.
- Person war nicht bei der vermittelten Aktivität.
- Person war nicht bei der externen regionalen Ansprechperson.
- Bei Kindern: unzureichende Unterstützung durch Erziehungsberechtigte:n
- Rückmeldung durch Patientin/Patienten ist an eine andere Berufsgruppe in der Einrichtung erfolgt.
- Person ist verstorben.
- anderer Grund

Über alle Einrichtungsformen hinweg liegt zu der Frage, weshalb kein Reflexionsgespräch stattgefunden hat, eine Information zu 415 Fällen vor (PVE/PVN und Einzel- und Gruppenpraxen: n = 270; pädiatrische Einrichtungen: n = 80; Einrichtung für nicht versicherte Personen: n = 65). Über alle Einrichtungsformen hinweg wurde als häufigster Grund genannt, dass sich die Person nicht mehr gemeldet hat. In der Einrichtung für nicht versicherte Personen war verhältnismäßig oft auch ein Grund, dass die Person nicht bei der vermittelten Aktivität war (23,1 %) oder aber, dass die Person an eine andere Berufsgruppe in der Einrichtung rückgemeldet hat (27,7 %) (siehe Abbildung 27).

Abbildung 27: Gründe für Nichtstattfinden eines Reflexionsgesprächs nach Einrichtungsform



Angaben in Prozent,

PVE/PVN und Einzel- und Gruppenpraxen: n = 270

pädiatrische Einrichtungen: n = 80

Einrichtung für nicht versicherte Personen: n = 65

Mehrfachantworten möglich

Quelle und Darstellung: Bedarfs- und Vermittlungsdoku 2023–2025, GÖG (Stand: 30.06.2025)

PVE/PVN sowie Einzel- und Gruppenpraxen wählten mit 27,4 Prozent (von 270 Fällen) am öftesten von allen beteiligten Einrichtungen die Kategorie „anderer Grund“ und gaben dazu offene Antworten, die sich wie folgt zusammenfassen lassen:

- Die Organisation eines Reflexionsgesprächs wurde aufgrund des Gesundheitszustands der Patientinnen und Patienten (z. B. eingeschränkte kognitive Fähigkeiten) als zu aufwendig eingeschätzt.
- Fall noch nicht abgeschlossen bzw. Rückmeldung der Person steht noch aus
- Es fanden nur 1 bis 2 Termine statt; ein Reflexionsgespräch wurde als unverhältnismäßig aufwendig bewertet.
- Die Person lehnte ein Gespräch ab.
- Sprachbarrieren verhinderten ein Gespräch.

In **pädiatrischen Einrichtungen** wurde in 3 Fällen ein Gespräch von der erziehungsberechtigten Person abgelehnt, in weiteren 3 Fällen war der Prozess noch nicht abgeschlossen.

In der **Einrichtung für nicht versicherte Personen** wurde dreimal „anderer Grund“ angegeben: einmal wegen eines laufenden Prozesses, einmal aufgrund einer Krebsdiagnose und einmal, weil es nur einen Kontakt gab.

### 3.6.2 Änderungen durch Social Prescribing

Bei diesem Punkt wurde in Form einer Likert-Skala (1 – „hat sich stark verschlechtert“ bis 5 – „hat sich stark verbessert“) dokumentiert, in welchen spezifischen Bereichen sich Veränderungen durch Social Prescribing einstellten. In der nachfolgenden Darstellung der Ergebnisse wurden die 5 Antwortkategorien in 3 zusammengefasst („hat sich eher oder stark verschlechtert“, „keine Änderung“, „hat sich eher oder stark verbessert“). Angaben waren zu folgenden Bereichen – in Analogie zu den dokumentierten Ressourcen und Belastungen (siehe Kapitel 3.3) bzw. zum vorrangigen Veränderungswunsch (siehe Kapitel 3.4) – möglich:

- eigene psychische Gesundheit (Umgang mit Angst, Überforderung, Depression, Suchterkrankungen etc.)
- eigene körperliche Gesundheit (Umgang mit Erkrankung(en), Beeinträchtigung(en) etc.)
- Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz, Prävention (Ernährung, Bewegung, Rauchen, Unfallverhütung, Zahngesundheit, Alkohol, Zuversicht/Resilienz, Selbstwirksamkeit etc.)
- Paarbeziehung/Familienklima (Überlastung, Trennung, Gewalt, Kränkungen, Konflikte, familiäre und soziale Unterstützung etc.)
- Gesundheit von nahestehenden An- und Zugehörigen (psychisch und/oder körperlich)
- Wohnsituation (Größe, Zustand, Ausstattung, Mietrückstände, Mietverhältnis etc.)
- finanzielle Situation (Existenzsicherung, Umgang mit Geld/Schulden, Erwerbstätigkeit, Beihilfen etc.)
- Navigationskompetenz (Behördenwege, Dokumente, Rechtsberatung einholen etc.)
- berufliche Situation / Arbeit / schulische Situation, (Aus-)Bildung (Aus- und Fortbildungen, Sprachkenntnisse etc.)
- soziales Netz (Einsamkeitsgefühl)

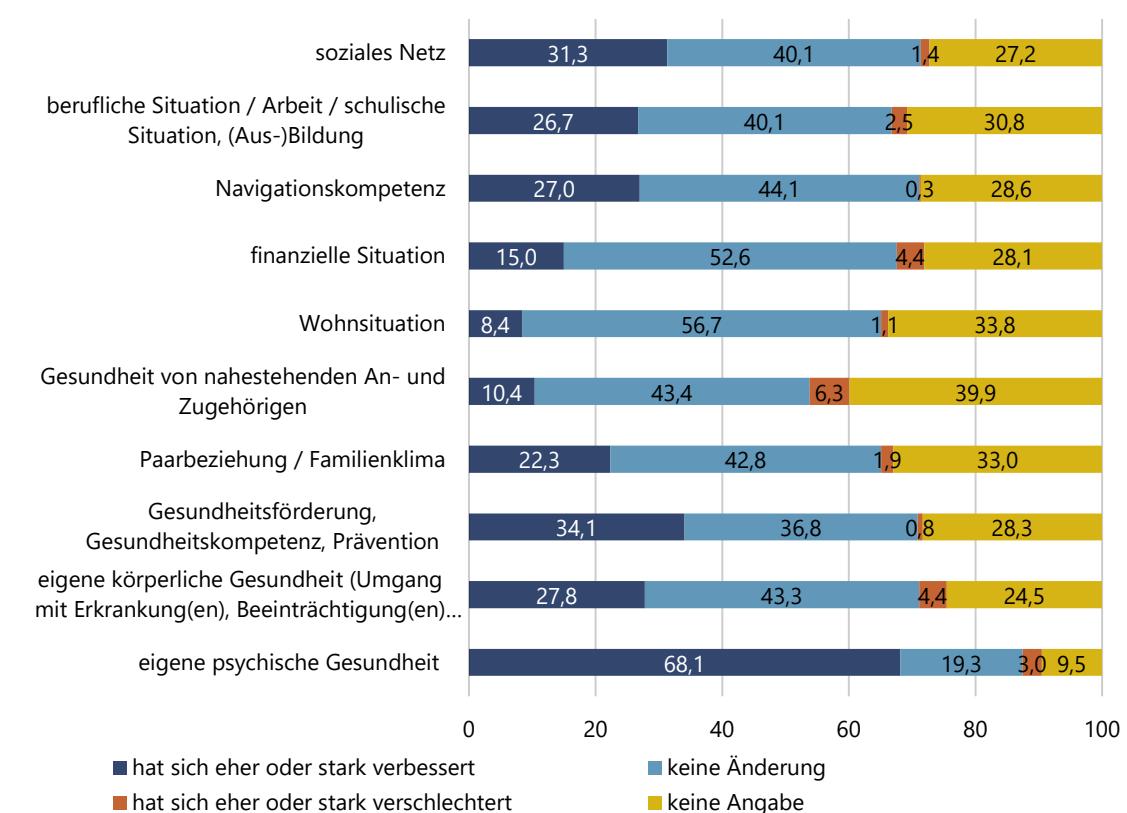
Zu insgesamt 520 Fällen (PVE/PVN und Einzel- und Gruppenpraxen: n = 366–367; pädiatrische Einrichtungen: n = 95–96; Einrichtung für nicht versicherte Personen: n = 57) liegen hier Daten vor, die nachfolgend nach Einrichtungsform beschrieben werden.

Über alle Einrichtungsformen hinweg wurde am meisten über Verbesserungen der psychischen Gesundheit berichtet, auch Verbesserungen im Bereich der Gesundheitsförderung lassen sich über alle Einrichtungen feststellen. Das soziale Netz verbesserte sich eher für Patientinnen und Patienten der PVE/PVN bzw. Einzel- und Gruppenpraxen und der pädiatrischen Einrichtungen – in der Einrichtung für nicht versichert Personen wurde weniger darüber berichtet. In dieser zeigen sich insgesamt geringere Verbesserungswerte, jedoch fiel hier eine vergleichsweise deutliche Verbesserung der körperlichen Gesundheit auf.

### Einrichtungen der allgemeinmedizinischen Primärversorgung

In den PVE/PVN sowie in Einzel- und Gruppenpraxen berichteten 68,1 Prozent der Teilnehmenden an Reflexionsgesprächen insbesondere von Verbesserungen ihrer psychischen Gesundheit. 34,1 Prozent gaben positive Veränderungen im Bereich der Gesundheitsförderung an (z. B. Bewegung, Ernährung, Gesundheitskompetenz), 31,3 Prozent eine Stärkung ihres sozialen Netzwerks. Verschlechterungen wurden seltener genannt: 6,3 Prozent bezogen auf die Gesundheit naher Angehöriger, 4,4 Prozent bezogen auf die eigene körperliche Gesundheit sowie ebenfalls 4,4 Prozent in Hinblick auf die Wohnsituation (siehe Abbildung 28).

Abbildung 28: Allgemeinmedizinische Primärversorgung: Bereiche, in welchen sich im Rahmen von SP Änderungen zeigten (Einschätzung der Person, die LW in Anspruch nimmt)



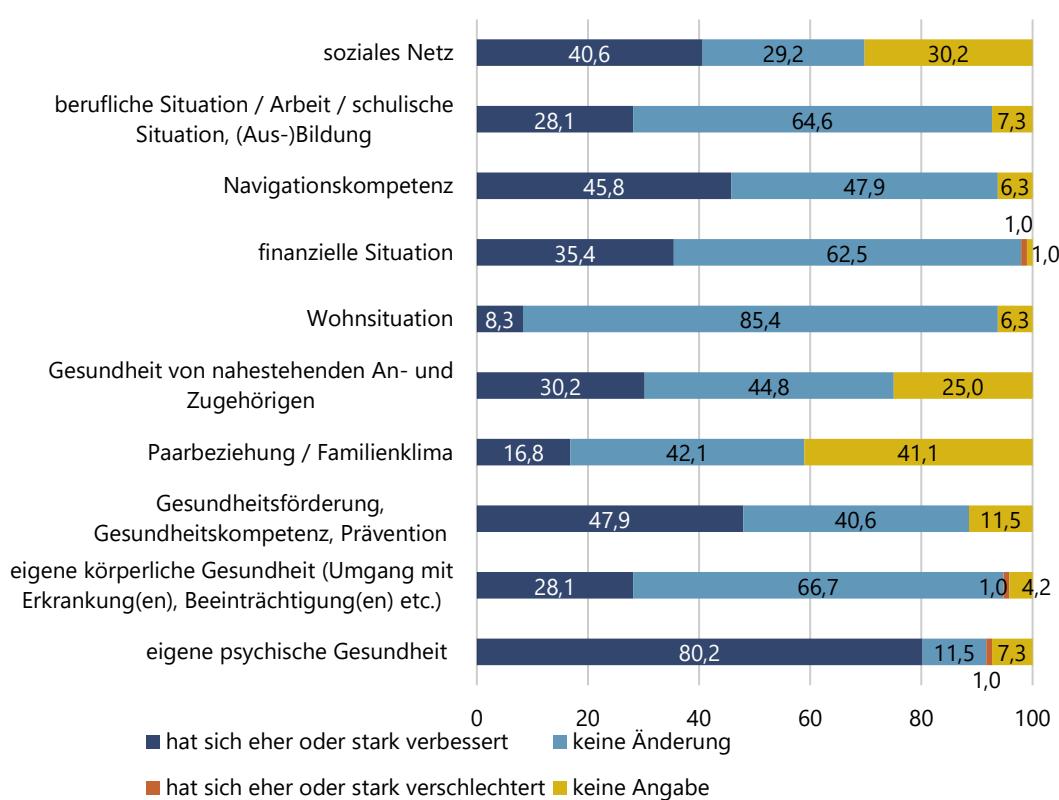
Angaben in Prozent, n = 366–367

Quelle und Darstellung: Bedarfs- und Vermittlungsdoku 2023–2025, GÖG (Stand: 30.06.2025)

## Pädiatrische Einrichtungen

Auch in den pädiatrischen Einrichtungen stand die Verbesserung der psychischen Gesundheit im Vordergrund: 80,2 Prozent der Teilnehmenden an Reflexionsgesprächen berichteten davon, insbesondere von Verbesserungen der psychischen Gesundheit. 47,9 Prozent gaben positive Veränderungen im Bereich der Gesundheitsförderung an (z. B. Bewegung, Ernährung, Gesundheitskompetenz), 45,8 Prozent im Bereich der Navigationskompetenz und 40,6 Prozent gaben eine Stärkung ihres sozialen Netzwerks an. Über Verschlechterungen wurde mit jeweils einem Prozent bei der finanziellen Situation, bei der körperlichen und bei der psychischen Gesundheit kaum berichtet (siehe Abbildung 29).

Abbildung 29: Pädiatrische Primärversorgung: Bereiche, in welchen sich im Rahmen von SP Änderungen zeigten (Einschätzung der Person, die LW in Anspruch nimmt)



Angaben in Prozent, n = 95–96

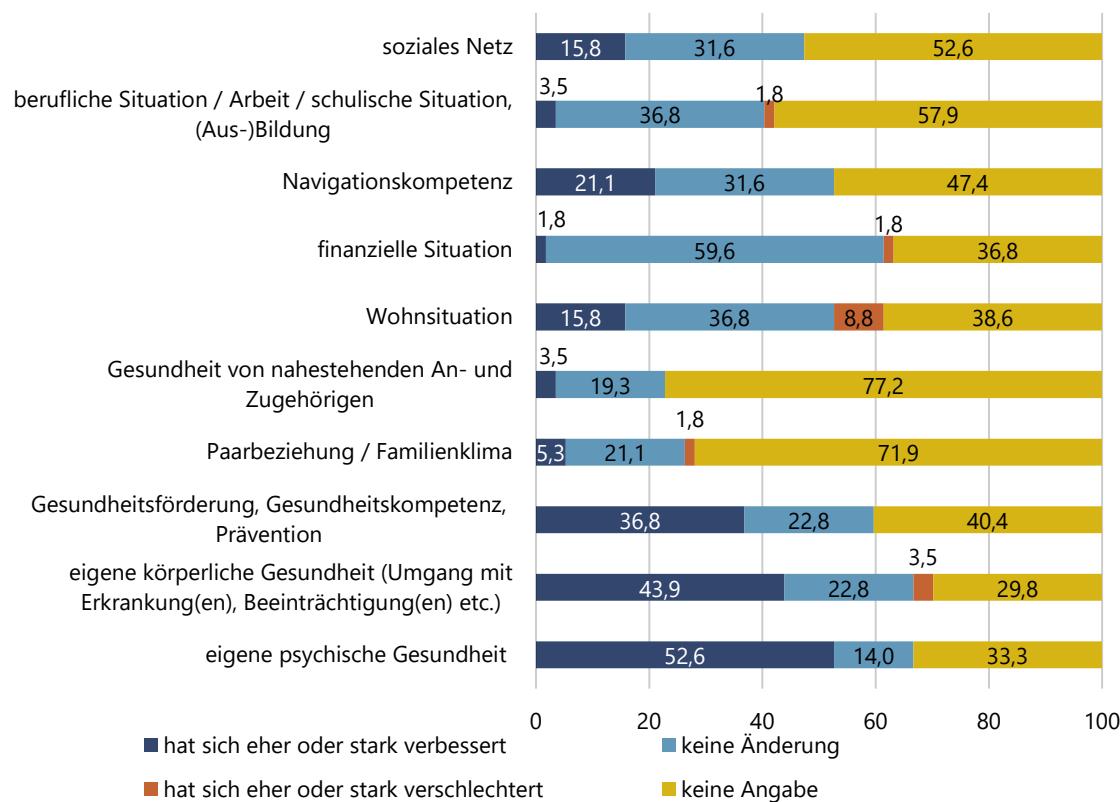
Quelle und Darstellung: Bedarfs- und Vermittlungsdoku 2023–2025, GÖG (Stand: 30.06.2025)

## Einrichtung der medizinischen Primärversorgung für nicht versicherte Personen

In der Einrichtung für nicht versicherte Personen wurden seltener Verbesserungen berichtet als in den anderen beiden Einrichtungsformen. Dennoch stand auch hier die Verbesserung der psychischen Gesundheit im Vordergrund: 52,6 Prozent der Teilnehmenden an Reflexionsgesprächen gaben eine Verbesserung an. Auffällig ist zudem, dass im Vergleich zu den anderen beiden Einrichtungsformen viele Personen – nämlich 43,9 Prozent – eine Verbesserung ihrer körperlichen

Gesundheit wahrnahmen. Positive Veränderungen im Bereich der Gesundheitsförderung nannten 36,8 Prozent, im Bereich der Navigationskompetenz 21,2 Prozent. Eine Verschlechterung der Wohnsituation seit dem ersten Termin berichteten 8,8 Prozent (siehe Abbildung 30).

Abbildung 30: Primärversorgung für nicht versicherte Personen: Bereiche, in welchen sich im Rahmen von SP Änderungen zeigten (Einschätzung der Person, die LW in Anspruch nimmt)



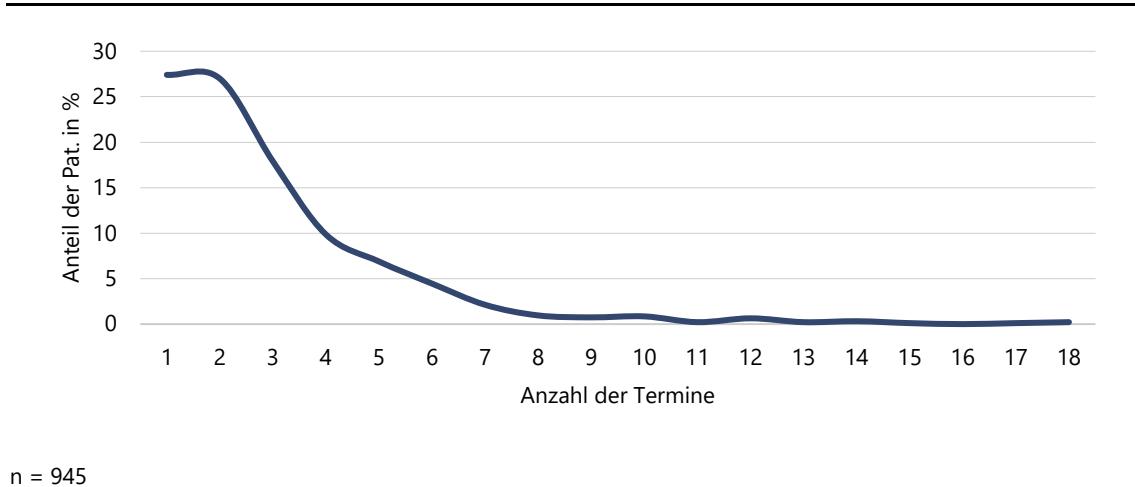
Angaben in Prozent, n = 57

Quelle und Darstellung: Bedarfs- und Vermittlungsdoku 2023–2025, GÖG (Stand: 30.06.2025)

### 3.6.3 Anzahl der Termine und Gesamtaufwand

Die Fachkräfte mit LWF wurden angehalten, für jeden Fall sowohl die Anzahl der durchgeführten Termine als auch den zeitlichen Aufwand für Beratung und Dokumentation zu erfassen. Bei den 945 abgeschlossenen Fällen lag die durchschnittliche Anzahl der Termine bei 3 Terminen. Knapp drei Viertel (72,4 Prozent) der Fälle kamen mit höchstens 3 Terminen aus. Der größte Anteil der Fälle mit 27,4 Prozent war nach 2 Terminen abgeschlossen. Knapp 30 Prozent (27,6 %) benötigten 4 oder mehr Termine. Die Spannbreite liegt zwischen 1 und maximal 18 Terminen, die von 2 Fällen in Anspruch genommen wurden. Innerhalb der im Konzept vorgesehenen 6 Termine konnten 93,5 Prozent der Personen abschließend beraten werden (siehe Abbildung 31).

Abbildung 31: Anzahl der Termine mit der Person, die LW in Anspruch genommen hat (abgeschlossene Fälle)

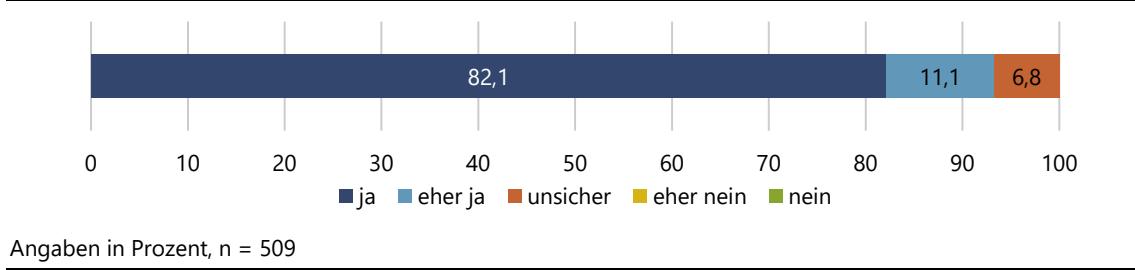


Der durchschnittliche Gesamtaufwand (Beratung und Dokumentation) bei den abgeschlossenen Fällen liegt bei 4,6 Stunden pro Fall (offene Fälle: 6 Stunden pro Fall). Die durchschnittliche Dauer vom Erstkontakt bis zum Beratungsabschluss liegt bei ca. 101 Tagen (min.: 0 Tage; max.: 525 Tage), also ca. 3,5 Monaten, im Median jedoch bei 63 Tagen – 50 Prozent der Personen mit abgeschlossenem Fall wurden also maximal 2 Monate lang durch eine Fachkraft mit LWF beraten.

### 3.6.4 Weiterempfehlung

Die Personen, die Link Working in Anspruch genommen hatten, wurden abschließend (optional) gefragt, ob sie Social Prescribing weiterempfehlen würden (Antwortskala 1: „ja“ bis 5: „nein“), wobei von allen abgeschlossenen Fällen 509 eine Angabe gemacht haben: etwas mehr als 93 Prozent würden SP (eher) weiterempfehlen, 6,8 Prozent waren sich unsicher (siehe Abbildung 32).

Abbildung 32: „Würden Sie Social Prescribing weiterempfehlen?“ (abgeschlossene Fälle)



## 4 Zusammenfassung der Ergebnisse

In diesem Bericht wurde die Umsetzung von Social Prescribing in 15 (bzw. ab August 2024: 10) österreichischen Primärversorgungseinrichtungen zwischen 2023 und 2025 analysiert. Aufgrund der wesentlich höheren Fallzahlen des letzten Fördercalls im Vergleich zu den beiden anderen und der daraus resultierenden tieferen und differenzierteren Analyse der Daten sowie der Weiterentwicklung der Doku wurde von einem Vergleich der einzelnen Fördercalls abgesehen. Insgesamt wurden Daten von 1.233 Personen, die LW in Anspruch genommen haben, dokumentiert, davon 1.055 mit Zustimmung zur Datenspeicherung. Die Mehrheit der Kontaktaufnahmen und Vermittlungen an die Fachkraft mit LWF erfolgte innerhalb der Einrichtungen, meist durch Ärztinnen und Ärzte (75,2 %).

Die dokumentierten Personen waren durchschnittlich 44 Jahre alt (Frauen: 47 Jahre; Männer: 38 Jahre) und überwiegend weiblich (63 %). Mehr als die Hälfte der Personen war nicht erwerbstätig, wobei Pension und gesundheitliche Einschränkungen die häufigsten Gründe dafür waren.

Bei der Bedarfserhebung wurden die eigene psychische und körperliche Gesundheit, die finanzielle Situation und die berufliche Lage am häufigsten als Belastungen wahrgenommen. Als Resourcen wurden vor allem Wohnsituation, Navigationskompetenz und soziales Netz genannt. Unterschiede zeigten sich bei den Einrichtungsformen: In der Einrichtung für nicht versicherte Personen und in pädiatrischen Einrichtungen dominierten finanzielle Belastungen und Sprachbarrieren. Besonders häufig wurden Personen mit Mehrfachproblemen (40 %), Personen mit Migrationshintergrund (34 %) oder Alleinstehende (28 %) erreicht. Die zugrunde liegenden Diagnosen zeigten ein breites Spektrum, wobei psychische Belastungen wie Depressionen besonders häufig genannt wurden.

Der vorrangige Veränderungswunsch der Personen, die LW in Anspruch genommen haben, bestrafte meist die psychische Gesundheit, gefolgt von der körperlichen Gesundheit und der finanziellen Situation. In der Einrichtung für nicht versicherte Personen war auch die Wohnsituation ein häufig genannter Veränderungswunsch sowie bei den offenen Antworten Verhütung und Schwangerschaft(-sabbruch).

In 85 Prozent der Fälle fand eine Anbindung oder Weitervermittlung statt, meist zu psychosozialen Beratungsstellen, Rechts- und Sozialberatung oder Bewegungsangeboten. Ein Fall wurde durchschnittlich an etwa zwei Angebote weitervermittelt. Wenn keine Weitervermittlung stattfand, lag das oftmals daran, dass die Person kein Angebot in Anspruch nehmen wollte oder dass sich die Belastungen reduziert hatten – etwa bereits im Rahmen des LW-Beratungsgesprächs. Eine Begleitung zu den Angeboten erfolgte nur in rund 12 Prozent der Fälle. Förderlich für die Weitervermittlung waren vor allem die Niederschwelligkeit der Angebote und das Vertrauensverhältnis zur Fachkraft mit LWF, hinderlich waren psychische Belastungen und Sprachbarrieren.

Ein Reflexionsgespräch entweder zum Beratungsabschluss oder im Rahmen des fünften Beratungstermins fand in etwa 60 Prozent der Fälle statt. Der Hauptgrund für ein Nichtstattfinden war die fehlende Rückmeldung der Personen, die LW in Anspruch genommen hatten (63,1 %).

Die Veränderungen durch Social Prescribing wurden überwiegend positiv bewertet: Besonders häufig wurden Verbesserungen der psychischen Gesundheit, der Gesundheitskompetenz und des

sozialen Netzes genannt. In der Einrichtung für nicht versicherte Personen wurde auch eine deutliche Verbesserung der körperlichen Gesundheit berichtet.

72,4 Prozent der Personen, die LW in Anspruch genommen hatten (abgeschlossene Fälle), nahmen maximal 3 Beratungstermine in Anspruch. Die Spannbreite der Beratungstermine liegt zwischen mindestens einem Termin und maximal 18 Terminen. Der durchschnittliche Gesamtaufwand (Vor- und Nachbearbeitung, Beratung und Dokumentation) liegt bei den abgeschlossenen Fällen bei 4,6 Stunden pro Fall (offene Fälle: 6 Stunden pro Fall). Die durchschnittliche Dauer vom Erstkontakt bis zum Beratungsabschluss liegt im Durchschnitt bei ca. 101 Tagen (min.: 0 Tage; max.: 525 Tage), im Median jedoch bei 63 Tagen: 50 Prozent der Personen mit abgeschlossener Link-Working-Beratung wurden demnach maximal 2 Monate lang durch eine Fachkraft mit LWF betreut.

## 5 Limitationen

Die Auswertung der Bedarfs- und Vermittlungsdoku im Rahmen von Social Prescribing zeigt mehrere methodische und strukturelle Limitationen, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen.

Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen des Fördercalls Social Prescribing in der Primär- und pädiatrischen Versorgung. Gefördert wurden insbesondere Kosten zum Struktur- und Prozessaufbau von Social Prescribing. Die Link-Working-Beratung wurde von den Einrichtungen als Eigenleistung erbracht. Nachdem viele Fachkräfte mit LWF aus dem Bereich der Sozialarbeit kamen und sich die Abgrenzung von Sozialer Arbeit und Social Prescribing als fließend bis schwierig zeigte, kann hier eine Vermischung der Fälle nicht ganz ausgeschlossen werden. Des Weiteren zeigte der Austausch in Vernetzungstreffen (vgl. Endbericht FC3), dass Social Prescribing teilweise auch genutzt wurde, um andere – fehlende bzw. aktuell nicht verfügbare (wie Psychotherapie) – Versorgungsangebote zu kompensieren. Es kann daher – auch vor dem Hintergrund der hohen Frequenz in der Primärversorgung – angenommen werden, dass primär Patientinnen und Patienten mit komplexeren Bedarfen zum Link Working vermittelt wurden.

Ein zentraler Punkt betrifft die Erhebung von Daten zu Personen unter 14 Jahren aufgrund unvollständiger oder fehlerhafter Angaben. In den Filterfragen konnten diese Fälle nicht systematisch ausgewertet werden. Zudem erschwert die Dokumentationslogik eine klare Trennung zwischen den Bedürfnissen von Kindern und jenen ihrer Erziehungsberechtigten, was insbesondere in pädiatrischen Einrichtungen zu einer Vermischung der Perspektiven führt. So wurde beispielsweise bei einem Kleinkind die finanzielle Situation als Belastungsfaktor dokumentiert. Da sich jedoch Ressourcen und Bedürfnisse bei Kindern in vielen Fällen nur schwer von denen der Erziehungsberechtigten und des Familiensystems trennen lassen, wurden die dokumentierten Fälle in den pädiatrischen Einrichtungen als Ausdruck des gesamten Familiensystems interpretiert. Aus diesem Grund wurden auch Fälle mit inhaltlichen Unstimmigkeiten – wie im genannten Beispiel – als relevant betrachtet und somit in die Auswertung einbezogen.

Fälle, bei denen erziehungsberechtigte Personen dabei sind / sein müssen, bilden zwar das ganze Familiensystem ab, mit den Erhebungsmethoden der derzeitigen Doku gehen jedoch auch differenzierte Informationen zu dem jeweiligen Kind vs. Elternteil verloren. Weiters hat sich herausgestellt, dass die Doku aus derzeitiger Sicht speziell für pädiatrische Einrichtungen nicht gänzlich geeignet ist, da sich diese Einrichtungen und die Bedarfe und Bedürfnisse ihrer Klientel aufgrund der spezifischen Zielgruppe wesentlich von PVE/PVN unterscheiden.

Darüber hinaus ist zu beachten, dass die Datenbasis ausschließlich auf Patientinnen und Patienten mit Zustimmung zur Datennutzung beruht. Dies kann zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen, da bestimmte Personengruppen – etwa besonders vulnerable – möglicherweise unterrepräsentiert sind. Auch die große Anzahl offener Felder und optionaler Items birgt ein Risiko von Inkonsistenzen und Datenlücken, die die Aussagekraft einzelner Auswertungen einschränken.

Darüber hinaus fand in insgesamt 42 Prozent der Fälle kein Reflexionsgespräch statt (insbesondere, weil sich die Person nicht mehr meldet hatte). Dieses Ergebnis weist einerseits auf die häufig hohe Komplexität der Fälle hin, etwa in Bezug auf gesundheitliche, soziale oder strukturelle Belastungen. Andererseits schränkt das Fehlen eines abschließenden Gesprächs die

Möglichkeiten ein, Veränderungen im Rahmen von Social Prescribing systematisch zu erfassen und zu bewerten.

Insgesamt verdeutlichen diese Limitationen den Bedarf an einer weiterentwickelten, differenzierteren Dokumentationsstruktur, die den vielfältigen Anforderungen unterschiedlicher Versorgungskontexte besser gerecht wird.

Ein Vergleich mit den Auswertungen der beiden vorangegangenen Fördercalls wäre nur sehr eingeschränkt möglich gewesen und mit Limitationen verbunden, weshalb davon Abstand genommen wurde. Zum einen haben sich die Bedarfs- und Vermittlungsdokumentationen mit jedem Fördercall weiterentwickelt und verändert. Zum anderen waren die Fallzahlen in den letzten beiden Dokumentationen deutlich geringer, was die Aussagekraft und damit einen Vergleich zusätzlich einschränkt.

## 6 Schlussfolgerungen

Social Prescribing ist eine Maßnahme zur Stärkung von sozialer Teilhabe und gesundheitlicher Chancengerechtigkeit im Gesundheitswesen, hier konkret der Primär- und pädiatrischen Versorgung. Die Auswertung der Bedarfs- und Vermittlungsdoku belegt Social Prescribing als einen wirksamen und niederschwelligen Ansatz zur Förderung der Gesundheit und sozialen Teilhabe in der Primärversorgung. Hervorzuheben sind die hohe Akzeptanz bei den Patientinnen und Patienten – 93 Prozent würden das Angebot weiterempfehlen – sowie die dokumentierten positiven Veränderungen, insbesondere im Bereich der psychischen Gesundheit, der Gesundheitskompetenz und des sozialen Netzes. Wenngleich für Patientinnen und Patienten die Beratung das sichtbarste Element von Social Prescribing ist, umfasst der Social-Prescribing-Prozess auch weitere Elemente.

### Link-Working-Beratung als ein Teil von Social Prescribing

Die Auswertungen zeigen, dass der durchschnittliche Ressourcenbedarf für Social-Prescribing-Fälle bei 4,6 Stunden pro Fall liegt – inklusive Beratung, Dokumentation und gegebenenfalls Begleitung. Drei Viertel der abgeschlossenen Fälle wurden innerhalb von 3 Terminen bearbeitet, ein Viertel der Personen nahm 4 oder mehr Termine in Anspruch. Über 90 Prozent wurden innerhalb von max. 6 Terminen beraten. Die Hälfte der Personen wurde in einer Zeitspanne von maximal zwei Monaten begleitet. Zu berücksichtigen ist, dass komplexere Fälle – etwa mit multiplen Belastungen oder strukturellen Hürden – tendenziell mehr Zeit und Koordination erfordern.

Wenngleich diese Zeit im Rahmen der Dokumentation pro Patient:in erhoben wurde und damit eine Ausgangsbasis für den (Personal-)Bedarf für die Umsetzung von Link-Working-Beratungen in einer Einrichtung darstellt, bildet dies nicht den Ressourcenbedarf für die Umsetzung von Social Prescribing ab. Social Prescribing umfasst neben der genannten Beratung auch Aktivitäten in den Bereichen Sensibilisierung, Netzwerkmanagement und Qualitätssicherung, welche die Voraussetzungen für die Link-Working-Beratungen schaffen. Ressourcen für diese Maßnahmen müssen ebenfalls berücksichtigt werden. Im Routinebetrieb kann davon ausgegangen werden, dass 75 Prozent der Zeit für Beratungen und 25 Prozent für Sensibilisierung, Netzwerkmanagement und Qualitätssicherung aufgewandt werden (vgl. Endbericht FC3).

Social Prescribing erweist sich in drei Bereichen als niederschwellig und fördert damit gesundheitliche Chancengerechtigkeit: im Zugang, in der Beratung und in der Weitervermittlung bzw. im Zugang zu den Kooperationsangeboten.

### Niederschwelligkeit im Zugang zum Social-Prescribing-Angebot

Viele Menschen werden über die Primärversorgung erreicht. Rund drei Viertel aller dokumentierten Patientinnen und Patienten wurden durch Ärztinnen und Ärzte an die Fachkraft mit Link-Working-Funktion vermittelt. Dies unterstreicht die zentrale Rolle medizinischer Fachkräfte im Vermittlungsprozess. Eine gezielte Sensibilisierung dieser Berufsgruppe für das Angebot und dessen Nutzen ist wesentlich – insbesondere im Hinblick auf die Erkennung relevanter psychosozialer Bedarfe und Bedürfnisse im Praxisalltag (vgl. Endbericht FC3).

## Niederschwellige Beratung

Der Beziehungsaufbau zeigt sich dabei als tragende Säule im gesamten Prozess und unterstreicht eine wesentliche Stärke von Social Prescribing: Ein stabiles, wertschätzendes Verhältnis erleichtert nicht nur die Erhebung individueller Bedarfe, sondern stärkt auch die Motivation, Unterstützungsangebote tatsächlich in Anspruch zu nehmen. Die Fachkräfte mit LWF übernehmen dabei eine Lotsenrolle – sie begleiten die Patientinnen und Patienten nicht nur bei der Bedarfsklärung, sondern auch beim Finden und Andocken an passende Angebote.

Gleichzeitig zeigen die Daten, dass psychische Belastungen (z. B. Depression, Angst) und Sprachbarrieren zu den häufigsten hinderlichen Faktoren zählen. Sie können sowohl die Kommunikation als auch die Bereitschaft zur Weitervermittlung erheblich einschränken. In pädiatrischen Einrichtungen und in der Versorgung nicht versicherter Personen wurden Sprachbarrieren besonders häufig dokumentiert – teils auch als Grund für das Nichtzustandekommen eines Reflexionsgesprächs. Diese Erkenntnisse verdeutlichen, dass für eine wirksame Umsetzung von Social Prescribing nicht nur niederschwellige Angebote notwendig sind, sondern auch gezielte Maßnahmen zur Überwindung kommunikativer und psychischer Barrieren. Dazu zählen etwa auch der Einsatz von Dolmetschdiensten oder mehrsprachigen Informationsmaterialien.

## Niederschwelliger Zugang zu regionalen Angeboten

Die Ergebnisse der Auswertung unterstreichen zudem die zentrale Rolle niederschwelliger Zugänge im Rahmen von Social Prescribing – sowohl bei der Vermittlung an die Fachkraft mit Link-Working-Funktion als auch bei der Weitervermittlung zu passenden Angeboten. Besonders förderlich für eine erfolgreiche Weitervermittlung waren laut Dokumentation die einfache Zugänglichkeit der Angebote (z. B. kostenfrei, wohnortnah), die gemeinsame Kontaktherstellung und Terminvereinbarung sowie das vertrauensvolle Verhältnis zwischen Fachkraft und Patientin bzw. Patienten.

Wenngleich am häufigsten an Beratungsangebote und teilweise auch wieder an professionelle Angebote vermittelt wird, wird – zählt man die unterschiedlichen Bereiche sozialer Teilhabe zusammen – auch häufig an Angebote zur Förderung der sozialen Teilhabe weitervermittelt. Rund drei Viertel aller Personen, die weitervermittelt werden konnten, wurden zumindest an ein Gruppenangebot weitervermittelt.

## Social Prescribing ist für alle

Der in Österreich umgesetzte Ansatz von Social Prescribing ist offen für alle Personengruppen. Gleichzeitig ist bekannt, dass ausgewählte Bevölkerungsgruppen besonders von Social Prescribing profitieren, wie Personen mit unklaren Bedürfnissen, mit Belastungen in Bezug auf soziale Kontakte / das soziale Netzwerk oder mit Einschränkungen der Lebensqualität, insbesondere aufgrund spezifischer Leiden (eigene oder von Angehörigen).

Die Daten zeigen, dass mit Social Prescribing Patientinnen und Patienten erreicht wurden, die großteils (55 %) nicht erwerbstätig sind (darunter auch viele Personen in Pension) und/oder teilweise allein leben (29,3 %). Zumeist liegen mehrere bzw. komplexe Problemlagen vor. Die Ergebnisse verdeutlichen jedoch auch, dass sich die Bedarfe und Herausforderungen je nach

Einrichtungsform unterscheiden. Während in pädiatrischen Einrichtungen familiäre Belastungen und Sprachbarrieren im Vordergrund stehen, dominieren bei nicht versicherten Personen existenzielle Themen wie Wohnsituation, Aufenthaltsstatus, finanzielle Unsicherheit und, was durch offene Antworten deutlich wurde, das Thema Verhütung, Schwangerschaft(-abbruch) und Geburt.

Im Sinne des Konzepts von Social Prescribing ist kritisch zu reflektieren, welche Zielgruppen es zu erreichen gilt und inwieweit Social Prescribing „treffsicher“ ist. Sowohl die erhobenen Belastungen und die aufgezeigte Komplexität der Bedarfe als auch die Weitervermittlung auch zurück an medizinisch-pflegerisch-therapeutische Angebote im Gesundheitssystem zeigen eine Diskrepanz zwischen dem idealtypischen Konzept, welches Menschen mit niedriger Falltiefe zu mehr sozialer Teilhabe verhilft, und der österreichischen Umsetzungspraxis von Social Prescribing mit Nähe und Überschneidung zur Sozialen Arbeit und Rückvermittlung an das professionelle Gesundheitssystem.

Damit ergeben sich für den nächsten Fördercall weitere Fragen, die es zu bearbeiten gilt:

- Wie kann es gelingen, in der Primärversorgung Menschen, die vergleichsweise weniger gut erreicht wurden (z. B. Männer), besser zu erreichen?
- Wie kann es gelingen, Bedarfslagen frühzeitig zu erkennen und SP anzubieten, bevor massive Belastungen oder (akute) Krisen entstehen?
- Wie können der Zugang zu Social Prescribing, die Beratung und die Weitervermittlung noch niederschwelliger gestaltet werden?
- Wie kann sich Social Prescribing in die bestehende Angebotslandschaft als wichtige Ergänzung zur Förderung von Chancengerechtigkeit und sozialer Teilhabe etablieren und Synergien bilden?

Die vorliegenden Erkenntnisse verdeutlichen das große Potenzial von Social Prescribing, einen Beitrag zur Gesundheitsförderung der Bevölkerung zu leisten – insbesondere mit Blick auf die Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit. Damit dieses Potenzial voll ausgeschöpft werden kann, ist ein gezielter Ausbau des Angebots sowie eine strukturelle Verankerung des Ansatzes im Gesundheitssystem empfehlenswert.

## Literatur

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

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

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

# Anhang: Bedarfs- und Vermittlungsdoku

- \* = Pflichtfrage
- # = Mehrfachantwort
- bedingende Frage
- bedingte Frage

## Einstieg

Person, die LW in Anspruch nimmt, ist unter 14 Jahre alt:

ja  nein

Zustimmung zur Datenspeicherung

- Bestätigung der Information der Person, die Link Working in Anspruch nimmt, über Datenspeicherung und Sicherung; Antwort: ja/nein
- bei „nein“, wenn möglich, im Notizfeld (letzte Seite) angeben, warum

*Ich habe die Person anhand des Informationsblatts zu Datenspeicherung, Datensicherheit und Datenschutz darüber informiert, dass wir Informationen, die wir für die Vermittlung sammeln, dokumentieren und elektronisch abspeichern, für wissenschaftliche Zwecke personenunabhängig auswerten. Die Person hat dem mündlich zugestimmt.*

ja  nein

Datum, an dem die Person zugestimmt hat: \* dd/mm/yyyy

Anm.: = Datum des Erstkontaktes

Erstkontakt = Ein neuer Fall wird angelegt, die Person wird zum ersten Mal hier eingetragen/dokumentiert. Wenn Person schon vorher in Beratung war, dies bitte im Notizfeld ergänzen.

<b>Frage 1</b> Fallkürzel*	
<b>Frage 2</b> Kontaktaufnahme erfolgte durch ... *	<input type="checkbox"/> ... Vermittlung innerhalb der Einrichtung/Organisation <input type="checkbox"/> ... externe Einrichtung/Organisation <input type="checkbox"/> ... Selbstmelder:in (auch: durch Angehörige) <input type="checkbox"/> ... Erziehungsberechtigte:n
<b>Frage 2a</b> (nur, wenn bei 2 „innerhalb der Einrichtung“ oder „externe Einrichtung“) Profession der vermittelnden/zuweisenden Person	<input type="checkbox"/> Ärztin/Arzt <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpflegeperson <input type="checkbox"/> Ordinationsassistent:in <input type="checkbox"/> Angehörige:r der medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe (MTDG-Berufe) <input type="checkbox"/> Psychologin/Psychologe <input type="checkbox"/> Psychiater:in <input type="checkbox"/> Hebammme <input type="checkbox"/> Case und Care Manager:in <input type="checkbox"/> Sozialarbeiter:in <input type="checkbox"/> Berater:in (Gesundheits-, Lebens- oder Sozialberater:in) <input type="checkbox"/> andere: offenes Feld

### Angaben zur Person

<b>Frage 3</b> Geschlecht*	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> inter <input type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> keine Angabe
<b>Frage 4</b> Geburtsjahr*	yyyy
<b>Frage 5</b> (nicht relevant, wenn Person, die LW in Anspruch nimmt, unter 14 Jahre alt ist) Wohnt die Person allein oder mit anderen Personen zusammen?*	<input type="checkbox"/> allein <input type="checkbox"/> mit einer oder mehreren Personen <input type="checkbox"/> wohnungs- oder obdachlos <input type="checkbox"/> keine Angabe
<b>Frage 6</b> (nicht relevant, wenn Person, die LW in Anspruch nimmt, unter 14 Jahre alt ist) berufliche Situation*,#	<input type="checkbox"/> erwerbstätig / in einem Beschäftigungsverhältnis <input type="checkbox"/> in Ausbildung <input type="checkbox"/> Karenz (Mutterschutz, Elternkarenz, Bildungskarenz) <input type="checkbox"/> Gelegenheitsarbeit bzw. prekäre Beschäftigung (z. B. Erntearbeit) <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> keine Angabe
<b>Frage 6a</b> (nur, wenn bei 6 „nicht erwerbstätig“) Warum nicht erwerbstätig? (wenn nicht gelistet, bitte unter „Sonstiges“ ergänzen)	<input type="checkbox"/> Pension <input type="checkbox"/> keine Arbeitsberechtigung <input type="checkbox"/> arbeitssuchend <input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann <input type="checkbox"/> (vorübergehend) arbeits-/berufsunfähig <input type="checkbox"/> Sonstiges: offenes Feld
<b>Frage 7</b> (bei Kindern: Schulbildung des Kindes) höchste abgeschlossene (Schul - )Bildung* (wenn nicht gelistet, bitte unter „Sonstiges“ ergänzen)	<input type="checkbox"/> kein Schulabschluss <input type="checkbox"/> Pflichtschulabschluss <input type="checkbox"/> Lehrabschluss <input type="checkbox"/> berufsbildende mittlere Schule <input type="checkbox"/> Matura <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss (Uni/FH) <input type="checkbox"/> im schulpflichtigen Alter <input type="checkbox"/> noch nicht schulpflichtig <input type="checkbox"/> keine Angabe <input type="checkbox"/> Sonstiges: offenes Feld
<b>Frage 8</b> Gehört die Person, die Link Working in Anspruch nimmt, einer Schwerpunktzielgruppe aus dem Projekt an? *,# (wenn nicht gelistet, bitte unter „andere“ ergänzen)	<input type="checkbox"/> alleinstehende Person <input type="checkbox"/> alleinerziehende Person <input type="checkbox"/> ältere Person <input type="checkbox"/> Kinder und Jugendliche <input type="checkbox"/> nicht versicherte Person <input type="checkbox"/> obdachlose oder wohnungslose Person <input type="checkbox"/> Person einer ethnischen Community <input type="checkbox"/> Person mit LGBTIQ*-Identität/-Orientierung <input type="checkbox"/> Person mit Migrationshintergrund (insb. 1. oder 2. Generation) <input type="checkbox"/> Person mit Mehrfachproblemen <input type="checkbox"/> schwangere Person <input type="checkbox"/> andere: offenes Feld
<b>Frage 9</b>	Offenes Feld

medizinische Diagnose(n) (optionale Frage; nur aktuelle Diagnose(n) bzw. Diagnose(n), die zu SP und LW geführt haben; Diagnose(n) bitte nicht in codierter Form)	
---	--

### Ressourcen und Belastungen

aktiv eingebrachte Ressourcen und Belastungen aus Sicht der Person, die Link Working in Anspruch nimmt

Anm.: Bei Kindern geht es auch jeweils um die Bedürfnisse und Ressourcen des Kindes (insb. Frage 10a, 10b) bzw. der Familie.

(5 = als Ressource; 4 = eher als Ressource; 3 = neutral; 2 = eher als Belastung; 1 = als Belastung;

0 = unklar / nicht sicher erkennbar)

	5	4	3	2	1	0	k. A.
Frage 10a eigene psychische Gesundheit*	<input type="checkbox"/>						
Frage 10b eigene körperliche Gesundheit*	<input type="checkbox"/>						
Frage 10c Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz, Zuversicht/Resilienz, Prävention*	<input type="checkbox"/>						
Frage 10d Paarbeziehung/Familienklima*	<input type="checkbox"/>						
Frage 10e Gesundheit von nahestehenden An- und Zugehörigen (psychisch und/oder körperlich)*	<input type="checkbox"/>						
Frage 10f Wohnsituation*	<input type="checkbox"/>						
Frage 10g finanzielle Situation*	<input type="checkbox"/>						
Frage 10h Navigationskompetenz (Behördenwege, Dokumente, Rechtsberatung einholen etc.)*	<input type="checkbox"/>						
Frage 10i berufliche Situation / Arbeit / schulische Situation, (Aus-)Bildung (Aus- und Fortbildungen, Sprachkenntnisse etc.)*	<input type="checkbox"/>						
Frage 10j soziales Netz*	<input type="checkbox"/>						

<b>Frage 11</b> weitere Ressourcen #	<input type="checkbox"/> (Aus-)Bildung <input type="checkbox"/> Fremdsprachenkenntnisse <input type="checkbox"/> kommunikativ / gesellige Persönlichkeit <input type="checkbox"/> Motivation, etwas zu ändern <input type="checkbox"/> Interessen (z. B. Sport) <input type="checkbox"/> Religion <input type="checkbox"/> andere: offenes Feld
<b>Frage 12</b> weitere Belastungen #	<input type="checkbox"/> persönliche Unsicherheit <input type="checkbox"/> ungeklärter Aufenthaltsstatus <input type="checkbox"/> Familienstatus (z. B. Wunsch nach Trennung/Scheidung) <input type="checkbox"/> Sprachbarrieren <input type="checkbox"/> Diskriminierung <input type="checkbox"/> andere: offenes Feld
<b>Frage 10-12aa</b> (NUR relevant, wenn Person, die LW in Anspruch nimmt, unter 14 Jahre alt ist) Wer war(en) Gesprächspartner:in(nen) bei der Ermittlung der Ressourcen und Belastungen? *,#	<input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigte:r <input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigte:r und Kind <input type="checkbox"/> andere: offenes Feld

## Handlungsbedarf

Anm.: Bei Kindern geht es um den Handlungsbedarf für das Kind.

<b>Frage 13</b> vorrangiger Veränderungswunsch *,# (aus Sicht der Person, die Link - Working in Anspruch nimmt)	<input type="checkbox"/> eigene psychische Gesundheit (Umgang mit Angst, Überforderung, Depression, Suchterkrankungen etc.) <input type="checkbox"/> eigene körperliche Gesundheit (Umgang mit Erkrankung(en), Beeinträchtigung(en) etc.) <input type="checkbox"/> Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz, Prävention (Ernährung, Bewegung, Rauchen, Unfallverhütung, Zahngesundheit, Alkohol, Zuversicht/Resilienz, Selbstwirksamkeit etc.) <input type="checkbox"/> Paarbeziehung/Familienklima (Überlastung, Trennung, Gewalt, Kränkungen, Konflikte, familiäre und soziale Unterstützung etc.) <input type="checkbox"/> Gesundheit von nahestehenden An- und Zugehörigen (psychisch und/oder körperlich) <input type="checkbox"/> Wohnsituation (Größe, Zustand, Ausstattung, Mietrückstände, Mietverhältnis etc.) <input type="checkbox"/> finanzielle Situation (Existenzsicherung, Umgang mit Geld/Schulden, Erwerbstätigkeit, Beihilfen etc.) <input type="checkbox"/> Navigationskompetenz (Behördenwege, Dokumente, Rechtsberatung einholen etc.) <input type="checkbox"/> berufliche Situation / Arbeit / schulische Situation, (Aus-)Bildung (Aus- und Fortbildungen, Sprachkenntnisse etc.) <input type="checkbox"/> soziales Netz (Einsamkeitsgefühl) <input type="checkbox"/> anderer Veränderungswunsch: offenes Feld
<b>Frage 13a</b> (NUR relevant, wenn Person, die LW in Anspruch nimmt, unter 14 Jahre alt ist) Wer machte die Aussage zum vorrangigen Veränderungswunsch? *,#	<input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigte:r <input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigte:r und Kind <input type="checkbox"/> andere: offenes Feld

## Weitervermittlung

<b>Frage 14</b> Wie findet die Konsultation statt?*,#	<input type="checkbox"/> persönlich (in der Einrichtung) <input type="checkbox"/> persönlich (außerhalb der Einrichtung) <input type="checkbox"/> telefonisch <input type="checkbox"/> Videotelefonat/Videokonferenz <input type="checkbox"/> Hausbesuch bzw. Besuch am Wohnort <input type="checkbox"/> andere: offenes Feld
<b>Frage 15 (NUR relevant, wenn Person, die LW in Anspruch nimmt, unter 14 Jahre alt ist)</b> Wer war(en) Gesprächspartner:in(nen) bei der Weitervermittlung?*,#	<input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigte:r <input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigte:r und Kind <input type="checkbox"/> andere: offenes Feld
<b>Frage 16</b> Findet eine Anbindung (innerhalb der Einrichtung) oder Weitervermittlung im Sinne von Social Prescribing statt?*	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Frage 16a (nur wenn bei 16 „nein“)</b> Wieso findet KEINE Weitervermittlung im Sinne von SP statt?*,#	<input type="checkbox"/> kein passendes Angebot gefunden <input type="checkbox"/> Person ist bereits an eine andere Organisation angebunden. <input type="checkbox"/> Person möchte nicht. <input type="checkbox"/> Bei Kindern: Erziehungsberechtigte:r möchte nicht. <input type="checkbox"/> keine Angebote im Einzugsbereich verfügbar <input type="checkbox"/> körperliche Gesundheit unzureichend <input type="checkbox"/> psychische Gesundheit unzureichend <input type="checkbox"/> Die Belastungen sind bereits reduziert bzw. besteht kein Bedarf (mehr). <input type="checkbox"/> Sonstiges: offenes Feld
<b>Frage 16c (nur wenn bei 16 „ja“)</b> An welche Aktivität im Sinne von Social Prescribing wird vermittelt?*,#	<input type="checkbox"/> Bewegungsangebot (z. B. Sportverein, Nordic-Walking-Gruppe etc.) <input type="checkbox"/> kognitives Angebot (z. B. Lerngruppe, Lerncafé, Literatur- und Lesekreis, Volks- hochschule) <input type="checkbox"/> psychosoziale Beratungsstelle (z. B. Familien-/Elternberatung, Frauenberatung, Männerberatung, Frühe-Hilfen-Netzwerk) <input type="checkbox"/> soziale Angebote/Treffen (z. B. Pensionistenclub, Nachbarschaftstreffen/Ge- meindetreffen, Gruppenangebote, Buddy-Programme) <input type="checkbox"/> Rechts- und Sozialberatung (z. B. Rechtsberatung, Schuldnerberatung, Wohn- beratung, Sozialberatung, Asylrechtsberatung) <input type="checkbox"/> Ernährungsangebote (z. B. Kochgruppen, Kochkurs, Ernährungsberatung) <input type="checkbox"/> kunst- und kulturbezogene Aktivität (z. B. Kreativgruppe, Chor, Malkurs, ge- meinsame Theaterbesuche) <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe <input type="checkbox"/> berufliche Beratungsstelle <input type="checkbox"/> Freiwilligenarbeit (als sinnstiftende Aktivität, z. B. Lernhilfe, Begleit- und Be- suchsdienste, „Leihoma/Leihopa“) <input type="checkbox"/> naturbezogene Aktivitäten im Grünen (Green Social Prescribing) <input type="checkbox"/> Achtsamkeitskurse (z. B. Mediationskurse, Yoga) <input type="checkbox"/> tiergestützte Angebote <input type="checkbox"/> andere: offenes Feld
<b>Frage 16c (nur wenn bei 16 „ja“)</b> Gibt/Gab es eine Begleitung zu diesem Angebot?*	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Frage 17</b>	<input type="checkbox"/> Vorbehalte / anfängliche Abneigung (z. B. aufgrund des Anspruchs, alles allein zu schaffen; Bedarf wird seitens der Patientin bzw. des Patienten nicht gesehen)

hinderliche Faktoren bei der Vermittlung # (optional)	<input type="checkbox"/> fehlende Motivation <input type="checkbox"/> Sprachbarrieren <input type="checkbox"/> psychische Gesundheit (z. B. Depression) <input type="checkbox"/> physische Gesundheit (z. B. eingeschränkte Mobilität) <input type="checkbox"/> Hochschwelligkeit der Angebote (z. B. Teilnahmekosten, Distanz zu Wohnort) <input type="checkbox"/> Wartezeit <input type="checkbox"/> Familie/Freundinnen/Freunde/Erziehungsberechtigte:r nicht (sehr) unterstützend <input type="checkbox"/> andere: offenes Feld
<b>Frage 18</b> förderliche Faktoren bei Vermittlung (optional)	<input type="checkbox"/> Niederschwelligkeit der Angebote (z. B. kostenloses Angebot, Nähe zum Wohnort) <input type="checkbox"/> gemeinsame Kontaktherstellung und Terminvereinbarung <input type="checkbox"/> Begleitung durch Familie/Freundinnen/Freunde zum Angebot <input type="checkbox"/> gutes Verhältnis zwischen Fachkraft mit LWF und Person, die LW in Anspruch nimmt <input type="checkbox"/> enger Kontakt der Einrichtung zum Angebot bzw. zu den Kooperationspartnern <input type="checkbox"/> Familie/Freundinnen/Freunde/Erziehungsberechtigte:r (sehr) unterstützend <input type="checkbox"/> Bekanntheit des Angebots (vertraute Umgebung, vertraute Person) <input type="checkbox"/> andere: offenes Feld

### Zwischenbilanz/Vermittlungsabschluss

Ist nach dem 5. Termin noch kein Vermittlungsabschluss möglich, ist beim 5. Termin ein Reflexionsgespräch als Zwischenbilanz zu führen.

<b>Frage 19</b> Hat ein Reflexionsgespräch (entweder beim 5. Termin oder zum Vermittlungsabschluss) zwischen der Person, die Link Working in Anspruch nimmt, und jener mit Link-Working-Funktion stattgefunden?* (falls kein Reflexionsgespräch stattgefunden hat, evtl. Angehörige:n eines anderen Gesundheitsberufs bitten, nachzufragen)	<input type="checkbox"/> ja, zur Zwischenbilanz <input type="checkbox"/> ja, zum Vermittlungsabschluss <input type="checkbox"/> ja, aber bei Angehörigen eines anderen Gesundheitsberufs <input type="checkbox"/> Nein, es hat kein Reflexionsgespräch stattgefunden.
<b>Frage 19a</b> (nur wenn bei 19 „ja“) (NUR relevant, wenn Person, die LW in Anspruch nimmt, unter 14 Jahre alt ist) Wer war(en) Gesprächspartner:in(nen) beim Reflexionsgespräch?	<input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigte:r <input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigte:r und Kind <input type="checkbox"/> andere: offenes Feld
<b>Frage 19b</b> (nur wenn bei 19 „nein“) Wieso hat KEIN Reflexionsgespräch bei der Fachkraft mit LWF stattgefunden? #	<input type="checkbox"/> Person hat sich nicht mehr gemeldet. <input type="checkbox"/> Person war nicht bei der vermittelten Aktivität. <input type="checkbox"/> Person war nicht bei der externen regionalen Ansprechperson in der Gemeinde. <input type="checkbox"/> Bei Kindern: unzureichende Unterstützung durch Erziehungsberechtigte:n <input type="checkbox"/> Rückmeldung durch Patientin/Patienten ist an eine andere Berufsgruppe in der Einrichtung erfolgt. <input type="checkbox"/> anderer Grund: offenes Feld
<b>Frage 20</b> (nur wenn bei 19 „ja“)	

<p>In folgenden Bereichen haben sich im Rahmen von Social Prescribing Verbesserungen/Verschlechterungen gezeigt          (5 = hat sich stark verbessert; 4 = hat sich eher verbessert; 3 = keine Änderung; 2 = hat sich eher verschlechtert;          1 = hat sich stark verschlechtert) (Einschätzung der Person, die LW in Anspruch nimmt) *</p>						
	5	4	3	2	1	k. A.
<b>Frage 20a</b> eigene psychische Gesundheit (Umgang mit Angst, Überforderung, Depression, Suchterkrankungen etc.)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Frage 20b</b> eigene körperliche Gesundheit (Umgang mit Erkrankung(en), Beeinträchtigung(en) etc.)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Frage 20c</b> Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz, Prävention (Ernährung, Bewegung, Rauchen, Unfallverhütung, Zahngesundheit, Alkohol, Zuversicht/Resilienz, Selbstwirksamkeit etc.)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Frage 20d</b> Paarbeziehung/Familienklima (Umgang mit Überlastung, Trennung, Gewalt, Kränkungen, Konflikte, familiäre und soziale Unterstützung etc.)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Frage 20e</b> Gesundheit von nahestehenden An- und Zugehörigen (psychisch und/oder körperlich)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Frage 20f</b> Wohnsituation (Größe, Zustand, Ausstattung, Mietrückstände, Mietverhältnis etc.)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Frage 20g</b> finanzielle Situation (Existenzsicherung, Umgang mit Geld/Schulden, Erwerbstätigkeit, Beihilfen etc.)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Frage 20h</b> Navigationskompetenz (Behördenwege, Dokumente, Rechtsberatung einholen etc.)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Frage 20i</b> berufliche Situation / Arbeit / schulische Situation, (Aus-)Bildung (Aus- und Fortbildungen, Sprachkenntnisse etc.)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Frage 20j</b> soziales Netz (z. B. Einsamkeitsgefühl)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Frage 20k</b> andere	offenes Feld					
<b>Frage 21</b> Wie viele Termine gab es mit der Person, die Link Working in Anspruch genommen hat?* (Termin 1 = 1 Termin, Termin 2 = 2 Termine, Termin 3 = 3 Termine etc.)*	offenes Feld					
<b>Frage 22</b> Gesamtaufwand (Beratung, Dokumentation, Begleitung etc.) in Stunden, geschätzt* (Tragen Sie die aufgewandte Zeit hier ein und zählen Sie nach jedem weiteren Termin die Stunden selbst dazu, sodass es am Ende die Gesamtzahl ergibt.)	offenes Feld					
<b>Frage 23</b> an die Person, die Link - Working in Anspruch genommen hat	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja					

Würden Sie Social Prescribing weiterempfehlen? <b>(optional)</b>	<input type="checkbox"/> unsicher <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein
<b>Frage 24</b> Fall vorläufig abgeschlossen* (i. S. von: Weitervermittlung/Anbindung hat stattgefunden ODER Person hat selbst erklärt, dass die Unterstützung im Sinne von SP erst einmal abgeschlossen ist, ODER Person hat sich nicht mehr gemeldet Bei neuerlichem Erscheinen der Person: Dies bitte als neuen Fall anlegen und im Notizfeld vermerken.)	<input type="checkbox"/> ja Datum: dd/mm/yyyy
offenes Feld für Notizen	