

# Fördercall Social Prescribing in der Primär- und pädiatrischen Versorgung 2023–2025: Umsetzungserfahrungen

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





# Fördercall Social Prescribing in der Primär- und pädiatrischen Versorgung 2023–2025: Umsetzungserfahrungen

## Ergebnisbericht

Autorinnen:

Daniela Rojatz

Lydia Fenz

Sandra Ecker-Shibamori

Fachliche Begleitung:

Pauline Klingenstein

Projektassistenz:

Alexandra Kühner

Lena Nirschl

Interner Review:

Sabine Haas

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

Wien, im Juli 2025

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

Zitiervorschlag: Rojatz, Daniela; Fenz, Lydia; Ecker-Shibamori, Sandra (2025): Fördercall Social Prescribing in der Primär- und pädiatrischen Versorgung 2022-2025: Umsetzungserfahrungen. 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 gilt als innovativer Ansatz, um gesundheitsrelevante psychosoziale Anliegen in der Primärversorgung systematisch zu adressieren. Der vorliegende Bericht fasst die Erfahrungen aus dem Fördercall Social Prescribing in der Primär- und pädiatrischen Versorgung 2023–2025 zusammen. 15 Einrichtungen konnten beim Aufbau ihrer Aktivitäten unterstützt werden (Februar 2023 bis Juli 2024). Im Sommer 2024 wurde eine Verlängerung der Förderperiode (August 2024 bis Mai 2025) ermöglicht, 10 der 15 Einrichtungen nahmen an dieser Verlängerung teil.

## Methode

Basis des vorliegenden Berichts sind prozessproduzierte Daten des Fördercalls und der Umsetzungsbegleitung. Förderanträge, Zwischen- und Endberichte der Fördernehmer:innen und die Ergebnisse der Bedarfs- und Vermittlungsdoku wurden ebenso einbezogen wie Protokolle der quartalsweise durchgeführten Vernetzungstreffen der Fördernehmer:innen mit dem GÖG-Team, eines Reflexionsworkshops, eines Workshops zur Dokumentation der Link-Working-Beratungen und zweier Fallbesprechungen.

## Ergebnisse

Die Ergebnisse des Fördercalls lassen sich auf zwei Ebenen – der Patientenebene und der Umsetzungsebene – beschreiben:

Auf Ebene der Patientinnen und Patienten zeigt sich, dass Daten von **1.233 Patientinnen und Patienten** in der Bedarfs- und Vermittlungsdoku der Link-Working-Beratungen dokumentiert wurden. In 85 Prozent aller Fälle konnte im Rahmen der Beratung **an ein regionales Angebot weitervermittelt bzw. angebunden werden** (n = 1.032). Positive Veränderungen werden insbesondere in den Bereichen psychische Gesundheit, Gesundheitsförderung, Navigationskompetenz und soziale Teilhabe wahrgenommen.

Auf Ebene der Umsetzung von Social Prescribing bzw. der umsetzenden Einrichtungen bestätigt sich die Anwendbarkeit von Social Prescribing in unterschiedlichen Gesundheitseinrichtungen (Einzel-/Gruppenpraxen, (Kinder-)PVE, Einrichtungen für nicht versicherte Personen). Die unterschiedlichen Umsetzungsformen können nach räumlicher Verortung der Link-Working-Beratung (in der Einrichtung selbst oder außerhalb) und Netzwerkmanagement (vielfältige regionale Angebote / städtische Region, wenige Angebote / ländlicher Raum) differenziert werden.

## Schlussfolgerungen

Die Learnings für die weitere Umsetzung von Social Prescribing und den nächsten Fördercall lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Konkretisierung der Zielgruppe für Social Prescribing auf Menschen mit einem unspezifischen nichtmedizinischen Unterstützungsbedarf und Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderung und eingeschränkter sozialer Teilhabe und/oder Lebensqualität
- Der Personalbedarf für die Umsetzung von Social Prescribing liegt bei etwa einem Vollzeit-äquivalent. Die Link-Working-Beratung bedarf damit eigener, zusätzlicher Ressourcen. Fehlen diese, werden insbesondere Menschen mit komplexen, tiefgreifenden und oftmals sozialarbeiterisch zu behandelnden Problemen bzw. Bedarfen (z. B. Wohnungslosigkeit) erreicht, wo akuter Beratungsbedarf und Leidensdruck bestehen. Menschen mit – auf den ersten Blick – weniger tiefgreifenden Problemen bzw. Bedarfen, aber gesundheitsbezogenen psychosozialen und emotionalen Bedürfnissen werden bisher kaum präventiv erreicht.
- Für die Initiierung des Social-Prescribing-Prozesses – also die Vermittlung an die Fachkraft mit Link-Working-Funktion – sind Ordinationsassistentinnen bzw. -assistenten und Ärztinnen und Ärzte zentral. Für diese Berufsgruppen gilt es spezifischere und kontinuierliche Sensibilisierungsmaßnahmen zu setzen.
- Das Netzwerkmanagement fokussiert insbesondere, aber nicht ausschließlich Angebote außerhalb des medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Bereichs.

Diese Punkte wurden in die Konzeption des im Juni 2025 ausgelobten Fördercalls Social Prescribing in der Primär- und pädiatrischen Versorgung (2026–2028) aufgenommen.

## Schlüsselwörter

Social Prescribing, Primärversorgung, Umsetzungserfahrungen

# Summary<sup>1</sup>

## Background

Social Prescribing is considered an innovative approach to systematically addressing health-related psychosocial concerns in primary care. This report summarises the experiences gained from the funding call for social prescribing in primary and paediatric care 2023–2025. Fifteen institutions received support in setting up their activities (February 2023 to July 2024). In the summer of 2024, the funding period was extended until the end of May 2025. Ten of the 15 institutions took part in this extension (August 2024 to May 2025).

## Method

This report is based on data generated during the funding call and implementation support process. Funding applications, interim and final reports from funding recipients, and the results of needs and referral documentation were included, as were minutes from quarterly networking meetings with funding recipients and the project team, a reflection workshop, a workshop on documenting link working consultations, and two case discussions.

## Results

The results of the funding call can be categorised on two levels – the patient level and the implementation level:

At the patient level, data from 1,233 patients was documented in the needs and referral documentation of the Link Working consultations. In 85 per cent of all cases, the consultation resulted in a referral or connection to a regional service (n = 1,032). Positive changes are particularly noticeable in the areas of mental health, health promotion, navigation skills and social participation.

At the level of social prescribing implementation and the implementing institutions, the feasibility of social prescribing in various healthcare facilities (individual/group practices, (children's) PVE, facilities for uninsured persons) has been confirmed. The different forms of implementation can be differentiated according to the geographical location of the link working consultation (within or outside the institution) and network management (diverse regional services/urban region, few services/rural area).

## Conclusion

In summary, the lessons learned for the further implementation of social prescribing and the next funding call are as follows:

---

<sup>1</sup> summary translated with the support of deepl.com

- Specifying the target group for social prescribing as people with unspecific non-medical support needs and people with chronic illnesses or disabilities and limited social participation and/or quality of life
- The staffing requirements for the implementation of social prescribing are approximately one full-time equivalent. Link Working counselling requires its own additional resources. If these are lacking, it is particularly people with complex, profound and often social work-related problems (e.g. homelessness) who are reached, where there is an acute need for counselling and psychological distress. People with – at first glance – less profound problems, but health-related psychosocial and emotional needs, have so far hardly been reached preventively.
- Medical assistants and doctors play a central role in initiating the social prescribing process, i.e. referring patients to professionals with a link-working function. More specific and continuous awareness-raising measures need to be put in place for these professional groups.
- Network management focuses in particular, but not exclusively, on services outside the medical, nursing and therapeutic fields.

These points were included in the design of the funding call for Social Prescribing in Primary and Paediatric Care (2026–2028), which was announced in June 2025.

### Key words

Social Prescribing, primary care; implementation experiences



# Inhalt

Kurzfassung .....	III
Summary.....	V
Abbildungen .....	IX
Tabellen.....	X
Abkürzungen.....	XI
1    Einleitung .....	1
2    Methode .....	2
3    Umsetzung von Social Prescribing in der Primär- und pädiatrischen Versorgung .....	4
3.1    Umsetzende Einrichtungen .....	4
3.1.1    Primärversorgungseinheiten und -netzwerke.....	6
3.1.2    Einzel- und Gruppenpraxen .....	11
3.1.3    Pädiatrische Einrichtungen .....	13
3.1.4    Einrichtung für nicht versicherte Personen .....	15
3.2    Quantitative Zusammenschau .....	16
3.2.1    Vermittlung an Fachkraft mit LWF (Einstieg).....	17
3.2.2    Angaben zur Person .....	17
3.2.3    Ressourcen, Belastungen und Handlungsbedarf.....	17
3.2.4    Weitervermittlung .....	18
3.3    Qualitative Umsetzungserfahrungen.....	20
3.3.1    Sensibilisierung.....	20
3.3.2    Netzwerkmanagement .....	23
3.3.3    Link Working .....	28
3.3.4    Qualitätssicherung .....	32
3.4    Nachhaltigkeit von Social Prescribing in den geförderten Einrichtungen.....	34
3.4.1    Primärversorgungseinheiten .....	34
3.4.2    Einzel-/Gruppenpraxen .....	35
3.4.3    Pädiatrische Einrichtungen .....	35
3.4.4    Einrichtung für nicht versicherte Personen .....	36
3.5    Öffentlichkeitsarbeit für Social Prescribing.....	36
4    Auswirkungen und Veränderungen durch Social Prescribing.....	37
4.1    Auswirkungen von Social Prescribing .....	37
4.1.1    Auswirkungen auf die Einrichtung.....	37
4.1.2    Auswirkungen auf Mitarbeiter:innen .....	38
4.1.3    Auswirkungen auf Patientinnen und Patienten .....	39
4.1.4    Auswirkungen auf Kooperationspartner:innen .....	41
4.1.5    Auswirkungen auf die Region .....	42
4.2    Veränderungen durch die Etablierung von Social Prescribing .....	42
4.2.1    Verschränkung von Gesundheits-, Sozial- und kommunalem Bereich .....	42
4.2.2    Chancengerechtigkeit: Wie und wo gelang es, gesundheitliche Chancengerechtigkeit durch Social Prescribing zu fördern? .....	45
4.3    Was wäre ohne Social Prescribing?.....	47

5	Umsetzungsbegleitung.....	49
5.1	Schulung für Fachkräfte mit Link-Working-Funktion .....	49
5.2	Bedarfs- und Vermittlungsdoku.....	50
5.3	Einrichtungübergreifende Vernetzung .....	51
6	Beitrag des Fördercalls zur konzeptuellen Klärung .....	52
6.1	Konzeptuelle Klärung .....	52
6.1.1	Bedarf an Link-Working-Beratungen.....	52
6.1.2	Zielgruppen und Indikationen für Social Prescribing.....	53
6.1.3	Sensibilisierung des Primärversorgungsteams .....	54
6.1.4	Netzwerkmanagement .....	54
6.1.5	Link Working .....	54
6.2	Umsetzung von Social Prescribing .....	54
6.2.1	Link-Working-Beratung innerhalb und außerhalb der Gesundheitseinrichtung .....	55
6.2.2	Erfahrungsberichte zur Rolle von Link Working.....	55
6.2.3	Social Prescribing im ländlichen und städtischen Raum: Netzwerkmanagement .....	57
6.3	Konzept trifft auf Praxis .....	57
7	Lessons Learned und Schlussfolgerung .....	58
	Literatur.....	61
	Anhang.....	63

# Abbildungen

Abbildung 1: Social-Prescribing-Prozess.....	5
Abbildung 2: Ressourcen und Belastungen der Person, die Link Working in Anspruch nimmt.....	18
Abbildung 3: Bereiche, in denen sich im Rahmen von Social Prescribing Änderungen zeigten (Einschätzung der Person, die LW in Anspruch nahm) .....	19

# Tabellen

Tabelle 1: Teilnehmende Einrichtungen .....	2
Tabelle 2: Einrichtungsübergreifende Aktivitäten im Rahmen des Fördercalls .....	3
Tabelle 3: Überblick über die Umsetzung von Social Prescribing in Primärversorgungseinheiten und -netzwerken .....	6
Tabelle 4: Überblick über die Umsetzung von Social Prescribing in Einzel- und Gruppenpraxen .....	11
Tabelle 5: Überblick über die Umsetzung von Social Prescribing in pädiatrischen Einrichtungen .....	13
Tabelle 6: Überblick über die Umsetzung von Social Prescribing in der Einrichtung für nicht versicherte Personen .....	15
Tabelle 7: Förderliche und hinderliche Faktoren bei der Umsetzung von Social Prescribing: Sensibilisierung .....	21
Tabelle 8: Förderliche und hinderliche Faktoren bei der Umsetzung von Social Prescribing: Netzwerkmanagement .....	24
Tabelle 9: Förderliche und hinderliche Faktoren bei der Umsetzung von Social Prescribing: Link-Working-Beratung .....	28
Tabelle 10: Förderliche und hinderliche Faktoren bei der Umsetzung von Social Prescribing: Qualitätssicherung .....	32
Tabelle 11: Auswirkungen von Social Prescribing auf die Einrichtung .....	38
Tabelle 12: Auswirkungen von Social Prescribing auf die Mitarbeiter:innen .....	38
Tabelle 13: Auswirkungen von Social Prescribing auf die Patientinnen und Patienten .....	40
Tabelle 14: Auswirkungen von Social Prescribing auf die Kooperationspartner:innen .....	42
Tabelle 15: Kooperation mit bestehenden Strukturen im Umfeld der Einrichtungen .....	43
Tabelle 16: Fehlende Angebote .....	44
Tabelle 17: Wie und wo gelang es, gesundheitliche Chancengerechtigkeit durch Social Prescribing zu fördern? .....	46
Tabelle 18: Was würde sich in den Einrichtungen ändern, wenn Social Prescribing nicht weiter umgesetzt würde? .....	48
Tabelle 19: Umsetzungsformen von Social Prescribing .....	59
Tabelle 20: Rollen der Berufsgruppen im Social-Prescribing-Prozess .....	63

# Abkürzungen

GDA	Gesundheitsdiensteanbieter:innen
DGKP	diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson
FH	Fachhochschule
LW	Link Working
LWF	Link-Working-Funktion
NPO	Non-Profit-Organisation
Pat.	Patientinnen und Patienten
PPT	Power-Point-Präsentation
PVE	Primärversorgungseinheit
PVN	Primärversorgungsnetzwerk
PVZ	Primärversorgungszentrum
SoA	Sozialarbeiter:in
SP	Social Prescribing
VU	Vorsorgeuntersuchung
VZÄ	Vollzeitäquivalent(e)



# 1 Einleitung

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

Social Prescribing gilt als innovativer Ansatz, um gesundheitsrelevante psychosoziale und emotionale Anliegen in der 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 (Muhl et al. 2022).

Mit der Implementierung von Social Prescribing werden vier strategische Ziele verfolgt:

- Stärkung eines ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses und Ressourcenorientierung in der Krankenversorgung
- Stärkung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit
- Verschränkung von Gesundheits-, Sozial- und kommunalem Bereich – Stärkung von Gemeinschaften und Entlastung von Gesundheitsberufen
- Förderung von Wohlbefinden, Selbstwirksamkeit und sozialer Teilhabe von Menschen (Patientinnen und Patienten)

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 gestartet. 15 Einrichtungen der Primärversorgung und neu auch der pädiatrischen Versorgung wurden bis Ende Juli 2024 beim Auf- und Ausbau von Social Prescribing begleitet. Im Sommer 2024 wurde eine Verlängerung der Förderperiode bis Ende Mai 2025 ermöglicht. Diese Möglichkeit ergriffen 10 der 15 Einrichtungen.

Die Einrichtungen erhielten bis zu 60.000 Euro (bis Ende Juli 2024) und im Falle einer Verlängerung zusätzlich bis zu 20.000 Euro an Fördermitteln aus der Agenda Gesundheitsförderung.

Die Einrichtungen wurden durch ein Projektteam der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) begleitet. Für die Umsetzer:innen wurden eine Schulung und Vernetzungstreffen sowie Termine zur Fallbesprechung organisiert. Zur Weiterentwicklung fachlicher Grundlagen für eine mögliche flächendeckende Etablierung von Social Prescribing wurde ein Workshop zum regionalen Bedarf an Link-Working-Beratungen organisiert.

Der vorliegende Bericht richtet sich an alle an Social Prescribing interessierten Personen. Er soll Einblicke in die Umsetzung von Social Prescribing in den geförderten Einrichtungen geben. Bei der Aufbereitung der Inhalte wurde, wo möglich, zur Förderung der Übersichtlichkeit und Vergleichbarkeit bewusst auf eine tabellarische Darstellung gesetzt.

## 2 Methode

Am Fördercall „Social Prescribing in der Primär- und pädiatrischen Versorgung“ (Februar 2023 bis Juli 2024) nahmen 15 Einrichtungen teil. Im Unterschied zu den ersten beiden Fördercalls konnten auch pädiatrische Einrichtungen teilnehmen. 10 der 15 Einrichtungen nahmen eine Verlängerung des Fördercalls von August 2024 bis Ende Mai 2025 in Anspruch. 5 Einrichtungen nahmen keine Verlängerung in Anspruch. Gründe dafür waren, wie in früheren Fördercalls, insbesondere Personalwechsel bzw. aktuell fehlende (Personal-)Ressourcen für die Antragstellung und unattraktive Förderbedingungen. Die Einrichtungen sind aber weiter interessiert am Thema Social Prescribing. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die teilnehmenden Einrichtungen.

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 Barmherzige Schwestern 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 &amp; JUGEND GESUNDHEITLEUCHTTURM</li> <li>• Kinderordination Alsergrund (neu: Dr. Grois &amp; DDr. Breu - Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde OG)</li> <li>• neunerhaus Gesundheitszentrum</li> <li>• PVE Sonnwendviertel Cichocki-Gomez Pellin-Huter Allgemeinmediziner GmbH</li> </ul>

Quelle: GÖG

Basis des vorliegenden Berichts sind prozessproduzierte Daten des Fördercalls und der Umsetzungsbegleitung. Förderanträge, Zwischen- und Endberichte der Fördernehmer:innen wurden ebenso einbezogen wie Protokolle quartalsweise durchgeführter Vernetzungstreffen, eines Reflexionsworkshops, eines Workshops zur Dokumentation der Link-Working-Beratungen und Fallbesprechungen. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Veranstaltungen im Rahmen des Fördercalls.



Tabelle 2: Einrichtungübergreifende Aktivitäten im Rahmen des Fördercalls

Datum	Veranstaltung	Ziele/Inhalte
Februar 2023	Kick-off (1. Vernetzungstreffen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wechselseitige Kennenlernen</li> <li>• Vorstellen GÖG-Begleitprozess</li> <li>• Terminabstimmung</li> <li>• offene Fragen der Fördernehmer:innen</li> </ul>
Mai 2023	Vernetzungstreffen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ablauf Link-Working-Beratung</li> </ul>
Juni 2023	Schulung für Fachkräfte mit Link-Working-Funktion	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schaffen eines gemeinsamen Verständnisses für Social Prescribing und seine Umsetzung</li> </ul>
September 2023	Vernetzungstreffen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Austausch zu Umsetzungserfahrungen, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede herauszuarbeiten</li> </ul>
Oktober 2023	Fallbesprechung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teil der Schulung für Fachkräfte mit LWF</li> </ul>
Dezember 2023	Vernetzungstreffen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedarf an Link-Working-Beratung</li> </ul>
Februar 2024	Vernetzungstreffen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablierung von Social Prescribing in den Strukturen und Prozessen der Einrichtung</li> <li>• Überlegungen zur nachhaltigen Umsetzung von Social Prescribing nach Ende des Fördercalls</li> </ul>
April 2024	Fallbesprechung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teil der Schulung für Fachkräfte mit LWF</li> </ul>
Juni 2024	1. Österreichische Sozial-Prescribing-Konferenz / Vernetzungstreffen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualifikationsanforderungen und Rollenprofil Fachkraft mit LWF</li> </ul>
Juli 2024	Reflexionsworkshop Bedarf an Link-Working-Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gemeinsame Überlegungen zur Kalkulationsgrundlage für den Bedarf an Link Working pro Einrichtung</li> </ul>
November 2024	Vernetzungstreffen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zielgruppen von Social Prescribing</li> <li>• Ressourcenbedarf (Zeitbedarf) für Social Prescribing</li> </ul>
Jänner 2025	Vernetzungstreffen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Social Prescribing in städtischen und ländlichen Regionen</li> </ul>
Mai 2025	Vernetzungstreffen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nachhaltige Umsetzung von Social Prescribing</li> </ul>

Quelle: GÖG

Die Einrichtungen verpflichteten sich, die Link-Working-Beratungen in dem von der GÖG zur Verfügung gestellten Online-SP-Bedarfs- und Vermittlungsdoku-Tool zu dokumentieren. Ein Auszug dieser Daten wird in Kapitel 3.2 vorgestellt. Die vollständige Auswertung wird in einem separaten Auswertungsbericht veröffentlicht werden.

### 3 Umsetzung von Social Prescribing in der Primär- und pädiatrischen Versorgung

Nachfolgend wird auf die Umsetzung von Social Prescribing in den geförderten Einrichtungen eingegangen. Die Darstellung erfolgt zumeist in Tabellenform, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Umsetzung schneller und übersichtlicher erfassen zu können.

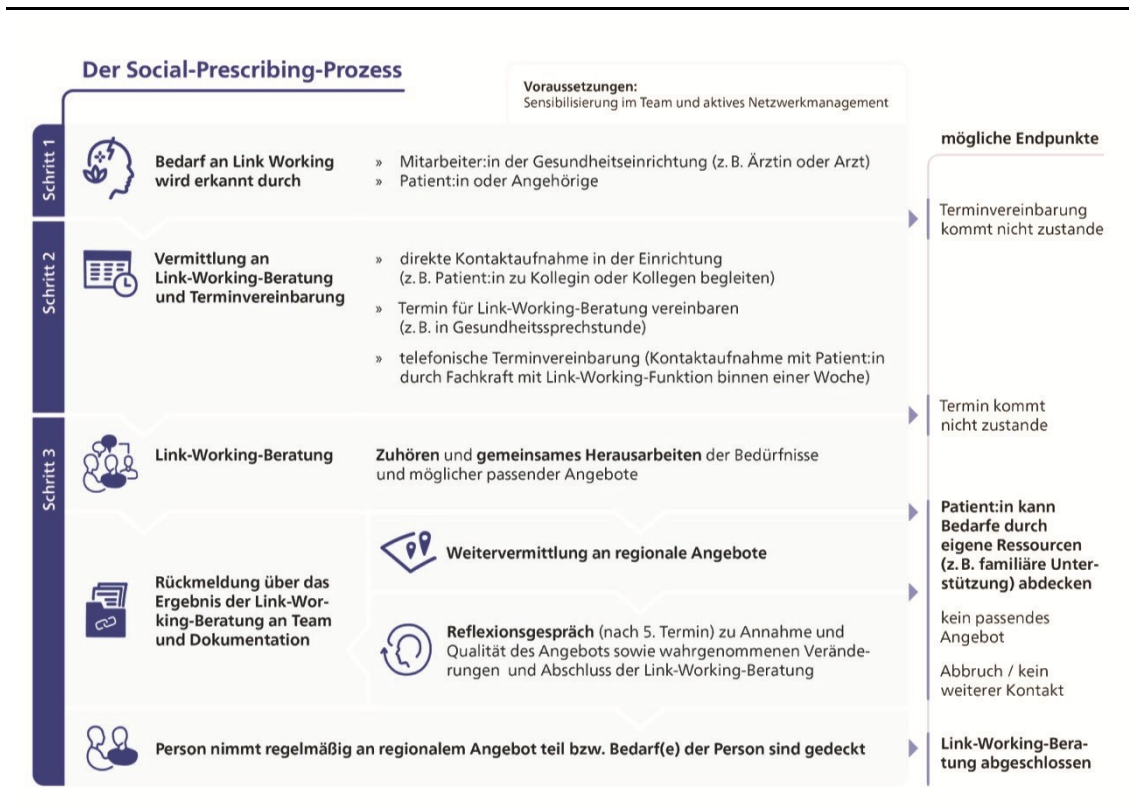
#### 3.1 Umsetzende Einrichtungen

Die geförderten Einrichtungen hatten unterschiedliche Ausgangsbedingungen. Unterschiede gab es in Hinblick auf

- die regionale Verortung (Stadt/Land),
- die Organisationsform der Gesundheitseinrichtung (Einzel-/Gruppenpraxis, PVE/PVN, pädiatrische Einrichtung, Einrichtung für nicht versicherte Personen),
- das Vorhandensein einer Person, die die Link-Working-Funktion übernehmen kann, und
- die Vernetzungsstrukturen (bereits etablierte Vernetzungsstrukturen / Bedarf, Vernetzungsstrukturen aufzubauen).

Im Zuge der End- bzw. Zwischenberichte im Sommer 2024 wurden die Fördernehmer:innen gebeten, die Prozessgrafik „Social Prescribing“ (vgl. Abbildung 1) zu kommentieren und allfällige Abweichungen bekannt zu geben. Die Prozessgrafik wurde von den meisten Umsetzerinnen und Umsetzern als passend beschrieben. Vereinzelt wurden Abweichungen beschrieben – u. a., dass Sensibilisierung ein kontinuierlicher Prozess sei oder dass das Onboarding der Kooperationspartner:innen sowie die Sensibilisierungsarbeit bei den Zuweisenden in die Abbildung integriert werden sollen. In wenigen Fällen wurde die Grafik als unpassend eingeschätzt, da für diese Einrichtungen der Social-Prescribing-Prozess kein kontinuierlicher Ablauf war, sondern eine Parallelführung mehrerer Teilarbeitspakete.

Abbildung 1: Social-Prescribing-Prozess



Grafik: Mariella Drechsler

Nachfolgend wird die Umsetzung von Social Prescribing in den geförderten Einrichtungen skizziert. Die Einrichtungen sind nach Bundesland und innerhalb des Bundeslandes alphabetisch geordnet.

### 3.1.1 Primärversorgungseinheiten und -netzwerke

Tabelle 3: Überblick über die Umsetzung von Social Prescribing in Primärversorgungseinheiten und -netzwerken

Name der Einrichtung	Sensibilisierung	Link Working	Netzwerkmanagement	Qualitätssicherung	Besonderheiten
Niederösterreich					
PVN Melker Alpenvorland	<b>Mitarbeiter:innen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• einführende Präsentation in allen Ordinationen des Netzwerks</li> <li>• fixer Tagesordnungspunkt bei Meetings</li> <li>• Auslegen von Protokollen</li> </ul> <b>Patientinnen und Patienten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Folien im Wartezimmer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umsetzung durch DGKP, Case- und Care-Managerin und eine Sozialarbeiterin (Stundenaufstockung)</li> <li>• Zuweisung mittels eines digitalen Kalenders</li> <li>• Beratung in der Ordination oder durch Hausbesuche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Synergien mit Case- und Care-Management</li> <li>• Klärung von Rahmenbedingungen in persönlichen/telefonischen Gesprächen</li> <li>• keine Kooperationsverträge</li> </ul> <b>Auswahlkriterien:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Region</li> <li>• Erreichbarkeit für Pat. (Mobilität)</li> <li>• nach den individuellen finanziellen Ressourcen</li> <li>• positive Referenzen</li> <li>• Ausbildung der umsetzenden Personen</li> <li>• Feedback der Pat.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fallbesprechungen</li> <li>• Dokumentation in Ordinationssoftware und Bedarfs- und Vermittlungsdoku</li> </ul>	
PVZ Purgstall Auer & Partner Allgemeinmedizin GmbH	<b>Mitarbeiter:innen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auftaktveranstaltung für alle Berufsgruppen</li> <li>• Infomail</li> <li>• Teambesprechungen</li> <li>• Fallbesprechungen (neu eingeführt)</li> </ul> <b>Patientinnen und Patienten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Link Working durch Sozialarbeiterin (Stundenaufstockung)</li> <li>• Fragebogen zum Wohlbefinden im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auswahlkriterium: Verfügbarkeit in Region</li> <li>• Dokumentation der Angebote in Excel-File</li> <li>• Einschätzung der Qualität auch auf Basis der Patientenrückmeldungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fall- und Teambesprechungen</li> <li>• Supervision</li> <li>• zusätzliche Dokumentation in der Ordination</li> </ul>	Erarbeitung eines Konzepts „Gemeindenahe Gesundheitsprechstunde“ im Rahmen der Verlängerung des Fördercalls

Name der Einrichtung	Sensibilisierung	Link Working	Netzwerkmanagement	Qualitätssicherung	Besonderheiten
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infoflyer</li> <li>• Infoscreen im Wartezimmer</li> <li>• Vorsorgefragebogen</li> </ul> <b>Kooperationspartner</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infomail</li> <li>• Flyer</li> <li>• Regionalvernetzungsteam</li> </ul>				
PVZ St. Pölten	<b>Mitarbeiter:innen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• persönliche Gespräche</li> <li>• WhatsApp-Gruppe</li> <li>• Kick-off-Veranstaltung</li> <li>• Teamsensibilisierung</li> <li>• schriftliche Infos im Intranet</li> <li>• Teambesprechungen</li> </ul> <b>Patientinnen und Patienten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Folder</li> <li>• Social Media</li> <li>• Presse</li> <li>• PPT im Warteraum</li> <li>• persönliche Gespräche</li> <li>• Vorträge (z. B. Infonachmittag für pflegende Angehörige)</li> <li>• Vorbereitung eines Zusatzfragebogens zur Erfassung von biopsychosozialen Belastungen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung</li> </ul> <b>Kooperationspartner:innen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Link Working durch Sozialarbeiterin (Stundenaufstockung)</li> <li>• Angebot von Social Prescribing wurde auch auf Eltern des Kinder-PVZ erweitert.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• regelmäßige Teilnahme an regionalen Vernetzungstreffen im Raum St. Pölten (z. B. Bezirksnetzwerktreffen Ki-Ju-Netzwerk)</li> <li>• überregionale Vernetzung mit PVE in Niederösterreich-Mitte</li> <li>• überregionale Vernetzung online über Plattform Primärversorgung</li> <li>• Netzwerk mit Angeboten bestand schon vor dem Fördercall.</li> <li>• Dokumentation der Angebote in Excel und auf Notizblock</li> </ul> Auswahlkriterien: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Niederschwelligkeit</li> <li>• (vorwiegend) Regionalität</li> <li>• konkrete Ansprechperson</li> <li>• passend zum Bedarf der Patientin bzw. des Patienten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einzel- und Teamsupervision</li> <li>• Team- und Fallbesprechungen</li> <li>• Informationen im Intranet</li> </ul>	Präsentation des Projekts durch die Fachkraft mit LWF an FH St. Pölten im Rahmen der Vorlesung „Case Studies in der Primärversorgung – Public Health“

Name der Einrichtung	Sensibilisierung	Link Working	Netzwerkmanagement	Qualitätssicherung	Besonderheiten
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infofolder</li> <li>• Vernetzungstreffen</li> <li>• Einzeltermine</li> </ul>				
Oberösterreich					
Die Hausärzte Ennser Allgemeinmediziner (bis Juli 2024)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Besprechungstermine mit dem Team</li> <li>• Information des Bürgermeisters und der Gesunden Gemeinde</li> <li>• Teilnahme am Ennser Gesundheitstag</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Link Working erfolgte durch Diätologin (Stundenaufstockung)</li> <li>• Fokus auf Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz und Anbindung der Pat. an regionale Angebote im Unterschied zur Sozialarbeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhebung möglicher Kooperationspartner:innen</li> <li>• Dokumentation in Worddokument</li> <li>• monatliche Vernetzungstreffen</li> <li>• keine Kooperationsverträge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• regelmäßige Kernteambesprechungen</li> <li>• Schulung für Fachkräfte mit LWF (GÖG-Begleitprozess)</li> <li>• Patientenkartei: Hinweis auf Social Prescribing wurde ergänzt</li> </ul>	
Gesundheitspark Barmherzige Schwestern Ried	<b>Netzwerkpartner:innen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Roadshows</li> <li>• Versand von Projektinfos</li> <li>• telefonische Nachfrage, falls keine Vermittlung an Fachkraft mit LWF erfolgte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Link-Working-Beratung erfolgte durch Psychotherapeutin mit Zusatzausbildungen in Supervision und Coaching, getrennt von Netzwerkmanagement (Stundenaufstockung)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fokus lag auf sozialen Angeboten</li> <li>• Dokumentation in Padlet</li> <li>• aktive Nachfrage bei Kooperationspartner:innen bzw. -partnern, ob sie aufgenommen werden wollen</li> <li>• mündliche Vereinbarung zur Zusammenarbeit</li> <li>• Weitervermittlung häufig gezielt zu Beratungsstellen für finanzielle Angelegenheiten, zu Sozialberatungsstellen, Berufsberatungsstellen</li> <li>• Vermittlung an Tanzvereine o. Ä. war aufgrund der Komplexität der Anliegen selte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Austausch zwischen Fachkraft mit LWF und Netzwerkmanagement (Mail, Telefon, WhatsApp)</li> <li>• regelmäßige Sitzungen mit Projektleitung</li> </ul>	Der Gesundheitspark ist ein Netzwerk unterschiedlicher Expertinnen und Experten aus Medizin, Therapie, Pflege. Sie alle wurden über Social Prescribing informiert und dafür sensibilisiert.

Name der Einrichtung	Sensibilisierung	Link Working	Netzwerkmanagement	Qualitätssicherung	Besonderheiten
PVE Neuzeug-Sierning	<b>Mitarbeiter:innen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• persönliche Einzeltermine</li> <li>• Leitfaden</li> <li>• standardmäßig Thema in interdisziplinären Dienstbesprechungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• etabliert als Ergänzung zur SoA (Stundenaufstockung)</li> <li>• Link Working durch Sozialarbeiterin</li> <li>• Fragebogen im Rahmen der VU eingeführt – wo passend, Vermittlung an das Link Working</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentation in eigener Datenbank</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dienstbesprechungen</li> <li>• umfangreiches Dokumentationssystem</li> <li>• einrichtungsübergreifende Vernetzungstreffen</li> </ul>	
<b>Salzburg</b>					
Gesundheitszentrum Saalfelden (bis Juli 2024)	<b>Mitarbeiter:innen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Teammeetings</li> <li>• "Zwischendurch-Gespräche"</li> <li>• Sensibilisierung als kontinuierlicher Prozess</li> </ul> <b>Patientinnen und Patienten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• über Wartzimmer-TV-System</li> </ul> <b>Kooperationspartner:innen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Information über Sozialbeirat der Stadtgemeinde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umsetzung über Sozialsprechstunde und Sozialkoordinatorin (Neuanstellung)</li> <li>• Vermittlung war ursprünglich nur durch Ärztin vorgesehen, wurde im Projektverlauf dann erweitert auf alle Berufsgruppen.</li> <li>• Anfänglicher Überweisungsschein wurde wieder verworfen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheitszentrum konnte auf bestehendem Netzwerk aufbauen.</li> </ul>		Netzwerkpartner von „Netzwerk Soziale Gesundheit“
<b>Wien</b>					
Primärversorgung Donauaustadt – Primary Health Care (bis Juli 2024)	<b>Mitarbeiter:innen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Teammeetings (alle 2 bis 3 Monate)</li> <li>• Onboarding für neue Mitarbeiter:innen</li> <li>• Handout zum Link-Working-Prozess erstellt und regelmäßig aktualisiert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Link Working durch Sozialarbeiterin (Stundenaufstockung)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentation am Server, wo auch Projektadministrator Zugriff hatte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervision</li> <li>• Fortbildungen</li> </ul>	

Name der Einrichtung	Sensibilisierung	Link Working	Netzwerkmanagement	Qualitätssicherung	Besonderheiten
PVE Sonnwendviertel Cichocki-Gomez Pellin- Huter Allgemeinmedizi- ner GmbH	<b>Mitarbeiter:innen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Termin mit externem Berater</li> <li>• wöchentliche Ordinationsmeetings</li> <li>• zweiwöchentliche interdisziplinäre Therapiemeetings mit Fallbesprechungen</li> </ul> <b>Patientinnen und Patienten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dreisprachige Folder (Deutsch, Spanisch, Englisch)</li> <li>• Plakat</li> </ul> <b>Kooperationspartner:innen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regionalforen</li> <li>• kontinuierlicher Prozess</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Link Working durch DGKP und Sozialarbeit (Stundenaufstockung)</li> <li>• Anknüpfungspunkte waren Vorsorgeuntersuchung (VU) und Berufsunfähigkeitsbescheinigungen</li> <li>• Beratung erfolgte im Rahmen der „Gesundheitssprechstunde“.</li> <li>• Dokumentation über Ordinationssoftware und Bedarfs- und Vermittlungsdok</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Netzwerkaufbau wurde fortgesetzt.</li> <li>• Auswahlkriterien: passende inhaltliche Ausrichtung, Angebote von NPOs, kostenfreie und/oder kostengünstige Angebote</li> <li>• Dokumentation in Word-Dokument</li> <li>• Austausch über Versammlungen der Regionalteams Favoriten und persönliche Vernetzungstreffen</li> <li>• Information des Teams via Mail über Neuerungen</li> <li>• projektbezogene Kooperationsvereinbarung mit Caritas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zweiwöchentlich stattfindende interdisziplinäre Therapiemeetings</li> <li>• regelmäßiger Austausch des Projektteams</li> <li>• monatliche E-Mail-Zusammenfassungen neuer Kooperationsangebote</li> <li>• Klausur mit externer Moderation zur Erarbeitung von Kernaspekten der spezifischen Einzelrollen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• projektbezogene Kooperation mit Caritas Wien, welche eine eigene Fachkraft mit LWF zum Thema Demenz zur Verfügung stellte</li> <li>• Anmerkung: Der offene Gesprächsraum in der Gesundheitssprechstunde diente fallweise auch als „Übergangslösung“, bis Pat. einen Psychotherapieplatz in Anspruch nehmen konnten.</li> </ul>

Quellen: End-/Zwischenberichte der Fördernehmer:innen



### 3.1.2 Einzel- und Gruppenpraxen

Tabelle 4: Überblick über die Umsetzung von Social Prescribing in Einzel- und Gruppenpraxen

Name der Einrichtung	Sensibilisierung	Link Working	Netzwerkmanagement	Qualitätssicherung <sup>2</sup>	Besonderheiten
Oberösterreich					
Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin Dr. Elmar Tockner & Dr. Bernhard Koizar OG (bis Juli 2024)	<b>Mitarbeiter:innen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Teambesprechungen</li> <li>• Infomaterial</li> <li>• Fallbesprechungen</li> </ul> <b>Patientinnen und Patienten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infokampagne</li> <li>• Gespräche mit Hinweis auf Social Prescribing</li> <li>• Gesundheitstage</li> </ul> <b>Kooperationspartner:innen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Netzwerktireeffen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• erfolgte durch Sozialbetreuerin (Stundenaufstockung)</li> <li>• Kommunikation über wöchentliche Teammeetings und Datenbank für Patientenkontakte</li> <li>• keine Abgrenzungsprobleme zur Sozialarbeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• erfolgte über Ordinationsassistenten</li> <li>• Kriterien für die Auswahl der Kooperationsangebote waren die Relevanz für die Zielgruppe, Zugänglichkeit und Erreichbarkeit sowie etablierte und qualitativ hochwertige Dienstleistungen.</li> <li>• Dokumentation in eigener Datenbank</li> </ul>		

<sup>2</sup> Hier werden nur Aspekte angeführt, die über die Teilnahme an den überregionalen Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehen.

Name der Einrichtung	Sensibilisierung	Link Working	Netzwerkmanagement	Qualitätssicherung <sup>2</sup>	Besonderheiten
<b>eiSalzburg</b>					
Ordination Dr. Richard Barta – Arzt für Allgemeinmedizin bzw. Gesundheitszentrum Itzling	<b>Mitarbeiter:innen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationen zum Projekt</li> <li>• regelmäßige Treffen (aus allen beteiligten Ordinationen)</li> <li>• Fortbildungen für Gesundheitsberufe</li> </ul> <b>Patientinnen und Patienten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plakate im Warteraum</li> <li>• Information auf Website</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• disloziert in Kooperation mit dem Bewohnerservice der Stadt Salzburg; die Kooperation wurde für das Projekt neu aufgebaut.</li> <li>• Grundlagen für die Zusammenarbeit wurden geschaffen (u. a. Datenschutz, Verschwiegenheit).</li> <li>• Ersttermin erfolgt in der Ordination, weitere Beratung findet im Bewohnerservice statt, vereinzelt sind auch Hausbesuche möglich.</li> <li>• Weiterentwicklung der Beratung zur Gesundheitssprechstunde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• erfolgt durch Bewohnerservices der Stadt Salzburg</li> <li>• regelmäßige Netzwerktreffen mit beteiligten Ordinationen</li> </ul>		Die Gesundheitseinrichtung entwickelte sich im Projektverlauf zu einem Gesundheitszentrum.
<b>Steiermark</b>					
Allgemeinmedizinische Praxis Dr. Rosa Maria Ernst	<b>Mitarbeiter:innen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittagessen, Besprechungen</li> </ul> <b>Patientinnen und Patienten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Veranstaltungen</li> <li>• Gemeindezeitung</li> <li>• Cities-App</li> <li>• Facebook</li> <li>• in der Ordination über Printmaterial und Plakate in einfacher Sprache</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• erfolgte über externe Sozialarbeiter:innen</li> <li>• Beratung erfolgte zu jenen Zeiten, wo in Ordination Räumlichkeiten verfügbar waren, ggf. waren auch Hausbesuche möglich.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auswahlkriterien: regionale Erreichbarkeit und Verfügbarkeit</li> <li>• Im Rahmen des erstellten Sozialnavis (= Angebotsdatenbank) konnten Netzwerkpartner:innen selbst Angebote eintragen.</li> <li>• Einträge zu Angeboten der Bevölkerung wurden von Freiwilligen der Nachbarschaftshilfe verwaltet.</li> <li>• zumeist mündliche Vereinbarungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sicherstellung des Informationsflusses</li> <li>• regelmäßiger Austausch (persönlich und telefonisch) zwischen Fachkräften mit LWF und Ärztin</li> <li>• Dokumentation der Beratungen in Patientenakte</li> </ul>	Kooperation mit vom FGÖ geförderten Projekt

Name der Einrichtung	Sensibilisierung	Link Working	Netzwerkmanagement	Qualitätssicherung <sup>2</sup>	Besonderheiten
	<b>Kooperationspartner:innen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Information der Bezirksärztinnen und -ärzte über Veranstaltungen und persönliche Gespräche</li> <li>• Veranstaltungen</li> <li>• Gastvorträge</li> <li>• Beteiligungsprozess in der Gemeinde</li> </ul>				

Quellen: End-/Zwischenberichte der Fördernehmer:innen

### 3.1.3 Pädiatrische Einrichtungen

Tabelle 5: Überblick über die Umsetzung von Social Prescribing in pädiatrischen Einrichtungen

Name der Einrichtung	Sensibilisierung	Link Working	Netzwerkmanagement	Qualitätssicherung	Besonderheiten
Wien					
Kinderordination Alsergrund	<b>Mitarbeiter:innen:</b> Fallbesprechungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• durch Sozialarbeiterin (Stundenaufstockung)</li> <li>• Fokus auf Menschen mit kulturbedingten Barrieren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentation der Kooperationspartner:innen baute auf einer bestehenden Liste auf.</li> <li>• Auswahlkriterien: Basis bildeten Bedürfnisse und Problemlagen der Pat.</li> <li>• keine Kooperationsvereinbarungen – Verbindlichkeit durch stetigen Kontakt</li> <li>• Vermittelt wurde auch an Angebote im medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Angebotsspektrum, wie Frühförderung.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teambesprechungen</li> <li>• Dokumentation</li> <li>• Teilnahme am GÖG-Begleitprozess</li> </ul>	

Name der Einrichtung	Sensibilisierung	Link Working	Netzwerkmanagement	Qualitätssicherung	Besonderheiten
Wien					
Kinder & Jugend Gesundheit Leuchtturm	<b>Mitarbeiter:innen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• für Ärztinnen und Ärzte: regelmäßige Meetings und Erfahrungsaustausch</li> <li>• für Ordinationsassistenten: aktive Einbindung in gesamten Prozess</li> <li>• Schulung für gesamtes Team zu Kommunikation</li> <li>• Fallbesprechungen und Teamintegration</li> </ul> <b>Patientinnen und Patienten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Flyer und Folder (mehrsprachig)</li> <li>• direkte Ansprache bei Arztkonsultation</li> </ul> <b>Kooperationspartner:innen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Netzwerkveranstaltungen</li> <li>• Infomeeting</li> <li>• Teilnahme an Workshops, Kongressen und Fortbildungen</li> </ul>	erfolgte über Sozialpädagogin bzw. nach Personalwechsel über Psychologin (Neuanstellung)	<b>Auswahlkriterien:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• geografische Nähe</li> <li>• Qualität der angebotenen Dienstleistungen</li> <li>• Kompatibilität mit den Bedürfnissen der Pat.</li> <li>• bisherige Erfahrungen in der Zusammenarbeit</li> <li>• finanzielle Leistbarkeit</li> <li>• Kooperation u. a. mit dem Team der „Gesunden Seestadt“</li> <li>• Teilweise gab es Kooperationsvereinbarungen.</li> <li>• Dokumentation in strukturiertem Ordner mit Flyer und weiteren Unterlagen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisionen</li> <li>• interne Evaluationen</li> <li>• Feedbacksammlung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunikations- und Dokumentationsstruktur wurde eingeführt, um Ablauf zu koordinieren und Pat. nachverfolgen zu können.</li> <li>• umfassendes Dokumentationssystem etabliert</li> <li>• Teammeetings zur Sicherstellung des organisationsinternen Infolusses und Reflexionsgespräche</li> </ul>

Quellen: End-/Zwischenberichte der Fördernehmer:innen

### 3.1.4 Einrichtung für nicht versicherte Personen

Tabelle 6: Überblick über die Umsetzung von Social Prescribing in der Einrichtung für nicht versicherte Personen

Name der Einrichtung	Sensibilisierung	Link Working	Netzwerkmanagement	Qualitätssicherung	Besonderheiten
Wien					
neunerhaus Gesundheitszentrum	<b>Mitarbeiter:innen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>gemeinsame Überlegungen zum Mehrwert von Social Prescribing</li> <li>zweiwöchentliche Kernteamsitzungen</li> <li>quartalsweise Treffen aller GDA</li> </ul> <b>Patientinnen und Patienten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>keine gesonderte Information</li> </ul>	über Sozialarbeit umgesetzt (Stundenaufstockung)	Niederschwelligkeit als zentrales Kriterium für Auswahl mit den Ausschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none"> <li>Teilnahmekosten</li> <li>Voraussetzung von guten Deutschkenntnissen</li> <li>mangelnde Sensibilität für Patientengruppe</li> </ul> in Abgrenzung zur SoA <b>Bedarf für Vernetzung von LW:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>psychosoziale Begleitung</li> <li>gesundheitsfördernde Bewegungsangebote</li> <li>neuer Fokus „Tu-Was!Pass“ im Speziellen zu bewegungsfördernden Angeboten</li> </ul>	Konzept des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses und des PDCA-Zyklus (Plan, Do, Check, Act) angewandt  regelmäßige Austauschforen innerhalb einer Berufsgruppe und zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen	

Quellen: End-/Zwischenberichte der Fördernehmer:innen

## 3.2 Quantitative Zusammenschau

Die Fördernehmer:innen verpflichteten sich, die Link-Working-Beratungen in einem Onlinetool, der „Bedarfs- und Vermittlungsdoku“, ab dem **1. Mai 2023**<sup>3</sup> zu dokumentieren. Im Folgenden wird eine Auswahl der bis zum **30. Juni 2025** dokumentierten Daten deskriptiv dargestellt. Das Dokumentationstool gliedert sich in sechs thematische Frageblöcke:

- Einstieg (u. a. Info zur Vermittlung an das LW)
- Angaben zur Person, die Link Working in Anspruch nimmt (z. B. Alter, Geschlecht)
- Ressourcen und Belastungen der Person, die Link Working in Anspruch nimmt
- Handlungsbedarf (vorrangiger Veränderungswunsch der Person, die LW in Anspruch nimmt)
- Weitervermittlung (z. B. an welche Aktivität weitervermittelt wurde)
- Zwischenbilanz/Weitervermittlungsabschluss (z. B. wahrgenommene Veränderungen im Rahmen von SP)

Insgesamt wurden **1.233 Fälle** im Dokumentationstool erfasst. Bei **178 Fällen** lag entweder keine Zustimmung zur Datenverarbeitung vor oder es wurde der Datenverarbeitung ausdrücklich widersprochen. Diese Fälle wurden daher nicht weiter ausgewertet, weshalb Daten von den **1.055 Fällen** mit ausdrücklicher Zusage zur Datenverarbeitung ausgearbeitet wurden. Von diesen 1.055 Fällen sind **945 Fälle abgeschlossen**<sup>4</sup>. Die durchschnittliche Fallzahl pro Einrichtung liegt bei 58 Personen (29–107; 2023–2024) bzw. 99<sup>5</sup> (49–172; 2023–05/2025<sup>6</sup>).

### Exkurs: Reflexion der Link-Working-Beratungen

In der Endreflexion wurden die Fördernehmer:innen gebeten, die Anzahl der Link-Working-Beratungen im Vergleich zur ursprünglich geplanten Anzahl von Beratungen einzuschätzen. Manche Einrichtungen berichteten, dass es keine Erwartungen bezüglich der Beratungszahlen gab, andere, dass aufgrund der bestehenden Sozialarbeit keine Unterschiede festgestellt wurden. Eine Einrichtung gab an, dass die Nachfrage erst höher war und in der Endphase des Fördercalls – auch aufgrund personeller Wechsel – geringer ausfiel.

Förderlich für die Umsetzung von Link-Working-Beratungen sind zeitliche Flexibilität, die Akzeptanz des Angebots und die Terminverlässlichkeit der Patientinnen und Patienten.

Hinderlich sind psychische und physische Einschränkungen sowie zu hohe Erwartungen an die Angebote und eine mögliche daraus resultierende Enttäuschung.

---

<sup>3</sup> Eine freiwillige Dokumentation war ab April 2023 möglich.

<sup>4</sup> D. h.: Weitervermittlung/Anbindung hat stattgefunden ODER Person hat selbst erklärt, dass die Unterstützung im Sinne von SP fürs Erste abgeschlossen ist, ODER Person hat sich nicht mehr gemeldet.

<sup>5</sup> pro Einrichtung, die neben dem Fördercall FC3 auch an der Fördercallverlängerung (FC3a) teilgenommen hat

<sup>6</sup> Zahlen beziehen sich nur auf die Einrichtungen, die während der gesamten Förderlaufzeit inkl. Verlängerung teilgenommen haben.

### 3.2.1 Vermittlung an Fachkraft mit LWF (Einstieg)

In 85 Prozent der Fälle (n = 1.048) erfolgte die **Vermittlung an die Fachkraft mit LWF** hauptsächlich innerhalb der Einrichtung – insbesondere durch eine Ärztin bzw. einen Arzt (75 %, n = 908), 12 Prozent waren Selbstmelder:innen (auch: durch Angehörige).

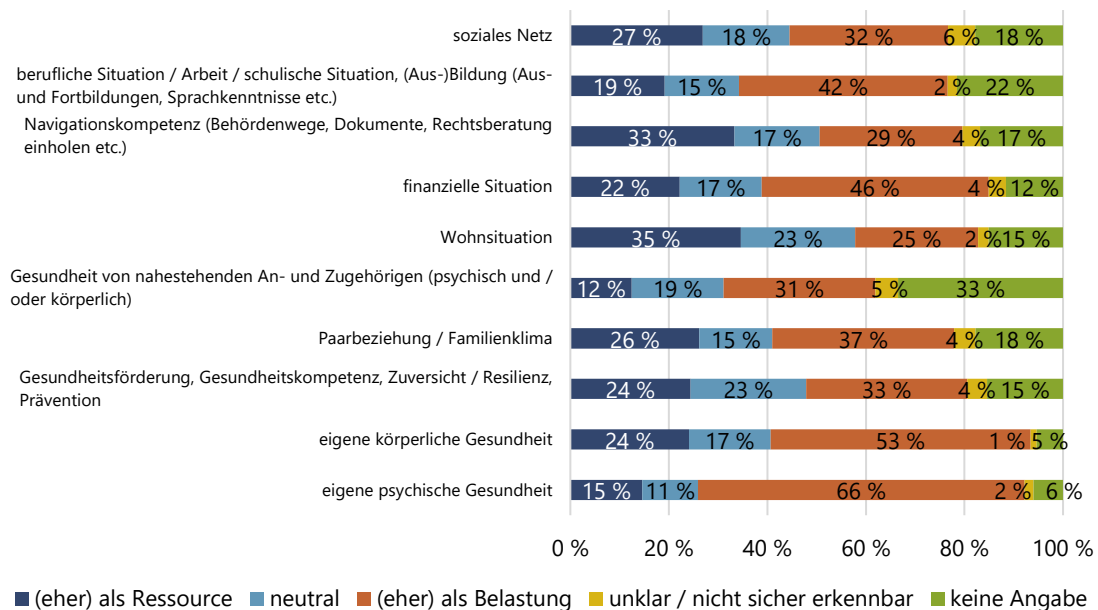
### 3.2.2 Angaben zur Person

- **Geschlecht:** 63,3 Prozent der Personen waren weiblich, 36,3 Prozent männlich, 0,6 Prozent waren entweder divers, inter oder offen (n = 1.050).
- **Alter:** durchschnittlich 43,8 Jahre; Frauen waren im Schnitt älter (46,9 Jahre) als Männer (38,7 Jahre). Ein Grund dafür ist, dass in der jüngsten Altersgruppe zwischen 0 und 14 Jahren vorwiegend männliche Personen durch eine Fachkraft mit LWF versorgt wurden (83 Burschen vs. 36 Mädchen).
- **Haushaltsgröße:** 62 Prozent lebten in einem Haushalt mit einer oder mehreren Personen, 29 Prozent lebten allein, 6 Prozent waren wohnungs- oder obdachlos (n = 918).
- **berufliche Situation:** 56 Prozent waren nicht erwerbstätig (entw. insb. aufgrund der Pension oder wegen einer Arbeits-/Berufsunfähigkeit) (n = 917).
- **Bildung:** Mit 22 Prozent hatte der größte Anteil der Personen höchstens einen Lehrabschluss (n = 1.047).
- **Schwerpunktzielgruppen** (Mehrfachzuordnung möglich): 40 Prozent waren Personen mit Mehrfachproblemen, gefolgt von Menschen mit Migrationshintergrund (insb. der 1. oder 2. Generation) mit 34 Prozent und alleinstehenden Personen mit 28 Prozent (n = 1.041).

### 3.2.3 Ressourcen, Belastungen und Handlungsbedarf

Im Rahmen der Link-Working-Beratung wurden Patientinnen und Patienten, die Social Prescribing in Anspruch nahmen, über ihre **Ressourcen und Belastungen** befragt. Personen, die Link Working in Anspruch genommen haben, nannten insbesondere ihre psychische Gesundheit, ihre körperliche Gesundheit und die finanzielle Situation als Belastung. Demgegenüber wurden die Wohnsituation und Navigationskompetenz eher als Ressourcen wahrgenommen (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2: Ressourcen und Belastungen der Person, die Link Working in Anspruch nimmt



n = 1.044–1.046

Quelle und Darstellung: SP Bedarfs- und Vermittlungsdoku 2023–2025, GÖG

Dezidiert wurde auch der **vorrangige Veränderungswunsch** in der Beratung abgefragt – hier wurde in 62 Prozent der Fälle eine Verbesserung der eigenen psychischen Gesundheit genannt, gefolgt von der körperlichen Gesundheit mit 41 Prozent (n = 1.045).

### 3.2.4 Weitervermittlung

In 85 Prozent aller Fälle konnte im Rahmen der Beratung **an ein regionales Angebot weitervermittelt bzw. angebunden werden** (n = 1.032).

Falls **keine Weitervermittlung** im Sinne von Social Prescribing erfolgte, war das entweder, weil die Person das nicht wollte (22 %), oder, weil sich die Belastungen bereits reduziert hatten (21 %) (n = 158), etwa aufgrund des bereits entlastenden Gesprächs mit der Fachkraft mit Link-Working-Funktion.

Wenn **an ein regionales Angebot weitervermittelt wurde**, wurde vorwiegend an psychosoziale Beratungsstellen (45 %), Rechts- und Sozialberatung (23 %), Bewegungsangebote (18 %), soziale Angebote (17 %) und berufliche Beratungsstellen (16 %) vermittelt (n = 873). Angemerkt sei, dass auch an mehrere Angebote vermittelt werden konnte.

### Zwischenbilanz/Weitervermittlungsabschluss

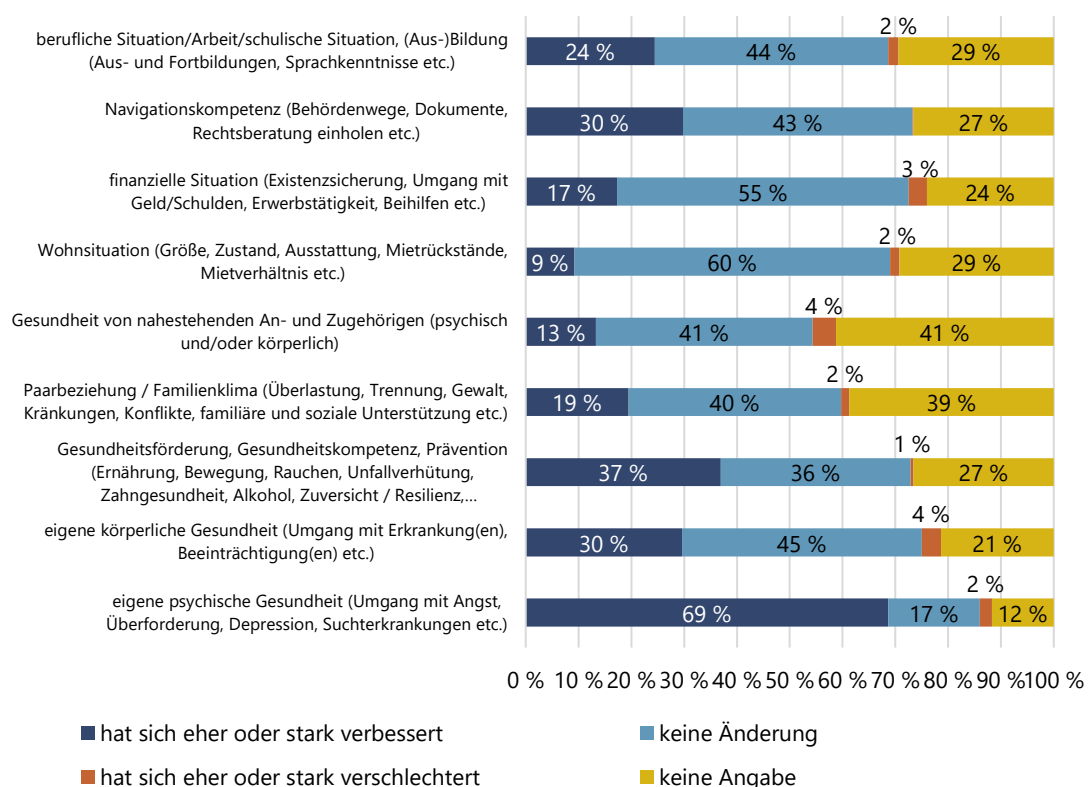
Um gemeinsam mit der Person, die LW in Anspruch nahm, die LW-Beratung zu evaluieren, waren entweder **Abschlussgespräche** vorgesehen oder – bei längerfristiger Begleitung – ein



**Zwischenbilanzgespräch** beim fünften Beratungstermin. In 58 Prozent der Fälle (n = 1.000) fand tatsächlich ein solches Gespräch statt. Falls kein Gespräch stattfand, lag das in 63 Prozent der Fälle (n = 415) daran, dass sich die Person nicht mehr meldete.

In dem Gespräch wurden u. a. **wahrgenommene Veränderungen** aufgrund von Social Prescribing behandelt. Abbildung 3 zeigt, dass in 69 Prozent aller Fälle, in denen ein Gespräch geführt wurde, vor allem Verbesserungen der eigenen psychischen Gesundheit wahrgenommen wurden, gefolgt von den Bereichen Gesundheitsförderung/Resilienz, soziales Netz, Navigationskompetenz und eigene körperliche Gesundheit. In anderen Bereichen, wie finanzielle Situation, Wohnsituation und Gesundheit von nahestehenden An- und Zugehörigen, waren die Verbesserungen weniger stark ausgeprägt.

Abbildung 3: Bereiche, in denen sich im Rahmen von Social Prescribing Änderungen zeigten (Einschätzung der Person, die LW in Anspruch nahm)



n = 519–520

Quelle und Darstellung: SP Bedarfs- und Vermittlungsdoku 2023–2025, GÖG

Von den 945 abgeschlossenen Fällen fanden 54 Prozent innerhalb von zwei **Beratungsterminen** statt. Durchschnittlich wurden **3 Termine und 4,6 Stunden pro abgeschlossenem Fall** benötigt. **93 Prozent** der 509 Personen, bei denen die LW-Beratung abgeschlossen wurde, würden **Social Prescribing weiterempfehlen**.

### 3.3 Qualitative Umsetzungserfahrungen

Im Rahmen der End- bzw. Zwischenberichte wurden die Einrichtungen gebeten, zu reflektieren, was bei der Umsetzung von Social Prescribing besonders gut und was weniger gut gelaufen ist.

Einrichtungsübergreifend zeigte sich, dass der Aufbau der Einrichtung bzw. Umstrukturierungen in der Organisation ebenso wie Personalwechsel während der Förderlaufzeit allgemein hinderlich für die Umsetzung von Social Prescribing waren. Förderlich war es, wenn ausreichend Zeit für Planung vorgesehen war.

Als außergewöhnlich herausfordernde Situation für das Social Prescribing wurde das Hochwasser im Herbst 2024 im Raum St. Pölten und Melker Alpenvorland beschrieben. Aufgrund der Auswirkungen dieser Katastrophe gab es einen Mehrbedarf an Entlastungsgesprächen und Beratungen, Helfersysteme waren ausgelastet, Personen im Berufsleben waren überlastet und es gab Ausfälle von Angeboten (Sportstätten).

Nachfolgend werden die Ergebnisse für jedes der zentralen Elemente von Social Prescribing zusammengefasst.

#### 3.3.1 Sensibilisierung

Im Vordergrund steht hier primär die Sensibilisierung des Teams der Gesundheitseinrichtung für gesundheitsrelevante psychosoziale und emotionale Themen, um Patientinnen und Patienten mit entsprechenden Bedarfen zu erkennen, ihnen Social Prescribing anzubieten und sie bei Bedarf zum Link Working zu vermitteln. In weiterer Folge gilt es auch Patientinnen und Patienten sowie Kooperationspartner auf Social Prescribing aufmerksam zu machen. Bei der Information der Bevölkerung bedarf es einer vorsichtigen Vorgehensweise, solange Social Prescribing in der Pilotierungsphase ist und es kein flächendeckendes Angebot gibt, um hier nicht Erwartungen zu wecken, die nicht erfüllt werden können.

Jedenfalls ist die Sensibilisierungsarbeit ein kontinuierlicher Prozess, welcher dauerhaft zeitliche Ressourcen benötigt.

Nachfolgend sind die förderlichen und hinderlichen Faktoren aus den Zwischen- und Endberichten der Fördernehmer:innen zusammengefasst.

Tabelle 7: Förderliche und hinderliche Faktoren bei der Umsetzung von Social Prescribing: Sensibilisierung

	Förderliche Faktoren	Hinderliche Faktoren
<b>allgemein</b>		
<b>Begriff „Social Prescribing“</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Betitelung als „Gesundheitssprechstunde“ kommt bei den Pat. gut an.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wording „Social Prescribing“ schwer verständlich bzw. schwer zu übersetzen</li> <li>„Social Prescribing“ zu erklären braucht Zeit und Energie</li> </ul>
<b>Ressourcen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ausreichend zeitliche Ressourcen für Planung und Umsetzung</li> <li>längerer Zeitraum, um Akzeptanz und Vertrauen der Pat. in das Angebot aufzubauen</li> <li>Möglichkeit zur Reflexion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>fehlende zeitliche Ressourcen im Team und bei Kooperationspartnerinnen und -partnern</li> <li>straffer Ablauf in einer „Kassenordination“</li> <li>Unsicherheit darüber, welche Tätigkeiten über SP abgerechnet werden können</li> </ul>
<b>Informationsmedien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medienarbeit (z. B. ORF-Beitrag in „Salzburg heute“)</li> <li>persönliche Gespräche</li> <li>Information jeder Zielgruppe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gedruckte Broschüren und Flyer wurden weniger beachtet als erwartet.</li> </ul>
<b>Soft Skills</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Geduld</li> </ul>	
<b>Sensibilisierung der Patientinnen und Patienten</b>		
<b>Kommunikationsform</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Information über Monitor im Warteraum</li> <li>persönliche Gespräche / direkte Patientenansprache</li> <li>Feedbackfragebogen für Pat.</li> <li>Erklärvideos</li> <li>Kontakte zu Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (z. B. Fußballtrainer:in, um jüngere Männer zu erreichen)</li> <li>positive Resonanz der Pat., die Zufriedenheit im Sinne von Mundpropaganda kommunizierten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>digitale Sensibilisierungsmaßnahmen bezogen auf Personen, die kein Internet nutzen</li> <li>bedurfte unterschiedlicher Zugänge und war damit aufwendig: Fragebögen, einschlägige Veranstaltungen (Pflanz-Workshop, Vortrag Einsamkeit, Spielenachmittag, Mobilitätstraining ...)</li> </ul>
<b>Sensibilisierung des Personals</b>		
<b>aufgeschlossene Haltung / Motivation des Teams</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bereitschaft, Offenheit und Interesse/Motivation des Teams an ganzheitlicher Gesundheit, neuen Ansätzen</li> <li>grundsätzliches Interesse der Mitarbeiter:innen und breites Verständnis von Gesundheit</li> <li>Offenheit, positive Haltung der Ärztinnen/Ärzte in der Ordination, später auch eine offene und zugängliche Haltung der Ordinationsmitarbeiter:innen</li> <li>Wertschätzung von Link Working durch das Team</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unterschiede der Gesundheitsberufe im Zugang zu ganzheitlichem Gesundheitsansatz und der Identifikation damit</li> <li>unterschiedliche persönliche Haltungen und Sichtweisen</li> <li>Sorge, ein Angebot zu machen, ohne Bedarf decken zu können</li> <li>Sorge in Hinblick auf Falschzuweisungen</li> </ul>

	Förderliche Faktoren	Hinderliche Faktoren
<b>Austausch und Vernetzung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• auf bestehenden Kommunikationsstrukturen, Erfahrungen aufbauen</li> <li>• klare Kommunikationsforen und -wege zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen</li> <li>• digitale Mitarbeiterplattformen zum Informationsaustausch in der Ordination</li> <li>• regelmäßige Teammeetings, Teammeetings außerhalb der Ordinationszeiten</li> <li>• Tür- und Angelgespräche mit Ordinationspersonal</li> <li>• interne Fallbesprechungen und Einbindung des Personals</li> <li>• Erfolgsgeschichten teilen</li> </ul>	<p>Teamgröße</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• unterschiedliche Zugänge der verschiedenen Berufsgruppen zu Vernetzung</li> <li>• Ärztinnen/Ärzte schwer erreichbar (aufgrund mangelnder Ressourcen)</li> </ul> <p>Kommunikationskanäle und -prozesse</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wenige Foren/Besprechungszeiträume, wo tatsächliche Auseinandersetzung stattfindet</li> <li>• Kommunikation per Mail (da nicht alle eine Mailadresse haben)</li> <li>• unklare Entscheidungsprozesse/Entscheidungsstrukturen</li> <li>• zentral organisierte Sensibilisierung in dislozierten Ordinationen</li> </ul> <p>Dienstzeiten und Zeiten zwischen Meetings</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• unterschiedliche Dienstzeiten: viele Teilzeitkräfte und damit wenig überschneidende Dienstzeiten (der Zuständigen für Social Prescribing)</li> <li>• zeitlicher Abstand zwischen Gesamtteamsitzungen, daher ggf. nicht alle auf demselben Informationsstand</li> </ul>
<b>Dokumentation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Festhalten von Besprechungsergebnissen in Protokollen</li> <li>• Erstellung eines Informationsblatts mit Praxisbeispielen für das gesamte Team</li> <li>• gutes Dokumentationswerkzeug: einfach zu nutzen, guter Überblick (ideal: webbasierte Lösung mit Schlagwortsuche)</li> </ul>	
<b>„Red Flags“</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definition der „Red Flags“ (gute anschauliche Argumentation und Fallbeispiele) für das Gesamtteam, um Pat. mit Bedarf an SP zu erkennen</li> </ul>	
<b>Rolle Fachkraft mit LWF</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rolle von Fachkraft mit LWF klar kommunizieren, um kein Konkurrenzdenken aufkommen zu lassen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• fehlende Rollenklarheit, Schwierigkeit, das Neue an Social Prescribing zu kommunizieren</li> <li>• Schwierigkeit, zwischen SoA und SP bzw. Link Working zu differenzieren (→ z. B. keine Zuweisung, da schon SoA existiert)</li> </ul>
<b>externe Unterstützung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• professionelle Unterstützung bei Schulungen und der Entwicklung von Materialien</li> <li>• Unterlagen, Support und Fortbildungen durch GÖG</li> </ul>	
<b>Kooperationspartner:innen</b>		
<b>Interesse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interesse der Kooperationspartner:innen</li> <li>• Gespräche in Gemeinden, auch zur Konzepterstellung und -weiterleitung</li> </ul>	

	Förderliche Faktoren	Hinderliche Faktoren
Form der Kontaktaufnahme	<ul style="list-style-type: none"> <li>• persönliche Kontaktaufnahme</li> <li>• Erstellen eines Informationsschreibens</li> <li>• enge Zusammenarbeit mit Kooperationspartnerinnen und -partnern</li> <li>• Nutzung von bestehenden Veranstaltungen (Gesundheitstag) bzw. Strukturen (Bürgermeister:in, Gesunde Gemeinde)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• unpersönliche schriftliche Kontaktaufnahme</li> </ul>

Quellen: End-/Zwischenberichte der Fördernehmer:innen

### 3.3.2 Netzwerkmanagement

Das Netzwerkmanagement ist ein zentrales Kernelement von Social Prescribing, um bedarfsgerecht weitervermitteln zu können. Hierfür ist es wesentlich, die Angebote im kommunalen sozialen Bereich gut zu kennen und mit diesen in regelmäßigem Austausch zu stehen. Der Übersicht über förderliche und hinderliche Faktoren bei der Umsetzung des Netzwerkmanagements sei vorausgestellt, dass sich die durchschnittliche Anzahl an aufgebauten Kooperationen auf 30 (10–70) Kooperationen (2023–2024) belief.

Tabelle 8: Förderliche und hinderliche Faktoren bei der Umsetzung von Social Prescribing: Netzwerkmanagement

	Förderliche Faktoren	Hinderliche Faktoren
<b>Ausgangsbedingungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bestehendes Personal</li> <li>• erfahrene Mitarbeiter:innen</li> <li>• Sozialarbeiter:in bereits in der Ordination tätig</li> <li>• bestehende Kooperationen</li> <li>• bestehende Vernetzungsforen (Sozialplattform, Gesunde Gemeinde etc.)</li> <li>• gut ausgebautes regionales Netzwerk der Kooperationspartner:innen</li> <li>• Bekanntheit der Gesundheitseinrichtung als Versorger</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wartezeiten aufgrund hoher Auslastungen</li> <li>• wenige kostenlose Angebote</li> </ul>
<b>Aufgabenteilung / Klarheit über Handlungsrahmen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• klare Aufgabenteilung und Abgrenzung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mangelnde/fehlende Aufgabenteilung (führte z. B. zu Diskussion mit Management darüber, was im Rahmen des Netzwerkmanagements gemacht werden darf)</li> <li>• Unterschiedliche Dienstzeiten mit geringer Überschneidung erschweren die Aufteilung der Verantwortungsbereiche im Team.</li> </ul>
<b>interdisziplinäre Zusammenarbeit und Netzwerkaufbau</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generell dient die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team zur Effektivitätssteigerung im Netzwerk – so konnten neue Ideen in Bezug auf die Kooperationspartner:innen aufgenommen und umgesetzt werden.</li> <li>• genau hinschauen/spüren, was Mitarbeiter:innen, Pat. brauchen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• überbordende Ideen</li> </ul>
<b>Zielverständnis und Vereinbarung zur Zusammenarbeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klar kommunizierte gemeinsame Ziele und Erwartungen schufen ein starkes Fundament für die Zusammenarbeit.</li> <li>• Verbindlichkeit durch formelle Vereinbarungen: Klare und verbindliche Vereinbarungen schaffen Sicherheit und Struktur.</li> </ul>	-

	Förderliche Faktoren	Hinderliche Faktoren
zeitliche Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bewusste Einplanung von ausreichend Zeit zum Netzwerkaufbau</li> <li>• klare Kommunikation gegenüber dem Arbeitgeber über die Wichtigkeit des Netzwerkmanagements</li> <li>• Bereitschaft, Kompromisse einzugehen und Prioritäten neu zu setzen, um die Arbeit mit den vorhandenen Ressourcen voranzutreiben</li> </ul>	<p>Zeitaufwand unterschätzt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zu Beginn wurde verabsäumt, Zeit für Recherchen und Dokumentation einzuplanen.</li> <li>• Zeitlicher und personeller Aufwand für das Finden von Netzwerkpartnerinnen und -partnern wurde unterschätzt.</li> </ul> <p>zu wenig Zeit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zeitintensive Netzwerkarbeit / Zeitmangel: fehlende Ressourcen, um persönliche Kontakte zu pflegen, z. B. in Form von regelmäßigen Vernetzungstreffen</li> <li>• keine Zeit für Dokumentation der Kooperationen („Netzwerk-karte“)</li> <li>• zeitliche Ressourcen: Begrenzte zeitliche Verfügbarkeit der Netzwerkpartner:innen erschwerte die Koordination.</li> </ul>
Einstellung zu Kooperation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontakte waren einfach aufzubauen, da großes Interesse an Zusammenarbeit/Synergien bestand.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sorge bzgl. Konkurrenzdenken bei anderen Hausärztinnen/Hausärzten</li> <li>• Sinnhaftigkeit eines „weiteren“ sozialen Angebots infrage gestellt, da man teilweise den Überblick verliere</li> <li>• teils skeptische Einstellung mancher Partner:innen (es wurde versucht, dieser durch Aufklärung, Erklärung und Sensibilisierung entgegenzuwirken)</li> </ul>
Vertrauen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufbau von Vertrauen und die richtige Balance zwischen formellen Absprachen und informellen Kooperationen stärken das Netzwerk und machen es langfristig erfolgreich.</li> <li>• gute Beziehung der Fachkraft mit LWF zu anderen Organisationen</li> </ul>	-
Flexibilität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bereitschaft der Partner:innen, flexibel und kooperativ zu arbeiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Involvierung von Fachkraft mit LWF in anderen Projekten begrenzt Flexibilität</li> </ul>
Kontakt zu Netzwerkpartnern	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klare Kommunikation und respektvoller Umgang mit Kooperationspartnerinnen/-partnern ist Voraussetzung für ein gutes Miteinander.</li> <li>• frühzeitige persönliche Kontaktaufnahme mit potenziellen Partnerinnen und Partnern</li> <li>• persönliche Kontaktaufnahme per Telefon und Treffen (haben sich mehr bewährt als z. B. nur eine Vernetzung mittels Mailverkehr)</li> <li>• persönliche Vorsprache und Austausch</li> <li>• Persönliche Besuche erlauben es, Themen einfacher zu besprechen.</li> <li>• ländlicher Raum: Kontakt mit Gemeinde und regionalen Akteurinnen und Akteuren ist wichtig für niederschweligen Zugang zu lokalen Ressourcen und um Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zu gewinnen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufgrund des allgemein sehr hohen / steigenden Bedarfs an Beratung und Unterstützung in der Region haben persönliche Treffen häufig eine lange Vorlaufzeit.</li> <li>• Breit ausgerollte Info-Mails allein gehen oft ins Leere.</li> <li>• Auf digitalem schriftlichen Weg lassen sich Zuständigkeiten oder wichtige Entscheidungsträger:innen schwer identifizieren.</li> </ul>

	Förderliche Faktoren	Hinderliche Faktoren
regelmäßiger Austausch	<ul style="list-style-type: none"> <li>• persönliche Ansprache und Beziehungspflege: direkte Kommunikation und Aufbau vertrauensvoller Beziehungen zu Netzwerkpartnerinnen und -partnern</li> <li>• Kontinuierlicher Austausch über Fortschritte und Herausforderungen stärkte das Vertrauen und die Zusammenarbeit.</li> <li>• klare Kommunikationskanäle</li> <li>• regelmäßige Teilnahme an diversen Vernetzungstreffen und Vorträgen/Fachtagungen</li> <li>• Organisation kleinerer Netzwerkveranstaltungen: Beziehungen vertiefen und neue Kooperationen initiieren</li> <li>• Austausch online über Plattform PV</li> <li>• Digitale Kommunikation, insbesondere über E-Mails, war praktisch für die Dokumentation.</li> <li>• Regelmäßige persönliche Kontakte (z. B. in Teammeetings bei Organisationen) sind einerseits aufgrund von Veränderungen bei Ansprechpersonen und andererseits, um mit dem eigenen Angebot präsent zu bleiben, notwendig.</li> <li>• Geografische Nähe vieler Partner:innen erleichterte Koordination und Durchführung gemeinsamer Aktivitäten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterschiedliche organisatorische Strukturen der Partnereinrichtungen verkomplizierten Abstimmung und Zusammenarbeit manchmal.</li> </ul>
Zugang zu Angeboten	Niederschwelligkeit der Angebote	<p>mangelnde Niederschwelligkeit der Angebote</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angebote waren insb. für ältere Personen oftmals nur schwer erreichbar (große Distanz, angewiesen auf öffentliche Verkehrsmittel).</li> <li>• Onlineangebote zur Gesundheitsförderung (Vorträge) sind für viele Menschen nicht interessant / zu allgemein.</li> <li>• Kostenlose oder kostengünstige Angebote sind rar und häufig sehr schnell ausgebucht.</li> <li>• Mehrsprachige Angebote sind rar; es gibt Sprachhindernisse für die Nutzung der Angebote.</li> <li>• Für Pat. mit multiplen Problemlagen sind viele Angebote nicht ausreichend unterstützend.</li> </ul>
Erkennen fehlender Angebote – Initiierung neuer Angebote	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kooperation mit Kooperationspartnerinnen und -partnern, um neue Angebote zu entwickeln</li> <li>• Patientin gründete Verein „Gemeinsam-Bewegt-Verbunden“, um Menschen aus Einsamkeit zu führen → dies wurde in LW-Beratungen gut aufgenommen.</li> <li>• Mitwirkung bei bzw. Organisation von Angeboten und Vorträgen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auch in städtischen Netzwerken gibt es noch Versorgungslücken.</li> <li>• Anmerkung: Ein Überblick über identifizierte fehlende Angebote findet sich in Kapitel 4.2.1.</li> </ul>



	Förderliche Faktoren	Hinderliche Faktoren
Überblick und Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angebotsdatenbank (z. B. Sozialnavi)</li> <li>• interne und externe Möglichkeiten der Weitervermittlung im Blick haben</li> <li>• Mitberücksichtigung neuer Angebote der Primärversorgung als Möglichkeit zur Weitervermittlung</li> <li>• Whiteboard im Eingangsbereich, auf dem aktuelle Angebote und Themen für Pat. sichtbar gemacht werden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• unklar, nach welchen Kriterien die erhaltenen Flyer von Kooperationsangeboten sortiert/geordnet werden sollen</li> </ul>

Quellen: End-/Zwischenberichte der Fördernehmer:innen

### 3.3.3 Link Working

Im Rahmen der Kernelements „Link Working“ arbeiten Fachkräfte mit Link-Working-Funktion in der Beratung mit Patientinnen und Patienten deren Bedarfe und Ressourcen heraus und entwickeln gemeinsam mit ihnen einen Handlungsplan. Dieser umfasst häufig die Weitervermittlung an Angebote zur Stärkung von sozialer Teilhabe und Wohlbefinden.

Tabelle 9: Förderliche und hinderliche Faktoren bei der Umsetzung von Social Prescribing: Link-Working-Beratung

	Förderliche Faktoren	Hinderliche Faktoren
<b>Ausgangslage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bereits vorhandene Strukturen (z. B. Netzwerk)</li> <li>• Sozialarbeiter:in bereits in der Ordination tätig</li> <li>• kostenloses Angebot der Beratung</li> <li>• Zugang über hausärztliches Setting insbesondere für die Inanspruchnahme durch männliche Bevölkerung: wird gut angenommen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• keine Social-Prescribing-Vormodelle für die Pädiatrie; bestehende Konzepte konnten nicht 1:1 übertragen werden.</li> <li>• Infektionswellen in den Wintermonaten haben gehäuft kurzfristige Terminabsagen nach sich gezogen.</li> <li>• Bedarf „externer“ Personen, welche in Einrichtung nicht hausärztlich angebunden sind</li> </ul>
<b>Abgrenzung Sozialarbeit – Link Working</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Link Working wurde als ergänzender Teil der Sozialarbeit implementiert.</li> <li>• Herausforderungen konnten durch regelmäßige Teamgespräche und einen offenen Austausch allmählich überwunden werden → Rollen wurden klarer definiert und die Arbeitsabläufe Schritt für Schritt angepasst.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (anfängliche) Unsicherheiten im Team bezüglich Abgrenzung der Aufgaben zwischen Link Working und Sozialarbeit</li> <li>• Bedarfe erstrecken sich oftmals etwas breiter: Klärungs- und Gesprächsarbeit im Sinne der Sozialen Arbeit, um Weitervermittlung im Sinne des Link Working zu ermöglichen</li> </ul>
<b>Patientinnen und Patienten</b>		
<b>Bedarfe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedarf und Nachfrage ist groß.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nachwirkungen der Coronapandemie: Manche Menschen haben mehr Bedarf an Gesellschaft, andere hatten innere Hürde, Kontakt aufzunehmen (privat wie auch zu Angeboten wie Link Working).</li> <li>• Zunahme an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit komplexen Problemlagen, steigende Komplexität der Fälle</li> <li>• Pat. mit multiplen Problemlagen erfordern erhöhte Ressourcen, auch deshalb, weil Angebote für gewisse Bedarfe (z. B. mehrsprachige Angebote) selten sind.</li> <li>• krisenhafte Lebenssituationen der Zielgruppe: dringende Bedarfe anstelle von LW-Bedarfen</li> <li>• Abfangen von Pat. mit Bedarf an Psychotherapie aufgrund langer Wartezeiten; bei akuten Fällen an Krisenintervention vermittelt</li> </ul>

	Förderliche Faktoren	Hinderliche Faktoren
Einstellungen der Patientinnen/Patienten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vertrauen</li> <li>• persönliche Empfehlungen seitens der Fachkraft mit LWF</li> <li>• klare Kommunikation mit Pat.</li> <li>• persönliche Ansprache und Beziehungspflege: direkte Kommunikation und Aufbau vertrauensvoller Beziehungen zu Pat.</li> <li>• Personen, die Social Prescribing bereits kannten, wandten sich bei neuerlichem Auftreten von Belastungen rascher an die Fachkraft mit LWF (bzw. baten im Arztgespräch um einen Termin).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Befürchtungen, sich auf etwas Neues, Unbekanntes einzulassen</li> </ul>
Feedbackschleife	<ul style="list-style-type: none"> <li>• regelmäßige Feedbackrunden mit Pat., um Fortschritt zu bewerten und Verbesserungsmöglichkeiten zu identifizieren</li> </ul>	-
<b>Fachkraft mit Link-Working-Funktion</b>		
Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zusätzliche zeitliche Ressourcen, um sich von „Alltagsgeschäft“ in der Ordination freizuspieren oder für Beziehungsarbeit</li> <li>• gute Kooperation mit externem Link Working</li> <li>• eigene Räumlichkeiten in der Ordination</li> <li>• Ausbildung (beratender und therapeutischer Gesundheits- und Sozialberuf)</li> <li>• Fortbildungsunterstützung für FK mit LWF</li> <li>• Supervisionsmöglichkeiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• begrenzte zeitliche Ressourcen, administrativer Aufwand</li> <li>• Einarbeitungsdauer: Durch die geringe Wochenstundenanzahl (10h/Woche auf 2 Tage aufgeteilt) dauerten die Integration im Team und die Einarbeitung in das Thema entsprechend länger.</li> <li>• Trotz Bedarf seitens Pat. hat FK für LWF keine zeitlichen Ressourcen für eine persönliche Begleitung zu Angeboten.</li> <li>• kein eigener Raum für Beratungen, d. h., Unterlagen mussten immer in jeweiligen Beratungsraum mitgenommen werden</li> <li>• Anzahl an Pat. von einer Fachkraft mit LWF kaum handhabbar</li> <li>• unsichere Finanzierungsmöglichkeit des Angebots</li> </ul>
Teamgröße/-zusammensetzung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• größeres Team: Bereicherung, wenn zu zweit bzw. zu dritt</li> <li>• Die Zusammenarbeit von Sozialarbeit und DGKP hat sich bewährt und wurde durch die männlichen und weiblichen Sichtweisen bereichert.</li> <li>• Möglichkeiten, Pat. für bestimmte Hilfestellungen bewusst nicht nach Fachgebiet, sondern nach geschlechtssensiblen Aspekten zuzuweisen</li> </ul>	
Austausch	<ul style="list-style-type: none"> <li>• im Team: Fallbesprechungen</li> <li>• mit anderen FK mit LWF: Vernetzungstreffen o. Ä.</li> </ul>	

	Förderliche Faktoren	Hinderliche Faktoren
	Prozess	
<b>Zuweisung und Vermittlung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zuweisung durch die Ärztin bzw. den Arzt</li> <li>• Terminvereinbarung über Mitarbeiter:innen der Ordination</li> <li>• Terminvereinbarung innerhalb kurzer Zeit</li> <li>• Integration in bestehende Prozesse</li> </ul> <p>Fragebogen im Rahmen der VU: Falls Themen aufkamen, konnte Fachkraft mit LWF Pat. kontaktieren.</p>	
<b>Link-Working-Beratung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offener und ungezwungener Gesprächsraum und ausreichend Zeit unterstützen den Beziehungsaufbau und das Vertrauen.</li> <li>• Aktives Zuhören und Hinfühlen, was wirklich gebraucht wird; interessiert bleiben, Fragen stellen</li> <li>• Bestens bewährt hat sich die Begleitung über 3 bis 4 Termine und die persönliche Übergabe bzw. telefonische vorherige Kontaktaufnahme mit der Person einer Beratungsstelle zur weiteren Bearbeitung.</li> <li>• fixe Ansprechperson (FK mit LWF) mit kontinuierlicher Präsenz</li> <li>• mehrsprachige Gesprächsführung und niederschwelliger Zugang</li> <li>• Geduld bzw. Aushalten-Können, wenn nicht sofort wie geplant geholfen werden kann</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• eine gewisse Skepsis in der ländlichen Bevölkerung gegenüber „sozialen/psychischen“ Sachen</li> <li>• Schamgefühl</li> <li>• geringe Veränderungsbereitschaft bei Pat.</li> <li>• Männer scheinen größere Hemmungen zu haben, soziale Probleme anzusprechen und Hilfe anzunehmen.</li> </ul>
<b>Tools</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tools verwenden (Ausdrücke z. B. des Tools „my positive health“ (meine positive Gesundheit), mit denen gemeinsam mit den Pat. gearbeitet werden kann</li> </ul>	Manche Tools, wie Überweisungsschein zur Vermittlung an das Link Working, erwiesen sich im Prozessverlauf als nicht mehr nötig.
<b>Weitervermittlung an Angebote</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gute Kenntnis der regionalen Gesundheits- und Sozialdienstleister:innen</li> <li>• telefonische Kontaktaufnahme mit Angeboten und bei Bedarf Abklärung, wie Weitervermittlung/Kontaktaufnahme verbessert werden kann</li> <li>• Möglichkeit, die Person evtl. zu dem Termin zu begleiten, oder Terminvereinbarung direkt im Beratungssetting</li> <li>• Weitervermittlung einfacher, wenn Angebot Pat. bekannt war</li> </ul>	<p>Eigenschaften der Patientinnen und Patienten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• oft akuter Unterstützungsbedarf</li> <li>• Überforderung</li> <li>• psychische Belastung der Pat. / Eltern</li> <li>• Verschlechterung der finanziellen Situation, daher auch begrenzte finanzielle Mittel für kostenpflichtige Angebote (auch Kurskosten, Kosten für Mitgliedschaften ...)</li> </ul> <p>Umweltfaktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lange Wartezeiten bei Angeboten oder bürokratische Hürden führen zu Motivationsverlust.</li> <li>• Scheu, größere Wege auf sich zu nehmen</li> <li>• fehlende Mobilität (insb. auch im ländlichen Bereich)</li> <li>• ungewohnte Strukturen von Organisationen (Terminvergabe, Telefonzeiten, Dokumentenvorlagen)</li> </ul>

	Förderliche Faktoren	Hinderliche Faktoren
	Prozess	
Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sorgfältige Dokumentation</li> <li>• effizientes Dokumentationssystem</li> <li>• Ausmaß, Form und Ort der internen Dokumentation zu Projektbeginn klären</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Unterscheidung zwischen Sozialarbeit und Link Working erfolgte primär auf konzeptioneller Ebene. Eine konkrete Abgrenzung wurde erst im Rahmen der Bedarfs- und Vermittlungsdoku vorgenommen.</li> <li>• Es fehlte eine übersichtliche Dokumentationsmöglichkeit zum Eintrag der Pat., die die Beratung tatsächlich in Anspruch nahmen, aus der auch die Anzahl der Beratungen und das Stattfinden der Abschlussgespräche hervorging. Es wurde eine Word-Tabelle erstellt.</li> </ul>

Quellen: End-/Zwischenberichte der Fördernehmer:innen

Anmerkung: Die erforderlichen Kompetenzen für die Tätigkeit als Fachkraft mit Link-Working-Funktion finden sich in Kapitel 5.1.

### 3.3.4 Qualitätssicherung

Bei allen Umsetzungsschritten im Rahmen von Social Prescribing sind Maßnahmen der Qualitätssicherung wie Schulung, Supervision, Dokumentation und Evaluation vorgesehen, um eine qualitätsvolle Umsetzung und Weiterentwicklung von Social Prescribing sicherzustellen. Nachfolgend sind förderliche und hinderliche Faktoren der einrichtungsinternen Qualitätssicherungsmaßnahmen dargestellt. Auf den GÖG-Begleitprozess wird in Kapitel 5 eingegangen.

Tabelle 10: Förderliche und hinderliche Faktoren bei der Umsetzung von Social Prescribing: Qualitätssicherung

	Förderliche Faktoren	Hinderliche Faktoren
<b>klare Abläufe und Zuständigkeiten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>klare Definitionen der Abläufe und systematische Dokumentation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>fehlende Klarheit der Zuständigkeit</li> <li>unübersichtliche Teamstrukturen</li> <li>unklare Aufgabenbeschreibungen</li> </ul>
<b>Ressourcen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>zu Verfügung gestellte Zeitressourcen</li> <li>zusätzliche Ressourcen für Fortbildungen, Supervisionen, Dokumentation und Netzwerkpflege</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>fehlende Zeitressourcen im Ordinationsalltag für regelmäßige Teambesprechungen</li> <li>aufgrund personeller Veränderungen Zeitmangel, eine Rückmelde- und Dokumentationsstruktur aufzubauen</li> </ul>
<b>Austauschmöglichkeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Besprechungen im Gesamtteam ermöglichen es, die Bedarfe der Pat. besser zu erfassen.</li> <li>interprofessionelle Zusammenarbeit: verschiedene Sichtweisen und Herangehensweisen für die Anliegen der Pat., förderlich für den ganzheitlichen Zugang zur Patientenbetreuung</li> <li>Teammeetings als kontinuierliche Unterstützung (Empfehlung)</li> <li>Gespräch mit den Ärztinnen und Ärzten grundsätzlich in Anspruch nehmen zu können</li> <li>Treffen mit anderen SP-Umsetzerinnen und -Umsetzern führten zu größerem fachlichen Rückhalt und Innovationsimpulsen (z. B. durch geteilte Materialien oder Empfehlungen).</li> <li>überregionale Vernetzungstreffen</li> <li>persönliche Treffen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>fehlende sehr engmaschige Kommunikation</li> <li>Teamvergrößerung und damit Infodefizite in puncto Social Prescribing</li> <li>schwieriges Zusammenkommen ALLER Teammitglieder in einer Teambesprechung</li> <li>aus Zeitgründen keine Teilnahme der Ordinationsassistenz bei Teammeetings</li> </ul>
<b>Supervision und Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>bei Bedarf Intervention im Link-Working-Team</li> <li>regelmäßige Supervision (auch Fallsupervisionen)</li> <li>Teamsupervision</li> </ul>	

	Förderliche Faktoren	Hinderliche Faktoren
<b>Reflexion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• laufende Reflexion</li> <li>• regelmäßige berufsgruppenübergreifende Teamsitzungen und Teamsitzungen innerhalb der Berufsgruppe</li> <li>• Fallbesprechungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexionsgespräche mit Pat. schwierig (kamen teilweise nicht zu Reflexionsgespräch)</li> <li>• Qualität der Angebote schwer zu beurteilen; durch Reflexion und aktive Nachfrage nach Teilnahme an Angeboten konnte deren Qualität eruiert werden.</li> </ul>
<b>Dokumentation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ergänzend zur Dokumentation wurden Fallberichte verwendet für detailliertere Informationen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• fehlende datengeschützte Dokumentationssoftware, die nicht für alle zugänglich ist</li> <li>• administrativer Aufwand für Dokumentation und Koordination</li> </ul>

Quellen: End-/Zwischenberichte der Fördernehmer:innen

## 3.4 Nachhaltigkeit von Social Prescribing in den geförderten Einrichtungen

### 3.4.1 Primärversorgungseinheiten

In den Primärversorgungseinheiten konnten im Rahmen des Fördercalls Grundlagen für die Umsetzung von Social Prescribing geschaffen werden, wie zum Beispiel die Definition des Social-Prescribing-Prozesses für die jeweilige Einrichtung. Dies beinhaltet die Klärung folgender Aspekte:

- Vermittlung an die Fachkraft mit LWF (durch andere Berufsgruppen der Einrichtung, Selbstmelder:innen, telefonische Kontaktaufnahme)
- Beziehungsarbeit und Beratung in der Link-Working-Beratung
- Weitervermittlung zu Kooperationspartnerinnen und -partnern
- interne Dokumentation
- Fallbesprechungen

Das **Link Working** soll in den meisten Fällen weiterhin hauptsächlich durch die Sozialarbeiter:innen in der Einrichtung durchgeführt werden. Das Link Working in der Einrichtung selbst wird als angenehmer für Patientinnen und Patienten eingeschätzt, aber auch eine Vermittlung an eine andere Einrichtung wäre denkbar. Die Link-Working-Beratung wird in einigen PVE als Gesundheitssprechstunde weitergeführt. Etablierte Prozesse zum Screening des Bedarfs an SP, wie zum Beispiel Vorsorgeuntersuchungsfragebögen oder Screenings zu psychosozialen Belastungen, werden beibehalten. Eine Einrichtung denkt etwa auch daran, LW-Beratung online anzubieten, um Ressourcen zu sparen. Die Information der Patientinnen und Patienten über die Website und Infoscreens soll ebenfalls in einigen Einrichtungen fortgeführt werden.

In Hinblick auf das **Netzwerkmanagement** gibt es eine einrichtungsinterne – teilweise auch öffentliche – Datenbank zu den Angeboten, Kontaktlisten, Folder und Visitenkarten der Kooperationspartner:innen, auf die auch nach dem Fördercall zurückgegriffen werden kann. Zum Zeitpunkt des Fördercall-Abschlusses war jedoch fraglich, ob genügend Ressourcen für die Wartung und Pflege der Datenbank verfügbar sein werden. Ebenso offen war die Einschätzung der für die kontinuierliche Netzwerkpflege zur Verfügung stehenden Ressourcen. Die Möglichkeit einer umfassenden Angebots- und Bedarfsrecherche sowie Kontaktpflege mit bestehenden Kooperationspartnerinnen und -partnern wie im Rahmen des Fördercalls wurde eher ausgeschlossen und die Vernetzung wird eher auf das bisher Bestehende reduziert.

Der Austausch mit und die Teilnahme an ausgewählten regionalen Vernetzungstreffen wird weiter nötig sein, aber nur noch in reduziertem Ausmaß möglich sein.

Einzelsupervision, Team- und Fallbesprechungen (**Sensibilisierung**) und interne Dokumentation (**Qualitätssicherung**) der Beratungen werden ebenfalls vielfach fortgeführt.



### 3.4.2 Einzel-/Gruppenpraxen

In Einzel- bzw. Gruppenpraxen stellt sich mit Ende des Fördercalls die Frage einer **Weiterfinanzierung**, welche als einzige Möglichkeit für eine umfassende Weiterführung von Social Prescribing, wie es im Rahmen des Fördercalls etabliert wurde, eingeschätzt wird.

In einem Fall hat sich die Stadt Salzburg als wichtige Partnerin herausgestellt, welche die Finanzierung unterstützt und die Nachhaltigkeit von Social Prescribing (vorerst) sichert. Dadurch ist es möglich, die eingeführten Maßnahmen zu einem großen Teil weiterzuführen und Social Prescribing weiter auszurollen.

Die Umsetzung von **Link Working** im Regelbetrieb wird unterschiedlich eingeschätzt: Die Bandbreite reicht von einer Umsetzung in reduzierter bzw. punktueller Form bis hin zur Auslagerung von Social Prescribing nach Ende des Förderzeitraums an externe Gesundheitssprechstunden oder Beratungseinrichtungen.

Eine **Informationsdatenbank** sowie eine weitere digital aufbereitete Angebotssammlung als zentrale Instrumente zur Orientierung und Vermittlung von Patientinnen und Patienten an passende Angebote bleiben auch weiterhin verfügbar, wobei die entsprechenden finanziellen Mittel für deren Wartung nötig wären.

Eine **umfassende Netzwerkpflege** kann ohne weiterführende Mittel nicht umgesetzt werden.

Bereits etablierte (teilweise ehrenamtliche) Angebote durch die Einrichtungen, insbesondere zu Green Social Prescribing („Ratschen und Latschen“), aber auch Tanzangebote oder Nachbarschaftshilfe, werden auch weiterhin angeboten.

Die bestehende **Sensibilisierung** des gesamten Teams, regelmäßige Teammeetings und Fallbesprechungen bleiben, um die Integration von Social Prescribing in den Praxisalltag zu sichern.

### 3.4.3 Pädiatrische Einrichtungen

In beiden Einrichtungen konnte **Social Prescribing als fester Bestandteil** der pädiatrischen Versorgung etabliert werden. An einer Einrichtung entwickelte sich im Rahmen des Fördercalls ein Fokus auf Familien mit Migrationshintergrund und Kindern mit Behinderungen. Die Angebote wurden strukturell verankert, im Team gut integriert und werden von Familien als niederschwellige, vertrauensvolle Unterstützung angenommen – insbesondere dort, wo klassische Versorgungsangebote an ihre Grenzen stoßen. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass Social Prescribing Familien in belastenden Situationen stärkt, Isolation abbaut und Selbstwirksamkeit fördert – indem klassische Sozialarbeit sinnvoll ergänzt wird, ohne sie zu ersetzen. **Link Working** wird daher in kleinem Rahmen weitergeführt.

Die laufende **Sensibilisierung** der Mitarbeiter:innen wird u. a. mit regelmäßigen Teammeetings und Fortbildungen weiterhin forciert. Auch das **Netzwerk** sowie regelmäßige Treffen zur Netzwerkpflege werden fortgeführt. Hilfreich ist hier die Teilnahme großer Träger bzw. Angebotsfelder (Frühe Hilfen, Integration Wien, Diakonie) an Aktivitäten der Netzwerkpflege. Neue Kooperationsmöglichkeiten mit Schulen und Kindergärten sind ein möglicher Fokus für die Weiterführung von Social Prescribing an einer pädiatrischen Einrichtung.

Hinsichtlich der **Qualitätssicherung** werden Dokumentation und Supervision weitergeführt. Geplant sind auch regelmäßige Feedbackrunden im Team und die Vernetzung mit anderen Einrichtungen, um eine Weiterentwicklung zu ermöglichen.

Eine beteiligte Einrichtung wurde während der Umsetzung in die Organisationsform eines Primärversorgungszentrums übergeführt, und es wird erwartet, dass damit auch die Nachhaltigkeit von Social Prescribing sichergestellt wird, wobei mit einem größeren und anhaltenden Bedarf an Social Prescribing zu rechnen ist.

#### 3.4.4 Einrichtung für nicht versicherte Personen

Die Grundlagen und die inhaltliche Ausrichtung von Social Prescribing wird weiterhin fester Bestandteil der Arbeit in der Einrichtung bleiben. Die Verknüpfung von medizinischen und sozialen Aspekten von Gesundheit ist ein zentrales Element im Arbeitsalltag und bleibt weiter bestehen. Durch das Social-Prescribing-Projekt hat sich der Blick auf soziale Gesundheitsaspekte bei allen Berufsgruppen noch mehr geschärft. Die erarbeiteten erweiterten Strukturen im Zuge von Social Prescribing, beispielsweise die erstellte Angebotslandkarte, werden auch darüber hinaus hilfreich und unterstützend sein und im Rahmen der Möglichkeiten auch weiterhin gepflegt werden, wenn es auch weniger Ressourcen dafür gibt. Wichtig für eine nachhaltige Umsetzung wird die Förderung von **Link-Working-Beratungen** sein, die nach dem Aufbau der Strukturen am meisten Ressourcen binden, wie auch die Klärung der Frage, wie **Sensibilisierung** und der Fokus auf Social Prescribing aufrechterhalten werden kann.

### 3.5 Öffentlichkeitsarbeit für Social Prescribing

Die vom Projektteam der GÖG organisierte erste österreichische Social-Prescribing-Konferenz im Juni 2024 schuf für die Umsetzer:innen aus den Fördercalls eine Bühne, ihre Umsetzungserfahrungen zu teilen, und bot der interessierten Fachöffentlichkeit die Möglichkeit, mit den Umsetzerinnen und Umsetzern in Austausch zu treten. Darüber hinaus unterstützte die GÖG mehrere Medienanfragen von Zeitschriften und Radiobeiträge durch die Vermittlung von Umsetzerinnen bzw. Umsetzern als Interviewpartner:innen oder Fachinputs. Einzelne Umsetzer:innen suchten aktiv den Kontakt zu den Medien, um die Bekanntheit und nachhaltige Umsetzung von Social Prescribing in ihrer Einrichtung zu stärken. Eine aktive, österreichweite Medienarbeit wurde seitens des GÖG-Projektteams nicht verfolgt, da das Angebot noch nicht flächendeckend etabliert ist und keine unerfüllbaren Erwartungen geweckt werden sollen.

Anfragen aus der Fachöffentlichkeit für Vorträge und Workshop wurde im Rahmen der gegebenen Ressourcen gern nachgekommen, um den Austausch und die Diskussion zu Social Prescribing zu fördern.

## 4 Auswirkungen und Veränderungen durch Social Prescribing

Nachfolgend werden die durch die Umsetzung von Social Prescribing wahrgenommenen Veränderungen zusammengefasst, wobei zwischen Auswirkungen auf die Einrichtung, die Mitarbeiter:innen, Patientinnen und Patienten, Kooperationspartner:innen und die Region differenziert wird. Im Fokus stehen die wahrgenommenen Auswirkungen und Veränderungen, welche den Zwischen- und Endberichten der Fördernehmer:innen entstammen. Vereinzelt wurden Ergebnisse der externen Evaluation ergänzt und entsprechend referenziert (Kettl et al. 2024).

### 4.1 Auswirkungen von Social Prescribing

#### 4.1.1 Auswirkungen auf die Einrichtung

Social Prescribing wird als notwendige, niederschwellige Erweiterung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten gesehen. Problemlagen, welche auf psychosoziale Bedarfe zurückzuführen sind, wurden zwar vor der Implementierung von Social Prescribing auch wahrgenommen, jedoch fehlte ein professioneller, strukturierter Umgang damit. Diese bestehende Lücke in der psychosozialen Versorgung in der Primärversorgung wurde durch Social Prescribing sichtbar gemacht. Auch hat sich das Bewusstsein für die unterschiedlichen und individuellen Bedarfe von Patientinnen und Patienten in der gesamten Einrichtung geändert. Der Blick hat sich auf die biopsychosoziale Gesundheit, die unterschiedlichen Einflussfaktoren auf die Gesundheit und die Stärkung der Selbstwirksamkeit ausgeweitet.

Die folgenden positiven Auswirkungen der Implementierung von Social Prescribing auf Einrichtungsebene wurden festgehalten (vgl. Tabelle 11: Auswirkungen von Social Prescribing auf die Einrichtung):

Tabelle 11: Auswirkungen von Social Prescribing auf die Einrichtung

<b>Integration von Social Prescribing in die Versorgung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilisierung auf das ganzheitliche Behandlungskonzept und dessen Festigung</li> <li>• Social Prescribing wird als Teil des Versorgungskonzepts verstanden.</li> <li>• Ausbau der Verschränkung zwischen medizinischen und sozialen Aspekten von Gesundheit</li> <li>• Aufbau und Klarheit über neue Schnittstellen zwischen Gesundheit und Sozialem (zwischen medizinischer und nichtmedizinischer Betreuung)</li> </ul>
<b>interne Prozesse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Förderung der Qualitätssicherung aufgrund erhöhter Reflexion</li> <li>• Durch Social Prescribing hat sich ein fester Reflexionsraum etabliert.</li> <li>• Etablierung und Weiterentwicklung von Prozessen der interdisziplinären Zusammenarbeit</li> <li>• Erkennen der Vorteile von Projektarbeit und Mut zu weiteren Projekten und Kooperationen</li> </ul>
<b>Patientinnen und Patienten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhöhung der Patientenzufriedenheit und -bindung</li> <li>• mehr Raum für Ansprache und Bearbeitung persönlicher Problemstellungen</li> </ul>
<b>Kooperationsnetzwerk</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Netzerkausbau mit sozialen und kommunalen Diensten</li> <li>• aktive Unterstützung der Angebote zur Gesundheitskompetenz und der Motivation der Pat. zur Teilnahme seitens des gesamten Teams</li> </ul>

Quellen: End-/Zwischenberichte der Fördernehmer:innen

#### 4.1.2 Auswirkungen auf Mitarbeiter:innen

Die Fachkraft mit Link-Working-Funktion stellt eine **Entlastung** für die Ärztinnen und Ärzte dar (Kettl et al. 2024). Auch für die Ordinationsassistentinnen und -assistenten stellt die Fachkraft mit LWF eine Bereicherung im multidisziplinären Team dar. Dies wurde auch durch die Erfahrungsberichte im Fördercall bestätigt: Ein Teil der Zuweiser:innen konnte über Entlastungen berichten. Die subjektiv empfundene Entlastung hängt jedoch den Berichten zufolge von einer erfolgreichen Sensibilisierung des gesamten Teams in Hinblick auf die Bedeutung von Social Prescribing ab.

Nachfolgend finden sich die Auswirkungen von Social Prescribing auf die Mitarbeiter:innen der Einrichtungen (vgl. Tabelle 12).

Tabelle 12: Auswirkungen von Social Prescribing auf die Mitarbeiter:innen

<b>Auswirkungen auf Mitarbeiter:innen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entlastung der Mitarbeiter:innen</li> <li>• engere interdisziplinäre Zusammenarbeit</li> <li>• intensivere Auseinandersetzung mit den Aufgabengebieten der einzelnen Professionen</li> <li>• regelmäßiger Austausch, insbesondere im Rahmen von Fallbesprechungen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erweiterung der Kompetenzen um neue, erfüllende Aufgabenbereiche</li> <li>• Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Belastungsfaktoren und deren Auswirkungen auf die Gesundheit</li> <li>• bedarfsgerechte Betreuung von Pat. mit einem ganzheitlichen Blick auf Gesundheit</li> </ul>

Quellen: End-/Zwischenberichte der Fördernehmer:innen, Kettl et al. (2024)

Die **engere interdisziplinäre Zusammenarbeit** unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie **regelmäßige Fallbesprechungen / etablierte Reflexionsgespräche** führten zu einem besseren Verständnis von und Umgang mit Patientinnen und Patienten, insbesondere auch bei den

Ordinationsassistentinnen und -assistenten, welche die erste Ansprechstelle für Patientinnen und Patienten darstellen. Dadurch konnte eine ganzheitlichere Betreuung der Patientinnen und Patienten gelingen, welche wiederum einen positiven Effekt auf die Zufriedenheit und den Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten hatte.

Die verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit brachte zudem eine effizientere und harmonischere Arbeitsweise mit sich. Unter den Berufsgruppen führte sie zu einer **intensiveren Auseinandersetzung mit den Aufgabengebieten der einzelnen Professionen**.

Durch die **Erweiterung der Kompetenzen** und neue, erfüllende Aufgabenbereiche, insb. bei der Rolle der Fachkraft mit LWF, erlebten die Mitarbeiter:innen eine größere Zufriedenheit und eine Aufwertung der Rollen innerhalb der Einrichtung. Dazu wurde es durch das Projekt möglich, Handlungs- und Sichtweisen zu hinterfragen sowie sich in der Begegnung mit Patientinnen und Patienten immer wieder neu auszurichten.

Die zunehmende Sensibilisierung auf und Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Belastungsfaktoren und deren Auswirkungen auf die Gesundheit und mit der Relevanz der Individualität der Patientinnen und Patienten und der Fokus auf soziale Angebote wurden im gesamten Team gestärkt, wodurch vermehrt auf die ganzheitlichen Problemlagen eingegangen werden kann. Psychosoziale Bedarfe werden zunehmend erkannt. Dazu gehört auch die frühzeitige Sensibilisierung neuer Mitarbeiter:innen.

Das Angebot bringt in der täglichen Arbeit nicht nur Entlastung, sondern durch die gezielte Weitervermittlung auch die Sicherheit, den Patientinnen und Patienten die Unterstützung anbieten zu können, die diese im jeweiligen Moment brauchen.

Mitarbeiter:innen können Patientinnen und Patienten mit sehr herausfordernden Problemlagen, die mehr Zeit benötigen, an das Link Working verweisen und wissen, dass diesen bedarfsgerecht und rasch geholfen wird. Dieses Angebot wird auch für Personen genutzt, die im Rahmen der Akut-/Wochenendbetreuung behandelt werden.

#### 4.1.3 Auswirkungen auf Patientinnen und Patienten

Social Prescribing hat laut Umsetzungsberichten wesentliche positive Auswirkungen auf Patientinnen und Patienten gezeigt. Diese erleben in Ergänzung zur medizinischen Betreuung eine **zusätzliche umfassendere und individuellere Betreuung**, welche psychosoziale und emotionale Bedürfnisse einbezieht.

**Entlastende Gespräche** und das Gefühl, gehört und ernst genommen zu werden, stärken das Vertrauen in die Einrichtung und fördern die Bereitschaft, auch in weiterer Folge Unterstützungsangebote anzunehmen. Auch steigert das Angebot von Social Prescribing in weiterer Folge die Akzeptanz einer Inanspruchnahme sozialarbeiterischer Leistungen.

Der **niederschwellige und erleichterte Zugang zu bedarfsgerechten Angeboten** verbessert die soziale Teilhabe, reduziert Einsamkeit und steigert das allgemeine Wohlbefinden. Gleichzeitig werden **Gesundheitskompetenz, Selbstwirksamkeit und Eigenverantwortung gestärkt** und damit u. a. auch die Lebensqualität verbessert.

Eine Übersicht über die Auswirkungen des Angebots von Social Prescribing auf die Patientinnen und Patienten findet sich in Tabelle 13: Auswirkungen von Social Prescribing auf die Patientinnen und Patienten.

Tabelle 13: Auswirkungen von Social Prescribing auf die Patientinnen und Patienten

Angebot entlastet und stärkt	<p>Gesprächsraum entlastet und ermutigt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Gelegenheit, sich auszusprechen und das Gefühl, vorurteilsfrei gehört und wahrgenommen zu werden, hat sehr geholfen und gleichzeitig dazu ermutigt, weitere Unterstützungsangebote in Anspruch zu nehmen.</li> <li>• Die Beziehung zur Fachkraft mit LWF führt dazu, dass Pat. beim Auftreten einer neuen Problematik leichter wieder andocken können, da bereits Vertrauen aufgebaut und die Vorgeschichte bekannt ist.</li> <li>• Social Prescribing wird weniger als beschämend und stattdessen als stärkend wahrgenommen.</li> </ul> <p>Gefühl, umfassend behandelt zu werden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pat. fühlen sich umfassender behandelt und mit ihren Bedürfnissen und Problemlagen wahrgenommen.</li> <li>• entlastende Gespräche durch ausreichend zeitliche Ressourcen, dadurch erhöhtes psychisches Wohlbefinden</li> </ul> <p>emotionale Stütze</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• für Mütter (v. a. Alleinerziehende) oft emotionale Stütze im Umgang mit Ämtern, Diagnosen oder Isolation</li> </ul>
Stärkung von Vertrauen in Team und Akzeptanz von Angeboten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stärkung des Vertrauens der Pat. in das Team der Einrichtung durch gute Betreuung</li> <li>• bessere Akzeptanz der Inanspruchnahme sozialarbeiterischer Leistungen</li> </ul>
Zugang zu Informationen und Angeboten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• breitere und spezifischere Angebotsmöglichkeiten zur Gesundheitsförderung durch Weitervermittlungen</li> <li>• Pat. erhalten gezielte Informationen zu passenden Angeboten (z. B. konkrete Anlaufstellen zu psychosozialen Themen).</li> <li>• leicht zugängliche Informationen zentral im Ort, analog und digital</li> <li>• generell erleichterter Zugang zu (kostenlosen) Unterstützungsangeboten</li> <li>• unkomplizierter und niederschwelliger Zugang zu sozialen, unterstützenden (kostenlosen) Angeboten</li> <li>• guter Anschluss bei Weitervermittlung an psychosoziale Beratungsstellen</li> <li>• Familien melden sich zunehmend von sich aus bei der Fachkraft mit LWF.</li> </ul>

Tabelle 13: Auswirkungen von Social Prescribing auf die Patientinnen und Patienten - Fortsetzung

Förderung sozialer Teilhabe, Integration und verbesserte Lebensqualität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbesserung des Wohlbefindens durch Teilnahme an sozialen und kulturellen Aktivitäten</li> <li>• mehr Lebenssinn durch neue soziale Kontakte und Teilnahme an Gemeinschaftsaktivitäten</li> <li>• Soziale Teilnahme von Kindern konnte durch Angebote wie Tiertherapie, Freizeitkurse oder Peergruppen gefördert werden.</li> <li>• deutliche Reduktion von Einsamkeit und Isolation, insb. auch bei Personen mit chronischen Erkrankungen und psychischen Belastungen</li> <li>• Eltern von Kindern mit chronischen oder komplexen Erkrankungen berichten oft, dass die gezielte Vermittlung geholfen hat, sich weniger alleingelassen zu fühlen.</li> <li>• bei vielen Pat. deutliche Reduktion gesundheitlicher Beschwerden durch soziale Teilhabe</li> <li>• Für einige Pat. war die Beratung lebensverändernd, z. B. bei Personen, die durch die Vermittlung zu Angeboten nicht nur eine spezifische Problematik lösen konnten, sondern einen wertvollen Beitrag zur sozialen Gesundheit durch das Kennenlernen neuer Menschen und das Entstehen neuer Freundschaften erfuhren.</li> <li>• Förderung der sozialen Integration</li> <li>• Verbesserung der Lebensqualität</li> </ul>
Gesundheitskompetenz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erkennen eigener Stärken und Schwächen</li> <li>• Verbesserung des Selbstvertrauens und der Zuversicht</li> <li>• Kompetenzerweiterung</li> <li>• Unterstützung der Bildung bei allen Familienmitgliedern</li> </ul>
Selbstwirksamkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fachkraft mit LWF ist oft Wegbereiter:in zur Selbsthilfe und Selbstwirksamkeit</li> <li>• Stärkung der Eigenverantwortung und Lebensqualität</li> <li>• eigene Ressourcen werden gestärkt, Mut und Motivation</li> <li>• Erweiterung des eigenen Handlungsspielraums</li> <li>• Empowerment</li> <li>• Pat. trauen sich zunehmend, auch über privates Leben und psychosoziale Anliegen zu sprechen.</li> <li>• Abbau von Ängsten durch Teilhabe an niederschweligen sozialen Angeboten</li> </ul>

Quellen: End-/Zwischenberichte der Fördernehmer:innen

#### 4.1.4 Auswirkungen auf Kooperationspartner:innen

Die Erfahrungsberichte der Umsetzer:innen zeigen, dass sich durch die strukturierte Vernetzung, die gezielte Informationsweitergabe und die gemeinsamen Aktivitäten nicht nur die **Qualität der Zusammenarbeit verbessert** hat, sondern dass auch neue Perspektiven auf bestehende und neue Angebote ermöglicht wurden. Die **Rolle der Fachkräfte mit LWF wurde dabei als zentrale Schnittstelle** wahrgenommen, die im Wesentlichen die Kommunikation übernimmt, Vertrauen erlangt und Anregungen für die Weiterentwicklung lokaler, nachhaltiger Strukturen gibt. In Tabelle 14 werden die berichteten Auswirkungen von Social Prescribing auf die Kooperationspartner:innen zusammengefasst:

Tabelle 14: Auswirkungen von Social Prescribing auf die Kooperationspartner:innen

Kooperation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Festigung, Vertiefung und Ausbau des Kooperationsnetzwerks, beispielsweise auch infolge von Netzwerktreffen</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Netzwerkausbau für eine verbesserte Unterstützung der Pat.</li> <li>• erhöhte Wirkung der Kooperationspartner:innen</li> <li>• stärkere sektorenübergreifende Zusammenarbeit</li> <li>• Stärkung des multiprofessionellen Netzwerks</li> <li>• bestehende Kooperationen stabilisiert und intensiviert, beispielsweise mit Angeboten für Familien mit besonderen Bedarfen</li> </ul>
Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fachkraft mit LWF wird als verlässliche Ansprechperson wahrgenommen, was die Kommunikation mit externen Stellen erleichtert.</li> <li>• Spezifizierung gegenseitiger Erwartungen</li> <li>• Dem Thema wird von allen Berufsgruppen großes Interesse entgegengebracht.</li> <li>• gegenseitiger Wissensaufbau durch die Vernetzungstätigkeit</li> </ul>
Kooperationsangebote	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Im Rahmen der Link-Working-Beratung wird auf die Angebote im Sozial- und Gesundheitsbereich verwiesen; bei Bedarf werden Kontakte hergestellt.</li> <li>• Abseits der etablierten Angebote konnten viele neue Angebote entdeckt werden.</li> <li>• mehr Zulauf für kleinere gesundheitsfördernde Initiativen</li> </ul>
Versorgung und Integration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nachhaltige Verbesserung der Gesundheitsversorgung und sozialen Integration</li> </ul>

Quellen: End-/Zwischenberichte der Fördernehmer:innen

#### 4.1.5 Auswirkungen auf die Region

Nicht zuletzt hat Social Prescribing auch Auswirkungen auf das weitere Umfeld der Einrichtungen, wie die Erfahrungsberichte zeigen.

Durch die bessere Nutzung lokaler Ressourcen, gemeinsamer Aktivitäten und neuer Kontakte werden die **Gemeinschaft und das Netzwerk gestärkt** und die Vernetzung in der Region belebt. Angebote in der Region können sichtbarer und klarer gemacht und somit auch besser genutzt werden. Geschaffene Strukturen, wie das soziale Forum oder die soziale Landkarte, werden als wichtige Vernetzungs- und Informationsinstrumente angesehen.

Social Prescribing unterstützt zudem die **gesellschaftliche Enttabuisierung bestimmter Themen**, wie zum Beispiel von Einsamkeit oder Überforderung im Alltag und deren gesundheitlichen Auswirkungen, und wird als wirksames Instrument zur Bearbeitung und Vermeidung sozial bedingter Belastungsfaktoren anerkannt.

## 4.2 Veränderungen durch die Etablierung von Social Prescribing

### 4.2.1 Verschränkung von Gesundheits-, Sozial- und kommunalem Bereich

Social Prescribing ermöglicht die strukturierte Kooperation mit bestehenden Angeboten und Strukturen, insbesondere der Gesunden Gemeinde und dem Community Nursing. Welche konkreten Kooperationen realisiert wurden, ist in Tabelle 15 zusammengefasst dargestellt.



Tabelle 15: Kooperation mit bestehenden Strukturen im Umfeld der Einrichtungen

Kooperation	Details
Case und Care Management (n = 2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• direkt in PVZ angesiedelt</li> </ul>
Community Nursing (n = 4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• in Gemeinden mit Verfügbarkeit im Sinne von Austausch, Fallbesprechungen, Weitervermittlung</li> <li>• gemeinsame Veranstaltungen</li> <li>• gemeinsame Analyse des Bedarfs an möglichen Angeboten</li> </ul>
Gesunde Gemeinde (n = 5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kooperation aufgrund der Möglichkeit der Nutzung der Website und Gemeindezeitung, um Angebote der PVE zu bewerben, sowie im Rahmen von Kooperationstreffen zu Überlegungen bezüglich Gesundheitsförderung der Bevölkerung</li> <li>• regelmäßiger Austausch, insb. zu den dort zur Verfügung gestellten Angeboten</li> <li>• wertvoller Austausch auch bzgl. der Sensibilisierung; direkte Infowweitergabe seitens des Gemeindeamts</li> <li>• Kooperation bei der Organisation gemeinsamer Gesundheits- und Präventionsveranstaltungen und von Vorträgen</li> </ul>
Frühe Hilfen (n = 1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kooperation zu Beginn, jedoch aufgrund der unterschiedlichen Zielgruppe beendet</li> </ul>
Überleitungsmanagement (n = 1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begleitung von Personen nach Krankenhausaufenthalt und diesbezügliche Kooperation in Form monatlicher Netzwerktreffen und eines anonymisierten Austausches zu Fällen; war nicht nachhaltig, daher wurden Treffen reduziert</li> </ul>

Quellen: End-/Zwischenberichte der Fördernehmer:innen

Vereinzelt wird festgehalten, dass eine Klärung der Zuständigkeiten des Link Working vs. anderer Professionen wie der Sozialen Arbeit, der Community Nurse und zum Teil auch der Frühen Hilfen notwendig sei, da ein vielfältiges Angebot durchaus undurchschaubar sein kann (Wer kann was wann wo und wie anbieten? vgl. Kapitel 6.2.2).

Darüber hinaus konnten fehlende Angebote in den Regionen identifiziert werden. Die Fördernehmer:innen berichteten von zu wenig kassenfinanzierten Therapien bzw. sehr langen Wartezeiten darauf sowie der Überlastung bei Beratungsstellen (u. a. Nothilfe, Schuldnerberatung). Im Rahmen des Fördercalls wurden folgende Angebote als fehlend bzw. unzureichend vorhanden benannt (vgl. Tabelle 16):

Tabelle 16: Fehlende Angebote

Zielgruppe	Fehlendes Angebot
Kinder und Jugendliche	Generell Angebote für Kinder und Jugendliche <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angebote dezidiert für mehrgewichtige Kinder</li> <li>• Angebote für Familien mit kleinen Kindern, insb. neu zugezogene mit wenig Austauschmöglichkeiten Von einer Einrichtung wurden daher Babytreffs organisiert.</li> <li>• Angebote zur Betreuung/Pflege von Kindern (insbesondere für Alleinerziehende) sowohl akut sowie zur Entlastung Schwere Behinderung</li> <li>• inklusive, barrierefreie Freizeit- und Kulturangebote für Kinder und Jugendliche mit schwerer Behinderung</li> <li>• Zugang zu Bädern für Kinder mit schwerer Behinderung (mussten Bad mehrmals verlassen)</li> <li>• kostengünstige bzw. kostenlose Kinderbetreuungsangebote</li> </ul> Mehrsprachige Angebote <ul style="list-style-type: none"> <li>• niederschwellige Angebote mit Dolmetschmöglichkeiten</li> <li>• signifikanter Mangel an mehrsprachigen psychologischen Unterstützungsangeboten für Jugendliche</li> <li>• Überlastung von therapeutischen und pädagogischen Einrichtungen (Wartezeiten liegen bei einem Jahr)</li> <li>• IT-Angebote</li> </ul>
junge Erwachsene mit Beeinträchtigungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entlastungsangebote zur Betreuung/Pflege von physisch/kognitiv beeinträchtigten jungen Erwachsenen</li> </ul>
Menschen mit eingeschränkter Mobilität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• generalistisches, für multifaktorielle Problemlagen zuständiges mobiles Sozialarbeitsangebot mittels Hausbesuchen</li> </ul>
Menschen mit Migrationsbiografie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angebote für Integration</li> </ul>
Männer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gezielte Angebote für Männergesundheit</li> </ul>
Menschen mit geringem Einkommen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kostenlose Gesundheitsförderungsangebote</li> </ul>
Menschen mit geringer sozialer Teilhabe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tiergestützte Angebote (z. B. Tiere streicheln, Gassi gehen mit Tieren, Tiere füttern oder spielen mit Tieren)</li> <li>• niederschwellige Angebote gegen Einsamkeit ohne Anmeldung, Termin und Erwartungen</li> </ul>
pflegende Angehörige	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angebote für pflegende Angehörige</li> <li>• dauerhafte Entlastungsmöglichkeiten für Angehörige von Kindern mit Behinderungen (auch im Erwachsenenalter mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen)</li> </ul>

Quellen: End-/Zwischenberichte der Fördernehmer:innen

In den Vernetzungstreffen mit den Fördernehmerinnen und Fördernehmern wurde auch die Rolle von Social Prescribing im Gesundheitssystem diskutiert (Vernetzungstreffen Mai 2023). Social Prescribing hat das Potenzial, nicht nur Menschen mit psychosozialen emotionalen Anliegen zu unterstützen und an kommunale Ressourcen anzudocken, es kann auch den Zugang zur medizinischen Behandlung erleichtern. Das heißt: Über die Ansprache sozialer Themen können auch medizinische Themen aufgedeckt werden.

Diskutiert wurde auch die Frage, inwieweit externe Stellen Klientinnen und Klienten an das Social-Prescribing-Angebot in der Primär- und pädiatrischen Versorgung vermitteln können (sollten). Dem sind im Moment Grenzen gesetzt, zum einen aufgrund potenzieller Konkurrenzgedanken und zum anderen, weil Allgemeinmediziner:innen – abgesehen von Urlaubsvertretungen und Notfällen – primär nur „ihre“ Patientinnen und Patienten behandeln dürfen.

Die Einrichtungen berichteten weiters von Anfragen von Personen, welche nicht hausärztlich von der Einrichtung betreut wurden, wobei unterschiedlich darauf reagiert wurde: Für manche Einrichtungen war aufgrund der Ressourcenlage und der Gebundenheit an die e-Card eine

Mitbetreuung nicht möglich. Andere strebten an, das Angebot für eine breite Bevölkerungsgruppe unabhängig von der e-Card zu öffnen (z. B. „Gesundheitskiosk“ / regionale Gesundheitskoordinationsstelle, Erste-Hilfe-Schein).

#### 4.2.2 Chancengerechtigkeit: Wie und wo gelang es, gesundheitliche Chancengerechtigkeit durch Social Prescribing zu fördern?

Social Prescribing birgt großes Potenzial in sich, gesundheitliche Chancengerechtigkeit zu fördern, da die Primärversorgung ein Ort ist, der von der breiten Bevölkerung aufgesucht wird. Gut erreicht werden konnten mit Social Prescribing

- Patientinnen und Patienten mit **chronischen Erkrankungen** bzw. Familien mit Kindern mit einer chronischen Erkrankung oder Beeinträchtigungen,
- Patientinnen und Patienten mit **psychischer Belastung** bzw. **Mehrfachbelastung** (z. B. Alleinerziehende),
- Patientinnen und Patienten mit **Suchterkrankungen** (z. B. auch in Substitutionsprogrammen),
- Personen im **Langzeitkrankenstand**, die davor standen, wieder in den Arbeitsprozess eintreten zu müssen, und sich dafür noch nicht ausreichend gesund fühlten,
- **alleinstehende jüngere Personen** unter Berücksichtigung von Genderaspekten und
- Patientinnen und Patienten mit **Migrationshintergrund** oder/und schlechten Deutschkenntnissen.

Durch die Förderung von Einrichtungen für nicht versicherte Personen können auch jene Personen erreicht werden, die eine sehr große sozioökonomische Benachteiligung aufweisen und in der Primärversorgung oft wenig vertreten sind, wie **obdach- und wohnungslose Personen**, **nicht krankenversicherte Menschen** und Personen mit **fehlenden finanziellen Ressourcen**.

**Ältere Patientinnen und Patienten** mit Themen wie Pflege, Einsamkeit, finanzielle Unterstützung konnten unterschiedlich gut erreicht werden. In einzelnen Einrichtungen gelang es gut, in anderen weniger.

Manche Zielgruppen konnten hingegen nur schwer erreicht bzw. für Social Prescribing motiviert werden. Als herausfordernd wurde dies etwa für die folgenden Personengruppen dargestellt:

- Personen mit **Depressionen** oder starker **Antriebslosigkeit**
- Menschen mit **komplexen psychiatrischen Diagnosen**
- **Personen ohne Veränderungswunsch/Einsicht**
- **Jugendliche**, insb. jene, die **sozial isoliert** sind oder **ohne familiäre Unterstützung** leben
- **Männer** jüngeren und mittleren Alters
- **pflegende/betreuende Angehörige (Alleinerziehende)** von Kindern/Jugendlichen und Erwachsenen, insbesondere mit physischen und/oder kognitiven Einschränkungen<sup>7</sup>

Die Fördernehmer:innen wurden in den End-/Zwischenberichten im Sommer 2024 gebeten, zu reflektieren, wie und wo es gelang, gesundheitliche Chancengerechtigkeit durch Social Prescribing zu fördern. Die Antworten sind in Tabelle 17 zusammengefasst.

---

<sup>7</sup> Hier zeigt sich insbesondere Bedarf an Entlastungsangeboten.

Tabelle 17: Wie und wo gelang es, gesundheitliche Chancengerechtigkeit durch Social Prescribing zu fördern?

Maßnahme	Beitrag zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit
<b>Patientinnen und Patienten: Zugang zu Beratung</b>	
leicht verständliche schriftliche Materialien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine Einrichtung setzte ein leicht verständliches und nachvollziehbares Dokument zur Selbsteinschätzung und Reflexion ein und förderte so niederschwellig die Auseinandersetzung mit der eigenen Gesundheit.</li> </ul>
zielgruppengerechte Kommunikation und Einbindung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nutzung verschiedener Kommunikationskanäle und persönliche Einladungen, Social Prescribing in Anspruch zu nehmen, zur Erreichung unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen</li> <li>• Zusammenarbeit mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, zum Beispiel Gemeindegliedern, lokalen Institutionen (z. B. Schulen, Kirchen), Vereinen (z. B. Pensionistenverein), ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern zur Erhöhung der Reichweite der Angebote</li> </ul>
<b>Patientinnen und Patienten: Beratung</b>	
niederschwellige Beratung	<p>Förderlich für die Inanspruchnahme von Social Prescribing ist ein niederschwelliges Link-Working-Beratungsangebot, wie etwa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hausbesuche,</li> <li>• Sprechstunden ohne Termin,</li> <li>• Link-Working-Beratung innerhalb der Einrichtung.</li> </ul>
individuelle Beratung, abgestimmt auf individuelle Bedürfnisse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insbesondere strukturell vulnerable Gruppen konnten von Social Prescribing profitieren. Durch die individuelle Betreuung durch die Fachkraft mit LWF werden auf die individuellen Bedürfnisse der Pat. abgestimmte Angebote eruiert.</li> <li>• Social Prescribing bietet insb. für Menschen mit Migrationshintergrund, mit geringen Deutschkenntnissen, mit chronischen Erkrankungen, mit kognitiven Einschränkungen und schweren körperlichen Behinderungen und für Alleinerziehende besondere Unterstützung.</li> </ul>
Ermutigung der Patientinnen und Patienten zur Inanspruchnahme von Unterstützung und Zugang niederschwelliger machen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angebote sind nicht für alle sichtbar, lesbar oder so niederschwellig wahrnehmbar, dass sie auch angenommen werden können; durch das Link Working werden sie sichtbar gemacht.</li> <li>• Pat. wurden durch Gespräche ermutigt, psychosoziale und soziale Unterstützung in Anspruch zu nehmen, und sie werden beim Zugang dazu unterstützt, z. B. durch gemeinsame Anrufe bei regionalen Angeboten.</li> </ul>
Sprachbarrieren überwinden mit Zeit und Dolmetschdiensten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolmetscher:innen werden bei Bedarf eingebunden.</li> <li>• Fokus einiger Einrichtungen auf Menschen mit Migrationshintergrund und geringen Deutschkenntnissen, welche bisher weniger gehört werden</li> <li>• Bei Sprachbarrieren wurden tlw. Dolmetschdienste genutzt.</li> </ul>
<b>Patientinnen und Patienten: Zugang zu Kooperationsangeboten und Förderung sozialer Teilhabe</b>	
niederschwelliger Zugang zu Angeboten	<p>Pat. wurde ein niederschwelliger Zugang zu Angeboten sichergestellt durch Weitervermittlung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• an kostenlose oder kostengünstige Angebote,</li> <li>• an Angebote, die entweder zu Fuß oder mit ÖPNV erreichbar sind,</li> <li>• an Angebote zu verschiedenen Tageszeiten und an unterschiedlichen Wochentagen,</li> <li>• an Angebote mit einfachen, unbürokratischen Anmeldemöglichkeiten.</li> <li>• Organisation von Transportdiensten zu den Angeboten</li> <li>• Unterstützung bei eingeschränkten Deutschkenntnissen</li> </ul>
Förderung der Navigationskompetenz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pat. wurden dabei unterstützt, im Gesundheits- und Sozialsystem zu navigieren, wodurch die Navigationskompetenz gefördert wurde.</li> <li>• Menschen mit Migrationshintergrund oder/und schlechten Deutschkenntnissen erleben in der Navigation durch das</li> </ul>

Maßnahme	Beitrag zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit
	Gesundheitssystem Schwierigkeiten, werden weniger „gehört“ und gesehen. Die FK mit LWF kann hier Advocacy übernehmen und unterstützen.
Förderung der sozialen Teilhabe	<ul style="list-style-type: none"> <li>Teilnahme an sozialen und kulturellen Aktivitäten förderte die soziale Teilhabe und den sozialen Zusammenhalt.</li> </ul>
<b>Mitarbeiter:innen und Kooperationspartner:innen</b>	
Sensibilisierung des Teams auf gesundheitsrelevante psychosoziale und emotionale Bedürfnisse	Förderung der Chancengerechtigkeit durch Sensibilisierung des PV-Teams bzgl. der ganzheitlichen Sicht auf Pat., um so gesundheitsrelevante Bedarfe zu erfassen und zu erkennen
Sensibilisierung der Anbieter:innen einschlägiger Angebote	Förderung der Chancengerechtigkeit durch Sensibilisierung der Anbieter:innen bezüglich der Bedarfe und Bedürfnisse der Pat.

Quellen: End-/Zwischenberichte der Fördernehmer:innen

Es bestehen auch Herausforderungen in den Bemühungen, gesundheitliche Chancengerechtigkeit zu fördern, z. B. aufgrund fehlender geeigneter Angebote in der Region. Auf diese Herausforderungen wird in den Kapiteln 3.3.2 und 3.3.3 näher eingegangen.

### 4.3 Was wäre ohne Social Prescribing?

Die Fördernehmer:innen wurden in den End-/Zwischenberichten im Sommer 2024 gebeten, zu reflektieren, was sich in ihrer Einrichtung ändern würde, wenn Social Prescribing nicht weiter umgesetzt würde. Die Antworten wurden in Tabelle 18 zusammengefasst.

Tabelle 18: Was würde sich in den Einrichtungen ändern, wenn Social Prescribing nicht weiter umgesetzt würde?

weniger Ressourcenorientierung und Bewegung hin zu rein medizinischem Gesundheitsverständnis	stärkerer Fokus auf rein medizinische Versorgung und weniger ganzheitliche Betreuung	Der Fokus verschiebt sich auf die rein medizinische Versorgung, der bi-opsychosoziale Gesundheitsansatz rückt in den Hintergrund.
	keine Intervention zu nichtmedizinischen Belangen im Team	Interventionsmöglichkeiten für Ärztinnen/Ärzte und das Ordinationsteam bezüglich sozialer Anliegen entfallen.
weniger Zusammenarbeit und mehr Belastung im Team der Gesundheitseinrichtung	Belastung des Personals steigt	Insb. bei Pat. mit großem Betreuungsbedarf kann sich der Umgang mit ihnen womöglich verschlechtern.
	weniger interdisziplinäre Zusammenarbeit	Social Prescribing fördert die Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen und die bedarfsorientierte Weitervermittlung. Ohne Social Prescribing besteht das Risiko, dass sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit reduziert.
weniger Verschränkung von Gesundheits-, Sozial- und kommunalem Bereich	eingeschränkter Zugang zu regionalen Angeboten	Pat. erhalten nicht die notwendige Unterstützung und regionale Angebote sind womöglich nicht sensibilisiert auf besondere Bedarfe.
	eingeschränkter Überblick über Angebote	Die Übersicht über die regionalen Angebote kann nicht gewartet werden und verliert an Aktualität und Relevanz.
	eingeschränkte Vernetzung und Kontaktpflege mit regionalen Angeboten	Wissen um und Zugänge zu regionalen Angeboten sind nur bedingt gegeben, Netzwerkpflege kann nicht bzw. nicht in demselben Ausmaß verfolgt werden.
Verringerung von Chancengerechtigkeit und sozialer Teilhabe	eingeschränkte Unterstützung bei nichtmedizinischen Anliegen	Pat. können nicht im gleichen Ausmaß weiter betreut und für die Teilnahme an regionalen Angeboten motiviert werden, da Zeit und Wissen für die Weitervermittlung an entsprechende nichtmedizinische Angebote fehlen.
	Pat. können aufgrund von Zeitmangel nicht mehr bedarfsgerecht betreut werden	Gewisse Pat. würden nicht die Zeit erhalten, die sie brauchen, um irgendwo anzudocken.
	negative Auswirkungen auf Pat.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• erschwerter Zugang zu unterstützenden Diensten</li> <li>• fehlende niederschwellige Angebote</li> <li>• Rückgang des Wohlbefindens und des Lebenssinns</li> <li>• Beeinträchtigung des Gesundungsprozesses und der Patientenzufriedenheit</li> </ul>

Quellen: End-/Zwischenberichte der Fördernehmer:innen

## 5 Umsetzungsbegleitung

Im Rahmen des Fördercalls wurden die Fördernehmer:innen durch die GÖG begleitet. Der Begleitprozess umfasste folgende Aktivitäten:

- Schulung für Fachkräfte mit Link-Working-Funktion (2-tägige Präsenzs Schulung und Online-Fallbesprechungen)
- Bereitstellung der Online-Bedarfs- und Vermittlungsdoku zur Dokumentation der Beratungen
- quartalsweise Vernetzungstreffen zum wechselseitigen Austausch
- Bereitstellung von Tools, wie Gesprächsleitfaden oder Vorlage zur Dokumentation der Kooperationsangebote<sup>8</sup>

Der Fördercall wurde auch extern evaluiert. Die Ergebnisse wurden in einem eigenen Bericht veröffentlicht (Kettl et al. 2024).

Der GÖG-Begleitprozess wurde von den Umsetzerinnen und Umsetzern insgesamt als hilfreich und unterstützend wahrgenommen. Besonders geschätzt wurden die Schulung der Fachkräfte mit Link-Working-Funktion zu Beginn sowie die einrichtungsübergreifenden Vernetzungstreffen, welche wechselseitiges Lernen und Inspiration ermöglichten, sowie die Tatsache, dass das GÖG-Begleitteam bei Bedarf für Fragen zur Verfügung stand. Keinen Mehrwert für die praktische Arbeit sahen die Umsetzer:innen in der Bedarfs- und Vermittlungsdoku der Link-Working-Beratungen. Sie führte zu einer Doppel- und Mehrfachdokumentation. Sie schien dem GÖG-Team aber unumgänglich, da sonst keine strukturierte Datenerfassung über alle Einrichtungen hinweg möglich gewesen wäre. Auch die Dokumentationsvorlage für die Kooperationsangebote wurde als nicht hilfreich bewertet und daher nicht genutzt.

### 5.1 Schulung für Fachkräfte mit Link-Working-Funktion

Die Fördernehmer:innen wurden im Rahmen eines Vernetzungstreffens im Juni 2024 und in den End-/Zwischenberichten im Sommer 2024 gebeten, zu reflektieren, welche Kompetenzen für die Fachkraft mit LWF erforderlich sind bzw. welche Anforderungen an sie gestellt werden. Wichtig hierfür ist das Verständnis der Ziele von Social Prescribing und von Link Working.

Folgende Anforderungen wurden thematisiert:

- Haltung
  - Offenheit
  - Menschenzentriertheit, Mensch als Ressource
  - Sensibilisierung in puncto biopsychosoziales Modell
  - ethische Arbeitshaltung
  - Lebensweltorientierung – Fähigkeit, sich in die Lebenswelt des Gegenübers hineinzudenken; Überlegungen: Was kann die Person brauchen? an ihre Möglichkeiten anpassen (eigene Gesundheit, nicht veränderbare Faktoren etc.), aber auch fachliches Wissen über die Lebenswelten (Navigationskompetenz Behörden etc.)

---

<sup>8</sup> Die meisten Unterstützungstools finden sich auf: [https://goeg.at/socialprescribing\\_dokumente](https://goeg.at/socialprescribing_dokumente). [Zugriff: am 09.07.2025]

- Wissen zu dem Konzept der Gesundheitsdeterminanten
- Verständnis des biopsychosozialen Gesundheitsbegriffs und der Einflussfaktoren
- Ausbildung in einem Gesundheits- und Sozialberuf: Sozialarbeit und DGKP werden als prädestiniert für diese Aufgaben gesehen, auch Psychologie, Pädagogik und Coaching wurden genannt.
- Ausbildung in Gesprächsführung, Kommunikations- und Beratungsskills inkl. Konfliktkommunikation
- Kenntnisse der Strukturen des österreichischen Gesundheitssystems sowie der regionalen Vernetzung, d. h. sich in lokaler Gemeinschaft gut auskennen
- Mehrsprachigkeit vom Vorteil
- Soft Skills
  - aktives Zuhören
  - soziale Kompetenz
  - kulturelles (und spirituelles) Verständnis und Offenheit
  - Empathiefähigkeit
  - Fähigkeit, „dranzubleiben“
  - Selbstfürsorge
  - Geduld und Ausdauer
  - Neugier auf Neues
  - Teamfähigkeit
  - Fähigkeit, Vertrauen aufzubauen und in schwierigen Situationen gut mit Menschen umzugehen
- strukturiertes Arbeiten, Organisationsfähigkeit und Selbstorganisationsfähigkeit (Zeitmanagement)
- Problemlösungsfähigkeit, lösungsorientierte Herangehensweise bei gleichzeitigem Bewusstsein dafür, dass nicht alle Probleme gelöst werden können<sup>9</sup>
- vernetztes Denken und Reflexionskompetenz
- Bereitschaft zur Weiterbildung und Supervision
- Lebenserfahrung (Einzelnennung)

Die von der GÖG organisierte Schulung wurde von den meisten Teilnehmenden als sehr hilfreich beschrieben. Einige Teilnehmer:innen wünschten sich eine Anpassung der Schulungsinhalte an die spezifischen Bedürfnisse ihrer Einrichtung, beispielsweise für die Bereiche Pädiatrie, Geriatrie und Psychologie. Eine Einschulung bzw. Sensibilisierung für Ärztinnen und Ärzte wird empfohlen. Auch die Vernetzungstreffen wurden von den Umsetzerinnen und Umsetzern als sehr unterstützend und hilfreich beschrieben.

## 5.2 Bedarfs- und Vermittlungsdoku

Die Dokumentation im Rahmen der Bedarfs- und Vermittlungsdoku wurde als Mehraufwand empfunden (teilweise gab es eine Dreifachdokumentation mit der Ordinationssoftware und der berufsgruppenspezifischen Dokumentation). Eine Rückmeldung zeigte auch auf, dass die Inhalte

---

<sup>9</sup> Hier gibt es unterschiedliche Zugänge. Teilweise sehen Menschen den Gesprächsraum als zentrales Element und nicht die Problemlösung.



der Bedarfs- und Vermittlungsdoku zu komplex und zu wenig lebensweltnahe sind. Mehrere Rückmeldungen zeigten auch, dass nicht alle Beratungen dokumentiert wurden. Nicht dokumentiert wurden u. a. folgende Fälle:

- wenn Person nur eine Information brauchte (z. B. Antrag auf Kur)
- Kurzberatungen, um administrativen Aufwand gering zu halten

Die Dokumentation ermöglichte jedoch einen systematischen Zugang zu wichtigen Informationen darüber, wer mittels Link Working beraten wird, welche Bedarfe und Ressourcen die Person hat und wohin die Person weitervermittelt werden kann bzw. was einer Weitervermittlung entgegensteht. Ein Auszug aus den Ergebnissen findet sich in Kapitel 3.2.

### 5.3 Einrichtungsübergreifende Vernetzung

Insbesondere die einrichtungsübergreifende Vernetzung wurde von den Fachkräften mit LWF geschätzt. Sie ermöglichte es, andere Umsetzungsformen und Rahmenbedingungen kennenzulernen. Wichtiger als dies war aber – insbesondere für Fachkräfte mit LWF – der Austausch untereinander, um zu erkennen, „dass man nicht allein ist“. Dies traf insbesondere für die Personen zu, die die Rolle in ihrer Einrichtung allein ausfüllen.

## 6 Beitrag des Fördercalls zur konzeptuellen Klärung

Der Fördercall ermöglichte es, das Konzept Social Prescribing weiter zu präzisieren und an-schlussfähiger an die bestehende Praxis zu gestalten. Präzisierungen waren auf zwei Ebenen möglich:

- konzeptuelle Klärung
- einrichtungsspezifische Umsetzung des Konzepts

### 6.1 Konzeptuelle Klärung

#### 6.1.1 Bedarf an Link-Working-Beratungen

Möchte man Social Prescribing flächendeckend etablieren, bedarf es einer Vorstellung, wie hoch der Beratungsbedarf und insgesamt der Ressourcenbedarf für Social Prescribing ist. Die Zahlen der Bedarfs- und Vermittlungsdoku sind hier nur bedingt hilfreich, da die Ressourcen für die Beratung aus den bestehenden Ressourcen der Einrichtungen zu tragen sind. Damit kann angenommen werden, dass nur ein Teil der Patientinnen und Patienten mit Bedarf an das Link Working vermittelt wird.

Ausgehend von den Daten aus England, wonach jede fünfte Konsultation aufgrund gesundheits-relevanter nichtmedizinischer Anliegen erfolgt (Polley et al. 2017), wurde zu unterschiedlichen Zeitpunkten mit den Fördernehmerinnen und Fördernehmern reflektiert, wie hoch der reale Bedarf in Österreich ist.

Hier zeigten sich mehrere Herausforderungen für die Einschätzung: Es gilt, die Bezugsbasis (Ein-wohner:innen im Einzugsgebiet, Pat. in der Kartei, Pat. mit regelmäßigem Kontakt zur Gesund-heitseinrichtung) zu definieren, doch verfügen die Fachkräfte mit LWF nicht notwendigerweise über einen Überblick über die Patientenkartei bzw. sehen sie nur jene Patientinnen und Patien-ten, die an sie vermittelt werden. Entsprechend breit waren daher die Schätzungen (Workshop zum Bedarf an Link-Working-Beratungen 2023). Angemerkt sei weiters ein Unterschied zwischen ländlichen und städtischen Regionen. In ersteren wird berichtet, dass ein Großteil der Bevölke-rung im Einzugsbereich auch Patientinnen und Patienten der Einrichtung sind. Im städtischen Bereich ist dies nicht notwendigerweise der Fall.

Im Rahmen der Endberichte wurde ein Bedarf von 50 bis 500 Patientinnen und Patienten pro Jahr angegeben. Eine Einrichtung kalkulierte den Bedarf mit mehreren 1.000 Patientinnen und Patienten, was als Ausreißer betrachtet wurde. Entsprechend weit gingen auch die Personalbe-darfsschätzungen auseinander, sie lagen zwischen 0,5 und 2 Vollzeitäquivalenten (VZÄ). Im Mit-tel kann daher von einem Bedarf von 1 bis 1,5 VZÄ ausgegangen werden. Dabei ist zu beachten, dass zu Projektbeginn mehr Zeit für Aufbauarbeit und Netzwerkmanagement gebraucht wird und sich im Zeitverlauf der Aufwand reduziert und damit mehr Ressourcen für Link-Working-Beratungen bereitstehen. Als Orientierung kann man nach erfolgreichem Strukturaufbau im Re-gelbetrieb ein Verhältnis von 75 Prozent Link-Working-Beratung und 25 Prozent Netzwerkma-nagement, Sensibilisierung und Qualitätssicherung heranziehen. Für die Umsetzer:innen ist es

bereits emotional unterstützend, zu wissen, dass am Anfang mehr Zeit für Netzwerkmanagement und Sensibilisierung anfallen darf ohne konkrete Zahlenangabe.

### 6.1.2 Zielgruppen und Indikationen für Social Prescribing

Social Prescribing ist grundsätzlich offen für alle Zielgruppen. Manche Personengruppen können aber besonders von Social Prescribing profitieren.

**Priorisierte Zielgruppen** sind gemäß den Eckpunkten des Idealmodells Social Prescribing insbesondere Menschen, die Unterstützung brauchen in Hinblick auf (Rojatz et al. 2023a)

- unspezifische Bedürfnisse außerhalb des medizinisch-therapeutisch-pflegerischen Leistungsspektrums (wie gesundheitsbezogene psychosoziale und emotionale Bedürfnisse),
- soziale Kontakte,
- belastende Lebenssituationen.

Im Zuge der Link-Working-Beratungen im Fördercall stellte sich häufig erst die Komplexität der Bedarfe der Person heraus. Nicht selten wurde daher auch an medizinisch-therapeutisch-pflegerische Angebote zurückvermittelt, um Menschen mit in der Beratungssituation erkanntem diesbezüglichen Bedarf auch entsprechend zu unterstützen. Dies veranlasste zum einen dazu, die Definition des Netzwerkmanagements zu überarbeiten und nicht mehr von Vermittlung „ausschließlich an“, sondern nunmehr „insbesondere an“ Angebote außerhalb des medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Angebotsspektrums zu sprechen. Dadurch wurde die Rückvermittlung an entsprechende Angebote im Bereich der unmittelbaren Gesundheitsversorgung miteingeschlossen bzw. nicht explizit ausgeschlossen wie in der ursprünglichen Formulierung.

Zum anderen wurde auch die Zielgruppendefinition für Social Prescribing weiter konkretisiert. Vermittlungen an niederschwellige Angebote zur Förderung der sozialen Teilhabe waren eher die Ausnahme als die Regel. Als Reaktion darauf wurde im Verlauf des Fördercalls die Zielgruppe für Social Prescribing weiter konkretisiert auf Personen mit unspezifischem Unterstützungsbedarf und Personen mit eingeschränkter Lebensqualität und sozialer Teilhabe aufgrund einer chronischen Erkrankung (einer nahestehenden Person).

### Identifikation von Bedarfen

Es gab im Zuge des Fördercalls keine abschließende Definition bzw. Auflistung von Indikationen für die Vermittlung an die Fachkraft mit LWF. Eine abschließende Definition aller möglichen Indikationen scheint weder möglich noch zweckmäßig, da die möglichen Bedarfe so vielfältig sind. Es wurde aber vom GÖG-Team ein Plakat zum Erkennen des Bedarfs erstellt und zur Verfügung gestellt (Fenz et al. 2023). Das Plakat wurde im Zeitverlauf weiterentwickelt, da es nicht mehr zweckmäßig schien, auf einzelne Merkmale hinzuweisen, die mitunter auch stigmatisierend sein könnten. Stattdessen wurde eine Kurzinformation für Gesundheitsberufe entwickelt mit einer Auflistung von Umständen, die auf einen Bedarf an Social Prescribing hinweisen können.

In der Praxis wurde den Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren Gesundheitsberufen nahegelegt, im Zweifels- bzw. Verdachtsfall an die Fachkraft mit LWF zu vermitteln, welche als eine Art Clearingstelle ggf. wieder zurückvermittelt. Dies wurde vom Team häufig als Erleichterung wahrgenommen.

### 6.1.3 Sensibilisierung des Primärversorgungsteams

Die Sensibilisierung des Primärversorgungsteams, d. h. der Mitarbeiter:innen in der Primärversorgung, ist zentral für die Vermittlung an das Link Working. Es handelt sich dabei nicht um einmalige Aktivitäten, sondern um einen kontinuierlichen Sensibilisierungsprozess. Im Rahmen des Fördercalls zeigte sich die Wichtigkeit der Sensibilisierung von Ärztinnen und Ärzten sowie der Ordinationsassistentinnen und -assistenten. Umsetzer:innen regten an, Schulungen beispielsweise in Form von kurzen Webinaren für Ärztinnen und Ärzte einrichtungsübergreifend anzubieten. Es zeigte sich auch, dass es jedenfalls einige Monate braucht, bis Social Prescribing vom Team angenommen und mitgedacht wird.

### 6.1.4 Netzwerkmanagement

Im Rahmen von Social Prescribing wird entsprechend dem Konzept an Angebote außerhalb des medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Bereichs weitervermittelt. Daher steht die Vernetzung mit diesen Angeboten im Fokus. Gleichzeitig zeigt die Link-Working-Beratungspraxis, dass häufig auch an Angebote aus dem medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Bereich zurückvermittelt wird. Entsprechend umfasst das Netzwerkmanagement (am Rande) auch diese Angebote (z. B. mobile Dienste).

### 6.1.5 Link Working

In der Praxis der Link-Working-Beratungen zeigte sich, dass die Problemlagen erst im Zuge der Beratungen deutlich werden und häufig auch eine Rückvermittlung an den medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Bereich erfolgt. Nur in Ausnahmefällen wurde „nur“ an kommunale Angebote vermittelt. Bestätigt hat sich aber, dass Social Prescribing keine Krisenintervention ist – hier wird an die Ärztin, den Arzt bzw. die Gesundheitseinrichtung zurückvermittelt (Vernetzungstreffen 11/24).

Im Rahmen der Link-Working-Beratung ist es daher wichtig, dass auch medizinisch-pflegerisch-therapeutische Angebote Beachtung finden, da sich in der Praxis nicht immer eine klare Grenze zwischen den Themen der Patientinnen und Patienten ziehen lässt. Zudem zeigte eine Schulung zu Social Prescribing in Salzburg, dass auch die niederschwellige Austauschmöglichkeit zwischen Fachkraft mit LWF und vermittelnder Ärztin bzw. vermittelndem Arzt wichtig ist, um bei Bedarf schnell und unkompliziert mehr Informationen zur Patientin bzw. zum Patienten zu erhalten und deren bzw. dessen Situation besser verstehen zu können.

## 6.2 Umsetzung von Social Prescribing

Wenngleich die Strukturen und Prozesse für Social Prescribing binnen sechs Monaten aufgebaut werden können (Rojatz et al. 2025), braucht es nach einer Einschätzung der Fördernehmer:innen bis zu 1,5 Jahre, bis sich alles eingespielt hat und Social Prescribing gut etabliert ist (Vernetzungstreffen 11/24). Die zentralen Elemente Sensibilisierung, Link Working, Netzwerkmanagement und Qualitätssicherung werden zwar in allen Einrichtungen umgesetzt, es zeigen sich jedoch Unterschiede bezüglich der Verortung im ländlichen oder städtischen Raum und der Umsetzung von Link Working innerhalb oder außerhalb der Gesundheitseinrichtung.

### 6.2.1 Link-Working-Beratung innerhalb und außerhalb der Gesundheitseinrichtung

Ein Schwerpunktthema des Vernetzungstreffens im Jänner 2025 waren Unterschiede zwischen internem und externem Link Working (Vernetzungstreffen 1/25).

Die einrichtungsinterne Umsetzung von Link Working bzw. Link-Working-Beratungen in der Einrichtung durch eine externe Fachkraft funktionieren nach Einschätzung der Umsetzer:innen besser und sind auch einfacher für Patientinnen und Patienten. Die Beratung erfolgt in einer vertrauten Umgebung und der Weg (zu einem neuen Beratungstermin) ist bekannt. Die Hausarztpraxis ist darüber hinaus auch ein Schutzraum („Safe Space“), der es Patientinnen und Patienten ermöglicht, sich z. B. gegenüber Angehörigen nicht erklären zu müssen, wenn sie ihn aufsuchen. Dies kann u. a. beim Thema Gewalt den Zugang zur Beratung sehr erleichtern.

Entscheidend ist der Erstkontakt, da damit die Wahrscheinlichkeit steigt, dass die Person ankommt bzw. weitere Termine in Anspruch nimmt. Wenn der Kontakt einmal besteht, ist die Differenzierung zwischen internem und externem Link Working nicht mehr so bedeutend.

Denkbar ist auch eine Kombination von internem und externem Link Working, indem die externe Fachkraft mit LWF zu bestimmten Zeiten in die Gesundheitseinrichtung kommt und dort berät. Dies kann aber – insbesondere dann, wenn mehrere Ordinationen „betreut“ werden – sehr viel Koordinationsaufwand und Fahrtzeit für die Fachkraft mit LWF mit sich bringen.

Bei externem Link Working ist weiters zu berücksichtigen, dass der Kommunikationsprozess zwischen den Einrichtungen – Gesundheitseinrichtung und Beratungseinrichtung – unter Berücksichtigung der Datenschutzrichtlinie aufgebaut und etabliert wird. Für die (externe) Link-Working-Beratung erweist es sich laut den Umsetzenden auch als wichtig, dass für allfällige Rückfragen oder Abstimmungsbedarfe eine niederschwellige und zeitnahe Zugangsmöglichkeit zur zuweisenden Person und zur Ärztin bzw. zum Arzt möglich ist, um die Situation der Patientin bzw. des Patienten besser verstehen zu können.

Eine weitere Umsetzungsform stellen Hausbesuche dar. Diese werden von den Umsetzenden als zeitaufwendig beschrieben. Vorteil ist, dass ein Hausbesuch persönlicher ist und Einblicke in die persönlichen Lebensumstände erlaubt. Gleichzeitig ist damit die Herausforderung verbunden, dass mitunter nicht alle Unterlagen mitgenommen werden können / vorhanden sind.

### 6.2.2 Erfahrungsberichte zur Rolle von Link Working

Wie bereits in den vorangegangenen Fördercalls (Rojatz et al. 2023b) waren auch im dritten Fördercall die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Link Working und Sozialarbeit bzw. deren Abgrenzung ein wiederkehrendes Thema.

Eine klare Funktions- bzw. Stellenbeschreibung der Fachkraft mit LWF lag dem Fördercall nicht zugrunde. Eine unklare Rollenbeschreibung und keine klaren Indikatoren für die Vermittlung an die Fachkraft mit LWF brachten Herausforderungen sowohl für die Gesundheitsberufe, welche den (vermeintlichen) Bedarf an Social Prescribing erkennen, als auch für die Fachkräfte mit LWF mit sich, insbesondere dann, wenn es sich um Sozialarbeiter:innen handelte bzw. wenn ein:e Sozialarbeiter:in in der Einrichtung tätig war.

In anderen Fällen markieren die Grenzen der jeweiligen Profession (z. B. DGKP) den Übergang zur Sozialen Arbeit. Angemerkt sei an dieser Stelle, dass sich im Austausch mit den Fachkräften mit LWF herausstellte, dass die Funktion Sozialarbeit in den PVE sehr unterschiedlich umgesetzt wird. Viele Sozialarbeiter:innen sahen die LWF aber als Teil der Sozialen Arbeit an. Vereinzelt wurden auch Ängste geäußert, dass Social Prescribing die Sozialarbeit abwerte, wenn Kernfunktionen der Sozialarbeit auch von anderen Gesundheitsberufen übernommen werden können (Vernetzungstreffen 6/24). Der Umgang damit war unterschiedlich: von keiner Trennung zwischen Sozialarbeit und Link Working in der Beratung (nur in der Dokumentation für das Projekt) bis zu einer Aufgabenteilung. So wurde Sozialarbeit z. B. als breiterer Ansatz verstanden, der auf die Lösung – teils komplexer – sozialer Probleme abzielt, wie beispielsweise Arbeitsmarktintegration, Wohnen, Migration, Resozialisierung oder Pflegebedürftigkeit, mit dem Ziel, Unterstützung bei der Bewältigung problembelasteter und krisenhafter Lebenslagen zu leisten.

Link Working hingegen wurde als individuelle, empowernde Unterstützungsmaßnahme und Navigationshilfe verstanden, bei der es in einem ersten Schritt um Gespräche mit den Patientinnen und Patienten bzw. im Fall pädiatrischer Einrichtungen mit den Familien geht, um deren Interessen, Bedürfnisse und Herausforderung zu verstehen und als Navigationshilfe an Angebote insbesondere aus dem Freiwilligen-, Gemeinschafts- und Sozialsektor zu vermitteln. Ziel ist es, die Patientinnen und Patienten dazu zu aktivieren, am sozialen Leben teilzuhaben, und sie so zu befähigen, Verantwortung für ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden zu übernehmen.

Häufig blieben die Unklarheiten bestehen, in einigen Einrichtungen konnten im Laufe der Zeit die Rollen und Aufgaben geklärt werden, wie etwa, dass das Link Working an externe Angebote vermittelt mit einem Fokus auf Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz. Andere Einrichtungen entwickelten Factsheets mit den unterschiedlichen Rollenbeschreibungen, die die unterschiedlichen Funktionen in der Einrichtung beschrieben (z. B. Link Working, Case und Care Management, Sozialarbeit).

Insgesamt empfiehlt es sich, die Rollen und Funktionstrennung (sofern erforderlich<sup>10</sup>) möglichst frühzeitig zu besprechen und laufend zu reflektieren, damit keine Reibungsverluste auftreten. Denkbar wäre es auch, eine organisationinterne Funktions- und Rollenklärung im Team zu besprechen (vgl. Tabelle im Anhang).

Wichtig erscheint es auch, dass nach Möglichkeit mindestens zwei Fachkräfte mit LWF tätig sind bzw. dass die Fachkraft mit LWF bei komplexen Fällen nicht alleingelassen wird. Sie gibt der Patientin bzw. dem Patienten Halt, braucht aber im Bedarfsfall auch Halt von ihrem Team (Fallbesprechung 3/24).

Aus den Vernetzungstreffen ging hervor, dass viele Fachkräfte mit LWF in teils prekären Beschäftigungsverhältnissen tätig sind (z. B. geringfügige Beschäftigung neben Bildungskarenz) (Vernetzungstreffen 2/24). Dies spiegelte sich auch in einer gewissen Personalfuktuation bei den Fachkräften mit LWF als Konsequenz daraus wider. Im Rahmen des Fördercalls wurde aufgezeigt, dass Neuanstellungen nur bei Überlegungen zur nachhaltigen Finanzierung der Person nach Ende der Förderlaufzeit möglich sind.

---

<sup>10</sup> Abhängig von der Umsetzung von Social Prescribing in der Einrichtung können auch mehrere Personen mit der Link-Working-Funktion betraut sein.

### 6.2.3 Social Prescribing im ländlichen und städtischen Raum: Netzwerkmanagement

Ein Schwerpunktthema in einem Vernetzungstreffen (1/25) war auch die Frage nach Unterschieden der Umsetzung von Social Prescribing im ländlichen und städtischen Raum.

Sowohl im städtischen als auch im ländlichen Bereich ist Netzwerkarbeit zeitintensiv. In beiden gibt es Angebote, die „nur am Papier bestehen“ und keine freien Kapazitäten haben.

Im städtischen Bereich versuchen Fachkräfte mit LWF, möglichst am Sozialraum der Person anzusetzen und zu eruieren, was passend ist. In ländlichen Regionen sind wiederum Mobilität und kreative Lösungen gefragt. Oft gibt es keine Alternativen, insbesondere wenn es nur ein entsprechendes Angebot gibt. Ausweichmöglichkeiten bei schlechten Erfahrungen der Patientinnen und Patienten sind dann nicht gegeben. Häufig gibt es auch lange Wartezeiten bzw. kommen Angebote mangels einer ausreichenden Anzahl an Teilnehmenden nicht zustande. Fachkräfte mit LWF übernehmen dann aufgrund fehlender Angebote Aufgaben, die nicht in ihren Kernbereich fallen (Beispiel: Erwachsenenvertretung).

## 6.3 Konzept trifft auf Praxis

Nachdem das GÖG-Projektteam den Eindruck bekam, dass insbesondere Patientinnen und Patienten mit komplexen Bedarfen im Rahmen vom Link Working beraten werden, wurde dies im Vernetzungstreffen Anfang 2025 zum Thema gemacht (Vernetzungstreffen 1/25). Der Eindruck des GÖG-Teams bestätigte sich. Patientinnen und Patienten, die ohne fremde Unterstützung ihre Belastungen in den Griff bekommen, kommen nicht. Erst ein hoher Leidensdruck bzw. eine „Sichtbarkeit des Anliegens“ führen zur Link-Working-Beratung. Ärztinnen und Ärzte erkennen den Bedarf, haben in der kurzen Konsultationszeit aber nicht die Möglichkeit, die Bedarfe zu differenzieren. Dies erfolgt im Rahmen der Link-Working-Beratung, wo durch das Stellen von Fragen die Bedarfe und das ursprüngliche Problem herausgearbeitet werden. Vereinzelt wird von den Fachkräften mit LWF aufgezeigt, dass es vor der Link-Working-Beratung sozialarbeiterischer Interventionen bedarf, d. h., dass schwerwiegende Anliegen zuerst bearbeitet werden müssen, bevor die weniger schwerwiegenden Bedarfe adressiert werden können. Es kommt hinzu, dass Link Working bei langen Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz oder Unterstützung durch den psychosozialen Dienst auch „als Überbrückung fungiert“.

Social Prescribing wird laut den Umsetzenden (aus einer pädiatrischen Einrichtung) von den Patientinnen und Patienten als eine niederschwellige und vertrauenswürdige Form der Unterstützung wahrgenommen, die insbesondere dort wirksam wird, wo klassische Versorgungsangebote an ihre Grenzen stoßen. Es zeigt sich zudem als ressourcenschonender Ansatz: Bestehende Strukturen werden sichtbarer und für Familien leichter zugänglich und annehmbar. Sozialarbeit kann bei manchen Personengruppen schambehafteter sein. Für diese kann die Inanspruchnahme von Social Prescribing einfacher sein, wodurch es häufiger und offener angenommen wird. Durch die mittlerweile längere Präsenz des Angebots ist auch die Eigeninitiative sowohl bei Mitarbeitenden als auch bei Familien deutlich gestiegen.

## 7 Lessons Learned und Schlussfolgerung

Was lernen wir aus dem Fördercall für die Implementierung von Social Prescribing in Österreich?

Social Prescribing trägt zur Erfüllung der angestrebten langfristigen Ziele bei:

- **Ganzheitliches Gesundheitsverständnis und Ressourcenorientierung in der Krankenversorgung stärken:** Die Sensibilisierung des Teams unterstützt das Erkennen von Menschen mit gesundheitsrelevanten psychosozialen und emotionalen Anliegen; dieser Aspekt würde durch das Wegfallen von Social Prescribing geschwächt werden. Doch: Sensibilisierungsarbeit ist keine einmalige Aktion, sondern ein kontinuierlicher Prozess. Insbesondere Ordinationsassistentinnen und -assistenten sowie Ärztinnen und Ärzten kommt hier eine Schlüsselrolle zu, um Patientinnen und Patienten mit entsprechenden Bedarfen zu erkennen, den Social-Prescribing-Prozess einzuleiten und an die Fachkraft mit LWF zu vermitteln.
- **Gesundheits-, Sozial- und kommunalen Bereich verschränken:** Diese Vorgehensweise stärkt Gemeinschaften und entlastet Gesundheitsberufe; Social Prescribing bietet den Rahmen für die Identifikation von und die Vernetzung mit regionalen Angeboten. Die Weitervermittlung der Patientinnen und Patienten entlastet die Angehörigen der Gesundheitsberufe, weil sie wissen, dass Patientinnen und Patienten nun umfassender unterstützt werden. Auch innerhalb der Einrichtung stellt die interprofessionelle Zusammenarbeit und die Vermittlung an Fachkräfte mit LWF eine Entlastung dar.
- **Gesundheitliche Chancengerechtigkeit stärken:** Social Prescribing bietet auf niederschwellige und personenzentrierte Art Zugang zu Beratung (sofern die Patientinnen und Patienten Unterstützung in der Primär-/pädiatrischen Versorgung suchen), Beratung und Weitervermittlung an regionale Angebote. Durch diesen „ganzheitlich niederschweligen“ Zugang trägt Social Prescribing zur gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei.
- **Wohlbefinden, Selbstwirksamkeit und soziale Teilhabe von Menschen fördern:** 85 Prozent der Menschen mit gesundheitsrelevanten psychosozialen und emotionalen Anliegen, die eine Link-Working-Beratung erhielten, konnten an für sie passende Angebote weitervermittelt werden. Dadurch wurden ihr Wohlbefinden und ihre soziale Teilhabe gefördert.

Der Fördercall ermöglichte es darüber hinaus, das konzeptuelle Verständnis von Social Prescribing für die österreichische Praxis zu schärfen.

Es zeigen sich vier Umsetzungsformen in Abhängigkeit davon, wo die Link-Working-Beratung stattfindet und wie sich das Netzwerkmanagement gestaltet bzw. wie viele Kooperationsangebote es im Umfeld der Einrichtung gibt (vgl. Tabelle 4). Die Umsetzung von Link Working in der Einrichtung selbst ist sowohl in Hinblick auf den Prozess als auch für die Patientinnen und Patienten einfacher, als wenn die Beratung extern erfolgt. Netzwerkmanagement ist in einer Region mit wenigen Angeboten schwieriger, weil es ggf. keine Auswahlmöglichkeiten gibt, wenn ein Angebot nicht passt; im Unterschied dazu kann im städtischen Bereich mit einer großen Angebotsfülle diese Vielfalt ggf. auch eine Herausforderung darstellen.



Tabelle 19: Umsetzungsformen von Social Prescribing

Region Link Working	städtisch / mit vielen Kooperations- angeboten	ländlich / mit wenigen Kooperati- onsangeboten
innerhalb der Einrich- tung	LW + / NW +	LW + / NW –
außerhalb der Einrich- tung	LW – / NW +	LW – / NW –

LW = Link Working, NW = Netzwerkmanagement, + = einfach, – = schwieriger

Quelle: GÖG

Im Rahmen der Fördercalls konnten weiters die Zielgruppen für Social Prescribing konkretisiert werden auf

- Personen mit unklaren Bedürfnissen (z. B. Hinweise auf Überforderung, Aufsuchen der Gesundheitseinrichtung ohne erkennbare medizinische Notwendigkeit),
- Personen mit Belastungen in Bezug auf soziale Kontakte / das soziale Netzwerk und
- Personen mit Einschränkungen der Lebensqualität, insbesondere aufgrund spezifischer Leiden (eigene oder von Angehörigen).

Menschen mit einem spezifischen Bedarf an sozialarbeiterischer Unterstützung werden damit klarer abgegrenzt.

Die geschätzte Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Bedarf an Link-Working-Beratungen je Einrichtung variiert stark; aufgrund der Rahmenbedingungen des Fördercalls (keine Kostenübernahme für die Link-Working-Beratungen) kann der konkrete Bedarf auch nicht exakt eingeschätzt werden. Auf Basis der Rückmeldungen der Umsetzer:innen kann grob von 1 VZÄ pro Einrichtung ausgegangen werden, wobei 70 bis 75 Prozent der Zeit für Link-Working-Beratungen (entspricht ca. 250 Pat. im Jahr) und 25 bis 30 Prozent der Zeit für Sensibilisierung und Netzwerkmanagement bzw. überregionale Aktivitäten veranschlagt werden. Daher gilt es im nächsten Fördercall auch Fördermöglichkeiten für Link-Working-Beratungen vorzusehen, um hier näher an den realen Bedarf heranzukommen.

Für die Initiierung des Social-Prescribing-Prozesses ist eine kontinuierliche Sensibilisierungsarbeit zentral. Insbesondere für Ärztinnen und Ärzte und das Assistenzteam gilt es hier Maßnahmen zu setzen. Für einen weiteren Fördercall gilt es das zu berücksichtigen, u. a. in Form eines eigenen Webinars.

Im Zuge der Link-Working-Beratung kristallisierten sich oftmals komplexe Bedarfslagen der Patientinnen und Patienten heraus. Teilweise fungierte die Link-Working-Beratung auch als Ersatz für fehlende Gesundheitsdienstleistungen wie Psychotherapie. Aufgrund der komplexen Bedarfslagen wurde häufig auch an den medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Bereich zurückvermittelt. Das Verständnis von Netzwerkmanagement wurde entsprechend dahingehend adaptiert, dass nun davon gesprochen wird, dass insbesondere, aber nicht ausschließlich an Angebote außerhalb des medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Angebotsspektrums weitervermittelt wird.

Der einrichtungsübergreifende Begleitprozess mit der Schulung für Fachkräfte mit LWF und überregionalen Vernetzungstreffen stellt eine wichtige Unterstützung für die Einrichtungen und die Qualitätssicherung dar. Zu beachten ist hier auch eine Schulung für Personen, die aufgrund von Personaländerungen im Projektverlauf neu dazukommen.

Die Learnings für die weitere Umsetzung von Social Prescribing und den nächsten Fördercall lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Konkretisierung der Zielgruppe auf Menschen mit einem unspezifischen nichtmedizinischen Unterstützungsbedarf und Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderung und eingeschränkter sozialer Teilhabe und/oder Lebensqualität
- Der Personalbedarf für die Umsetzung von Social Prescribing liegt bei etwa 1 VZÄ. Die Link-Working-Beratung bedarf eigener, zusätzlicher Ressourcen, ansonsten werden insbesondere Menschen mit komplexen Problemen bzw. Bedarfen nicht erreicht, wo akuter Beratungsbedarf und Leidensdruck bestehen. Menschen mit – auf den ersten Blick – weniger tiefgreifenden Problemen bzw. Bedarfen, aber gesundheitsbezogenen psychosozialen und emotionalen Bedürfnissen werden bisher kaum präventiv erreicht.
- Für die Initiierung des Social-Prescribing-Prozesses sind Ordinationsassistentinnen bzw. -assistenten und Ärztinnen und Ärzte zentral. Für diese Berufsgruppen gilt es spezifischere und kontinuierliche Sensibilisierungsmaßnahmen zu setzen.
- Das Netzwerkmanagement umfasst insbesondere, aber nicht ausschließlich Angebote außerhalb des medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Bereichs.

Alle diese Punkte wurden in die Konzeption des im Juni 2025 ausgelobten Fördercalls Social Prescribing in der Primär- und pädiatrischen Versorgung (2026–2028) aufgenommen.

## Literatur

- Fenz, Lydia; Antosik, Jennifer; Ecker, Sandra; Rojatz, D. (2023): Social Prescribing: Bedarf erkennen Plakat für Mitarbeiter:innen. Plakat für Mitarbeiter:innen. Gesundheit Österreich, Wien
- Kettl, Julian; More-Hollerweger, Eva; Miericke, Alina; Schöggel, Stefan (2024): Social Prescribing in Österreich: Eine Wirkungsanalyse der aktuellen Umsetzung: Evaluationsbericht, 18. Oktober 2024. Kompetenzzentrum für Nonprofit-Organisationen und Social Entrepreneurship, Wien
- Muhl, Caitlin; Mulligan, Kate; Bayoumi, Imaan; Ashcroft, Rachelle; Godfrey, Christina (2022): Establishing Internationally Accepted Conceptual and Operational Definitions of Social Prescribing Through Expert Consensus: A Delphi Study. In: *BMJ Open* 13/7:e070184. <https://doi.org/070110.071101/072022.070111.070114.22282098>
- 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 (2023a): Social Prescribing Entwurf eines Idealmodells für Österreich. Gesundheit Österreich, Wien
- Rojatz, Daniela; Ecker, Sandra; Fenz, Lydia (2023b): Follow-up Call Social Prescribing in der Primärversorgung: Umsetzung und Umsetzungserfahrungen. 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

## Prozessproduzierte Daten

GÖG (2025): Protokoll 8. Vernetzungstreffen Fördercall Social Prescribing in der Primär- und pädiatrischen Versorgung, 14.05.2025

GÖG (2025): Protokoll 7. Vernetzungstreffen Fördercall Social Prescribing in der Primär- und pädiatrischen Versorgung, 16.01.2025

GÖG (2024): Protokoll 6. Vernetzungstreffen Fördercall Social Prescribing in der Primär- und pädiatrischen Versorgung, 07.11.2024

GÖG (2024): Protokoll 5. Vernetzungstreffen Fördercall Social Prescribing in der Primär- und pädiatrischen Versorgung, 20.06.2024

GÖG (2024): Protokoll 4. Vernetzungstreffen Fördercall Social Prescribing in der Primär- und pädiatrischen Versorgung, 27.02.2024

GÖG (2023): Protokoll 3. Vernetzungstreffen Fördercall Social Prescribing in der Primär- und pädiatrischen Versorgung, 14.12.2023

GÖG (2023): Protokoll 2. Vernetzungstreffen Fördercall Social Prescribing in der Primär- und pädiatrischen Versorgung, 19.09.2023

GÖG (2023): Protokoll 1. Vernetzungstreffen Fördercall Social Prescribing in der Primär- und pädiatrischen Versorgung, 05.05.2023

GÖG (2023): Protokoll Kick-off Fördercall Social Prescribing in der Primär- und pädiatrischen Versorgung, 01.02.2023

Zwischen- und Endberichte der Fördernehmer:innen

## Anhang

Tabelle 20: Rollen der Berufsgruppen im Social-Prescribing-Prozess

	Ärztin/ Arzt	Pflege	Fachkraft mit LWF	Sozial- arbeit	Ordinations- assistenz	Weitere Gesundheits- berufe
Konzeption Social-Prescri- bing-Prozess	PL	MA	PL	MA	MA	MA/I
Sensibilisierung	MA	MA	PL	MA	MA	MA
Vermittlung von Patientin- nen und Pati- enten an Fach- kraft mit LWF	MA	MA		MA	MA	MA
Netzwerkma- nagement (Recherche und Kontaktpflege mit regionalen Angeboten)	I	I	MA (PL)	PL (MA)	I	I
Qualitätssiche- rung (Supervision, Teammeetings)	PL	I	MA	MA	MA	I

PL = Projektleitung, MA = Mitarbeit/Teilnahme; I = Information

Quelle: GÖG