



Masterarbeit

Primärversorgungseinheiten und Nachhaltigkeit – eine kritische Betrachtung.

Eingereicht von:

Mag. (FH) Susanna Finker

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Public Health (MPH)

an der

Medizinischen Universität Graz

Universitätslehrgang Public Health

Betreuung:

Priv.-Doz. Mag. Dr. Katharina Brugger

Graz, 08. April 2023

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, 08. April 2023

Unterschrift eh.

Gender

In dieser Modularbeit wird zur Gewährleistung der gendergerechten Schreibweise der Genderstern (z. B. Mitarbeiter*innen) verwendet, damit zusätzlich Raum geschaffen wird für Menschen, die sich nicht in ein eindeutiges Mann- /Frau- Schema einordnen wollen oder können.

Danksagung

Die Erstellung der Masterarbeit forderte nicht nur mich, sondern auch Menschen in meinem Umfeld. Daher möchte ich mich an dieser Stelle ganz herzlich bei all jenen bedanken, die zum Gelingen der Arbeit und Abschluss meines Studiums beigetragen haben.

Dazu zählen der Fonds Gesundes Österreich, der mein Studium finanziell unterstützt hat, sowie die Lehrgangsführung, Dr. Martin Sprenger, MPH, und Administration, Mag. Maria Sendlhofer, MPH, des Universitätslehrgangs Public Health, die uns Studierenden stets mit Rat und Tat zur Seite gestanden haben.

Meiner Betreuerin, Priv.-Doz. Mag. Dr. Katharina Brugger, danke ich für den angenehmen und konstruktiven Austausch sowie ihre wertvollen Anregungen, wie eine Masterarbeit an Tiefe, Qualität und Relevanz gewinnen kann.

Im Zuge des praktischen Forschungsteils haben die Teilnehmer*innen der Fokusgruppen wichtige Einblicke in ihre Erfahrungswelt zugelassen, die die Entwicklung des Modells einer klima- und umweltfreundlichen Primärversorgungseinheit entscheidend beeinflusst haben. Auch dafür ein herzliches Dankeschön!

Ebenso möchte ich mich bedanken bei meinem Arbeitgeber, dem Primärversorgungszentrum Medius, namentlich Dr. Ines Muchitsch, Priv. Doz. Dr. Stefan Korsatko, MBA, und Dr. Elisabeth Strobl-Gobiet, die mir durch die Genehmigung einer Bildungskarenz den nötigen gedanklichen Freiraum geschaffen haben, einer Masterarbeit nachgehen zu können. Auch meinen beiden Assistent*innen, Stela Michl-Lukacs und Poramet Hövel, bin ich dankbar – sie haben mir den Rücken in dieser Zeit einfach wunderbar freigehalten.

Und zu allerbesten Letzt bedanke ich mich bei meiner Familie, die in der Zeit des Studiums und der Fertigstellung der Masterarbeit für mich da war: ganz besonders meinem Mann Thomas, meinem Sohn Sebastian und meiner Mama Christine, die mir alles mitgegeben hat, was man für ein solches Unterfangen braucht.

Zusammenfassung

Nachhaltigkeit ist in den letzten 50 Jahren zu einem Modebegriff geworden. Dies führte dazu, dass er nicht nur häufig, sondern auch sehr unterschiedlich und mitunter ungenau verwendet wird. Nachhaltigkeit ist mehr als nur die Umsetzung klima- oder umweltfreundlicher Maßnahmen in einer Organisation. In Grundlegendokumenten zur Primärversorgung wird beispielsweise auf eine nachhaltige Versorgung von Patient*innen verwiesen. Der konkrete Zusammenhang von Nachhaltigkeit und Primärversorgung ist bislang wenig erforscht. Wie vielschichtig dieser Zusammenhang sein kann, wird in der vorliegenden Arbeit aus der Theorie abgeleitet, in einer systematischen Literaturrecherche überprüft und in zwei Fokusgruppen untersucht.

Mittels systematischer Literaturrecherche wurden 135 Artikel in den Datenbanken PubMed und Cochrane identifiziert und anschließend den vier Nachhaltigkeitsaspekten Ökologie, Ökonomie, Soziales und Gesundheit zugeordnet. Der Großteil der Artikel (60%) behandelte den gesundheitsbezogenen Aspekt. Nur ein einziger Artikel stellte in einem Nebenaspekt einen ökologischen Bezug her. Im qualitativen Forschungsansatz ergab die Inhaltsanalyse zweier Fokusgruppen mit Teilnehmer*innen aus der Primärversorgung zahlreiche Anknüpfungspunkte im Bereich der Nachhaltigkeit.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Nachhaltigkeitsbegriff abhängig von jeweiligem Kontext und Perspektive sehr unterschiedlich eingesetzt wird. Er wird beispielsweise im Bereich der Medizin anders interpretiert als in anderen Forschungs- bzw. Anwendungsbereichen.

Aus den Ergebnissen von Literaturrecherche und Fokusgruppen wurde ein Modellvorschlag zur „klima- und umweltfreundlichen (ökologisch nachhaltigen) Primärversorgungseinheit“ entwickelt. Sinnvolles Ressourcenmanagement in passenden Rahmenbedingungen könnten hier in der Praxis viel bewegen. Umfassend „nachhaltige Primärversorgungseinheiten“ – in einem ganzheitlicheren Begriffsverständnis – müssten noch um die Aspekte ökonomische bzw. soziale Nachhaltigkeit erweitert werden.

Abstract

Sustainability has become a fashionable term within the last 50 years. This led to the fact that not only is it used frequently, but also very differently and, sometimes, inaccurately. Furthermore, sustainability is more than just undertaking climate friendly steps within an organization. How complex the term sustainability can be, will be presented in this master thesis. In (primary) health care for example, its main focus often is the implementation of lasting effects of a treatment on the patients' health. The main corpus of this thesis is based on findings in a systematic literature review and two focus groups.

As a result of the literature review 135 articles were identified in the databases PubMed and Cochrane and then categorized into four aspects: ecology, economy, social affairs and health. 60% of the articles used a health-related term of sustainability. Only one article showed – in a secondary aspect – an ecological reference. The concept of sustainability depends on the respective field of research, for example, medicine uses a different concept of sustainability than other disciplines.

Within the qualitative research, the content analysis of two focus groups revealed numerous aspects of sustainability. Sensible resource management in combination with suitable conditions could achieve a lot here. These two among others have been modelled in a proposal that can lead to climate- and environmentally friendly primary health care units in Austria. Truly “sustainable primary health care units” would have to include economic and social aspects as well.

INHALTSVERZEICHNIS

1.	Abkürzungsverzeichnis	1
2.	Abbildungsverzeichnis	3
3.	Tabellenverzeichnis	4
4.	Einleitung	5
4.1.	Motivation	5
4.2.	Fragestellungen	5
4.3.	Begriffsdefinitionen	6
4.3.1.	Primärversorgung	6
4.3.2.	Nachhaltigkeit	7
4.3.3.	Triple Bottom Line	10
4.3.4.	Agenda 2030 – Sustainable Development Goals.....	12
4.4.	Forschungsstand	15
4.4.1.	Internationale Anknüpfungspunkte.....	15
4.4.2.	Forschung in Österreich.....	16
4.5.	Primärversorgung und Nachhaltigkeit in Österreich	16
4.5.1.	Geschichte der Primärversorgung(-seinheiten).....	16
4.5.2.	Nachhaltigkeit und Primärversorgung	18
4.5.3.	SDGs: Entwicklung und aktueller Stand.....	18
5.	Methoden.....	20
5.1.	Systematische Literaturrecherche	20
5.1.1.	Vorgangsweise	20
5.1.2.	Suchbegriffe.....	20
5.2.	Qualitativer Forschungsteil	21
5.2.1.	Begründung der Methodenauswahl	21
5.2.2.	Vorgangsweise	23
6.	Ergebnisse.....	29

6.1.	Systematische Literaturrecherche	29
6.1.1.	Überblick Suchergebnisse	29
6.1.2.	Kategorisierung in vier Aspekte von Nachhaltigkeit	32
6.1.3.	Erkenntnisse aus der Literaturrecherche	44
6.2.	Qualitativer Forschungsteil	45
6.2.1.	Erkenntnisse aus den Fokusgruppen.....	45
6.2.2.	Besondere Herausforderungen Online-Fokusgruppe	55
6.2.3.	Modellvorschlag „Klima- und umweltfreundliche PVE“	57
7.	Diskussion	69
7.1.	Offene Punkte in der Forschung.....	69
7.2.	Offene Punkte in der Praxis.....	70
8.	Literaturverzeichnis.....	72
9.	Anhänge	84
9.1.	Informationsmail für angemeldete Teilnehmer*innen (Gruppe 0)	84
9.2.	Einladung Online-Gruppe (nicht zustande gekommen).....	85
9.3.	Einladung Online-Gruppe (Doodle-Abstimmung) (Gruppe 1,2).....	86
9.4.	Zustimmungserklärung Fokusgruppen	87
9.5.	Powerpoint-Foliensatz zur Durchführung der Fokusgruppen	88
9.6.	Ergebnistabelle Kategoriensystem	94

1. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

BJA	Bundeskanzleramt
BMEIA	Bundesministerium Europäische und Internationale Angelegenheiten
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMK	Bundesministerium für Klimaschutz, Umwelt, Energie, Mobilität, Innovation und Technologie
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BMBWF	Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung
BMNT	Bundesministerium für Nachhaltigkeit und Tourismus
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
IfGP	Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH
KUP	Klima- und umweltfreundliche PVE
OEFOP	Österreichisches Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen
OG	Offene Gesellschaft
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
PHC	Primary Health Care
PPT	Power Point
PV	Primärversorgung
PVE	Primärversorgungseinheit(en)
PVM	Primärversorgungsmanagement
RRF	Recovery and Resilience Facility (dt. Aufbau- und Resilienzfazilität)
SDG	Sustainable Development Goal(s)
TBL	Triple Bottom Line

UN United Nations
UNCED United Nations conference on Environment and Development
WHO World Health Organization

2. ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1 – Drei-Säulen-Modell der Nachhaltigkeit, nach Spindler (2012), S. 13 (6), eigene Darstellung.....	11
Abbildung 2 – Nachhaltigkeitsdreieck nach von Hauff (2014), S. 165 (6), eigene Darstellung	12
Abbildung 3 – Zieldreieck der nachhaltigen Ökonomie, nach Rogall (2012), S. 47 (6), eigene Darstellung.....	12
Abbildung 4 – 17 Sustainable Development Goals (15)	13
Abbildung 5 – Grafische Darstellung der historischen Entwicklung von Nachhaltigkeit und SDGs, international und in Österreich, eigene Darstellung.....	14
Abbildung 6 – Modellvorschlag KUP	57
Abbildung 7 – Screenshot PDF-Einladung Online Gruppe	85
Abbildung 8 – Screenshot PDF-Einladung Online Gruppe (Doodle-Abstimmung) ...	86
Abbildung 9 – Screenshot Zustimmungserklärung Fokusgruppen	87
Abbildung 10 – Powerpoint-Foliensatz – Folie 1.....	88
Abbildung 11 – Powerpoint-Foliensatz – Folie 2.....	88
Abbildung 12 – Powerpoint-Foliensatz – Folie 3.....	89
Abbildung 13 – Powerpoint-Foliensatz – Folie 4.....	89
Abbildung 14 – Powerpoint-Foliensatz – Folie 5.....	90
Abbildung 15 – Powerpoint-Foliensatz – Folie 6.....	90
Abbildung 16 – Powerpoint-Foliensatz – Folie 7.....	91
Abbildung 17 – Powerpoint-Foliensatz – Folie 8 (optional).....	91
Abbildung 18 – Powerpoint-Foliensatz – Folie 9.....	92
Abbildung 19 – Powerpoint-Foliensatz – Folie 10 (optional).....	92
Abbildung 20 – Powerpoint-Foliensatz – Folie 11.....	93
Abbildung 21 – Powerpoint-Foliensatz – Folie 12.....	93

3. TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1 – Gruppenmerkmale der durchgeführten Fokusgruppen	24
Tabelle 2 – Recherche-Ergebnisse, Überblick.....	30
Tabelle 3 – Ausgeschlossene Publikationen	32
Tabelle 4 – Begriffe von Nachhaltigkeit in verschiedenen Konzepten, eigene Darstellung	32
Tabelle 5 – Kategorisierung in vier Aspekte von Nachhaltigkeit	43
Tabelle 6 – Zuordnung der Publikationen zu vier Aspekten der Nachhaltigkeit	44
Tabelle 7 – Wesentliche Kategorien der Inhaltsanalyse	46
Tabelle 8 – Beschreibung der Prozessschritte zu einer Klima- und Umweltfreundlichen PVE (KUP)	61
Tabelle 9 – Wesentliche Kategorien der Inhaltsanalyse (Modellvorschlag).....	62
Tabelle 10 – Ergebnistabelle Kategoriensystem (Inhaltsanalyse Fokusgruppen).....	96

4. EINLEITUNG

4.1. Motivation

Die World Health Organization (WHO) stellte 2017 in einem strategischen Grundsatzdokument fest, dass der Gesundheitssektor in Sachen Umwelt- und Klimaschutz wesentlichen Einfluss nehmen kann (1). Primärversorgungseinheiten (PVE) sind als Versorgungseinheiten wesentlicher Teil des Gesundheitssystems und erste Anlaufstelle für Patient*innen. In Österreich sind PVE auf nationaler bzw. regionaler Ebene ein wichtiger Partner zur Erreichung der Sustainable Development Goals (SDG) (für detaillierte Erläuterungen der Anknüpfungspunkte siehe Kapitel 4.3.4 bzw. 4.5.3).

Nachhaltigkeit wird im Konzept der Triple Bottom Line (TBL) nach Elkington (siehe Kapitel 4.3.3) in die drei Säulen Ökonomie, Ökologie und Soziales aufgegliedert. Das Konzept war jedoch immer in Richtung großer, global agierender Unternehmen ausgerichtet.

Die Motivation und Ausgangsüberlegungen zu dieser Masterarbeit waren: Wie können diese beiden Ansatzpunkte (SDGs, TBL) auf kleine Organisationseinheiten, wie PVE, mit meist 20-40 Mitarbeiter*innen, heruntergebrochen werden und wie könnte der Beitrag von PVE konkret im Bereich der ökologischen Säule aussehen?

Ausgehend vom Begriff der Nachhaltigkeit leistet die vorliegende Arbeit hier einen Beitrag zur Schärfung des Begriffs und kann somit PVE und ihre Teams in Österreich einerseits dabei unterstützen, sich gegenseitig besser zu verstehen (gleiches Begriffsverständnis) und andererseits umsetzbare (ökologisch) „nachhaltige“ Ziele zu diskutieren.

4.2. Fragestellungen

Ausgehend von dieser Motivation wurden zwei Fragestellungen konkretisiert, die den roten Faden der Masterarbeit ausmachen.

Um ein gemeinsames Begriffsverständnis herzustellen und zu prüfen, inwieweit Nachhaltigkeit in der Primärversorgung verstanden werden kann, wird eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt.

Forschungsfrage 1:

„Welche Bedeutungen/Dimensionen des Begriffs Nachhaltigkeit in der Primärversorgung kommen in der Literatur vor?“

Die Frage, welche Rolle PVE im Bereich Nachhaltigkeit übernehmen könnten, wurde ergänzend mit einem qualitativen Forschungsansatz bearbeitet.

Forschungsfrage 2:

„Sind vorhandene (theoretische) Konzepte zu (ökologischen) Nachhaltigkeitsmaßnahmen in Primärversorgungseinheiten (PVE) anschlussfähig an die Arbeitsrealität der (österreichischen) PVE(-Teams)?“

4.3. Begriffsdefinitionen

In diesem Kapitel werden verwendete Begriffe, die für diese Arbeit relevant sind, zusammengefasst und dargestellt. Insbesondere der Begriff der Nachhaltigkeit ist vielschichtig, die für die Fragestellung (siehe Kapitel 4.2) relevante Definition kristallisiert sich erst im Zuge der systematischen Literaturrecherche heraus (siehe Ergebnisteil, Kapitel 6.1.3).

4.3.1. Primärversorgung

Um den Begriff Primärversorgung zu erläutern, stellt die von der Plattform Primärversorgung veröffentlichte Definition eine gute Grundlage dar:

„Primärversorgung ist die erste Kontaktstelle bei allen gesundheitsbezogenen Fragen im öffentlichen Gesundheitssystem. Neben der Behandlung von akuten oder chronischen Erkrankungen leistet sie auch einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in der Bevölkerung. Zentral ist auch die Förderung der psychosozialen Gesundheit durch entsprechende Betreuungsangebote.

Ziel ist eine integrierte Gesundheitsversorgung - von der Geburt bis ins hohe Alter. Primärversorger:innen – neben niedergelassenen Allgemeinmediziner:innen handelt es sich oft um ein multiprofessionelles Team aus Gesundheits- und Sozialberufen –

kennen die Vorgeschichte und Lebensumstände ihrer Patient:innen. Gemeinsam koordinieren sie den weiteren Verlauf der Behandlung. Eine gut ausgebaute Primärversorgung mit attraktiven Angeboten trägt dazu bei, sowohl den Gesundheitszustand als auch die Gesundheitschancen der Bevölkerung zu verbessern.“ (2)

Der Rückbezug bzw. Verweis auf eines der wesentlichen Grundsatzdokumente (Deklaration von Alma Ata, Anm.) von Primärversorgung fehlt hier, auch wenn die Definition inhaltlich darauf zurückgreift. Diesen Rückbezug ergänzt eine andere Quelle:

„Die WHO hat 1978 im Rahmen der „Conference on Primary Health Care“ in Alma-Ata das Konzept der Primärversorgung aufgegriffen und es als Schlüssel zur Verwirklichung von Gesundheitszielen bezeichnet. Primärversorgung wird von der WHO umfassend nicht nur als Erstkontakt, sondern auch als zentrale Funktion eines Gesundheitssystems definiert und inkludiert Prävention und Information, vielfältige Gesundheitsberufe und eine Einbettung in die Familie und Gemeinschaft (WHO 1978).“ (3)

Primärversorgung nach der in dieser Arbeit verwendeten Definition wird durch multiprofessionelle Teams geleistet. Daher konzentriert sich die Masterarbeit insbesondere im qualitativen Forschungsteil auf Primärversorgungseinheiten, in denen solche Teams tätig sind.

4.3.2. Nachhaltigkeit

Der Begriff der Nachhaltigkeit geht zurück auf das 17. Jahrhundert und die Forstwirtschaft, damals noch als „Nachhaltend“. Er bezieht sich darauf, dass nicht mehr Bäume gefällt werden sollten als nachwachsen können: „daß (sic!) es eine kontinuierliche (sic!) beständige und nachhaltige Nutzung gebe“ (4). Seit dieser Zeit hat der Begriff eine enorme Wandlung erfahren und wird insbesondere in den letzten etwa 50 Jahren gehäuft verwendet (vgl. Kapitel 4.3.4).

Das führt dazu, dass der Begriff in sehr vielen Kontexten angewandt wird und eine gewisse Unklarheit bzw. Unschärfe entstanden ist. Diese wird in Grundlagenwerken zur Nachhaltigkeit auch immer wieder thematisiert, etwa von Zuberbühler (2017): „Eine derartige Beliebigkeit hat sich auch in den Nachhaltigkeitsdiskurs eingeschlichen und den Begriff ‚Nachhaltigkeit‘ damit zum inhaltsleeren Modewort verkommen lassen“ (5) oder auch Stolze/Petric (2019): „Unumgänglich führen die unüberlegten Gebräuche dieses Begriffs dazu, dass er nach und nach in die Belanglosigkeit abrutscht“ (6).

Etwas positiver formuliert Grober (2010) diesen Zustand der Unschärfe: „Eine verbindliche und alles umfassende Definition von Nachhaltigkeit gibt es nicht. Dafür ist der Begriff zu komplex und zu dynamisch.“ (4)

Der Begriff der Nachhaltigkeit (oder auch erweitert zur eher prozesshaft formulierten „nachhaltigen Entwicklung“) gewann über die Jahre also zunehmend an Bedeutung, viele Forschungsdisziplinen beschäftigen sich damit.

Die gängigste und am häufigsten zitierte (moderne) Definition von Nachhaltigkeit geht zurück auf den Brundlandt Report, benannt nach Gro Harlem Brundtland, der Vorsitzenden der World Commission on Environment and Development der Vereinten Nationen:

„Nachhaltig ist eine Entwicklung, die den Bedürfnissen der heutigen Generation entspricht, ohne die Möglichkeiten künftiger Generationen zu gefährden, ihre eigenen Bedürfnisse zu befriedigen und ihren Lebensstil zu wählen.“ (4) (7) (8)

Je nach theoretischem oder praktischen Hintergrund bzw. Wissenschaftsdisziplin kommen bestimmte Diskurse dazu oder fallen weg (etwa: starke oder schwache Nachhaltigkeit (9) oder die Unterscheidung von drei Strategien: Effizienzstrategie, Konsistenzstrategie, Suffizienzstrategie (6)). Relativ einig ist sich ein Großteil der Autor*innen darüber, dass es drei wesentliche Aspekte gibt, die das Konzept der Nachhaltigkeit ausmachen: Ökonomie, Ökologie und Soziales, entstanden bzw. abgeleitet von der Triple Bottom Line (TBL) (näheres siehe dazu Kapitel 4.3.3).

Ein systematischer Literaturreview von Alhaddi (2015) (7) zum Verhältnis von TBL und sustainability (dt. Nachhaltigkeit) zeigt einen inkonsistenten Gebrauch des Begriffs, insbesondere was diese drei Aspekte betrifft: entweder wird der Begriff nicht genau definiert oder aber nur ein oder zwei von drei Aspekten werden beforscht:

„the literature review showed a large number of sustainability studies where the topic was sustainability, yet the ultimate focus was on either the environment or society“ (7).

Die Empfehlung der Studie an (künftige) Forscher*innen lautet daher, besonders darauf zu achten, wie der Begriff verwendet wird.

Im Bereich der Medizin(-forschung) hingegen wird ein gänzlich anderer Begriff von Nachhaltigkeit verwendet (vgl. 10), abweichend von den drei genannten Säulen der TBL. Moore et al. (2017) zeigen in ihrer Übersichtsstudie, dass auch hier der Begriff unklar und nicht einheitlich verwendet wird oder Studien nicht definieren, wie Nachhaltigkeit verstanden wird: „one of the big challenges in researching sustainability is the lack of consistent definitions in the literature“ (10). Diese Studie geht nicht darauf ein, dass es in anderen Wissenschaftsbereichen ein anderes Verständnis von Nachhaltigkeit gibt, sondern kritisiert nur die Unschärfe des Begriffs in medizinischer Forschung:

„two of the foundational challenges of sustainability are the lack of a standard definition for the term and the variety of synonyms that are used in the literature“ (10)

Die genannten Aspekte der Nachhaltigkeit – im medizinischen Bereich – sind: Zeit (engl. time), anhaltende Versorgung (engl. continued delivery), Verhaltensänderung (engl. behaviour change), Entwicklung oder Adaptierung (engl. evolution/adaption) und andauernder Nutzen (engl. continued benefits).

4.3.3. Triple Bottom Line

John Elkington entwickelte 1994 den Begriff der „triple bottom line“ (TBL). Von diesem Zeitpunkt an begann er, gemeinsam mit Kollegen, den Begriff zu verwenden und verschriftlichte ihn 1997 in der Publikation: „Cannibals with forks. The Triple bottom line of 21st Century Business“ (11). TBL wird seither häufig in Zusammenhang (oder auch austauschbar) mit Nachhaltigkeit verwendet: „The consensus in the research is that TBL is a sustainability-related construct“ (7).

Die TBL besteht aus drei Aspekten der Nachhaltigkeit, Elkington verwendet dafür die Begriffe planet (dt. Planet/Erde), people (dt. Volk/Menschen/Gesellschaft), profit (dt. Profit), diese werden häufig als 3P referenziert (vgl. 7, vgl. 12). Die 3P wurden in weiterer Folge im deutschen Sprachgebrauch zu den Begriffen Ökonomie/ökonomisch, Sozialem/sozial und Ökologie/ökologisch. Eine Ausweitung und leichte Adaptierung dieser ursprünglich drei auf fünf Aspekte ereignete sich im Prozess rund um die Entwicklung der Sustainable Development Goals (SDGs) (siehe Kapitel 4.3.4).

Elkingtons Ziel mit der Formulierung der TBL war es eigentlich, die Geschäftswelt stärker in die Erreichung von ökologischen Nachhaltigkeitszielen einzubeziehen:

„We felt that the social and economic dimensions of the agenda [...] would have to be addressed in a more integrated way if real environmental progress was to be made. [...] we felt that the language would have to resonate with business brains“ (12).

Unternehmen sollten nicht nur ihre ökonomischen Ziele verfolgen, sondern auch darauf achten, welchen ökologischen und/oder sozialen Schaden bzw. Nutzen sie verursachen (12).

Alhaddi (7) erklärt in ihrem Review die drei Aspekte im Detail wie folgt: In der Ökonomie betrachtet man Einfluss und Auswirkungen der geschäftlichen Aktivitäten einer Organisation auf das Wirtschaftssystem bzw. ob diese Organisation fähig ist, sich so zu entwickeln, dass auch künftige Generationen profitieren.

Im Bereich Soziales stehen die Geschäftspraktiken in Hinblick auf Arbeitsprozesse, Humanressourcen aber auch die Gesellschaft im Fokus. Dazu gehören etwa faire Gehälter, aber auch das Zurverfügungstellen von Gesundheitsversorgung. Es findet sich hier also ein Hinweis darauf, dass Gesundheit unter Soziales subsumiert werden kann. Im Bereich der Ökologie finden sich jene Punkte, die man im aktuellen Alltagssprachgebrauch am ehesten mit Nachhaltigkeit verbindet: etwa die Reduktion von Treibhausgasen oder Steigerung der Energieeffizienz.

Zum Verhältnis der drei Aspekte finden sich in der Literatur unterschiedliche Konzepte bzw. grafische Darstellungen, die einander stets ähneln. In den folgenden Abbildungen (Abbildung 1-3) sind drei Möglichkeiten zu sehen. Welche dieser Darstellungen am ehesten der Realität entspricht oder ob eine gänzlich andere nötig wäre, ist (noch) offen. Es kommen jedoch in jeder der Darstellungen die drei von Elkington (11) geprägten Aspekte vor:

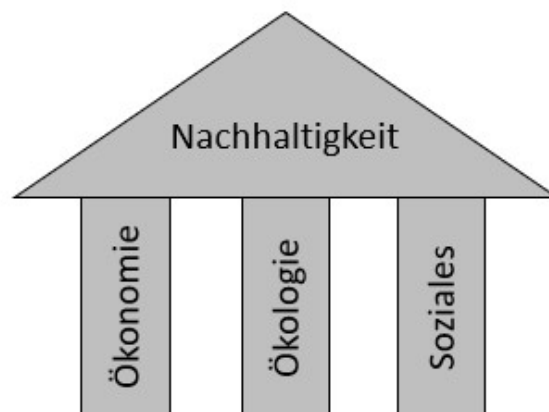


Abbildung 1 – Drei-Säulen-Modell der Nachhaltigkeit, nach Spindler (2012), S. 13 (6), eigene Darstellung

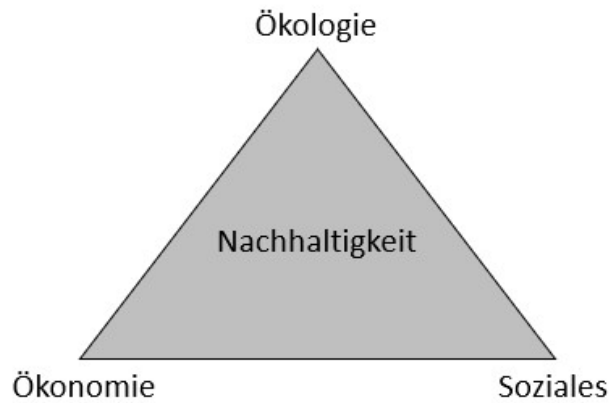


Abbildung 2 – Nachhaltigkeitsdreieck nach von Hauff (2014), S. 165 (6), eigene Darstellung

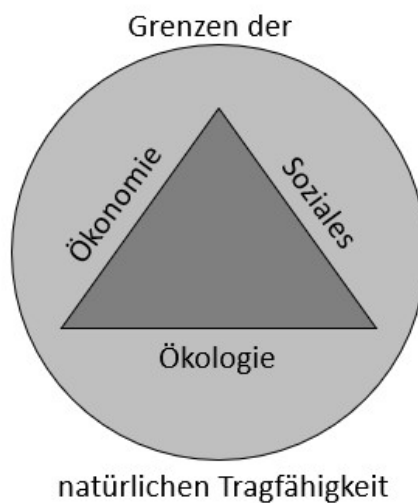


Abbildung 3 – Zieldreieck der nachhaltigen Ökonomie, nach Rogall (2012), S. 47 (6), eigene Darstellung

4.3.4. Agenda 2030 – Sustainable Development Goals

Die Agenda 2030 mit den 17 Sustainable Development Goals (SDGs, siehe Abbildung 4), gilt als Weltzukunftsvertrag. Der Grundstein wurde 1992 auf der Konferenz der Vereinten Nationen zu Umwelt und Entwicklung (United Nations conference on Environment and Development, UNCED) in Rio de Janeiro gelegt. Am 25.09.2015 wurden die Agenda 2030 und damit die 17 SDGs von der Generalversammlung der Vereinten Nationen und aller 193 Mitgliedsstaaten verabschiedet.

Die United Nations führen 2015 in der zugehörigen Präambel fünf wesentliche Elemente an: Gesellschaft (engl. people), Erde (engl. planet), Wohlstand (engl. prosperity), Frieden (engl. peace) und Partnerschaft (engl. partnership). In der Einleitung zu diesen Elementen wird erläutert, dass sie untrennbar verbunden sind und die drei Dimensionen Ökonomie, Umwelt und Soziales ausbalancieren sollen (vgl. 13). Man könnte dies als Erweiterung der TBL um die Aspekte Frieden und Partnerschaft auffassen. Zugleich erfolgte eine Weiterentwicklung des Begriffs Profit in Richtung des weiter gefassten Begriffs Wohlstand.

Basierend auf diesen fünf zugrundeliegenden Elementen bzw. Werten (13) soll mit der Agenda 2030 „nichts Geringeres als die Transformation unserer Welt“ (14) erreicht werden.



Abbildung 4 – 17 Sustainable Development Goals (15)

Auch Österreich hat sich verpflichtet, diese globale Nachhaltigkeitsagenda der Vereinten Nationen umzusetzen (siehe Kapitel 4.5.1). In Abbildung 5 sind die wichtigsten Meilensteine in der Geschichte der (v.a. ökologischen) Nachhaltigkeit bzw. der SDGs, international und – parallel bzw. zeitversetzt – in Österreich dargestellt.

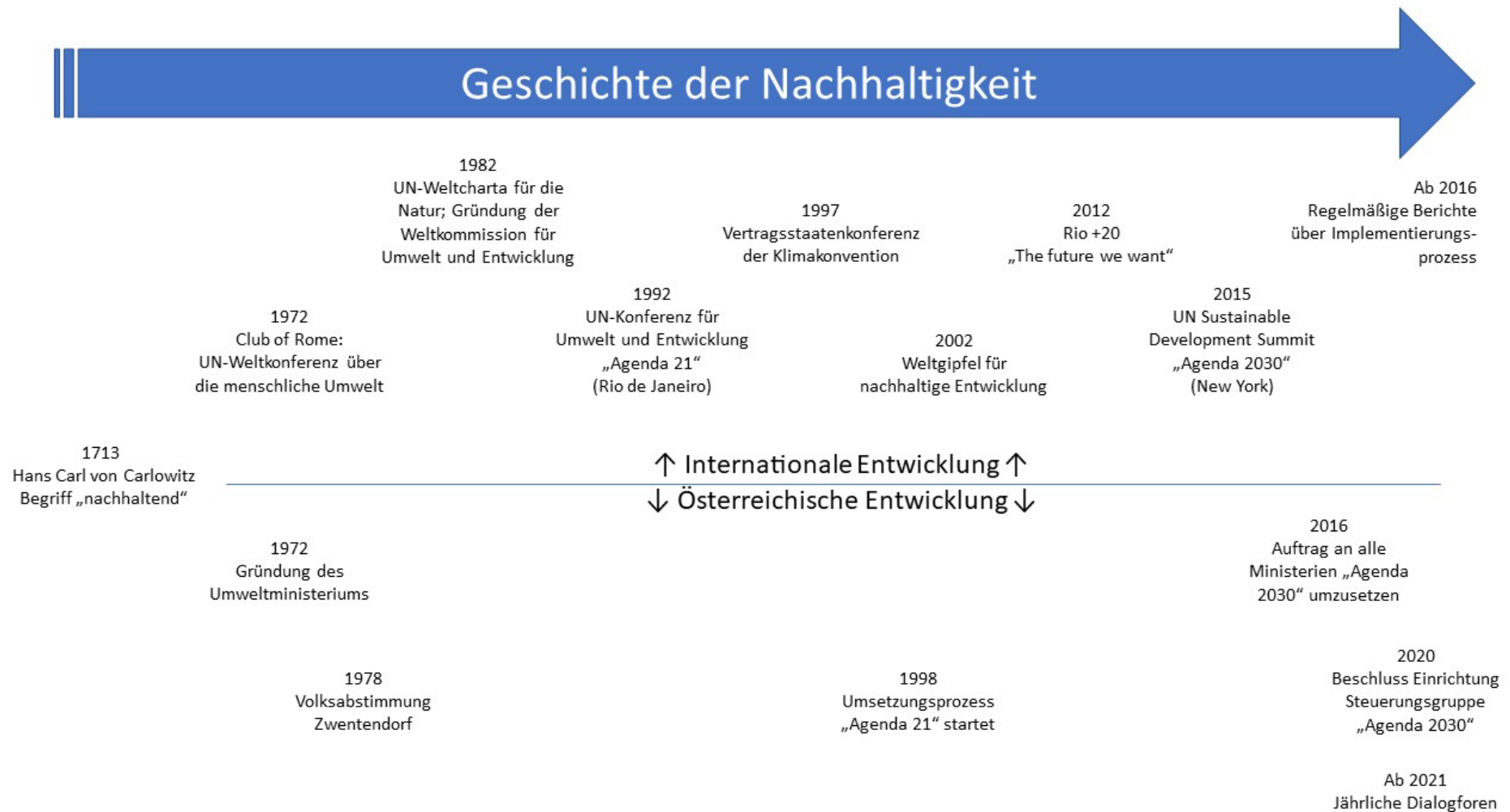


Abbildung 5 – Grafische Darstellung der historischen Entwicklung von Nachhaltigkeit und SDGs, international und in Österreich, eigene Darstellung

4.4. Forschungsstand

4.4.1. Internationale Anknüpfungspunkte

Im Jahr 2018 erschien ein Artikel im Lancet, der spezifisch auf die Beziehung zwischen Primärversorgung und den Sustainable Development Goals eingeht (16). Es wird der Frage nachgegangen, welchen Zusammenhang es zwischen den beiden Konzepten gibt und wie sie einander unterstützen könnten. Die (ausschließlich männlichen) Autoren kommen zu einigen interessanten Ergebnissen:

Primärversorgung (engl. Primary health care, kurz: PHC) wird in den SDGs nicht erwähnt. Dies wird sehr kritisch gesehen und auch dargelegt, weshalb PHC sogar wesentlich zum Erreichen der SDG beitragen könnte. Ursächlich im Bereich der Gesundheitsversorgung angesiedelt, trägt PHC zu einem besseren Gesundheitszustand der Bevölkerung und damit zu Ziel 3 „Gesundheit“ bei.

Wenn man den breiten Ansatz von PHC nach Alma Ata (vgl. Kapitel 4.3.1) heranzieht, ist PHC jedoch auch in vielen anderen Bereichen, den sog. Gesundheitsdeterminanten, relevant: sie trägt zur Bekämpfung von Armut und Ungleichheit (Ziel 1 bzw. 10) sowie besserer Bildung (Ziel 4) bei und unterstützt Netzwerke (Ziel 17):

„The PHC and SDG agendas are linked because they both address the broader determinants of health [...] A wider PHC approach additionally serves [...] beyond a focus on the provision of curative health services”
(16)

Darüber hinaus kann PHC selbst im Bereich Energieverbrauch oder ökologischerer Materialien (Ziel 12) tätig werden.

4.4.2. Forschung in Österreich

Der Bereich der stationären Versorgung und sein Zusammenspiel mit dem Thema der Nachhaltigkeit wurde im Konzept „Nachhaltiges Krankenhaus“ erforscht (17). Zentrales Projektergebnis war, dass „Nachhaltigkeit [...] gut anschlussfähig an bereits eingeführte Konzepte des Gesundheitswesens“ ist. Auch diese Arbeit bezieht sich auf alle drei Ebenen der TBL:

„Wir verstehen unter Nachhaltigkeit im Krankenhaus eine integrierte Behandlung von sozialen, ökonomischen und ökologischen Aspekten, die auf ein langfristiges Aufrechterhalten der Beziehungen des Krankenhauses mit seinen relevanten sozialen und natürlichen Umwelten ausgerichtet ist“ (ebd.)

Die stationäre Versorgung in einem Krankenhaus ist aber nur ein Teilbereich des Gesundheitswesens.

Im (unveröffentlichten) Projektbericht „Planetary Health: Klima & Gesundheit: gesammelte Infosheets zu möglichen Ansatzpunkten in PVE's“ (18) werden erste Handlungsfelder aufgezeigt, in denen auch der niedergelassene Bereich in Österreich (spezifischer: PVE) aktiv werden könnte. Erste Maßnahmenvorschläge im Bereich der „ökologischen Nachhaltigkeit“ sind also vorhanden. Nun gilt es zu prüfen, ob diese Vorschläge auch anschlussfähig an die Arbeitsrealität der österreichischen PVE(-Teams) sind, sodass die theoretischen Überlegungen (ggf. modifiziert) auch tatsächlich in der Praxis ankommen. Die ersten Schritte dazu werden im qualitativen Forschungsteil der Masterarbeit gesetzt.

4.5. Primärversorgung und Nachhaltigkeit in Österreich

4.5.1. Geschichte der Primärversorgung(-seinheiten)

Mit der Gesundheitsreform 2013 wurde der Grundstein für die Entwicklung von PVE in Österreich gelegt. Ausschlaggebend war eine Studie aus dem Jahr 2012 (19), in der Österreich mit anderen europäischen Ländern verglichen und mit einem sogenannten „schwachen“ Primärversorgungssystem bewertet wurde. Inhaltlich bildete das Konzept „Das Team rund um den Hausarzt“ (20) den Ausgangspunkt zu weiteren Entwicklungsschritten. Als Zielvorgabe hat man die Gründung von 75 PVE

in Österreich bis 2021 festgelegt. Diese Zielvorgabe wurde deutlich verfehlt. Bislang (Stand Dezember 2022) gibt es erst 37 PVE in Österreich (21).

Seit Herbst 2022 ist die Plattform Primärversorgung als zentrale Vernetzungsplattform für die Entwicklung der PV(E) in Österreich eingerichtet. Sie unterstützt nach eigener Definition den „kontinuierlichen, strukturierten und österreichweiten Erfahrungsaustausch“ und dient so der „Attraktivierung der Primärversorgung“ in Österreich. (22)

Die Plattform Primärversorgung ist Teil des Gesamtprojekts „Attraktivierung und Förderung der Primärversorgung“, das im Rahmen der EU-Aufbau- und Resilienzfazilität (Recovery and Resilience Facility, RRF) finanziert wird. Mit dem Instrument RRF möchte die Europäische Kommission die EU-Mitgliedstaaten dabei unterstützen, die Auswirkungen der Covid-19 Pandemie abzufedern sowie Europa **nachhaltig** zu stärken und resilienter zu gestalten.

Die Plattform Primärversorgung ist dazu da (u.a. mit Fördermitteln):

„die wohnortnahe Gesundheitsversorgung gezielt und nachhaltig zu stärken und innovative Versorgungsmodelle zu unterstützen“ (23)

Die vorhandenen Fördermittel werden nach Förderrichtlinien vergeben, die einen etwas weiter gefassten Nachhaltigkeitsbegriff, als es in früheren Veröffentlichungen des Bundes zu sehen war (vgl. Kapitel 4.5.2), formulieren:

„Sicherstellung der ökologischen und sozialen Nachhaltigkeit in PVE [...] insbesondere in den Bereichen Klima (z. B. Verbesserung der Energieeffizienz, E-Mobilität) sowie soziale Inklusion, um bestmöglich auf die Bedürfnisse von Patienten und Patientinnen eingehen zu können und personenzentrierte Leistungen zu schaffen (z. B. Sicherstellen der sprachlichen und räumlichen Barrierefreiheit)“ (24)

Der ökonomische Aspekt von Nachhaltigkeit wird nicht explizit genannt.

4.5.2. Nachhaltigkeit und Primärversorgung

In österreichischen Grundlegendokumenten zur Neuausrichtung der Primärversorgung – durch die Schaffung von Primärversorgungseinheiten (PVE) – kommt das Wort „nachhaltig“ vor. Er wird dabei jedoch unterschiedlich verwendet:

„Von 2013 bis 2016 wurden im Rahmen eines ersten Bundes-Zielsteuerungsvertrags konkrete Zielsetzungen und Maßnahmen zur nachhaltigen Sicherstellung und Weiterentwicklung einer niederschweligen, umfassenden und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung vereinbart.“(25)

„kontinuierliche Versorgung durch ein Team, das als fester Ansprechpartner dauerhaft, langfristig und nachhaltig“ (20)

„Durch die Stärkung der Primärversorgung soll eine leistungsfähige, nachhaltige und effiziente Gesundheits- und Krankenversorgung in Österreich gewährleistet werden.“ (25)

„Um die Gesundheitsversorgung zukünftig sicherzustellen und das gesamte Gesundheitssystem nachhaltig auszurichten, wird im Rahmen der Gesundheitsreform u.a. an der Stärkung der Primärversorgung gearbeitet.“ (26)

4.5.3. SDGs: Entwicklung und aktueller Stand

Wie in Kapitel 4.3.4 erläutert, hat sich auch Österreich zur Umsetzung der SDGs bekannt (vgl. 27). Das Bundeskanzleramt (BKA) (vgl. 28), das Bundesministerium für Europäische und Internationale Angelegenheiten (BMEIA) (vgl. 29), das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (BWF) (vgl. 30), das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (vgl. 31) und das Bundesministerium für Klimaschutz, Umwelt, Energie, Mobilität, Innovation und Technologie (BMK) (vgl. 32) sind an dem Prozess beteiligt. Auf der Homepage des Bundeskanzleramts finden sich Informationen zu Zielen, Veranstaltungen und Umsetzung der Agenda 2030, sowie auch eine Liste der

aktuellen Ansprechpartner*innen (33) in den verschiedenen Ministerien. Das BKA ist mit der „Allgemeinen Koordinierung“ betraut.

Hier dürfte es in den vergangenen Jahren (evtl. aufgrund von Regierungsumbildungen) zu Veränderungen im Projektaufbau bzw. in den Verantwortlichkeiten gekommen sein: 2019 wurde dem damaligen Bundesministerium für Nachhaltigkeit und Tourismus (BMNT) für die „kohärente Umsetzung der Agenda 2030 auf Bundesebene eine Vorreiterrolle“ (34) zugesprochen. Zu diesem Zeitpunkt wurde auch der SDG Aktionsplan 2019+ erstellt: „wegweisend und, auch für andere Dienststellen, Orientierung liefernd“ (34).

Im Oktober 2022 (35) fand ein Dialogforum zum Thema statt um „Aktuelle Chancen und Perspektiven zur Umsetzung der Agenda 2030“ zu diskutieren. Hierzu waren zahlreiche Vertreter*innen unterschiedlicher Ministerien geladen, was die Querschnittsthematik der SDGs gut verdeutlicht. Kritisch hinterfragen könnte man, warum Österreich fast 10 Jahre nach Verabschiedung der SDGs noch im Stadium „Dialogforum“ verharrt und – laut Einladung – „wesentliche Fragestellungen“ erst erarbeiten muss.

Im Bundeszielsteuerungsvertrag (36), der ein grundlegendes Vertragswerk für die Gesundheitsreformen und somit auch ein Grundlegendokument für die PV darstellt, kommt die Nachhaltigkeit in Zusammenhang mit den SDGs vor:

„Handlungsleitend für die Zielsteuerung-Gesundheit sind die von der Bundesgesundheitskommission beschlossenen Gesundheitsziele Österreich. Diese orientieren sich, unter Berücksichtigung des Beitrags aller relevanten Politikfelder (Health in All Policies) sowie von Empowerment und Partizipation, an den maßgeblichen Einflussfaktoren für Gesundheit (Determinanten) und weisen zahlreiche Bezüge zur Agenda 2030 für eine nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals (SDGs)) auf.“ (36)

5. METHODEN

5.1. Systematische Literaturrecherche

5.1.1. Vorgangsweise

Die systematische Literaturrecherche wurde mit PubMed sowie Cochrane Library, zwei der gängigsten Datenbanken für medizinische Publikationen, durchgeführt. PubMed ist eine frei zugängliche Datenbank (37), insbesondere im Bereich biomedizinischer und life science Forschung. Die Datenbank der Cochrane Collaboration beinhaltet insbesondere systematische Überblicksarbeiten (38).

Die Recherche wurde bei beiden Suchmaschinen im Advanced-Modus durchgeführt. Der Suchzeitraum in PubMed umfasste die Zeitspanne von 13.09.2022 bis 15.10.2022, in Cochrane von 30.09.2022 bis 06.12.2022.

Dabei wurden Studien aus den Jahren 1995 bis 2022 gefunden und in die Analyse einbezogen.

5.1.2. Suchbegriffe

Es wurde nach dem Begriffspaar Nachhaltigkeit und Primärversorgung gesucht, auch wenn – wie in der Einleitung (vgl. Kapitel 4.3.2) beschrieben – der Begriff Nachhaltigkeit nicht eindeutig definiert ist. Da die beiden verwendeten Suchmaschinen PubMed und Cochrane vorwiegend englischsprachige Beiträge beinhalten, wurde nach den englischen Begriffen Sustainability und Primary Health Care gesucht.

Primary Health Care ist die englische Übersetzung von Primärversorgung gemäß der Gesundheitsziele Österreich (39). Zum Begriff der Nachhaltigkeit gibt es mehrere mögliche Übersetzungen, es wurde zu Beginn der Recherchen nur „sustainability“ festgelegt, dieser Begriff jedoch im Fortlauf der Arbeit um das Adjektiv „sustainable“ ergänzt (vgl. Kapitel 6.1.1).

5.2. Qualitativer Forschungsteil

5.2.1. Begründung der Methodenauswahl

Für den qualitativen Forschungsteil wurden Fokusgruppen als Methode eingesetzt, da sie „nützlich sind, um sich im Feld zu orientieren“ (40) bzw. „zeigen, wie ein Gegenstand in einer Gruppe [...] diskutiert, hergestellt und verändert wird“ (ebd.).

Methodische Grundlagenwerke verwenden die Begriffe Fokusgruppe und Gruppendiskussion teils austauschbar, gehen auf Unterschiede nicht explizit ein oder beziehen sich auf die gleichen Ursprünge der Methode (vgl. 41). Hierbei spielt wohl auch der deutsche bzw. englische Sprachgebrauch eine Rolle:

„Während der Begriff ‚Gruppendiskussion‘ seit längerem, insbesondere im deutschsprachigen Raum, verwendet wird, hat die Methode in letzter Zeit eine Renaissance als ‚Focus-Group‘ im englischen Sprachraum erfahren“ (40).

Die vorliegende Masterarbeit leistet keinen gesonderten Beitrag zu dieser Methodendiskussion, die Begriffe Fokusgruppe und Gruppendiskussion werden austauschbar verwendet.

Bei Lamnek (2015) findet man zu Anzahl und Zusammensetzung der durchzuführenden Gruppen eine methodische Begründung (41). Die ideale Anzahl ergibt sich aus einem Abwägen von Kosten (Zeit) und Nutzen (Beantwortung der Forschungsfrage). Zwei Gruppen stellen das Minimum dar: „Deshalb sollte man a priori – so die Ressourcen das ermöglichen – von mindestens zwei Diskussionsrunden ausgehen“ (vgl. ebd.). Die Gruppen sollen dabei möglichst heterogen zusammengestellt werden, um eine große Vielfalt an Informationen zu erhalten:

„Heterogene Gruppen diskutieren lebhafter, kontroverser und tauschen mehr Argumente aus. Sie sind deshalb methodisch und theoretisch fruchtbarer“ (41)

Natürlich müssen die Gruppen alle insofern homogen sein, als dass die Teilnehmer*innen Bezug zum Forschungsinteresse haben und etwas zur Erkenntnis beitragen können (vgl. 41).

Da die Leitung bzw. Steuerung einer Diskussion drei Formen (formale Leitung, thematische Steuerung, Steuerung der Dynamik) unterscheidet, die in nur einer Person umgesetzt werden müssen, sind kleinere Gruppengrößen sinnvoll (vgl. 40).

Wie Lamnek (2015) methodisch beschreibt, kann eine Gruppendiskussion aufgrund der (ggf. auch fehlenden) Interaktion der Teilnehmer*innen nicht voraus gesagt werden und ein sog. Grundreiz kann hier unterstützen: „Schließlich wird die Diskussion selbst durch einen Grundreiz in Gang gebracht“ (41). Detailliertere Informationen zum Einsatz des Grundreizes finden sich in Kapitel 5.2.2.3.

Zur notwendigen Analysephase der Gruppendiskussion stellt Lamnek 2005 (41) fest:

„Die Auswertungsphase ist bei der Gruppendiskussion dasjenige Stadium des Forschungsprozesses, das die meisten Schwierigkeiten aufwirft, denn es gibt kein allgemein bevorzugtes oder gar normativ-methodologisch vorgegebenes Auswertungsverfahren“.

In der vorliegenden Masterarbeit wird daher die, für die Forschungsfrage beste, Auswertungsmethode „deskriptiv / reduktiv“ angewandt. Es geht um eine abstract-artige Darstellung wesentlicher Inhalte (vgl. 41).

Dabei wurde auf die Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse zurückgegriffen. Sie ist „eine der klassischen Vorgehensweisen zur Analyse von Textmaterial“ (40). Mayring (ebd.) beschreibt verschiedene Phasen in seinem Ablaufmodell, gemäß denen die vorliegenden Daten analysiert wurden (siehe Kapitel 6.2.1).

5.2.2. Vorgangsweise

5.2.2.1. *Zusammensetzung und Anzahl der Fokusgruppen*

Zur Beantwortung der Forschungsfrage: „Sind vorhandene (theoretische) Konzepte zu (ökologischen) Nachhaltigkeitsmaßnahmen in Primärversorgungseinheiten (PVE) anschlussfähig an die Arbeitsrealität der (österreichischen) PVE(-Teams)?“ wurden zwei Fokusgruppen durchgeführt. Die Diskussionen und deren Analyse ermöglichen, mehr aus der österreichischen PVE-Community zu erfahren, ob sie für die Umsetzung theoretischer Konzepte im Bereich Nachhaltigkeit bereit sind oder wo Ressourcen und Hindernisse liegen (könnten).

Um einen möglichst umfassenden Einblick zu erhalten und heterogene Sichtweisen einzubeziehen, wurden die Fokusgruppen aus Vertreter*innen verschiedener Berufsgruppen, unterschiedlichen Geschlechts und aus unterschiedlichen Bundesländern zusammengestellt. Es handelte sich bei den Teilnehmer*innen um Ärzt*innen/Eigentümer*innen sowie Mitarbeiter*innen bestehender Primärversorgungseinheiten. Patient*innen bzw. Stakeholder von PVE wurden explizit nicht eingeladen, da ihre Rolle in der Forschungsfrage keine Beachtung findet: Die Fokusgruppen sollen Aufschluss darüber geben, ob bestehende Maßnahmen im Bereich der (ökologischen) Nachhaltigkeit in der PVE bereits umgesetzt werden, umsetzbar erscheinen und welche begünstigenden oder hinderlichen Faktoren gesehen werden.

Es wurden insgesamt drei Fokusgruppen durchgeführt: eine Gruppe (Gruppe 0) im Rahmen des jährlich stattfindenden Primärversorgungskongresses und zwei Gruppen online via MS Teams (Gruppe 1 und 2).

Eine Übersicht über die Merkmale der Gruppen-Zusammensetzungen findet sich in Tabelle 1.

Nr.	Art der Durchführung	Ort / Zeitpunkt	Anzahl Teilnehmer*innen	Berufsgruppen / Rolle in der PVE	Bundesländer	Geschlecht
Gruppe 0 ¹	Präsenz / vor Ort	Primärversorgungskongress, Graz 29.09.2022	5	2x Allgemeinmedizin, 2x Pflege (davon 1 nicht aus einer PVE kommend), 1x Mitarbeiterin Sozialversicherung	Steiermark (n=3) Oberösterreich (n=1) Kärnten (n=1)	Männlich: 3 Weiblich: 2
Gruppe 1	Online	Via MS Teams 14.11.2022	9	1x Ergotherapie, 2x Physiotherapie, 1x Psychotherapie, 1x Sozialarbeit, 2x Management, 1x Diätologie, 1x Pflege	Oberösterreich (n=4) Steiermark (n=5)	Männlich: 1 Weiblich: 8
Gruppe 2	Online	Via MS Teams 17.11.2022	6	3x Management, 2x Allgemeinmedizin, 1x Mitarbeiterin in der Gesundheitsförderung	Oberösterreich (n=1) Wien (n=1) Burgenland (n=1) Steiermark (n=3)	Männlich: 2 Weiblich: 4

Tabelle 1 – Gruppenmerkmale der durchgeführten Fokusgruppen

¹ Gruppe 0 wurde nicht in Analyse einbezogen.

5.2.2.2. *Änderungen im Forschungsverlauf*

Zu Beginn des Forschungsvorhabens wurden eine Präsenzgruppe (Gruppe 0, siehe Tabelle 1) sowie eine Online-Gruppe geplant. Die Präsenzgruppe wurde im Rahmen des jährlich stattfindenden Primärversorgungskongresses geplant und durchgeführt. Die Teilnehmer*innen des Kongresses kommen alljährlich aus ganz Österreich nach Graz zu einem themenspezifischen PV-Kongress, sodass eine Fokusgruppe sinnvoll durchführbar erschien. Eine weitere Fokusgruppe war digital geplant, um Teilnehmer*innen, die zum Kongress nicht anreisen konnten, zu erreichen. Die Präsenz-Fokusgruppe (Gruppe 0) wurde geplant, da die methodische Abwägung der Vor- und Nachteile („Präsenz vs. Online“ Diskussion) eine Präsenz-Gruppe bevorzugt hätte. Dazu wurde per Mail eine Anfrage auf Durchführung eines Workshops an die Kongressorganisation gestellt und einige Zeit später von dieser zugesagt. Einige Zeit später wurde die Anmeldeöglichkeit zum Workshop gesperrt, da mit 13 Anmeldungen die Teilnehmer*innenzahl für eine Fokusgruppe fast schon zu hoch war: man geht von ca. 6-12 Teilnehmer*innen als idealer Größe aus (vgl. (41, 42). Ca. eineinhalb Monate vor Abhaltung der Fokusgruppe wurden die angemeldeten Teilnehmer*innen von der Kongressorganisation (erneut) informiert, welchen Inhalt bzw. welches Ziel die Fokusgruppe hat, ebenso wurden sie über die nötige Aufzeichnung der Diskussion in Kenntnis gesetzt (siehe Anhang, Kapitel 9.1). Keine*r der Teilnehmer*innen hat sich daraufhin zurückgemeldet.

Im gesamten Prozess wurde zu wenig darauf geachtet, welche Fehler passieren können: So wurden einerseits die Anmeldungen zu einem „Workshop“ im Rahmen des Kongresses von den Teilnehmer*innen als wenig verbindlich angesehen (im Vorfeld gab es 13 Anmeldungen, aber letztlich nahmen nur 5 Personen teil), andererseits hatten die anwesenden Teilnehmer*innen zum Teil keinen Begriff davon, was Ziel und Zweck einer Fokusgruppe sein könnte. Es bleibt unklar, wie es zu dem Missverständnis bzgl. Ziel und Verbindlichkeit der Anmeldung kam. Diese offene Frage wurde nicht weiterverfolgt.

Die Auswertung von Gruppe 0 wurde während der Transkription abgebrochen, da nur drei von fünf Teilnehmer*innen aus der gesuchten Zielgruppe waren.

Der Diskussionsverlauf ergab zudem nur sehr wenige Erkenntnisse in Richtung der Forschungsfrage, da in der Diskussion die Fragen „Für welche Aufgaben sind PVE zuständig?“ bzw. „Wie funktionieren PVE?“ im Vordergrund standen.

In weiterer Folge wäre nur noch eine Online-Fokusgruppe geplant gewesen. Einladungen zu dieser Online-Fokusgruppe wurden per Mail via OEFOP–Google Gruppe² verschickt. Vorab wurden – aufgrund der Erfahrungen mit Gruppe 0 – Überlegungen angestellt, inwiefern Zweck (und Online-Form) der Fokusgruppen gut erläutert werden können, um verbindliche Anmeldungen von Teilnehmer*innen aus der Zielgruppe zu bekommen. Daraus wurde eine eigene Einladung entwickelt (siehe Anhang, Kapitel 9.2). Die Zielgruppe (Ärzt*innen/Eigentümer*innen und Mitarbeiter*innen in PVE) war zum Zeitpunkt des Mailversands zu einem großen Teil Mitglied der OEFOP-Google Gruppe. Die Einladung wurde 3 Wochen vor dem geplanten Termin der Fokusgruppe verschickt, zu diesem Zeitpunkt hatte die Google Gruppe 456 Mitglieder. Eine Erinnerung wurde zwei Wochen später verschickt. Zu diesem Zeitpunkt gab es eine einzige Rückmeldung auf die Einladung (Absage). Als 2. Möglichkeit auf die Fokusgruppe aufmerksam zu machen, wurde das sog. Bunte Brett der Plattform Primärversorgung (siehe Kapitel 4.5.1) genützt, indem die Einladung dort gepostet wurde. Auch hier gab es keinerlei Rückmeldungen.

Um den Ausfall von Gruppe 0 zu kompensieren und doch noch zu (letztlich zwei) Online-Fokusgruppen zu kommen, wurden anschließend persönliche Kontakte genützt. Die Einladung zu den Online-Fokusgruppen wurde an (der Forscherin persönlich) bekannte Adressat*innen verschickt, was in den Ergebnissen zu einer Verzerrung führen könnte.

² Selbstbeschreibung Österreichisches Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen (kurz: OEFOP): „Wir sind DIE unabhängige nationale Plattform für einen offenen und wertschätzenden Meinungsaustausch. Wir sind die Anlaufstelle für alle Menschen, die Fragen zur Primärversorgung haben. Wir sehen uns als Think Tank im Bereich Primärversorgung und vernetzen Expertinnen und Experten aus Wissenschaft, Politik und Praxis.“ (Homepage 19.9.22). Die OEFOP-Homepage existiert mittlerweile nicht mehr, da die Tätigkeiten von der im Herbst 2022 gelaunchten Plattform Primärversorgung übernommen wurden.

Diese Adressat*innen waren einerseits Personen, die zur Präsenz-Gruppe angemeldet waren, aber nicht gekommen sind, andererseits Personen aus PVE, die im Rahmen des Primärversorgungskongresses persönlich angesprochen werden konnten und Interesse am Thema gezeigt haben.

Der Einladungstext wurde nochmal geringfügig abgewandelt (siehe Anhang, Kapitel 9.3), es wurde kein fixer Termin vorgegeben, sondern vier verschiedene Termine (Doodle Abstimmung) angeboten.

Obwohl persönliche Kontakte für den Versand der Einladung genutzt wurden, haben sich auch Personen angemeldet, die vorab nicht persönlich bekannt waren. Die Einladung wurde innerhalb der kontaktierten Organisationen und auch über Organisationsgrenzen hinweg in andere PVE weitergeleitet. Letztlich führte dies zu einer sehr heterogenen Mischung von Teilnehmer*innen (siehe Tabelle 1).

Die Gruppen 1 und 2 wurden nach Terminverfügbarkeit der Teilnehmer*innen abgehalten und dabei auf möglichst heterogene Zusammensetzung der Gruppen geachtet.

5.2.2.3. Aufbau der Diskussion und Grundreiz

Die analysierten Fokusgruppen (1 und 2) bestanden aus zwei Gesprächsteilen: In der Vorstellungsrunde wurde (sehr allgemein) das jeweils individuelle Verständnis von Nachhaltigkeit erörtert. Dies diente (auch) der gegenseitigen Vorstellung der Teilnehmer*innen und unterstützte die Phase des Vertrauensaufbaus (vgl. 42). In der anschließenden Diskussion wurde mittels Leitfragen bzw. Grundreiz insbesondere der Aspekt der ökologischen Nachhaltigkeit verfeinert.

Als Grundreiz wurde ein zweiseitiges A4-Dokument verwendet, das aus dem Projektbericht des Instituts für Gesundheitsförderung und Prävention (vgl. Kapitel 4.4.2, (18)) abgeleitet wurde. Die im Bericht formulierten möglichen Handlungsfelder für Klimaschutzmaßnahmen in einer PVE wurden zusammengefasst. Dieser Grundreiz wurde nicht zu Beginn der Diskussion, sondern im Bedarfsfall (bei Stocken des Gesprächs) gesetzt. In Gruppe 2 war dieser Reiz nicht nötig, da die Diskussion auch so ausreichend inhaltlich dicht war und keine großen Pausen entstanden.

In Gruppe 0 (Präsenz) sowie Gruppe 1 (Online) hat sich gezeigt, dass ein zweiseitiges A4-Dokument zu umfangreich ist, um einen guten Grundreiz zu setzen. Das Lesen und Verarbeiten der für die Teilnehmer*innen teilweise neuen Informationen dauerte zu lange und stellte im Rahmen der Gruppendiskussion eine Überforderung der Teilnehmer*innen dar.

5.2.2.4. *Transkription*

Transkribiert wurden die beiden Online-Gruppen auf Basis der Aufzeichnungen, die mit dem Tool MS Teams aufgenommen wurden. Zur Transkription (ebenso wie zur Analyse) wurden Produkte der Firma „f4“ verwendet. Die entsprechenden Dateien aus MS Teams enthielten Audio- sowie Videomaterial. Das Videomaterial (Blickkontakte, Personen sind nicht am Bildschirm, Video ist deaktiviert usw.) wurde in der vorliegenden Masterarbeit nicht analysiert. Hier wurde nur punktuell nachgesehen, ob beispielsweise alle Teilnehmer*innen auch wirklich anwesend waren. Bei deaktiviertem Video war dies nicht immer möglich.

Nachdem in der Analyse vorwiegend Inhalte zusammengefasst und so interessante (fachlich-inhaltliche) Aspekte gefunden werden sollen, wurden nicht alle Zwischenlaute (äh, mhm, ahm,...) oder Wortwiederholungen (nicht nicht oder also also) transkribiert.

Ebenso wurden Pausen zwar markiert, jedoch ohne die genaue Dauer der Pausen anzugeben. Dialekt wurde zum allergrößten Teil in Hochdeutsch übersetzt, ohne jedoch die Wortstellungen oder fehlende Wörter im Satzgefüge auszubessern und so den Originaltext zu verändern:

„zwar fällt mir dazu was ein, ahm, wegen den Ressourcen schonen und auch Material, also dem Material, die eingesetzt werden“
(221114_Transkript_für_Analyse, Absatz 70)

6. ERGEBNISSE

6.1. Systematische Literaturrecherche

Die Vorgangsweise und verwendeten Suchbegriffe wurden in Kapitel 5.1 bereits erläutert. Zum Zweck der Nachvollziehbarkeit der Suche werden im Anschluss die verwendeten Suchbegriffe, die Kombinationen der Begriffe, die Art der Suche (in welchen Feldern, mit welchen Einschränkungen) und die Anzahl der Treffer angeführt.

6.1.1. Überblick Suchergebnisse

In Tabelle 2 werden die Suchergebnisse für den Suchbegriff Nachhaltigkeit bzw. sustainability (in Kombination mit Primärversorgung bzw. primary health care) für die beiden Suchmaschinen aufgelistet, ergänzend wurde in der Suchmaschine PubMed auch der Begriff „sustainable“ verwendet. In Cochrane ergab das Ersetzen des Begriffs „sustainability“ durch „sustainable“ die gleichen Ergebniszahlen, diese Suchergebnisse werden daher nicht explizit angeführt.

Erklärt wird das von Cochrane bei der Darstellung der Suchergebnisse dadurch, dass Wortvariationen in einem Suchvorgang mitgesucht werden: „Word variations have been searched“. Die Schlussfolgerung ist, dass „sustainable“ als Wortvariation von „sustainability“ verstanden wird.

Suchbegriffe	In	Anzahl Treffer PubMed	Anzahl Treffer Cochrane
(Nachhaltigkeit)	All fields bzw. All Text	63	7
(Nachhaltigkeit AND Primärversorgung)	All fields bzw. All Text	0 ³	2 ⁴
(sustainability) AND (primary health care)	All fields bzw. All Text	13.187	1.713
(sustainability) AND (primary health care)	Title/Abstract bzw. Title/Abstract/Keyword	416	52
(sustainability) AND (primary health care) AND (Europe)	Title/Abstract Europe: All fields (bzw. All text)	36	21
(sustainable) AND (primary health care)	Title/Abstract	547	
(sustainable) AND (primary health care) AND (Europe)	Title/Abstract Europe: All fields	57	
(sustainability/sustainable) AND (primary health care) AND (Austria)	Title/Abstract Austria: All fields (bzw. All Text)	0	3

Tabelle 2 – Recherche-Ergebnisse, Überblick

³ Da die Verwendung der deutschsprachigen Kombination zu keinem einzigen Treffer geführt hat, wurde ab diesem Zeitpunkt nur noch in Englisch gesucht.

⁴ Bei der Suche nach den deutschen Begriffen Nachhaltigkeit und Primärversorgung enthält das Suchergebnis zwei englischsprachige Reviews. Es ist unklar, woraus sich die große Diskrepanz zwischen zwei (deutschsprachig gesuchten) und 1.713 (englischsprachig gesuchten) Suchergebnissen ergibt.

In die Analysephase wurden aus PubMed 36 Treffer (Suchbegriff sustainability in Kombination mit primary health care und Europe) sowie 57 Treffer (Suchbegriff sustainable in Kombination mit primary health care und Europe) übernommen, aus den Rechercheergebnissen der Datenbank Cochrane konnten 52 Treffer (Suchbegriff sustainability) inkludiert werden. Unter den Treffern fand sich kein einziger Artikel aus Österreich oder mit Österreich-Bezug.

Wie nachstehend in Tabelle 3 aufgelistet, wurden in einem ersten Schritt zehn Artikel aus verschiedensten Gründen aus der weiteren Auswertung ausgeschlossen:

Titel Suchergebnis	Ausschlussgrund
Primary health care for the 21st century, universal health coverage, and the Sustainable Development Goals (43)	Editorial / Kommentar
A reflection on the impact of COVID-19 on primary care in the United Kingdom (44)	Reflexion
Implementing shared decision-making in Australia (45)	kein Europabezug
Promoting family practice-based model of care: the role of WHO's professional diploma in family medicine in the Eastern Mediterranean Region (46)	Editorial
Qualitative evaluation of a complex intervention to implement health promotion activities according to healthcare attendees and health professionals: EIRA study (phase II) (47)	Doppelte Nennung, wird nur einmal in Kategorisierung eingeschlossen
Enhancing health literacy through co-design: development of culturally appropriate materials on genetic risk and customary consanguineous marriage (48)	Doppelte Nennung, wird nur einmal in Kategorisierung eingeschlossen
Long-term impact of an educational antimicrobial stewardship programme in primary care on infections caused by extended-spectrum β -lactamase-producing <i>Escherichia coli</i> in the community: an interrupted time-series analysis (49)	Doppelte Nennung, wird nur einmal in Kategorisierung eingeschlossen

Development and evidence base of a new efficient assessment instrument for international use by nurses in community settings with older people(50)	Doppelte Nennung, wird nur einmal in Kategorisierung eingeschlossen
Availability of quality vaccines: policies of a non-government organization (51)	Volltext nicht verfügbar
Who really cares for Africa? (52)	kein Europabezug

Tabelle 3 – Ausgeschlossene Publikationen

6.1.2. Kategorisierung in vier Aspekte von Nachhaltigkeit

Angelehnt an die Vorgangsweise im Literaturreview von Alhaddi (7) wurden für die Strukturierung der Recherche-Ergebnisse alle identifizierten Artikel in Teilaspekte der Nachhaltigkeit kategorisiert. Nachdem sich die Definitionen und verwendeten Aspekte (vgl. Kapitel 4.3.2, Kapitel 4.3.3 sowie Kapitel 4.3.4) unterscheiden, wie in Tabelle 4 im Überblick dargestellt, wird die aus dem Bereich der medizinischen Forschung stammende Definition unter dem Begriff „gesundheitsbezogen“ zusammengefasst. Die aus den SDG entstammenden zusätzlichen Aspekte Frieden und Partnerschaft werden nicht explizit berücksichtigt. Sie stellen zwar eine Erweiterung der TBL dar, haben jedoch noch nicht breit in die allgemeine Definition von Nachhaltigkeit Eingang gefunden (vgl. Kapitel 4.3.2).

TBL	SDG	Medizinische Forschung
Planet (Ökologie)	People (Gesellschaft)	Time (Zeit)
People (Sozial)	Planet (Erde)	Continued delivery (anhaltende Versorgung)
Profit (Ökonomie)	Prosperity (Wohlstand)	Behaviour change (Verhaltensänderung)
	Peace (Frieden)	Evolution/adaption (Entwicklung/Adaptierung)
	Partnership (Partnerschaft)	Continued benefit (andauernder Nutzen)

Tabelle 4 – Begriffe von Nachhaltigkeit in verschiedenen Konzepten, eigene Darstellung

Die Kategorisierung (siehe Tabelle 5) erfolgte anhand von Titel und Abstract der 135 einbezogenen Artikel.

Sofern sich aus Abstract, Background und Kurzbeschreibung keine Zuordnung ableiten ließ, wurde der Artikel in der Vollversion herangezogen. Artikel bzw. Studien wurden nicht explizit auf ihre Qualität hin untersucht.

Lfd. Nr.	Titel Suchergebnis	sozialer Aspekt	gesundheitsbezogener Aspekt	ökonomischer Aspekt	ökologischer Aspekt
1	[Agreements and disagreements between community health and the Spanish health system. SESPAS Report 2018] (53)	x			
2	[Danish influence on global health] (54)	x			
3	[Periarticular Corticosteroid Injection in the Therapeutic Approach of Musculoskeletal Disease in General Practice: A systematic Review] (55)		x	x	
4	[Training in community health: challenges, threats and opportunities. SESPAS Report 2018] (56)	x			
5	A new model of exercise referral scheme in primary care: is the effect on adherence to physical activity sustainable in the long term? A 15-month randomised controlled trial (57)	x	x		
6	A proposal for enhancement of research capacities in Croatian general practice (58)	x			
7	A qualitative evaluation to explore the suitability, feasibility and acceptability of using a 'celebration card' intervention in primary care to improve the uptake of childhood vaccinations (59)	x	x		
8	A scenario-planning approach to human resources for health: the case of community pharmacists in Portugal (60)	x			
9	A village seizes the reins of health care (61)	x			
10	Antibiotics for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (62)		x		
11	Anti-inflammatory medications for obstructive sleep apnoea in children (63)		x		
12	Antiviral agents for infectious mononucleosis (glandular fever) (64)		x		
13	Appraisal of cooperation with a palliative care case manager by general practitioners and community nurses: a cross-sectional questionnaire study (65)	x	x		
14	Are we really active in the prevention of obesity and type 2 diabetes at the community level? (66)	x	x		
15	Assessing the Quality of Care at Primary Health Care Level in Two Pilot Regions of Albania (67)	x			
16	Assistive technology for memory support in dementia (68)	x	x		

Lfd. Nr.	Titel Suchergebnis	sozialer Aspekt	gesundheitsbezogener Aspekt	ökonomischer Aspekt	ökologischer Aspekt
17	Association between age, gender and multimorbidity level and receiving home health care: a population-based Swedish study (69)	x	x		
18	Barriers and facilitators to the implementation of lay health worker programmes to improve access to maternal and child health: a qualitative evidence synthesis (70)	x	x		
19	Cognitive behavioural therapy (CBT) for adults and adolescents with asthma (71)		x		
20	Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer (72)	x	x		
21	Community participation and sustainability--evidence over 25 years in the Västerbotten Intervention Programme (73)	x	x		
22	Community-based educational design for undergraduate medical education: a grounded theory study (74)	x			
23	Computer and mobile technology interventions for self-management in chronic obstructive pulmonary disease (75)		x		
24	Contextual factors influencing physicians' perception of antibiotic prescribing in primary care in Germany - a prospective observational study (76)	x	x		
25	Costs and financing of routine immunization: Approach and selected findings of a multi-country study (EPIC) (77)		x	x	
26	Costs of routine immunization services in Moldova: Findings of a facility-based costing study (78)		x	x	
27	Cultural competence education for health professionals (79)	x			
28	Culturally appropriate health education for people in ethnic minority groups with type 2 diabetes mellitus (80)	x	x		
29	De-escalation techniques for managing non-psychosis induced aggression in adults (81)	x	x		
30	Design of the PROstate cancer follow-up care in Secondary and Primary hEalth Care study (PROSPEC): a randomized controlled trial to evaluate	x	x	x	

Lfd. Nr.	Titel Suchergebnis	sozialer Aspekt	gesundheits-bezogener Aspekt	ökonomischer Aspekt	ökologischer Aspekt
	the effectiveness of primary care-based follow-up of localized prostate cancer survivors (82)				
31	Development and evidence base of a new efficient assessment instrument for international use by nurses in community settings with older people (50)	x	x		
32	Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study (83)	x			
33	Diet, physical activity and behavioural interventions for the treatment of overweight or obese children from the age of 6 to 11 years (84)		x		
34	Dietary advice on prescription: experiences with a weight reduction programme (85)	x	x		
35	Digital interventions for the management of chronic obstructive pulmonary disease (86)		x		
36	Digitally supported program for type 2 diabetes risk identification and risk reduction in real-world setting: protocol for the StopDia model and randomized controlled trial (87)		x		
37	Do we have primary health care reform? The story of the Republic of Serbia (88)	x		x	
38	Does long-term care use within primary health care reduce hospital use among older people in Norway? A national five-year population-based observational study (89)	x	x		
39	Dr John has gone: assessing health professionals' contribution to remote rural community sustainability in the UK (90)	x			
40	Early developmental intervention programmes provided post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairment in preterm infants (91)	x	x		
41	Effective translation of a type-2 diabetes primary prevention programme into routine primary care: The PreDE cluster randomised clinical trial (92)		x		
42	Effectiveness and Feasibility of a Remote Lifestyle Intervention by Dietitians for Overweight and Obese Adults: Pilot Study (93)		x	x	

Lfd. Nr.	Titel Suchergebnis	sozialer Aspekt	gesundheitsbezogener Aspekt	ökonomischer Aspekt	ökologischer Aspekt
43	Effectiveness of a weight loss intervention in postpartum women: results from a randomized controlled trial in primary health care (94)		x		
44	Efficiency and sustainability of using resources in Estonian primary health care (95)			x	
45	End-of-life care pathways for improving outcomes in caring for the dying (96)	x	x		
46	Enhancing health literacy through co-design: development of culturally appropriate materials on genetic risk and customary consanguineous marriage (48)	x	x		
47	Environmental and behavioural interventions for reducing physical activity limitation and preventing falls in older people with visual impairment (97)	x	x		
48	Estimating medical costs of work-related diseases in the Basque Country (2008) (98)			x	
49	Exercise for cancer cachexia in adults (99)	x	x		
50	Exercise for intermittent claudication (100)		x		
51	Exercise for reducing falls in people living with and beyond cancer (101)	x	x		
52	Exercise interventions on health-related quality of life for cancer survivors (102)	x	x		
53	Family and community nursing, chronology of a specialty (103)	x			
54	Feasibility of an implementation strategy for the integration of health promotion in routine primary care: a quantitative process evaluation (104)	x	x		
55	Financial arrangements for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews (105)			x	
56	Financial sustainability strategies of public primary health care centres in the Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina (106)			x	
57	Fitness training for cardiorespiratory conditioning after traumatic brain injury (107)		x		
58	From Alma-Ata to Astana: the path of Primary Health Care in Portugal, 1978-2018 and the genesis of Family Medicine (108)	x			

Lfd. Nr.	Titel Suchergebnis	sozialer Aspekt	gesundheitsbezogener Aspekt	ökonomischer Aspekt	ökologischer Aspekt
59	GPs' perceptions of resilience training: a qualitative study (109)	x			
60	Greece: Health system review (110)	x		x	
61	Health promoting settings in primary health care - "hälsotorg": an implementation analysis (111)	x			
62	Health-care users, key community informants and primary health care workers' views on health, health promotion, health assets and deficits: qualitative study in seven Spanish regions (112)	x	x		
63	Home visits - central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study (113)	x			
64	Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation (114)	x	x		
65	How effective are approaches to migrant screening for infectious diseases in Europe? A systematic review (115)	x	x		
66	Implementation of a program for type 2 diabetes based on the Chronic Care Model in a hospital-centered health care system: "the Belgian experience" (116)	x	x		
67	Implementation of treatment guidelines for specialist mental health care (117)	x	x		
68	Implementing a package of noncommunicable disease interventions in the Republic of Moldova: two-year follow-up data (118)	x	x		
69	Implementing community participation via interdisciplinary teams in primary care: An Irish case study in practice (119)	x			
70	Improving treatment of depression in primary health care: a case study of obstacles to perform a clinical trial designed to implement practice guidelines (120)	x			
71	Incentives for smoking cessation (121)	x	x		
72	Infant position in neonates receiving mechanical ventilation (122)		x		
73	Integration of nurses in general practice: A thematic synthesis of the perspectives of general practitioners, practice nurses and patients living with chronic illness (123)	x	x		

Lfd. Nr.	Titel Suchergebnis	sozialer Aspekt	gesundheits-bezogener Aspekt	ökonomischer Aspekt	ökologischer Aspekt
74	Interventions for enhancing consumers' online health literacy (124)	x			
75	Interventions for improving older patients' involvement in primary care episodes (125)	x	x		
76	Interventions for patients and caregivers to improve knowledge of sickle cell disease and recognition of its related complications (126)	x	x		
77	Interventions for preventing falls in Parkinson's disease (127)		x		
78	Interventions for promoting habitual exercise in people living with and beyond cancer (128)	x	x		
79	Interventions to facilitate shared decision making to address antibiotic use for acute respiratory infections in primary care (129)	x	x		
80	Interventions to improve professional adherence to guidelines for prevention of device-related infections (130)	x	x		
81	Interventions to increase tuberculosis case detection at primary healthcare or community-level services (131)	x	x		
82	Involving the employer to enhance return to work among patients with stress-related mental disorders - study protocol of a cluster randomized controlled trial in Swedish primary health care (132)	x	x		
83	Larvivorous fish for preventing malaria transmission (133)		x		
84	Lessons for 'large-scale' general practice provider organisations in England from other inter-organisational healthcare collaborations (134)	x			
85	Long-term impact of an educational antimicrobial stewardship programme in primary care on infections caused by extended-spectrum β -lactamase-producing Escherichia coli in the community: an interrupted time-series analysis (49)	x	x		
86	Modelling innovative interventions for optimising healthy lifestyle promotion in primary health care: "prescribe Vida Saludable" phase I research protocol (135)	x	x		
87	Multi-faceted implementation strategy to increase use of a clinical guideline for the diagnosis of deep venous thrombosis in primary care (136)	x	x		

Lfd. Nr.	Titel Suchergebnis	sozialer Aspekt	gesundheits-bezogener Aspekt	ökonomischer Aspekt	ökologischer Aspekt
88	netCare, a new collaborative primary health care service based in Swiss community pharmacies (137)	x			
89	Nursing contribution to the achievement of prioritized objectives in primary health care: a cross-sectional study (138)	x		x	
90	Observed changes in cardiovascular risk factors among high-risk middle-aged men who received lifestyle counselling: a 5-year follow-up (139)		x		
91	Operational integration in primary health care: patient encounters and workflows (140)	x			
92	Organization of health care in Croatia: needs and priorities (141)	x		x	
93	Palliative care interventions for people with multiple sclerosis (142)		x		
94	Parents' Perspectives on the Health Education Provided by Clinicians in Portuguese Pediatric Hospitals and Primary Care for Children Aged 1 to 10 Years (143)	x	x		
95	Partial liquid ventilation for preventing death and morbidity in adults with acute lung injury and acute respiratory distress syndrome (144)		x		
96	Payment methods for healthcare providers working in outpatient healthcare settings (145)			x	
97	Physical rehabilitation for older people in long-term care (146)	x	x		
98	Prescribing for young people with attention deficit hyperactivity disorder in UK primary care: analysis of data from the Clinical Practice Research Datalink (147)	x	x		
99	Prevention in Poland: health care system reform (148)	x			
100	Primary Care Professionals' Acceptance of Medical Record-Based, Store and Forward Provider-to-Provider Telemedicine in Catalonia: Results of a Web-Based Survey (149)	x			
101	Primary health care and general practice attachment: establishing an undergraduate teaching network in rural Greek health centers (150)	x			
102	Primary health care attributes and responses to intimate partner violence in Spain (151)	x	x		

Lfd. Nr.	Titel Suchergebnis	sozialer Aspekt	gesundheitsbezogener Aspekt	ökonomischer Aspekt	ökologischer Aspekt
103	Primary health care revitalization in Azerbaijan (152)	x		x	
104	Private Video Consultation Services and the Future of Primary Care (153)	x		x	
105	Professional interventions for general practitioners on the management of musculoskeletal conditions (154)	x	x		
106	Qualitative evaluation of a complex intervention to implement health promotion activities according to healthcare attendees and health professionals: EIRA study (phase II) (47)	x	x		
107	Recruitment manoeuvres for adults with acute respiratory distress syndrome receiving mechanical ventilation (155)	x	x		
108	Reducing the barriers to pain management in Albania: results from an educational seminar with family doctors (156)	x	x		
109	Reforms in the Portuguese health care sector: Challenges and proposals (157)			x	
110	Repetitive task training for improving functional ability after stroke (158)	x	x		
111	Research capacity in UK primary care (159)	x		x	
112	Routine provision of feedback from patient-reported outcome measurements to healthcare providers and patients in clinical practice (160)	x			
113	Self-management for bronchiectasis (161)	x	x		
114	Series: The research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. Part 4. Results: specific problem solving skills (162)	x			
115	Shared care across the interface between primary and specialty care in management of long term conditions (163)	x	x		
116	Shared decision-making interventions for people with mental health conditions (164)	x	x		
117	Social Determinants, Conditions and Performance of Health Services in Latin American Countries, Portugal and Spain (165)	x		x	

Lfd. Nr.	Titel Suchergebnis	sozialer Aspekt	gesundheits-bezogener Aspekt	ökonomischer Aspekt	ökologischer Aspekt
118	Specialised early intervention teams (extended time) for recent-onset psychosis (166)	x	x		
119	Student-centred GP ambassadors: Perceptions of experienced clinical tutors in general practice undergraduate training (167)	x			
120	Study protocol for a randomized controlled trial of the effectiveness of adding motivational interviewing or stratified vocational advice intervention to usual case management on return to work for people with musculoskeletal disorders. The MI-NAV study (168)	x	x	x	
121	Study Protocol: A randomized controlled trial evaluating the effect of family-based behavioral treatment of childhood and adolescent obesity- The FABO-study (169)		x		
122	Sustainable Behavior Change for Health Supported by Person-Tailored, Adaptive, Risk-Aware Digital Coaching in a Social Context: Study Protocol for the STAR-C Research Programme (170)	x	x		
123	Sustained use of a tool for lifestyle intervention implemented in primary health care: a 2-year follow-up (171)	x	x		
124	Sustained versus standard inflations during neonatal resuscitation to prevent mortality and improve respiratory outcomes (172)		x		
125	Tai Chi for chronic obstructive pulmonary disease (COPD) (173)		x		
126	'Taking off the suit': engaging the community in primary health care decision-making (174)	x			
127	Targeting physical activity promotion in general practice: characteristics of inactive patients and willingness to change (175)	x	x		
128	Telemedicine consultations with physicians in Swedish primary care: a mixed methods study of users' experiences and care patterns (176)	x			x
129	Telephone interventions, delivered by healthcare professionals, for providing education and psychosocial support for informal caregivers of adults with diagnosed illnesses (177)	x			
130	The evolution of community-based primary health care, Slovenia (178)	x	x	x	

Lfd. Nr.	Titel Suchergebnis	sozialer Aspekt	gesundheitsbezogener Aspekt	ökonomischer Aspekt	ökologischer Aspekt
131	The national program on standardized cancer care pathways in Sweden: Observations and findings half way through (179)	x	x		
132	The position of home-care nursing in primary health care: A critical analysis of contemporary policy documents (180)	x			
133	Training healthcare providers to respond to intimate partner violence against women (181)	x	x		
134	Trihexyphenidyl for dystonia in cerebral palsy (182)		x		
135	Undergraduate medical education in general practice/family medicine throughout Europe - a descriptive study (183)	x			

Tabelle 5 – Kategorisierung in vier Aspekte von Nachhaltigkeit

6.1.3. Erkenntnisse aus der Literaturrecherche

Insgesamt wurden 135 Artikel zum Thema gefunden, die nach den vier Aspekten der Nachhaltigkeit kategorisiert wurden (Tabelle 6).

	sozialer Aspekt	Gesundheits-bezogener Aspekt	ökonomischer Aspekt	ökologischer Aspekt
sozialer Aspekt	32 (23,7%)	59 (43,7%)	8 (5,9%)	1 (0,7%)
Gesundheits-bezogener Aspekt		22 (16,3%)	4 (3,0%)	
ökonomischer Aspekt			6 (4,4%)	
ökologischer Aspekt				
Summe (n=135)	32 (23,7%)	81 (60,0%)	18 (13,3%)	1 (0,7%)

Tabelle 6 – Zuordnung der Publikationen zu vier Aspekten der Nachhaltigkeit

In der Mehrzahl der Artikel werden nur ein oder zwei Aspekte untersucht (n=132), in drei Artikeln (in Tabelle 5 die laufenden Nummer 30 (82), 120 (168) und 130 (178)) werden die Aspekte gesundheitsbezogen, ökonomisch und sozial untersucht (diese Dreifach-Kategorisierung ist nicht in Tabelle 6 aufgeführt bzw. einberechnet).

Die Forschungsfrage „Welche Bedeutungen/Dimensionen des Begriffs Nachhaltigkeit in der Primärversorgung kommen in der Literatur vor?“ kann – anhand der vorgenommenen Kategorisierung – so beantwortet werden: Wesentlich im Begriffsverständnis Nachhaltigkeit und Primärversorgung ist der gesundheitsbezogene Aspekt (n=81, 60%). Er kommt häufig in Zusammenhang mit dem sozialen Aspekt vor. Rund 24% der Artikel (n=32) behandeln ausschließlich den sozialen Aspekt. Der ökonomische Aspekt wird nur in 18 Artikeln (13%) betrachtet.

Der ökologische Aspekt kommt nur in einem einzigen Artikel (in Tabelle 5 die laufende Nummer Nr. 128 (176)) und nur gemeinsam mit dem sozialen Aspekt vor, er wird als positiver Nebeneffekt bei der Inanspruchnahme von telemedizinischen Angeboten durch das Wegfallen der Fahrten zum Arzt erwähnt.

6.2. Qualitativer Forschungsteil

6.2.1. Erkenntnisse aus den Fokusgruppen

Angelehnt an Kühn (42) und seine Erläuterungen zur „Bedeutung einer offenen Grundhaltung“ wurde bei der Analyse der Forschungsgruppen versucht, ausschließlich die vorhandenen Gedanken und Vorstellungen darzustellen und zusammen zu fassen. Ziel war dabei, durch die möglichst heterogenen Gruppen verschiedene Aspekte zu erfassen und in die Beantwortung der Forschungsfrage einzubeziehen, das qualitative Vorgehen dient hier der Hypothesengenerierung.

Bei der Inhaltsanalyse wurde auf die zwei Fragestellungen fokussiert: den Begriff der Nachhaltigkeit und die Anschlussfähigkeit vorhandener Konzepte an die Arbeitsrealität der PVE(-Teams).

Die Kategorien wurden deduktiv (aus der Literatur abgeleitet) und induktiv (aus dem Material entstanden) festgelegt (vgl. 40). Nach dem ersten Erarbeiten des Kategoriensystems wurden Kategorien in einem zweiten Schritt fusioniert, um eine bessere Übersichtlichkeit zu gewährleisten (vgl. 184).

Anschließend wurden die häufigsten Kategorien erneut in den Texten gesucht, um Lücken zu schließen. Insbesondere jene, die in einer Diskussionsgruppe auffällig häufiger vorkamen, wurden in der jeweils anderen Gruppe einer Prüfung unterzogen.

Die wesentlichen Kategorien (vgl. Kapitel 6.2.1.2 bis 6.2.1.7) finden sich in Tabelle 7 zusammengefasst dargestellt.

Kategorie	Anzahl Textstellen
Grundhaltung	37
schlechtes Gewissen (bei Nicht-Nachhaltig-Sein)	17
es wird leicht (oder schwer) gemacht	34
Digitalisierung	17
Zeitmangel	13
Regeln/Vorgaben	31
Freiraum	15
Nicht-Wissen	22
Ressourcenmanagement	9
Müll trennen	21
Müll vermeiden	7
wenig(er) Konsum/Einkauf	19
Papier sparen	26
Broschüren/Werbematerial	12
ökologisches Material/nachhaltige Produkte	7
Ressourcen teilen	8
Ärztemuster/Medikamente	12
Strom sparen	9
Heizung (reduzieren)	10

Tabelle 7 – Wesentliche Kategorien der Inhaltsanalyse

Es werden in dieser Tabelle nicht alle Kategorien (Codes) dargestellt, sondern nur jene, die in den nachfolgenden Kapiteln auch genauer erläutert werden und den Kern der Inhaltsanalyse darstellen (zum Vergleich siehe Gesamttabelle, Kapitel 9.6).

6.2.1.1. Begriff „Nachhaltigkeit“

Auch in den Fokusgruppen zeigte sich, dass unter Nachhaltigkeit teils völlig andere Dinge verstanden werden, als dies in den klassischen Definitionen vorkommt. Insbesondere die Kategorie „Gesundheit“ (der Patient*innen in erster Linie) taucht als Aspekt auf, dies jedoch in erster Linie bei den teilnehmenden Ärzt*innen. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der systematischen Literaturrecherche (vgl. Kapitel 6.1.3) und ist ein Hinweis darauf, dass die Sicht auf den Begriff Nachhaltigkeit im Bereich der Medizin eine andere sein könnte als jene in anderen Bereichen.

Das in der Vorstellungsrunde erörterte, individuelle Verständnis von Nachhaltigkeit der Teilnehmer*innen enthält Langandauerndes aber auch ökonomisches Bestehen. Dies deckt sich mit der Literatur (vgl. Kapitel 4.3.2):

„das zweite ist eben, dass man auch etwas langanhaltendes hat, also auch in die Zukunft gedacht und genau, also das sind für mich so die Bedeutung von Nachhaltigkeit“ (221114_Transkript_für_Analyse, Absatz 24)

„dass nicht nur wir sondern eben auch der Betrieb sich dadurch lange eben erhalten kann“ (221114_Transkript_für_Analyse, Absatz 15)

Ebenso wird angesprochen, dass der Begriff schwer fassbar ist:

„ich meine, wir müssen aufpassen, dass der Begriff Nachhaltigkeit nicht irgendwie total, irgendwie alles umfasst“
(221117_Transkript_für_Analyse, Absatz 19)

6.2.1.2. Grundhaltung / schlechtes Gewissen (bei Nicht-Nachhaltig-Sein)

Deutlich wird in beiden Gruppen zu gleichen Teilen, dass es eine Art Grundhaltung zum Begriff der Nachhaltigkeit gibt:

„aber ich finde bei jedem einzelnen beginnt das schon einmal“
(221114_Transkript_für_Analyse, Absatz 43)

„diese Einstellung nimmt man halt auch mit in die Ordination und versuche die Mitarbeiter darauf hinzuweisen“
(221114_Transkript_für_Analyse, Absatz 19)

„ich denk mir auch, aus dem heraus ist das sicher sinnvoll und notwendig, dass wir uns da wesentlich mehr mit diesem Thema beschäftigen“ (221117_Transkript_für_Analyse, Absatz 9)

„Für mich persönlich bedeutet Nachhaltigkeit eigentlich eine Haltung zu etablieren, die dem Gemeinwohl, der Zukunft“

(221117_Transkript_für_Analyse, Absatz 15)

„weil wie wir schon vorher gesagt haben, das, diese Haltung zu etablieren“ (221117_Transkript_für_Analyse, Absatz 51)

Dies könnte daraus resultieren, dass die Teilnehmer*innen der beiden Gruppen eine Zweifach-Positiv-Selektion sein dürften: zum Teil sind es der Forscherin bekannte Personen und zum Teil sind es Personen, die das Thema Nachhaltigkeit / Ökologie ohnehin bereits beschäftigt, was ihre freiwillige Teilnahme an einer Fokusgruppe andeutet. Daher könnte der Aspekt der Grundhaltung hier besonders stark zum Ausdruck kommen. Ob und inwieweit man diese gewünschte und zum Teil geforderte Grundhaltung in einer PVE etablieren könnte, ist offen.

Die Teilnehmer*innen der Fokusgruppen artikulieren auch immer wieder etwas, das sich unter „schlechtes Gewissen“ (bei nicht-nachhaltiger Arbeits- bzw. Lebensweise) zusammenfassen lässt:

„und ich muss sagen, ich hab glaub ich sogar vor ein paar Wochen oder vor einem Monat, vier Wochen so, sogar die Klimaanlage nochmal eingeschalten (räuspert) obwohl ich überhaupt kein Fan von der Klimaanlage bin, und bisher das auch nirgendwo genutzt habe, ahm, aber es ist sonst unerträglich“ (221114_Transkript_für_Analyse, Absatz 92)

„dass man dann 1:1 in Papiermüll wieder wirft, ist natürlich auch, das tut fast ein bissl weh.“ (221117_Transkript_für_Analyse, Absatz 45)

„Wieviel Ärztemuster wir das jedes Monat wegschmeißen, weil wir sie nicht brauchen oder verbrauchen, ahm, ist ist ein Wahnsinn“ (221117_Transkript_für_Analyse, Absatz 47)

6.2.1.3. *Es wird einem „leicht“ oder „schwer“ gemacht*

Einen gewissen Einfluss auf das persönliche Verhalten, die Möglichkeiten einer PVE oder Arbeitsprozesse haben Rahmenbedingungen, die es einem leicht(er) oder schwer(er) machen, ökologisch nachhaltig zu handeln:

„auch eine gescheite, nahe, nebeneinander, eine Mülltrennung macht, und man nicht immer von einem, also im Raum, nach links, nach rechts laufen muss, um irgendwie den Müll gescheit zu trennen, also wenn man da im vorhinein was gescheites installiert sozusagen, dass die Mülltrennung auch leicht fällt,“ (221114_Transkript_für_Analyse, Absatz 80)

„wir haben auch auf die Dienstplanung geschaut, ahm, dass wir das so gestalten können, dass wir Fahrgemeinschaften (unv) bilden können,“ (221114_Transkript_für_Analyse, Absatz 83)

„also es müssen die die Rahmenbedingungen müssen so sein, dass das alles auf der Handlungsebene relativ einfach und easy easy funktioniert,“ (221117_Transkript_für_Analyse, Absatz 28)

„Ahm, wenn man quasi gar nicht verschwenderisch sein kann“ (221117_Transkript_für_Analyse, Absatz 42)

6.2.1.4. *Digitalisierung*

Digitale Möglichkeiten werden insbesondere in Zusammenhang mit der Papiereinsparung genannt und ebenso hilfreich wie erschwerend erlebt.

„ich habe früher immer wenn ich was von Patientinnen kopiert habe, für Anträge, habe ich mir oft eine Kopie aufgehoben, weil man das ja oft immer wieder braucht, die Einkommensnachweise, und habe das halt echt oft kopiert und mittlerweile kann ich das einfach einscannen und digital ablegen“ (221114_Transkript_für_Analyse, Absatz 76)

„diese 100 Formulare, die man dann doch wieder ausdrucken muss und einscannen muss, weils dann doch online wieder nicht funktioniert,“ (221117_Transkript_für_Analyse, Absatz 40)

Hier wird sich zeigen, ob für das Umlernen gut eingeführter, bestehender Prozesse ausreichend Zeit zur Verfügung steht, wie diese Umstellung gut begleitet werden kann und ob sie sich gut in den Arbeitsalltag integrieren lässt.

„dass wir nicht die Zeit haben, das gleich einzu, zuscannen, das heißt wir nehmen den Befund, kopieren ihn und dann irgendwann setzt sich jemand hin und tut die ganzen Kopien erst wieder einscannen“ (221117_Transkript_für_Analyse, Absatz 75)

„einfach weil ich kein Fax schicken wollte oder ahm keine Ahnung, also das ist auch noch so ein Thema, dass es noch nicht 100%ig funktioniert mit den digitalen Anträgen“ (221114_Transkript_für_Analyse, Absatz 78)

6.2.1.5. Regeln/Vorgaben vs. Freiraum

In einer PVE arbeiten viele Menschen unterschiedlicher Berufsgruppen zusammen. Wie bereits dargestellt, bringen manche die Grundhaltung „ökologisch nachhaltig“ handeln zu wollen, bereits mit. Sie benötigen Freiraum seitens der Führung, das auch tun zu können, etwas auszuprobieren, Ideen umzusetzen aber auch wieder zu verwerfen:

„wir dürfen Hausbesuche auch mit den Öffis machen oder mit dem Rad fahren“ (221114_Transkript_für_Analyse, Absatz 76)

„ich muss einfach da bissi auf, ja bissl abwägen, wo bin ich nachhaltig und wo gehts um eigene Wohlbefinden (räuspern), ahm, ja das ist gar nicht so einfach da so einen Mittelweg zu finden“ (221114_Transkript_für_Analyse, Absatz 92)

„wir haben jetzt einmal versucht, diese Harnbecher von Plastik auf Pappe umzustellen, das ist aber noch so, in in der Beobachtungsphase ob das jetzt gut funktioniert oder nicht,“
(221117_Transkript_für_Analyse, Absatz 40)

Andererseits wünschen sich Arbeitgeber*innen Regeln oder Vorgaben, um auch weniger intrinsisch motivierte Mitarbeiter*innen zu ökologisch nachhaltigem Handeln zu motivieren oder eben anzuhalten.

„es muss aber alles relativ klar reglementiert werden, also so auf freiwilliger Basis funktioniert nur relativ wenig optimal,“
(221117_Transkript_für_Analyse, Absatz 28)

„ein paar Dinge, vor die man dann einfach vor vollendete Tatsachen gesetzt wird und das gar nicht anders machen kann. ich glaube, dass das sehr ah, förderlich ist“ (221117_Transkript_für_Analyse, Absatz 42)

Regeln braucht es dabei nicht nur intern, sondern auch für externe Partner*innen, wie beispielsweise Pharmavertreter*innen:

„Also dass es da, da sollte es vielleicht sogar Regeln geben eben, dass das gar nicht möglich ist, dass die (Pharmavertreter*innen, Anm.) soviel abladen bei uns“ (221117_Transkript_für_Analyse, Absatz 47)

„und würde mir halt sehr wünschen, dass das in sehr klare Handlungsanleitungen mündet, ah, die man dann auch wirklich, vor Ort umsetzen kann.“ (221117_Transkript_für_Analyse, Absatz 78)

Diese Balance zwischen Freiräumen und Regeln zu finden, wird als ein in jeder PVE notwendiger Aushandlungsprozess gesehen:

„weil alles ist natürlich nicht so leicht umzusetzen bzw. muss man das aufs PVE auch sehr individuell abstimmen, welche Punkte sind umsetzbar und welche eben nicht so gut.“
(221114_Transkript_für_Analyse, Absatz 94)

6.2.1.6. *Nicht-Wissen*

Ein weiterer interessanter Punkt war der Bereich „Nicht-Wissen“. Welche (ökologisch sinnvolle) Handlung soll gesetzt werden und welche nicht. Hier fehlt es an konkretem und als gesichert angesehenem Wissen:

„ich kanns wirklich voll schlecht beurteilen was jetzt tatsächlich nachhaltig ist, wenn man die Energie von Technik oft noch miteinrechnet.“ (221114_Transkript_für_Analyse, Absatz 76)

„vielleicht ist das Häferl abwaschen wesentlich umweltschädlicher als keine Ahnung, ein Papierbecher, der recyclebar ist und irgendwo gestapelt schnell verbrannt wird, keine Ahnung“
(221117_Transkript_für_Analyse, Absatz 22)

„nachhaltige Produkte. Ob sie das jetzt wirklich sind, ich weiß es nicht“
(221117_Transkript_für_Analyse, Absatz 40)

„dass man sich anschaut, was es da auf dem Markt gibt, weil zum Teil gibts ja Dinge schon auf dem Markt, von denen man einfach gar nicht weiß, dass es die gibt.“ (221117_Transkript_für_Analyse, Absatz 76)

Dieser Punkt könnte mittels (z. B. externer) Schulungen für PVE-Teams unterstützt werden.

6.2.1.7. *Ressourcenmanagement*

Der Bereich des Ressourcenmanagements umfasste insgesamt 140 Nennungen (vgl. Tabelle 7): einen allgemeinen Bereich (n=9) sowie die Unterpunkte Müll trennen (n=21), Müll vermeiden (n=7), weniger Konsum/Einkauf (n=19), Papier sparen (n=26), Broschüren (n=12), ökologische Materialien/nachhaltige Produkte (n=7), Ressourcen teilen (n=8), Ärztemuster/Medikamente (n=12), Strom sparen (n=9) sowie Heizung (reduzieren) (n=10).

Die Vielzahl der Nennungen deutet darauf hin, dass in PVE die Teams enormes Potential mitbringen, etwas beizutragen:

„gerade für so Einrichtungen, also Primärversorgungseinheiten oder größere Einrichtungen ist es einfach auch wichtig, dass da ressourcenschonend gearbeitet wird“ (221114_Transkript_für_Analyse, Absatz 30)

Zum Thema Konsum/Einkauf (weniger und/oder ökologischer):

„versuche die Mitarbeiter darauf hinzuweisen beim Einkauf, was kaufen wir, welche Materialien hat das, wie können wir das vielfach verwenden“ (221114_Transkript_für_Analyse, Absatz 19)

„ahm dass man bei Anschaffungen irgendwie überlegt, ok, habe ich das vielleicht schon oder kann ich das irgendwie, kann ich da vielleicht was anderes nutzen, ahm, um genau eben irgendwie Dinge so lang wie möglich zu verwenden oder zu nutzen“

(221114_Transkript_für_Analyse, Absatz 49)

„wie schon gesagt geworden ist, also im Einkauf liegt wirklich ein zentraler Punkt, ja, ah dass, wo wo man da wirklich große Veränderungen nämlich, von einem großen Volumen her“

(221117_Transkript_für_Analyse, Absatz 76)

Die Mülltrennung wird vielfach als sehr selbstverständlich thematisiert:

„ich denke diese Dinge, wie ahm, also wenig Plastik verwenden, Müll trennen etc. das sind so Basis ah Aufgaben“

(221117_Transkript_für_Analyse, Absatz 13)

Auch das Thema Papier einzusparen ist präsent:

„dass ich dann sage, ja bitte beim nächsten mal wieder mitnehmen, weil es trotzdem auch papiersparender ist und und wir uns dann quasi da trotzdem ein bissl was sparen auch an Müll einsparen“

(221114_Transkript_für_Analyse, Absatz 65)

„also wir haben, wir haben eigentlich schon fast alles elektronisch mittlerweile, es wird ganz wenig ausgedruckt [...] dadurch haben wir im Gegensatz zum ersten Jahr schon ganz viel Papier sparen können“
(221117_Transkript_für_Analyse, Absatz 13)

Energiekosten (Strom, Heizung) könnten gesenkt werden:

„oder ob der Strombedarf angepasst werden kann, das in der Nacht nicht viele Standbygeräte laufen“ (221114_Transkript_für_Analyse, Absatz 47)

„Strom sparen, tun wir, dass wir teilweise in Räumlichkeiten wie z. B. die Garderobe, wo man gern einmal vergisst, dass man das Licht abdreht, da haben wir Bewegungsmelder,“
(221117_Transkript_für_Analyse, Absatz 40)

„Heizung oder Klimaanlage einschalten wenns notwendig ist also oder dann auch wieder abschalten, wenns nicht benötigt wird“
(221114_Transkript_für_Analyse, Absatz 43)

Die vorhandenen Ressourcen zu teilen, ist bereits Thema, insbesondere in Gruppe 1, in der die Teilnehmer*innen (Vertreter*innen verschiedener Gesundheitsberufe, vgl. Tabelle 1) durch den Austausch von Materialien versuchen, weniger einzukaufen:

„und Sachen wieder zu verwenden, oftmals, ja wir haben ganz viel von der Einrichtung auch über willhaben auch gekauft“
(221114_Transkript_für_Analyse, Absatz 34)

Im Bereich „Papier sparen“ sind besonders die (ungefragt zugesandten) Broschüren in einigen PVE Thema:

„dass bei uns im Wartebereich richtig viel Prospekte aufliegen und zwar von der Tageszeitung zur Wochenklatzblatt, die wir zugeschickt kriegen, zu allen möglichen, irgendwelche Pharmafirmeninfos,“
(221114_Transkript_für_Analyse, Absatz 76)

„wir kriegen eben auch ganz viel Sachen, ahm, zumindest dreifach“
(221114_Transkript_für_Analyse, Absatz 77)

„zu den Broschüren, das ist ein Wahnsinnsthema, also dieser viele Müll
der uns, mit der uns da gebracht wird die ganze Zeit. Den keiner lesen
kann oder lesen will,“ (221117_Transkript_für_Analyse, Absatz 47)

6.2.2. Besondere Herausforderungen Online-Fokusgruppe

Ein (Neben-)Ergebnis der Forschung mittels Online-Fokusgruppen ist die Erkenntnis, dass es eine deutlich andere Methode ist, als Gruppen „in Präsenz“ durchzuführen. Die Methodenbücher zur Gruppendiskussion hinken hier der Realität etwas hinterher, es gibt noch keine umfassenden Methodenbeschreibungen zur korrekten Durchführung von Online-Gruppendiskussionen. Lamnek beschreibt diese zwar, allerdings noch in einer gänzlich anderen technischen Variante, als Chatdiskussionen (vgl. 41). Kühn liefert einige Details, auf die in der Abhaltung der Online-Gruppen zurück gegriffen wurde, insbesondere was die Aktivierung der Teilnehmer*innen betrifft (vgl. 42). Im Anhang (siehe Kapitel 9.5) ist die Präsentation zu sehen, anhand der die Diskussion durchgeführt wurde. Hier sind die nötigen Gesprächsphasen, das Thema Transparenz bzw. die einzuhaltenden Gesprächsregeln angeführt.

Es sind in der Umsetzung von Online-Fokusgruppen viele zusätzliche Faktoren zu berücksichtigen: gelingt es technisch, dass alle Teilnehmer*innen gleichzeitig und störungsfrei online sind, können (oder dürfen aufgrund von Organisationsvorgaben) alle Teilnehmer*innen prinzipiell an Online-Meetings (mit dem gewählten Tool) teilnehmen, wie schafft man Vertrauen in einer Gruppe unbekannter Teilnehmer*innen, wenn Körpersprache und Mimik wegfallen. Es ist online nicht möglich, die gesamte Gruppe „wahrzunehmen“, etwa wenn ein Teil der Teilnehmer*innen das Mikrofon oder Video ausschaltet. Auch Störungen (beispielsweise von Kolleg*innen) während einer Online-Fokusgruppe sind eher möglich, als dies in einer Präsenz-Veranstaltung der Fall ist.

Um technisch gut vorbereitet zu sein, ist es sinnvoll, vorab einen Testlauf der Online-Diskussion zu machen: die Bedienung des Online-Tools sollte nicht von der eigentlichen Arbeit der Moderation ablenken. Ein solcher Testlauf wurde rund eine Woche vor den eigentlichen Fokusgruppen erfolgreich durchgeführt.

Als Online-Meeting-Tool wurde MS Teams verwendet, worüber alle Teilnehmer*innen im Vorfeld informiert wurden, der Online-Meeting-Raum wurde 20 Minuten vor Start der Diskussion geöffnet, um allen zu ermöglichen, rechtzeitig zu Beginn der Diskussion zugeschaltet zu sein.

Als großer Vorteil erwies sich in dieser Forschungsarbeit die hohe technische Kompetenz aller Teilnehmer*innen⁵. Eine Rückmeldung per Mail ergab, dass eine Person via Handy zugeschaltet war. Das wurde in der Diskussion für die anderen Teilnehmer*innen bzw. die Moderation nicht deutlich, führte jedoch zu einer eingeschränkten Verständlichkeit auf Seiten dieser Person.

Als Grundreiz wurde in Gruppe 1 eine Unterlage verwendet, die zwei A4 Seiten umfasst. Dies ist im persönlichen Austausch einfach(er) möglich, indem man kopierte Seiten austeilt.

Online ist diese Herausforderung größer, da die Teilnehmer*innen beispielsweise keinen Zugriff auf geteilte Inhalte haben (technisch via MS Teams nicht so einfach umsetzbar). Der Grundreiz (siehe Kapitel 5.2.2.3) war für beide Varianten (Präsenz und Online) zu umfangreich gewählt.

⁵ Dies ist ein Rückschluss aus der Tatsache, dass alle pünktlich und gut verständlich zugeschaltet waren.

6.2.3. Modellvorschlag „Klima- und umweltfreundliche PVE“

Basierend auf den Ergebnissen der Fokusgruppen wurde ein Modellvorschlag für eine klima- und umweltfreundliche PVE (kurz: KUP) erarbeitet. Die KUP ist die Ausformulierung der ökologischen Säule der Nachhaltigkeit (vgl. Abbildung 1), erarbeitet. Dazu wurden die Erkenntnisse aus den Fokusgruppen und die zugrundeliegenden, wesentlichen Kategorien aus der Inhaltsanalyse herangezogen.

Da PVE sich in Größe, rechtlicher Organisationsform (Offene Gesellschaft, Verein oder GmbH), Struktur (Zentrum oder Netzwerk), Teamzusammensetzung und auch in Hinblick auf die Finanzierung stark unterscheiden, werden die konkreten Maßnahmen auf dem Weg zur KUP divergieren. Welche Bausteine aber in jeder PVE enthalten sein sollten, um dem Modellvorschlag zu entsprechen, werden in Abbildung 6 dargestellt. Die jeweils in Klammer angeführten Prozessschritte (1-7) werden anschließend in Tabelle 8 detaillierter beschrieben.



Abbildung 6 – Modellvorschlag KUP

Jeder der Bausteine ist für eine KUP wichtig und auch in jeder PVE möglich: die Leitungs- bzw. Führungsebene muss sich aktiv für die Umsetzung entscheiden, eine verantwortliche Person den Prozess voran treiben. Die Mitarbeiter*innen der PVE müssen beteiligt werden, um gelingende und umsetzbare Maßnahmen festzulegen. Welche Maßnahmen in der KUP umgesetzt werden, ist dann individuell zu entscheiden.

6.2.3.1. Prozessschritte

Schritt	Detailbeschreibung	Zuständigkeit/Teilnehmer*innen
1. Kommunizierte Entscheidung der PVE-Leitung	Erster Schritt auf dem Weg zur KUP ist eine klare, transparente Entscheidung der Leitungsebene, hier einen Prozess in Gang zu setzen und diesen auch zu unterstützen (vgl. Kapitel 6.2.3.3).	Leitung der PVE (Eigentümer*innen) PV-Management
2. Festlegung einer*s KUP-Verantwortlichen	Es wird innerhalb der PVE eine verantwortliche Person festgelegt, die den Prozess steuert und die Umsetzung von Maßnahmen vorantreibt (vgl. Kapitel 6.2.3.3).	Leitung der PVE (Eigentümer*innen) PV-Management
3. Schulung der*des KUP-Verantwortlichen	Um den*die KUP Verantwortliche*n mit entsprechendem, fachlichem Know-How auszustatten, ist eine externe Schulung angezeigt (optional) (vgl. Kapitel 6.2.1.6 und 6.2.3.4).	KUP-Verantwortliche*r Externe Begleitung

Schritt	Detailbeschreibung	Zuständigkeit/Teilnehmer*innen
4. Durchführung MA-Workshop(s) zur Ideengenerierung	Um Mitarbeiter*innen der PVE gut in den Prozess einzubinden und ihre Ideen abzuholen, ist die Durchführung eines MA-Workshops (bei großen Teams oder hohem Interesse auch mehrere) sinnvoll (vgl. Kapitel 6.2.1.7)	KUP-Verantwortliche*r Mitarbeiter*innen der PVE
5. Abgleich der Ideen mit externer Checkliste sinnvoller Maßnahmen	Die gesammelten Ideen müssen auf Sinnhaftigkeit, Wirksamkeit und Umsetzbarkeit überprüft werden. Um Ressourcen zu schonen, könnte hier eine fertige (extern validierte) Checkliste unterstützen (vgl. Kapitel 6.2.1.6 und 6.2.3.5). Auch die externe Begleitung sollte hier unterstützend tätig sein, sodass nicht jede PVE die eigenen Ideen neu überprüfen muss.	KUP-Verantwortliche*r Externe Begleitung

Schritt	Detailbeschreibung	Zuständigkeit/Teilnehmer*innen
6. Entscheidung für Maßnahmen	Zum Ende des Prozesses gibt es eine Liste mit (möglichen) Maßnahmen über die die PVE Leitung entscheiden muss und die dann in die Umsetzung gebracht werden.	Leitung der PVE (Eigentümer*innen) (PV Management) KUP-Verantwortliche*r
7. Umsetzungsphase	Die ausgewählten Maßnahmen werden laufend umgesetzt.	Gesamtes PVE Team
8. Zertifikat/Audit/Gütesiegel	Am Ende des Prozesses inkl. der Umsetzungsphase könnte ein extern vergebenes Zertifikat/Gütesiegel stehen. (optional)	KUP-Verantwortliche*r Externe Expertenorganisation

Tabelle 8 – Beschreibung der Prozessschritte zu einer Klima- und Umweltfreundlichen PVE (KUP)

6.2.3.2. *Wesentliche Kategorien*

In den folgenden Kapiteln werden jene Kategorien, die in der Analyse als besonders relevant für die KUP identifiziert werden konnten, detaillierter beschrieben. In Tabelle 9 werden diese Kategorien zusammengefasst dargestellt.

Kategorien	Anzahl Textstellen
Rahmenbedingungen	212
Besitzverhältnisse/Gebäude	12
Führung/Vorbild	10
Verantwortlichkeit	11
Dranbleiben	15
Nicht-Wissen	22
Fortbildung	6
rasche Umsetzbarkeit	8
Widerstände	16
Gegenseitige Motivation	14
Checkliste	11
Austausch	28
intern	12
extern	16
Einbezug von Patient*innen	22

Tabelle 9 – Wesentliche Kategorien der Inhaltsanalyse (Modellvorschlag)

6.2.3.3. *Rahmenbedingungen*

Für eine KUP braucht es externe Begleitung und Beratung durch Expert*innen aus dem Bereich Umwelt- oder Klimaschutz. Idealerweise kann diese Begleitung bereits vor Projektstart eingebunden werden, da zu diesem Zeitpunkt Gebäude- und Besitzverhältnisse festgelegt werden und diese im laufenden Betrieb großen Einfluss auf ökologisch nachhaltige Arbeitsweisen ausüben und daher frühzeitig berücksichtigt werden müssen:

„ich seh schon, also bei uns seh ich schon ah viele Limitierungen, das was schon teilweise gekommen ist, rein durch das Gebäude, in dem

sich die Arztpraxis, das PVE befindet“
(221117_Transkript_für_Analyse, Absatz 45)

„Und die eine Ordination und die Behandlungsräume haben kein Fenster. und da, das hat im Sommer, erstens eine Luft und zweitens eine Temperatur die nicht zum aushalten ist“
(221117_Transkript_für_Analyse, Absatz 59)

„angefangen von von Heizung auf die man keinen Einfluss hat,“
(221117_Transkript_für_Analyse, Absatz 45)

Das Thema Nachhaltigkeit wird als Führungsthema gesehen, Entscheidungen müssen durch die wesentlichen Entscheidungsträger*innen innerhalb einer PVE mitgetragen und vorbildhaft umgesetzt werden:

„ich denke, da ein absolutes Topthema, das man auch einfach leben muss und vorbildlich leben kann. und auch hier eine Vorreiterrolle machen kann“ (221117_Transkript_für_Analyse, Absatz 13)

„wesentlich und wichtig ist auch die die die Funktion der, der Führung in der, in der PVE“ (221117_Transkript_für_Analyse, Absatz 50)

Das Führungsthema wurde spannenderweise nur in Gruppe 2 angesprochen, jene Gruppe, in der auch Personen, die eine PVE leiten, teilnahmen. In Gruppe 1, in der ausschließlich Mitarbeiter*innen als Teilnehmer*innen diskutiert haben, kam Führung als Thema nicht auf.

Diese Gruppe hatte jedoch die Vorstellung zumindest einer Verantwortlichkeit, in Form einer Person, der*die an dem Thema dranbleibt:

„ich kann mir auch vorstellen, dass in dem Kontext so eine Art nachhaltiger, also Nachhaltigkeitsbeauftragter oder beauftragte voll Sinn machen würde“ (221114_Transkript_für_Analyse, Absatz 89)

„das da wirklich eine Person dann quasi auch dafür zuständig ist, und im Team das auch immer wieder bespricht oder auch immer wieder daran erinnert“ (221114_Transkript_für_Analyse, Absatz 94)

6.2.3.4. Vorgehen

Angelehnt an die Einführung Betrieblicher Gesundheitsförderung (vgl. 185) ist im Prozess zur KUP (vgl. Tabelle 8) ein klarer Ablaufplan vorgesehen. Zuerst entscheidet sich die Leitung der PVE dafür, hier Schritte zu setzen, danach folgen die Festlegung von Verantwortlichkeiten und (ein oder mehrere) Mitarbeiter*innen-Workshop(s) zur Ideengenerierung in Bezug auf mögliche Umsetzungsmaßnahmen (vgl. Abbildung 6).

Das Thema des fehlenden Wissens kam in den Fokusgruppen immer wieder zur Sprache (siehe Kapitel 6.2.1.6), hier könnte mit Schulungen der (Verantwortlichen in den) PVE-Teams durch externe Expert*innen aus dem Bereich Umwelt- oder Klimaschutz für die nötige Sicherheit gesorgt werden, dass die gesetzten Aktivitäten auch wirklich sinnvoll sind:

„dass man sehr wohl sowas wie eine Art Schulung oder so ein, ahm, aufmerksam machen keit machen: Achtung, wir wollen auch darauf Wert legen, wir wollen auch darauf achten, was ist dabei wichtig?“
(221117_Transkript_für_Analyse, Absatz 45)

Um das Team motiviert zu halten, wären Quick-wins, rasche Umsetzbarkeit und auch sichtbare Erfolge wesentliche Faktoren:

„was möchte man z. B. als Erstes machen, ahm, was ist eher dringend oder was ist einfacher ah zu machen“
(221114_Transkript_für_Analyse, Absatz 93)

Mit Widerständen aller Art ist zu rechnen, hier gilt es, auf diese einzugehen und sie abzubauen:

„wo auf das einfach irgendwie, wo das einfach, ja, den Leuten irgendwie bewusst gemacht wird, dass das sinnvoll und zweckmäßig ist, ah, dass das gemacht werden soll und nicht nur eine lästige zusätzliche Mehrarbeit.“ (221117_Transkript_für_Analyse, Absatz 28)

„dass wir, dass wir also sehr sehr viele Dinge so unter dem Obertitel "es geht halt nicht anders", ja, wir können halt nur Einmalmaterialien verwenden, wir müssen das alles ausdrucken, dass es da so gewisse Geschichten gibt, das geht nicht anders und ich denke mir, ah es geht natürlich in vielen Bereichen schon anders“
(221117_Transkript_für_Analyse, Absatz 9)

Ebenso wie Widerstände werden sich aber auch unterstützende Faktoren finden, insbesondere die gegenseitige Motivation und das Verständnis im PVE-Team füreinander ist nicht zu unterschätzen:

„ich glaub wenn man, wenn eine gute Atmosphäre im Team ist, dann ist das eh normal kein Problem, aber ich glaub, dass man da sich, ja, manchmal nicht fragen traut vielleicht und das einfach unterstützend ist, wenn man es immer wieder einmal sagt: borg dir was aus oder darf ich einmal bei dir schauen“ (221114_Transkript_für_Analyse, Absatz 72)

„aber immer wieder das ganze Team auch da zu sensibilisieren, wieviel wir da gemeinsam dazu beitragen können, ich, glaub ich, ist in der Arbeit auf jeden Fall wichtig“ (221117_Transkript_für_Analyse, Absatz 17)

6.2.3.5. *Checkliste*

Formuliert wurde der Wunsch nach einer Checkliste (jedoch ohne nähere Konkretisierung des Inhalts), die die PVE nur noch abarbeiten muss.

„ich denke mir, wenn es da gewisse Strukturen gibt, wäre das hilfreich, ah, dass man da so eine ein Checkbuch hat, was ist eigentlich möglich, was ist umsetzbar und was ist wünschenswert.“
(221117_Transkript_für_Analyse, Absatz 9)

„so eine No-Go oder Todo Liste oder ein Indikationsblatt oder eine Checkliste, für PVEs“ (221117_Transkript_für_Analyse, Absatz 34)

Dieser Wunsch ist sicherlich der stark getakteten Arbeitszeit und dem ständigen Patient*innenandrang geschuldet, häufig bleibt keine Zeit sich zusätzliche Themen intensiv zu erarbeiten:

„ah ja, da ist es dann halt Zeitaufwand es ist auch finanzieller Aufwand eben, sich da generell zu beschäftigen und ähm und ich denke, dass das auch ein Hinderungsgrund für kleinere Einheiten sein kann oder auch für kleinere Praxen eben“ (221114_Transkript_für_Analyse, Absatz 17)

„das ist oft, scheitert dann an an Zeitressourcen, also ich kann mir nicht vorstellen, dass bei uns irgendwer dafür auch noch Zeit nehmen könnte, irgendwelche Projekte umsetzen, weil wir so im Alltag schwimmen und das ist halt schade“ (221114_Transkript_für_Analyse, Absatz 108)

Konzepte und Vorgangsweisen gibt es aus anderen Bereichen zur Genüge (etwa in Form von Corporate Social Responsibility (vgl. 186), aber die Übersetzung und Machbarkeit für eine kleine Organisation im öffentlichen Gesundheitswesen, wie eine PVE es ist, fehlt noch. Einen ersten Schritt in diese Richtung stellt der unveröffentlichte Projektbericht des IfGP (2022) dar (18). Er müsste veröffentlicht, anschließend bekannt gemacht und evtl. stärker in Richtung „Checkliste“ verändert werden.

6.2.3.6. Austausch

Ein Punkt, der allen Gesprächspartner*innen wichtig war und in unterschiedlichen Kontexten genannt wurde, war der „Austausch“. Für Eigentümer*innen oder Mitarbeiter*innen in interdisziplinären Teams ist dieser Punkt sicherlich immer, auch in anderen Zusammenhängen, wichtig. Regelmäßiger, strukturierter Austausch innerhalb der PVE sorgt beispielsweise für gute Qualität in der Patient*innenversorgung. Aber auch im Bereich der Nachhaltigkeit spielt die Austauschmöglichkeit – intern im Team, aber auch extern mit anderen PVE oder Partner*innen in einem Netzwerk – eine Rolle:

„nachhaltig kann auch bezogen auf Wissen sein, also vorhandenes Wissen nutzen, ähm, dass ich auf eine Fortbildung gehe z. B. und nachher im Forum von meinen Kolleginnen z. B. mein Wissen weiter teile“ (221114_Transkript_für_Analyse, Absatz 34)

„genau, dass man z. B. auch einmal eine Teamsitzung her nimmt um wirklich einmal nur über Nachhaltigkeit z. B. zu sprechen, genau“ (221114_Transkript_für_Analyse, Absatz 93)

„ich finde so im Allgemeinen, solche Gruppen, so wie wir heute waren, ahm, einfach über ein Thema reden, ahm, eher niederschwellig, jeder kann was dazu sagen, um zu schauen wie sind, wie läuft es in den anderen PVEs, oder wie läuft es sogar bei manchen zuhause oder wie auch immer, ist sehr wertvoll weil man da einfach sehr viel davon lernen kann.“ (221114_Transkript_für_Analyse, Absatz 101)

„aber vielleicht könnte man ja vermeiden, dass sich jedes PVE oder jeder Arzt extra hinsetzen muss“ (221117_Transkript_für_Analyse, Absatz 30)

„es ist jetzt da ganz viel, ganz viel passiert. Ich nehme mir ganz viel mit, dieser Austausch ist extrem wertvoll.“ (221117_Transkript_für_Analyse, Absatz 81)

Unter Austausch könnte auch die Kommunikation in Richtung Patient*innen verstanden werden, da diese ebenfalls als wichtige Partner*innen in den Diskussionen vorkommen:

„dadurch haben wir im Gegensatz zum ersten Jahr schon ganz viel Papier sparen können und ah, und auch um, ein Umdenken ist da eingesetzt, und man kann da mit den Patienten das eigentlich sehr gut kommunizieren“ (221117_Transkript_für_Analyse, Absatz 13)

„wir versuchen das nach außen zu geben, geben wir es auch an die Patienten weiter, sind wir Multiplikatoren überall hin,“ (221117_Transkript_für_Analyse, Absatz 51)

Hier gilt es aber sensibel vorzugehen, und darauf Rücksicht zu nehmen, dass Patient*innen ja aus einem bestimmten Grund in die PVE kommen:

„weil ich finds eigentlich sogar ein bisschen übergriffig, wenn ich, wenn eben ein Patient oder eine Patientin zu mir kommt und das eigentlich, jetzt nicht wirklich was mit dem Thema Nachhaltigkeit zu tun hat, das ist ja nicht der primäre Punkt, warum die zu mir kommen“
(221114_Transkript_für_Analyse, Absatz 99)

In den Fokusgruppen ist Zurückhaltung spürbar, sobald es die Kommunikation in Bezug auf Nachhaltigkeit in Richtung Patient*innen betrifft:

„Es gibt aber auch Punkte, die in mir voll den Widerstand ah produzieren, also gerade alles was irgendwie mit dem Thema zu tun hat, Klimabewusstsein bei Patientinnen zu schaffen“
(221114_Transkript_für_Analyse, Absatz 95)

Dies sollte ernstgenommen werden, da es bereits bei der (angenommenen) Positiv-Selektion der Diskutant*innen zu Bedenken kam.

7. DISKUSSION

Sowohl in der Literatur als auch in den Fokusgruppen zeigte sich, dass der Begriff Nachhaltigkeit einerseits nicht einheitlich verstanden wird, andererseits auf mehreren Aspekten aufbaut. Für eine „Nachhaltige PVE“ müsste das TBL-Modell konsequent angewendet werden und alle drei Säulen in ein Gleichgewicht gebracht werden (vgl. 7). Dass dies ein tragfähiges Modell sein könnte, zeigte sich sowohl in der Literaturrecherche als auch in den Fokusgruppen. Hier wären nun weitere Schritte zu setzen. Es gibt jedenfalls Hinweise, dass Eigentümer*innen hierfür bereit sind:

„Nachhaltigkeit ist für mich, eigentlich also primär jetzt jetzt in der PVE, eigentlich immer nur gewesen, ah, eine eine Primärversorgungseinheit aufzubauen, die mich überlebt sozusagen und die dann nachhaltig dann bleibt“ (221117_Transkript_für_Analyse, Absatz 13)

Der Diskurs darüber, wie ökologische, ökonomische und soziale Nachhaltigkeit sich innerhalb einer PVE ausgewogen verbinden können, sollte daher fortgesetzt werden.

7.1. Offene Punkte in der Forschung

Aus den Erkenntnissen der Literaturrecherche (vgl. Kapitel 6.1.3) könnte man schließen, dass der Aspekt der ökologischen Nachhaltigkeit im Bereich der Primärversorgung keine Relevanz hat. Deutlich wurde jedoch bereits in der Erarbeitung der Begriffsdefinition (vgl. Kapitel 4.3), dass Nachhaltigkeit – je nach Wissenschaftsdisziplin – unterschiedliche Aspekte umfassen kann. Die verwendeten Suchmaschinen PubMed und Cochrane sind auf den Bereich der Medizin spezialisiert. Hier könnte man in weiterer Folge andere Suchmaschinen heranziehen, die durch ihre Ausrichtung ein breiteres Spektrum an Wissenschaftsdisziplinen abdecken. Auch die Übersetzung von Nachhaltigkeit ins englische „sustainability“ oder „sustainable“ wäre in einem nächsten Schritt weiter zu entwickeln. Der Bereich der ökologischen Nachhaltigkeit – wenn man diesen Aspekt speziell beleuchten wollte – wäre möglicherweise mit anderen Suchbegriffen, z. B. climate change (dt. Klimawandel) oder „eco-friendly“ (dt. umweltfreundlich) besser abzudecken.

Der für die Kategorisierung hinzugefügte Aspekt der Gesundheit (siehe Kapitel 6.1.2) findet sich in der Literatur zum 3-Säulen-Modell kaum. Als Randnotiz taucht er auf bei Alhaddi (7) innerhalb des sozialen Aspekts auf:

„The idea is that these practices provide value to the society [...] Examples of these practices may include fair wages und providing health care coverage”.

Gesundheit kann auch als existentielle Notwendigkeit verstanden werden, ohne die Teilhabe gar nicht möglich ist: „Dazu zählen etwa das Leben selbst, körperliche Unversehrtheit, Gesundheit, Sicherheit [...]“ (187). Hier könnte Forschung anschließen, um das Verhältnis der TBL zum Aspekt Gesundheit intensiver zu diskutieren.

7.2. Offene Punkte in der Praxis

Aktuell gibt es das Bestreben das österreichische Gesundheitswesen insgesamt klimaneutral zu gestalten. Ein konkreter Schritt auf diesem Weg ist die Gründung einer eigenen Abteilung an der Gesundheit Österreich GmbH: das Kompetenzzentrum Klima & Gesundheit, dessen Ziel „die Erarbeitung nachhaltiger Strategien für das Gesundheitssystem sowie wissenschaftlicher Inhalte und Datengrundlagen für die Entwicklung gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen“ ist (188). In dieser Abteilung wurde im Herbst 2022 ein Projekt gestartet, das Gesundheitseinrichtungen, auch PVE, dabei unterstützen soll „klimafreundlich“ zu werden. Dieses Projekt befand sich zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Masterarbeit in einer ersten Projektphase, sodass Praxisnähe, Umsetzungsschritte oder Evaluierungsergebnisse noch nicht in einfließen konnten.

Die vorliegende Masterarbeit kann ein Input für die Abteilung, die Plattform Primärversorgung und alle interessierten PVE sein, wie sie sich auf dem Weg zur Klimaneutralität oder -positivität entwickeln können. Die Rolle der Patient*innen bzw. wichtiger Stakeholder (in der qualitativen Forschung nicht inkludiert, siehe Kapitel 5.2.2.1) wäre hier noch zu beleuchten.

Der Modellvorschlag sollte diskutiert, erweitert, verbessert und gern auch umgesetzt werden. Die Frage der Finanzierung darf hierbei nicht offen gelassen werden. PVE

müssen zum Teil hohe Patient*innenzahlen bewältigen, sodass im Alltag zusätzliche Projekte oder Anliegen häufig aus Zeitmangel nicht umgesetzt werden. Zusätzliche (Personal-)Ressourcen könnten hier neue Spielräume schaffen.

8. LITERATURVERZEICHNIS

1. WHO. Environmentally sustainable health systems: a strategic document [Internetquelle]. Genf: World Health Organization. [zuletzt aufgerufen am: 02.03.2023]. Aufrufbar unter: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340375/WHO-EURO-2017-2241-41996-57723-eng.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
2. BMSGKP. Definition Primärversorgung [Internetquelle]. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. [zuletzt aufgerufen am: 10.11.2022]. Aufrufbar unter: <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitspolitik.html>
3. Czypionka T, Ulinski S. Primärversorgung. Wien: Institut für Höhere Studien (IHS); 2014.
4. Grober U. Die Entdeckung der Nachhaltigkeit. München: Antje Kunstmann GmbH; 2010.
5. Zuberbühler C, Weiss C. Nachhaltigkeit <> Gerechtigkeit. München: oekom; 2017.
6. Stolze F, Petric A. Nachhaltigkeit für Einsteiger. München: oekom; 2016.
7. Alhaddi H. Triple Bottom Line and Sustainability: A Literature Review. Business and Management Studies. 2015;1.
8. Lexikon. Nachhaltigkeitsdefinition - deutsche Übersetzung [Internetquelle]. Aachen: Aachener Stiftung Kathy Beys. [zuletzt aufgerufen am: 02.03.2023]. Aufrufbar unter: https://www.nachhaltigkeit.info/artikel/brundtland_report_563.htm
9. Grunwald A, Kopfmüller J. Nachhaltigkeit. 3. aktualisierte und erweiterte Auflage ed. Frankfurt am Main: Campus Verlag; 2022.
10. Moore J, Mascarenhas A, Bain J, Straus S. Developing a comprehensive definition of sustainability. Implementation Science. 2017;12:110.
11. Elkington J. Cannibals with forks - Triple bottom line of 21st century business. Stoney Creek: New Society Publishers; 1997.
12. Elkington J. Enter the triple bottom line [Internetquelle]. London: Eigenverlag. [zuletzt aufgerufen am: 07.11.2022]. Aufrufbar unter: <https://www.johnelkington.com/archive/TBL-elkington-chapter.pdf>
13. UN. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development [Internetquelle]. New York: United Nations - Department of Economic and Social Affairs. [zuletzt aufgerufen am: 13.12.2022]. Aufrufbar unter: <https://sdgs.un.org/2030agenda>
14. SDG. Transformation unserer Welt [Internetquelle]. Wien: SDG Watch. [zuletzt aufgerufen am: 02.03.2023]. Aufrufbar unter: <https://sdgwatch.at/de/ueber-sdgs/>
15. UN. Sustainable Development Goals [Internetquelle]. New York: Department of Economic and Social Affairs. [zuletzt aufgerufen am: 13.12.2022]. Aufrufbar unter: <https://sdgs.un.org/goals>
16. Hone T, Macinko J, Millett C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? Lancet. 2018;392(10156):1461-72.
17. Haas W, Weisz U, Pelikan JM, Schmied H, Himpelmann M, Purzner K, et al. Das nachhaltige Krankenhaus [Internetquelle]. Wien: Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie. [zuletzt aufgerufen am: 30.01.2023]. Aufrufbar unter: https://nachhaltigwirtschaften.at/resources/fdz_pdf/endbericht_0912_nachhaltige_krankenhaus.pdf

18. IfGP. Planetary Health: Klima & Gesundheit: gesammelte Infosheets zu möglichen Ansatzpunkten in PVE's. Graz: Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH. [unveröffentlichter Projektbericht]. 2022.
19. Kringos DS. The strength of primary care in Europe [Internetquelle]. Utrecht: Netherlands Institute for Health Services Research. [zuletzt aufgerufen am: 30.01.2023]. Aufrufbar unter: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Proefschrift-Dionne-Kringos-The-strength-of-primary-care.pdf>
20. BMG. Das Team rund um den Hausarzt [Internetquelle]. Wien: Bundesministerium für Gesundheit. [zuletzt aufgerufen am: 30.01.2023]. Aufrufbar unter: <https://docplayer.org/130583-Das-team-rund-um-den-hausarzt.html>
21. GÖG. PVE Landkarte [Internetquelle]. Wien: Gesundheit Österreich GmbH. [zuletzt aufgerufen am: 15.12.2022]. Aufrufbar unter: <https://primaerversorgung.gv.at/standorte-pve-landkarte>
22. GÖG. Plattform Primärversorgung - Projektbeschreibung [Internetquelle]. Wien: Gesundheit Österreich GmbH. [zuletzt aufgerufen am: 10.11.2022]. Aufrufbar unter: <https://primaerversorgung.gv.at/das-projekt>
23. BKA. Start der neuen "Plattform Primärversorgung" [Internetquelle]. Wien: Bundeskanzleramt. [zuletzt aufgerufen am: 10.11.2022]. Aufrufbar unter: <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/eu-aufbauplan/aktuelles/start-der-neuen-plattform-primaerversorgung.html>
24. BMSGKP. Projektförderung PVE - Förderungsrichtlinie für den österreichischen Aufbau- und Resilienzplan gemäß VO 2021/241 [Internetquelle]. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. [zuletzt aufgerufen am: 30.01.2023]. Aufrufbar unter: https://primaerversorgung.gv.at/sites/default/files/2022-09/Sonderrichtlinie_Projekt%C3%B6rderungen_PVE_%28Typ_B%29.pdf
25. BMSGKP. Mehr Gesundheit durch eine gestärkte Primärversorgung [Internetquelle]. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. [zuletzt aufgerufen am: 10.11.2022]. Aufrufbar unter: [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Mehr-Gesundheit-durch-eine-gestaerkte-Primaerversorgung.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Mehr-Gesundheit-durch-eine-gestaerkte-Primaerversorgung.html)
26. BMSGKP. Primärversorgung [Internetquelle]. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. [zuletzt aufgerufen am: 13.12.2022]. Aufrufbar unter: <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitspolitik.html>
27. BKA. Umsetzung der Agenda 2030 [Internetquelle]. Wien: Bundeskanzleramt. [zuletzt aufgerufen am: 19.12.2022]. Aufrufbar unter: <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/nachhaltige-entwicklung-agenda-2030/implementierung.html>
28. BKA. Nachhaltige Entwicklung - Agenda 2030 / SDGs [Internetquelle]. Wien: Bundeskanzleramt. [zuletzt aufgerufen am: 15.12.2022]. Aufrufbar unter: <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/nachhaltige-entwicklung-agenda-2030.html>
29. BMEIA. Sustainable Development Goals (SDG) [Internetquelle]. Wien: Bundesministerium Europäische und Internationale Angelegenheiten. [zuletzt aufgerufen am: 15.12.2022]. Aufrufbar unter: <https://www.bmeia.gv.at/ministerium/aktuelles/sustainable-development-goals-sdg/>
30. BMBWF. UN-Agenda 2030: Die globalen Nachhaltigkeitsziele / SDGs im Bereich Bildung [Internetquelle]. Wien: Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung. [zuletzt

aufgerufen am: 15.12.2022]. Aufrufbar unter:

<https://www.bmbwf.gv.at/Themen/euint/ikoop/bikoop/sdgs.html>

31. BMSGKP. Gesundheitsziele [Internetquelle]. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. [zuletzt aufgerufen am: 19.12.2022]. Aufrufbar unter: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Steuerung/Gesundheitsziele.html>
32. BMK. Agenda 2030 [Internetquelle]. Wien: Bundesministerium für Klimaschutz, Umwelt, Energie, Mobilität, Innovation und Technologie. [zuletzt aufgerufen am: 15.12.2022]. Aufrufbar unter: https://www.bmk.gv.at/themen/klima_umwelt/agenda2030.html
33. BKA. SDGs AnsprechpartnerInnen in den Bundesministerien [Internetquelle]. Wien: Bundeskanzleramt. [zuletzt aufgerufen am: 15.12.2022]. Aufrufbar unter: https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:b5521edd-5b1e-4862-8850-742427d1a8c2/vorlageliste_ansprechpersonen_agenda_2030_august_2022.pdf
34. BNT. SDG-Aktionsplan 2019+ [Internetquelle]. Wien: Bundesministerium für Nachhaltigkeit und Tourismus. [zuletzt aufgerufen am: 27.09.2022]. Aufrufbar unter: https://www.bmk.gv.at/dam/jcr:a9ce4b82-3f2e-4e24-9083-fb391be8c450/SDG_Aktionsplan2019.pdf
35. Ökobüro. 2. SDG Dialogforum Österreich [Internetquelle]. Wien: SDG Watch Austria. [zuletzt aufgerufen am: 15.12.2022]. Aufrufbar unter: https://sdgwatch.at/files/1259/einladung_sdg_dialogforum_2022.pdf
36. BMSGKP. Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene - Zielsteuerung Gesundheit [Internetquelle]. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. [zuletzt aufgerufen am: 30.01.2023]. Aufrufbar unter: https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:ae2cd2c2-dc03-44ba-9a15-47826081189f/ZV_unterfertigt.pdf
37. Pubmed. Eigenbeschreibung der Datenbank [Internetquelle]. Rockwill Pike: National Library of Medicine. [zuletzt aufgerufen am: 27.09.2022]. Aufrufbar unter: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/>
38. Cochrane. Eigenbeschreibung der Datenbank [Internetquelle]. London: Cochrane. [zuletzt aufgerufen am: 27.09.2022]. Aufrufbar unter: <https://www.cochrane.org/evidence>
39. BMSGKP. Primärversorgung (Primary Health Care) [Internetquelle]. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. [zuletzt aufgerufen am: 13.12.2022]. Aufrufbar unter: <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/glossar/primaerversorgung-primary-health-care/>
40. Flick U. Qualitative Sozialforschung. Reinbeck bei Hamburg: Rowohl Taschenbuchverlag; 2021.
41. Lamnek S. Gruppendiskussion. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage 2005 ed. Weinheim und Basel: Beltz Verlag; 2005.
42. Kühn T. Gruppendiskussionen : Ein Praxis-Handbuch. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2018.
43. Ghebreyesus TA, Fore H, Birtanov Y, Jakab Z. Primary health care for the 21st century, universal health coverage, and the Sustainable Development Goals. Lancet. 2018;392(10156):1371-2.
44. Gray R, Sanders C. A reflection on the impact of COVID-19 on primary care in the United Kingdom. J Interprof Care. 2020;34(5):672-8.

45. Tracy MC, Thompson R, Muscat DM, Bonner C, Hoffmann T, McCaffery K, et al. Implementing shared decision-making in Australia. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes.* 2022;171:15-21.
46. Salah H, Mataria A, Wajid G, Mandil A, Hamadeh G, Osman M, et al. Promoting family practice-based model of care: the role of WHO's professional diploma in family medicine in the Eastern Mediterranean Region. *East Mediterr Health J.* 2021;27(8):743-4.
47. Pons-Vigués M, Berenguera A, Coma-Auli N, March S, Pombo H, Masluk B, et al. Qualitative evaluation of a complex intervention to implement health promotion activities according to healthcare attendees and health professionals: EIRA study (phase II). *BMJ Open.* 2019;9(3):e023872.
48. Ali PA, Salway S, Such E, Dearden A, Willox M. Enhancing health literacy through co-design: development of culturally appropriate materials on genetic risk and customary consanguineous marriage. *Prim Health Care Res Dev.* 2019;20:e2.
49. Peñalva G, Fernández-Urrusuno R, Turmo JM, Hernández-Soto R, Pajares I, Carrión L, et al. Long-term impact of an educational antimicrobial stewardship programme in primary care on infections caused by extended-spectrum β -lactamase-producing *Escherichia coli* in the community: an interrupted time-series analysis. *Lancet Infect Dis.* 2020;20(2):199-207.
50. Olde-Rikkert MG, Long JF, Philp I. Development and evidence base of a new efficient assessment instrument for international use by nurses in community settings with older people. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(9):1180-3.
51. Poore P. Availability of quality vaccines: policies of a non-government organization. *Vaccine.* 1992;10(13):958-60.
52. Stamps TJ. Who really cares for Africa? *World Health Forum.* 1993;14(1):34-6.
53. Martínez Cía N, Pérez Pérez M, Heras-Mosteiro J, Gutiérrez Ávila G, Díaz-Olalla JM, Ruiz-Giménez Aguilar JL. [Agreements and disagreements between community health and the Spanish health system. *SESPAS Report 2018*]. *Gac Sanit.* 2018;32 Suppl 1:17-21.
54. Probst HB, Brostrøm S. [Danish influence on global health]. *Ugeskr Laeger.* 2019;181(32):V04190214.
55. Trindade I. [Periarticular Corticosteroid Injection in the Therapeutic Approach of Musculoskeletal Disease in General Practice: A systematic Review]. *Acta Med Port.* 2015;28(5):652-62.
56. Valls Pérez B, Calderón Larrañaga S, March Cerdà JC, Oltra Rodríguez E. [Training in community health: challenges, threats and opportunities. *SESPAS Report 2018*]. *Gac Sanit.* 2018;32 Suppl 1:82-5.
57. Martín-Borràs C, Giné-Garriga M, Puig-Ribera A, Martín C, Solà M, Cuesta-Vargas AI. A new model of exercise referral scheme in primary care: is the effect on adherence to physical activity sustainable in the long term? A 15-month randomised controlled trial. *BMJ Open.* 2018;8(3):e017211.
58. Vrdoljak D, Petric D. A proposal for enhancement of research capacities in Croatian general practice. *Acta Med Acad.* 2013;42(1):71-9.
59. Lwembe S, Green SA, Tanna N, Connor J, Valler C, Barnes R. A qualitative evaluation to explore the suitability, feasibility and acceptability of using a 'celebration card' intervention in primary care to improve the uptake of childhood vaccinations. *BMC Fam Pract.* 2016;17:101.
60. Gregório J, Cavaco A, Velez Lapão L. A scenario-planning approach to human resources for health: the case of community pharmacists in Portugal. *Hum Resour Health.* 2014;12:58.

61. Mangoud AM. A village seizes the reins of health care. *World Health Forum*. 1996;17(3):253-6.
62. Vollenweider D, Frei A, Steurer-Stey C, Garcia-Aymerich J, Puhan M. Antibiotics for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018(10):CD010257.
63. Kuhle S, Hoffmann D, Mitra S, Urschitz M. Anti-inflammatory medications for obstructive sleep apnoea in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020(1):CD007074.
64. De Paor M, O'Brien K, Fahey T, Smith SM. Antiviral agents for infectious mononucleosis (glandular fever). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016(12):CD011487.
65. van der Plas AG, Onwuteaka-Philipsen BD, Vissers KC, Deliens L, Jansen WJ, Francke AL. Appraisal of cooperation with a palliative care case manager by general practitioners and community nurses: a cross-sectional questionnaire study. *J Adv Nurs*. 2016;72(1):147-57.
66. Uusitupa M, Tuomilehto J, Puska P. Are we really active in the prevention of obesity and type 2 diabetes at the community level? *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2011;21(5):380-9.
67. Saric J, Kiefer S, Peshkatari A, Wyss K. Assessing the Quality of Care at Primary Health Care Level in Two Pilot Regions of Albania. *Front Public Health*. 2021;9:747689.
68. Van-der-Roest H, Wenborn J, Pastink C, Dröes R, Orrell M. Assistive technology for memory support in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017(6):CD009627.
69. Zielinski A, Halling A. Association between age, gender and multimorbidity level and receiving home health care: a population-based Swedish study. *BMC Res Notes*. 2015;8:714.
70. Glenton C, Colvin C, Carlsen B, Swartz A, Lewin S, Noyes Jea. Barriers and facilitators to the implementation of lay health worker programmes to improve access to maternal and child health: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013(10):CD010414.
71. Kew K, Nashed M, Dulay V, Yorke J. Cognitive behavioural therapy (CBT) for adults and adolescents with asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016(9):CD011818.
72. Moore P, Rivera S, Bravo-Soto G, Olivares C, Lawrie T. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018(7):CD003751.
73. Norberg M, Blomstedt Y, Lönnberg G, Nyström L, Stenlund H, Wall S, et al. Community participation and sustainability--evidence over 25 years in the Västerbotten Intervention Programme. *Glob Health Action*. 2012;5:1-9.
74. Claramita M, Setiawati EP, Kristina TN, Emilia O, van der Vleuten C. Community-based educational design for undergraduate medical education: a grounded theory study. *BMC Med Educ*. 2019;19(1):258.
75. McCabe C, McCann M, Brady A. Computer and mobile technology interventions for self-management in chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017(5):CD011425.
76. Queder A, Arnold C, Wensing M, Poß-Doering R. Contextual factors influencing physicians' perception of antibiotic prescribing in primary care in Germany - a prospective observational study. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):331.
77. Brenzel L, Young D, Walker DG. Costs and financing of routine immunization: Approach and selected findings of a multi-country study (EPIC). *Vaccine*. 2015;33 Suppl 1:A13-20.

78. Gogvadze K, Chikovani I, Gaberi C, Maceira D, Uchaneishvili M, Chkhaidze N, et al. Costs of routine immunization services in Moldova: Findings of a facility-based costing study. *Vaccine*. 2015;33 Suppl 1:A60-5.
79. Horvat L, Horey D, Romios P, Kis-Rigo J. Cultural competence education for health professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014(5):CD009405.
80. Attridge M, Creamer J, Ramsden M, Cannings-John R, Hawthorne K. Culturally appropriate health education for people in ethnic minority groups with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014(9):CD006424.
81. Spencer S, Johnson P, Smith I. De-escalation techniques for managing non-psychosis induced aggression in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018(7):CD012034.
82. Wollersheim BM, van Asselt KM, van der Poel HG, van Weert H, Hauptmann M, Retèl VP, et al. Design of the PROstate cancer follow-up care in Secondary and Primary hEalth Care study (PROSPEC): a randomized controlled trial to evaluate the effectiveness of primary care-based follow-up of localized prostate cancer survivors. *BMC Cancer*. 2020;20(1):635.
83. Røsstad T, Garåsen H, Steinsbekk A, Sletvold O, Grimsmo A. Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:121.
84. Mead E, Brown T, Rees K, Azevedo L, Whittaker V, Jones Dea. Diet, physical activity and behavioural interventions for the treatment of overweight or obese children from the age of 6 to 11 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017(6):CD012651.
85. Bräutigam-Ewe M, Lydell M, Månsson J, Johansson G, Hildingh C. Dietary advice on prescription: experiences with a weight reduction programme. *J Clin Nurs*. 2017;26(5-6):795-804.
86. Janjua S, Banchoff E, Threapleton C, Prigmore S, Fletcher J, Disler R. Digital interventions for the management of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021(4):CD013246.
87. Pihlajamäki J, Männikkö R, Tilles-Tirkkonen T, Karhunen L, Kolehmainen M, Schwab U, et al. Digitally supported program for type 2 diabetes risk identification and risk reduction in real-world setting: protocol for the StopDia model and randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2019;19(1):255.
88. Simić S, Milićević MS, Matejić B, Marinković J, Adams O. Do we have primary health care reform? The story of the Republic of Serbia. *Health Policy*. 2010;96(2):160-9.
89. Deraas TS, Berntsen GR, Hasvold T, Førde OH. Does long-term care use within primary health care reduce hospital use among older people in Norway? A national five-year population-based observational study. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:287.
90. Farmer J, Lauder W, Richards H, Sharkey S. Dr John has gone: assessing health professionals' contribution to remote rural community sustainability in the UK. *Soc Sci Med*. 2003;57(4):673-86.
91. Spittle A, Orton J, Anderson P, Boyd R, Doyle L. Early developmental intervention programmes provided post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairment in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015(11):CD005495.
92. Sanchez A, Silvestre C, Campo N, Grandes G. Effective translation of a type-2 diabetes primary prevention programme into routine primary care: The PreDE cluster randomised clinical trial. *Diabetes Res Clin Pract*. 2018;139:32-42.

93. Haas K, Hayoz S, Maurer-Wiesner S. Effectiveness and Feasibility of a Remote Lifestyle Intervention by Dietitians for Overweight and Obese Adults: Pilot Study. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2019;7(4):e12289.
94. Huseinovic E, Bertz F, Leu Agelii M, Hellebö Johansson E, Winkvist A, Brekke HK. Effectiveness of a weight loss intervention in postpartum women: results from a randomized controlled trial in primary health care. *Am J Clin Nutr*. 2016;104(2):362-70.
95. Meiesaar K, Lember M. Efficiency and sustainability of using resources in Estonian primary health care. *Croat Med J*. 2004;45(5):573-7.
96. Chan R, Webster J, Bowers A. End-of-life care pathways for improving outcomes in caring for the dying. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016(2):CD008006.
97. E J, Li T, L. M, Thomson K, Shahani U, Gray Lea. Environmental and behavioural interventions for reducing physical activity limitation and preventing falls in older people with visual impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020(9):CD009233.
98. Gómez MG, Castañeda R, Menduïña PL, Garrido RU, Markowitz S. Estimating medical costs of work-related diseases in the Basque Country (2008). *Med Lav*. 2013;104(4):267-76.
99. Grande A, Silva V, Sawaris-Neto L, Teixeira-Basmage J, Peccin M, Maddocks M. Exercise for cancer cachexia in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021(3):CD010804.
100. Lane R, Harwood A, Watson L, Leng G. Exercise for intermittent claudication. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017(12):CD000990.
101. Williams A, Bird M, Hardcastle S, Kirschbaum M, Ogden K, Walters J. Exercise for reducing falls in people living with and beyond cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018(10):CD011687.
102. Mishra S, Scherer R, Geigle P, Berlanstein D, Topaloglu O, Gotay Cea. Exercise interventions on health-related quality of life for cancer survivors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012(8):CD007566.
103. Martínez-Riera JR, Carrasco Rodríguez FJ. Family and community nursing, chronology of a specialty. *Enferm Clin (Engl Ed)*. 2019;29(6):352-6.
104. Sanchez A, Grandes G, Cortada JM, Pombo H, Martinez C, Corrales MH, et al. Feasibility of an implementation strategy for the integration of health promotion in routine primary care: a quantitative process evaluation. *BMC Fam Pract*. 2017;18(1):24.
105. Wiysonge C, Paulsen E, Lewin S, Ciapponi A, Herrera C, Opiyo Nea. Financial arrangements for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017(9):CD011084.
106. Rakic S, Djudurovic A, Antonic D. Financial sustainability strategies of public primary health care centres in the Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina. *Int J Health Plann Manage*. 2021;36(5):1772-88.
107. Hassett L, Moseley A, Harmer A. Fitness training for cardiorespiratory conditioning after traumatic brain injury. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017(12):CD006123.
108. Pisco L, Pinto LF. From Alma-Ata to Astana: the path of Primary Health Care in Portugal, 1978-2018 and the genesis of Family Medicine. *Cien Saude Colet*. 2020;25(4):1197-204.
109. Cheshire A, Hughes J, Lewith G, Panagioti M, Peters D, Simon C, et al. GPs' perceptions of resilience training: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2017;67(663):e709-e15.

110. Economou C. Greece: Health system review. *Health Syst Transit*. 2010;12(7):1-177, xv-xvi.
111. Mahmud AJ, Olander E, Wallenberg L, Haglund BJ. Health promoting settings in primary health care - "hälsotorg": an implementation analysis. *BMC Public Health*. 2010;10:707.
112. Pons-Vigués M, Berenguera A, Coma-Auli N, Pombo-Ramos H, March S, Asensio-Martínez A, et al. Health-care users, key community informants and primary health care workers' views on health, health promotion, health assets and deficits: qualitative study in seven Spanish regions. *Int J Equity Health*. 2017;16(1):99.
113. Theile G, Kruschinski C, Buck M, Müller CA, Hummers-Pradier E. Home visits - central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2011;12:24.
114. Anderson L, Sharp GA, Norton RJ, Dalal H, Dean SG, Jolly Kea. Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017(6):CD007130.
115. Seedat F, Hargreaves S, Nellums LB, Ouyang J, Brown M, Friedland JS. How effective are approaches to migrant screening for infectious diseases in Europe? A systematic review. *Lancet Infect Dis*. 2018;18(9):e259-e71.
116. Sunaert P, Bastiaens H, Feyen L, Snauwaert B, Nobels F, Wens J, et al. Implementation of a program for type 2 diabetes based on the Chronic Care Model in a hospital-centered health care system: "the Belgian experience". *BMC Health Serv Res*. 2009;9:152.
117. Bighelli I, Ostuzzi G, Girlanda F, Cipriani A, Becker T, al KMe. Implementation of treatment guidelines for specialist mental health care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016(12):CD009780.
118. Collins D, Inglin L, Laatikainen T, Ciobanu A, Curocichin G, Salaru V, et al. Implementing a package of noncommunicable disease interventions in the Republic of Moldova: two-year follow-up data. *Prim Health Care Res Dev*. 2020;21:e39.
119. Tierney E, McEvoy R, Hannigan A, MacFarlane AE. Implementing community participation via interdisciplinary teams in primary care: An Irish case study in practice. *Health Expect*. 2018;21(6):990-1001.
120. Richter-Sundberg L, Nyström ME, Krakau I, Sandahl C. Improving treatment of depression in primary health care: a case study of obstacles to perform a clinical trial designed to implement practice guidelines. *Prim Health Care Res Dev*. 2015;16(2):188-200.
121. Notley C, Gentry S, Livingstone-Banks J, Bauld L, Perera R, Hartmann-Boyce J. Incentives for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019(7):CD004307.
122. Rivas-Fernandez M, Roqué-i-Figuls M, Diez-Izquierdo A, Escribano J, Balaguer A. Infant position in neonates receiving mechanical ventilation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016(11):CD003668.
123. Aerts N, Van Bogaert P, Bastiaens H, Peremans L. Integration of nurses in general practice: A thematic synthesis of the perspectives of general practitioners, practice nurses and patients living with chronic illness. *J Clin Nurs*. 2020;29(1-2):251-64.
124. Car J, Lang B, Colledge A, Ung C, Majeed A. Interventions for enhancing consumers' online health literacy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011(6):CD007092.
125. Wetzels R, Harmsen M, Van-Weel C, Grol R, Wensing M. Interventions for improving older patients' involvement in primary care episodes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007(1):CD004273.

126. Asnani MR, Quimby KR, Bennett NR, Francis DK. Interventions for patients and caregivers to improve knowledge of sickle cell disease and recognition of its related complications. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016(10):CD011175.
127. Allen NE, Canning CG, Almeida LRS, Bloem BR, Keus SHJ, Löfgren Nea. Interventions for preventing falls in Parkinson's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2022(6):CD011574.
128. Turner R, Steed L, Quirk H, Greasley R, Saxton J, Taylor Sea. Interventions for promoting habitual exercise in people living with and beyond cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018(9):CD010192.
129. Coxeter P, Del-Mar CB, McGregor L, Beller EM, Hoffmann TC. Interventions to facilitate shared decision making to address antibiotic use for acute respiratory infections in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015(11):CD010907.
130. Flodgren G, Conterno L, Mayhew A, Omar O, Pereira C, Shepperd S. Interventions to improve professional adherence to guidelines for prevention of device-related infections. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013(3):CD006559.
131. Mhimbira F, Cuevas L, Dacombe R, Mkopi A, Sinclair D. Interventions to increase tuberculosis case detection at primary healthcare or community-level services. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017(11):CD011432.
132. Björk L, Glise K, Pousette A, Bertilsson M, Holmgren K. Involving the employer to enhance return to work among patients with stress-related mental disorders - study protocol of a cluster randomized controlled trial in Swedish primary health care. *BMC Public Health*. 2018;18(1):838.
133. Walshe D, Garner P, Adeel A, Pyke G, Burkot T. Larvivorous fish for preventing malaria transmission. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017(12):CD008090.
134. Pettigrew LM, Kumpunen S, Rosen R, Posaner R, Mays N. Lessons for 'large-scale' general practice provider organisations in England from other inter-organisational healthcare collaborations. *Health Policy*. 2019;123(1):51-61.
135. Sanchez A, Grandes G, Cortada JM, Pombo H, Balague L, Calderon C. Modelling innovative interventions for optimising healthy lifestyle promotion in primary health care: "prescribe Vida Saludable" phase I research protocol. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:103.
136. Kingma AEC, van Stel HF, Oudega R, Moons KGM, Geersing GJ. Multi-faceted implementation strategy to increase use of a clinical guideline for the diagnosis of deep venous thrombosis in primary care. *Fam Pract*. 2017;34(4):446-51.
137. Erni P, von Overbeck J, Reich O, Ruggli M. netCare, a new collaborative primary health care service based in Swiss community pharmacies. *Res Social Adm Pharm*. 2016;12(4):622-6.
138. Planas-Campmany C, Quintó L, Icart-Isern MT, Calvo EM, Ordi J. Nursing contribution to the achievement of prioritized objectives in primary health care: a cross-sectional study. *Eur J Public Health*. 2016;26(1):53-9.
139. Siren R, Eriksson JG, Vanhanen H. Observed changes in cardiovascular risk factors among high-risk middle-aged men who received lifestyle counselling: a 5-year follow-up. *Scand J Prim Health Care*. 2016;34(4):336-42.
140. Sifaki-Pistolla D, Chatzea VE, Markaki A, Kritikos K, Petelos E, Lionis C. Operational integration in primary health care: patient encounters and workflows. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):788.

141. Kovacíc L, Sosić Z. Organization of health care in Croatia: needs and priorities. *Croat Med J.* 1998;39(3):249-55.
142. Latorraca C, Martimbianco A, Pachito D, Torloni M, Pacheco R, al PJe. Palliative care interventions for people with multiple sclerosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2019(10):CD012936.
143. Pereira A, Escola J, Rodrigues V, Almeida C. Parents' Perspectives on the Health Education Provided by Clinicians in Portuguese Pediatric Hospitals and Primary Care for Children Aged 1 to 10 Years. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(18):6854.
144. Galvin I, Steel A, Pinto R, Ferguson N, Davies M. Partial liquid ventilation for preventing death and morbidity in adults with acute lung injury and acute respiratory distress syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2013(7):CD003707.
145. Jia L, Meng Q, Scott A, Yuan B, Zhang L. Payment methods for healthcare providers working in outpatient healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2021(1):CD011865.
146. Crocker T, Forster A, Young J, Brown L, Ozer S, al SJe. Physical rehabilitation for older people in long-term care. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2013(2):CD004294.
147. Newlove-Delgado T, Hamilton W, Ford TJ, Stein K, Ukoumunne OC. Prescribing for young people with attention deficit hyperactivity disorder in UK primary care: analysis of data from the Clinical Practice Research Datalink. *Atten Defic Hyperact Disord.* 2019;11(3):255-62.
148. Sheahan MD. Prevention in Poland: health care system reform. *Public Health Rep.* 1995;110(3):289-94.
149. Vidal-Alaball J, López Seguí F, Garcia Domingo JL, Flores Mateo G, Sauch Valmaña G, Ruiz-Comellas A, et al. Primary Care Professionals' Acceptance of Medical Record-Based, Store and Forward Provider-to-Provider Telemedicine in Catalonia: Results of a Web-Based Survey. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(11):4092.
150. Smyrnakis E, Gavana M, Kondilis E, Giannakopoulos S, Panos A, Chainoglou A, et al. Primary health care and general practice attachment: establishing an undergraduate teaching network in rural Greek health centers. *Rural Remote Health.* 2013;13(1):1946.
151. Goicolea I, Mosquera P, Briones-Vozmediano E, Otero-García L, García-Quinto M, Vives-Cases C. Primary health care attributes and responses to intimate partner violence in Spain. *Gac Sanit.* 2017;31(3):187-93.
152. Qulieyeva DP, Huseynov SA. Primary health care revitalization in Azerbaijan. *Croat Med J.* 1999;40(2):210-5.
153. Salisbury C, Quigley A, Hex N, Aznar C. Private Video Consultation Services and the Future of Primary Care. *J Med Internet Res.* 2020;22(10):e19415.
154. Tzortziou V, Underwood M, Mohamed N, Westwood O, Morrissey D. Professional interventions for general practitioners on the management of musculoskeletal conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2016(5):CD007495.
155. Hodgson C, Goligher E, Young M, Keating J, Holland A, Romero Lea. Recruitment manoeuvres for adults with acute respiratory distress syndrome receiving mechanical ventilation. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2016(11):CD006667.
156. Xhixha A, Rama R, Radbruch L. Reducing the barriers to pain management in Albania: results from an educational seminar with family doctors. *J Palliat Med.* 2013;16(7):758-61.

157. Nunes AM, Ferreira DC. Reforms in the Portuguese health care sector: Challenges and proposals. *Int J Health Plann Manage*. 2019;34(1):e21-e33.
158. French B, Thomas L, Coupe J, McMahon N, Connell L, Harrison Jea. Repetitive task training for improving functional ability after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016(11):CD006073.
159. Campbell SM, Roland MO, Bentley E, Dowell J, Hassall K, Pooley JE, et al. Research capacity in UK primary care. *Br J Gen Pract*. 1999;49(449):967-70.
160. Gibbons C, Porter I, Gonçalves-Bradley D, Stoilov S, I. R-C, Tsangaris Eea. Routine provision of feedback from patient-reported outcome measurements to healthcare providers and patients in clinical practice. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021(10):CD011589.
161. Kelly C, Grundy S, Lynes D, Evans D, Gudur S, Milan Sea. Self-management for bronchiectasis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018(2):CD012528.
162. Hummers-Pradier E, Beyer M, Chevallier P, Eilat-Tsanani S, Lionis C, Peremans L, et al. Series: The research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. Part 4. Results: specific problem solving skills. *Eur J Gen Pract*. 2010;16(3):174-81.
163. Smith S, Cousins G, Clyne B, Allwright S, O'Dowd T. Shared care across the interface between primary and specialty care in management of long term conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017(2):CD004910.
164. Aoki Y, Yaju Y, Utsumi T, Sanyaolu L, Storm M, Takaesu Yea. Shared decision-making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2022(11):CD007297.
165. Conill EM, Xavier DR, Piola SF, Silva SFD, Barros HDS, Báscolo E. Social Determinants, Conditions and Performance of Health Services in Latin American Countries, Portugal and Spain. *Cien Saude Colet*. 2018;23(7):2171-86.
166. Puntis S, Minichino A, De Crescenzo F, Harrison R, Cipriani A, Lennox B. Specialised early intervention teams (extended time) for recent-onset psychosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020(11):CD013287.
167. Von Below B, Haffling AC, Brorsson A, Mattsson B, Wahlqvist M. Student-centred GP ambassadors: Perceptions of experienced clinical tutors in general practice undergraduate training. *Scand J Prim Health Care*. 2015;33(2):142-9.
168. Øiestad BE, Aanesen F, Løchting I, Storheim K, Tingulstad A, Rysstad TL, et al. Study protocol for a randomized controlled trial of the effectiveness of adding motivational interviewing or stratified vocational advice intervention to usual case management on return to work for people with musculoskeletal disorders. The MI-NAV study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2020;21(1):496.
169. Skjåkødegård HF, Danielsen YS, Morken M, Linde SF, Kolko RP, Balantekin KN, et al. Study Protocol: A randomized controlled trial evaluating the effect of family-based behavioral treatment of childhood and adolescent obesity-The FABO-study. *BMC Public Health*. 2016;16(1):1106.
170. Ng N, Eriksson M, Guerrero E, Gustafsson C, Kinsman J, Lindberg J, et al. Sustainable Behavior Change for Health Supported by Person-Tailored, Adaptive, Risk-Aware Digital Coaching in a Social Context: Study Protocol for the STAR-C Research Programme. *Front Public Health*. 2021;9:593453.
171. Carlford S, Lindberg M, Andersson A. Sustained use of a tool for lifestyle intervention implemented in primary health care: a 2-year follow-up. *J Eval Clin Pract*. 2013;19(2):327-34.

172. Bruschetti M, O'Donnell CPF, Davis PG, Morley CJ, Moja L, Calevo MG. Sustained versus standard inflations during neonatal resuscitation to prevent mortality and improve respiratory outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020(3):CD004953.
173. Ngai S, Jones A, Tam W. Tai Chi for chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016(6):CD009953.
174. Anderson E, Shepherd M, Salisbury C. 'Taking off the suit': engaging the community in primary health care decision-making. *Health Expect*. 2006;9(1):70-80.
175. Grandes G, Sánchez A, Torcal J, Sánchez-Pinilla RO, Lizarraga K, Serra J. Targeting physical activity promotion in general practice: characteristics of inactive patients and willingness to change. *BMC Public Health*. 2008;8:172.
176. Gabrielsson-Järhult F, Kjellström S, Josefsson KA. Telemedicine consultations with physicians in Swedish primary care: a mixed methods study of users' experiences and care patterns. *Scand J Prim Health Care*. 2021;39(2):204-13.
177. Corry M, Neenan K, Brabyn S, Sheaf G, Smith V. Telephone interventions, delivered by healthcare professionals, for providing education and psychosocial support for informal caregivers of adults with diagnosed illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019(5):CD012533.
178. Johansen AS, Vracko P, West R. The evolution of community-based primary health care, Slovenia. *Bull World Health Organ*. 2020;98(5):353-9.
179. Schmidt I, Thor J, Davidson T, Nilsson F, Carlsson C. The national program on standardized cancer care pathways in Sweden: Observations and findings half way through. *Health Policy*. 2018;122(9):945-8.
180. Fjørtoft AK, Oksholm T, Fjørland O, Delmar C, Alvsvåg H. The position of home-care nursing in primary health care: A critical analysis of contemporary policy documents. *Nurs Inq*. 2022;29(2):e12445.
181. Kalra N, Hooker L, Reisenhofer S, Di-Tanna G, García-Moreno C. Training healthcare providers to respond to intimate partner violence against women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021(5):CD012423.
182. Harvey A, Baker L, Reddihough D, Scheinberg A, Williams K. Trihexyphenidyl for dystonia in cerebral palsy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018(5):CD012430.
183. Brekke M, Carelli F, Zarbailov N, Javashvili G, Wilm S, Timonen M, et al. Undergraduate medical education in general practice/family medicine throughout Europe - a descriptive study. *BMC Med Educ*. 2013;13:157.
184. Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim und Basel: Beltz; 2015.
185. ÖGK. BGF-Projektbeschreibung [Internetquelle]. Graz: Österreichische Gesundheitskasse. [zuletzt aufgerufen am: 07.03.2023]. Aufrufbar unter: <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/load?contentid=10008.763925&version=1655987764>
186. Englert M, (Hrsg). *Nachhaltiges Management*. Berlin: Springer Gabler; 2019.
187. Kersting W. *Theorien der sozialen Gerechtigkeit*. Stuttgart: J.B. Metzler; 2000.
188. GÖG. Kompetenzzentrum Klima und Gesundheit [Internetquelle]. Wien: Gesundheit Österreich GmbH. [zuletzt aufgerufen am: 15.12.2022]. Aufrufbar unter: <https://goeg.at/KoKuG>

9. ANHÄNGE

9.1. Informationsmail für angemeldete Teilnehmer*innen (Gruppe 0)

„Sg. TeilnehmerInnen des Workshops,

ich freue mich über Ihr Interesse am Thema „Nachhaltige PVE“.

Eine kurze Vorinformation:

Der Workshop dient als Fokusgruppe (auch) der Erstellung meiner Masterarbeit mit dem (vorläufigen) Titel „Nachhaltige Primärversorgungseinheiten – ein Modell für die Zukunft?“

Ich schreibe diese Arbeit im Zuge meines berufsbegleitenden Studiums „Public Health“ an der Meduni Graz.

Der qualitative Teil der Arbeit soll Erfahrungen aus der Praxis einfließen lassen -> Fokusgruppe.

Aus diesem Grund möchte ich den Workshop gern mittels Tonaufnahme aufzeichnen, um später eine qualitative Inhaltsanalyse zu ermöglichen.

Ich hoffe, Sie sind damit einverstanden! Entsprechende Einverständniserklärungen bringe ich dann zum Workshop mit.

Herzlichen Dank für Ihr Verständnis!

Mfg

Susanna Finker

9.2. Einladung Online-Gruppe (nicht zustande gekommen)

Einladung zur Online-Fokusgruppe

„Nachhaltige PVE – was ist das?“

Nachhaltigkeit ist in aller Munde.

Auch in Grundlagendokumenten der Primärversorgung kommt das Wort gerne vor.

Aber was bedeutet das für uns eigentlich: In unserer täglichen Arbeit, für und mit Patient*innen, in Zusammenhang mit Klimawandel und Umweltschutz?

Ich, Mag. (FH) Susanna Finker, Managerin der PVE Medius – Zentrum für Gesundheit in Graz, studiere aktuell berufsbegleitend „Public Health“ (Universitätslehrgang) an der Meduni Graz.

Für meine Masterarbeit habe ich mir das Thema „Nachhaltige Primärversorgungseinheiten – ein Modell für die Zukunft?“ (Arbeitstitel) ausgewählt.

Im Zuge der Arbeit führe ich auch 2 Fokusgruppen durch: eine im Rahmen des diesjährigen Primärversorgungskongresses (Pre-Conference, 29.9.2022, 13 Uhr, live, ausgebucht) und eine zweite im Online-Format.

Termin für die Online-Gruppe:

Freitag, 07.10.2022, 9 – 11 Uhr. (technisch via MS Teams umgesetzt)¹

Zu diesem Termin möchte ich Sie herzlich einladen!

Zielgruppe: PVE Mitarbeiter:innen aller Berufsgruppen

Wer Interesse an der Teilnahme hat, bitte um kurze Rückmeldung mit Name, Name der PVE und Berufsgruppe direkt an: susanna.finker@chello.at

Wer grundsätzlich Interesse am Thema hat, aber zu dem Termin (auch Alternativtermin¹) nicht kann, gerne auch per Mail um Rückmeldung!

Die Fokusgruppe wird aufgezeichnet, um später eine qualitative Inhaltsanalyse zu ermöglichen. Entsprechende Einverständniserklärungen verschicke ich vorab per Mail. Sie finden den Text der Einverständniserklärung bereits hier im Anhang.

Ich freue mich auf Ihre Teilnahme!



¹ Alternativtermin 21.10. 9 – 11 Uhr sollte die ideale Gruppengröße von mind. 6 Personen am 7.10. nicht erreicht werden können.

Abbildung 7 – Screenshot PDF-Einladung Online Gruppe

9.3. Einladung Online-Gruppe (Doodle-Abstimmung) (Gruppe 1,2)

Einladung zur Online-Fokusgruppe (=Gruppendiskussion) „Nachhaltige PVE – was ist das?“

Nachhaltigkeit ist in aller Munde.

Auch in Grundlagendokumenten der Primärversorgung kommt das Wort gerne vor.

Aber was bedeutet das für uns in den PVEs eigentlich: In unserer täglichen Arbeit, für und mit Patient*innen, in Zusammenhang mit Klimawandel und Umweltschutz?

Darüber möchte ich mit euch/Ihnen sprechen in einem offenen Austausch.

Es ist kein Vorwissen erforderlich – es geht um eure/Ihre Einschätzungen und Erfahrungen.

Ich, Mag. (FH) Susanna Finker, Managerin der PVE Medius – Zentrum für Gesundheit in Graz, studiere aktuell berufsbegleitend „Public Health“ (Universitätslehrgang) an der Meduni Graz.

Für meine Masterarbeit habe ich mir das Thema „Nachhaltige Primärversorgungseinheiten – ein Modell für die Zukunft?“ (Arbeitstitel) ausgewählt.

Im Zuge der Arbeit führe ich auch 2 Fokusgruppen durch: eine hat im Rahmen des diesjährigen Primärversorgungskongresses stattgefunden und eine zweite im Online-Format.

Termin für die Online-Gruppe (Doodle Abstimmung):

<https://doodle.com/meeting/participate/id/bmQ3QQ3b>

Zielgruppe: PVE Mitarbeiter:innen aller Berufsgruppen

Wer Interesse an der Teilnahme hat, bitte bei der Terminabstimmung mitmachen 😊 .

Die Fokusgruppe wird aufgezeichnet, um später eine qualitative Inhaltsanalyse zu ermöglichen. Entsprechende Einverständniserklärungen verschicke ich vorab per Mail. Sie finden den Text der Einverständniserklärung bereits hier im Anhang.

Ich freue mich auf Ihre Teilnahme!



Abbildung 8 – Screenshot PDF-Einladung Online Gruppe (Doodle-Abstimmung)

9.4. Zustimmungserklärung Fokusgruppen

Zustimmungserklärung/Datenschutzmitteilung

Herzlichen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, als Teilnehmer:in für eine Fokusgruppe im Rahmen meiner Masterarbeit „Nachhaltige Primärversorgungseinheiten – ein Modell für die Zukunft?“ (Arbeitstitel) an der Medizinischen Universität Graz / Universitätslehrgang Public Health zur Verfügung zu stehen.

Die Fokusgruppen haben zum Ziel, das Thema „Nachhaltigkeit“ und die „Anschlussfähigkeit“ vorhandener Konzepte an die Arbeitsrealität in Primärversorgungseinheiten zu beleuchten.

Gemäß Datenschutzgesetz (§ 7 Abs 2 Ziffer 2 DSG) muss für die Teilnahme bzw. die Aufzeichnung der Fokusgruppe Ihre Zustimmung eingeholt werden. Ihre Aussagen werden in der Masterarbeit¹ nicht unter Nennung Ihres Namens weiter verwendet. Die Inhalte der Fokusgruppe (inkl. Vorstellungsrunde) werden jedoch aufgezeichnet und anschließend pseudonymisiert transkribiert (Person A, Person B,...).

Diese (Original-)Daten können von dem/der Betreuer/in bzw. Begutachter/in der Masterarbeit zum Zweck der Leistungsbeurteilung eingesehen werden. Die erhobenen Daten dürfen gemäß Art 89 Abs 1 DSGVO grundsätzlich unbeschränkt gespeichert werden.

Sie können die Zustimmung zur Verwendung Ihrer Beiträge jederzeit widerrufen, alle Aussagen, die bis zu diesem Zeitpunkt in der wissenschaftlichen Arbeit verwendet wurden, sind allerdings rechtskonform und müssen nicht aus der Arbeit entfernt werden.

Weiters besteht für Sie das Recht auf Auskunft durch die Verantwortliche dieser Fokusgruppe über die erhobenen personenbezogenen Daten sowie das Recht auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung der Daten sowie ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung sowie des Rechts auf Datenübertragbarkeit. Zudem besteht das Recht der Beschwerde bei der Datenschutzbehörde (bspw. über dsb@dsb.gv.at).

Wenn Sie weitere Fragen zu dieser Erhebung haben, wenden Sie sich bitte gern an mich: susanna.finker@chello.at.

Für grundsätzliche juristische Fragen im Zusammenhang mit der DSGVO wenden Sie sich an den Datenschutzbeauftragten der Medizinischen Universität Graz office.datenschutz@medunigraz.at.

Ihr Name in Blockbuchstabe: _____

Ich stimme der Verwendung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der wissenschaftlichen Arbeit hiermit zu.

Ort, Datum Unterschrift

¹ Abschlussarbeiten müssen laut Universitätsgesetz veröffentlicht werden (durch Aufstellen in der National- und Universitätsbibliothek), sie sind üblicherweise auch online zugänglich.

Quelle: adaptierte Vorlage Universität Wien

Abbildung 9 – Screenshot Zustimmungserklärung Fokusgruppen

9.5. Powerpoint-Foliensatz zur Durchführung der Fokusgruppen

Aufzeichnung – Datenschutz

- Ton- und Videoaufzeichnung (Teams, Backup: OBS)
- Spätere Transkription - pseudonymisiert
- Abgabe Zustimmungserklärungen

DANKE 😊

Abbildung 10 – Powerpoint-Foliensatz – Folie 1

Vorstellung Moderation

Susi Finker

Studierende Universitätslehrgang „Public Health“ an der Meduni Graz

PV-Managerin Medius – Zentrum für Gesundheit (dzt. Bildungskarenz)

Sozialarbeiterin

Leiterin Vernetzungsgruppe PVM Plattform Primärversorgung

Abbildung 11 – Powerpoint-Foliensatz – Folie 2

Motivation und Thema

- Motivation: Masterarbeit als Abschlussarbeit meiner Weiterbildung

-> etwas beitragen

-> unklare Begriffe klarer bekommen

- Thema: Nachhaltige Primärversorgungseinheiten – ein Modell für die Zukunft? (Arbeitstitel)

Abbildung 12 – Powerpoint-Foliensatz – Folie 3

Forschungsfragen - Ziel der Fokusgruppe

- Welche Bedeutungen/Dimensionen des Begriffs Nachhaltigkeit in der Primärversorgung kommen in der Literatur vor?
- Sind vorhandene (theoretische) Konzepte zu (ökologischen) Nachhaltigkeitsmaßnahmen in Primärversorgungseinheiten (PVE) anschlussfähig an die Arbeitsrealität der (österreichischen) PVE(-Teams)?



SICHTWEISEN?

Abbildung 13 – Powerpoint-Foliensatz – Folie 4

Einige Bitten vorab...

- Wertschätzender Umgang miteinander
- Es gibt kein „richtig“ oder „falsch“ – alle Sichtweisen sind hilfreich* -> die Gruppe muss keinen Konsens herstellen**
- Auch wenn Personen sich (oder mich) bereits kennen, so viele Dinge wie möglich als „nicht gegeben“ annehmen 😊
- Nur explizit gemachtes ist für die Forschung anschließend auswertbar***
- Möglichst nacheinander sprechen – Höflichkeit und Verständlichkeit 😊

*vgl Braunecker, 2021 / **vgl Kühn, 2018 / ***vgl Flick, 2021

Abbildung 14 – Powerpoint-Foliensatz – Folie 5

Rolle der Moderation*

- Eigene Notizen
- Reihenfolge der RednerInnen
- Auf Gesprächsregeln hinweisen
- Festhalten wichtiger Punkte

*vgl Kühn, 2018; vgl Flick, 2021

Abbildung 15 – Powerpoint-Foliensatz – Folie 6

Vorstellrunde

- Name und Berufsgruppe
- PVE und Bundesland

- Für mich bedeutet Nachhaltigkeit ..., weil ...

*vgl Schulz 2012

Abbildung 16 – Powerpoint-Foliensatz – Folie 7

Abhängig von Begriff „Nachhaltigkeit“

- Was kommt?
- Geht es überhaupt um Umweltschutz oder Planetary Health o.ä.?

- 3 Aspekte: Ökonomische / Ökologische / Soziale Nachhaltigkeit

Abbildung 17 – Powerpoint-Foliensatz – Folie 8 (optional)

Leitfragen zum Thema Ökologische Nachhaltigkeit

- Gesetzte Maßnahmen in eigener PVE
- Vorstellbare Maßnahmen in eigener PVE
- Gewünschte Maßnahmen (z.B. bekannt aus anderen PVE oder anderen Kontexten)
- Förderliche Faktoren
- Hinderliche Faktoren

Abbildung 18 – Powerpoint-Foliensatz – Folie 9

Leitfragen zum Thema „vorhandene Konzepte“

- „Planetary Health“: Klima & Gesundheit:
gesammelte Infosheets zu möglichen
Ansatzpunkten in PVE's

*vgl IfGP 2021

Abbildung 19 – Powerpoint-Foliensatz – Folie 10 (optional)

Abschluss

- Das war mir am wichtigsten...
- Was ich noch unbedingt loswerden möchte...

Abbildung 20 – Powerpoint-Foliensatz – Folie 11

DANKE!

Abbildung 21 – Powerpoint-Foliensatz – Folie 12

9.6. Ergebnistabelle Kategoriensystem

	221114_Transkript_für_Analyse	221117_Transkript_für_Analyse	Anzahl Textstellen im Code
Häufigkeit absolut			
Jeder Code zählt separat (Nur Textstellen werden gezählt, die dem gewählten Code zugeordnet wurden.)			
anderes zur Nachhaltigkeit	-	-	-
Definition Begriff	11	1	12
Grundhaltung	18	19	37
schlechtes Gewissen bei Nicht-Nachhaltig-Sein	7	10	17
Digitalisierung	6	11	17
welche Systemebene?	1	7	8
Modell	-	-	-
Checkliste	-	11	11
Fortbildung	4	2	6
rasche Umsetzbarkeit	3	5	8
Verantwortlichkeit	8	3	11
interner Austausch	7	5	12
externer Austausch	8	8	16
Rahmenbedingungen	-	-	-
Führung/Vorbild	-	10	10
Besitzverhältnisse/Gebäude	-	12	12
Regeln/Vorgaben	5	26	31
Freiraum	10	5	15

Häufigkeit absolut

Jeder Code zählt separat
(Nur Textstellen werden gezählt, die dem gewählten Code zugeordnet wurden.)

	221114_Transkript_für_Analyse	221117_Transkript_für_Analyse	Anzahl Textstellen im Code
hinderliche Faktoren	-	-	-
Außenfaktoren	-	9	9
Widerstände	5	11	16
Hygiene/Standards	1	2	3
erhöhte (Investitions)kosten	6	2	8
Nicht-Wissen	8	14	22
Zeitmangel	7	6	13
Bürokratie	3	2	5
förderliche Faktoren	-	-	-
Dinge passieren zufällig	-	2	2
dranbleiben	7	8	15
Zeit	2	1	3
gegenseitige Motivation/Unterstützung	6	8	14
es wird leicht (oder schwer) gemacht	10	24	34
sozial	-	-	-
Einbezug von Patient*innen	13	9	22
persönliche Ressourcen	5	1	6
Wissen teilen	3	2	5
PVE als Struktur	-	3	3
Gesundheitsversorgung	4	8	12
Arbeitsprozesse/Teamprozesse	10	5	15
Team	7	5	12

Häufigkeit absolut
 Jeder Code zählt separat
 (Nur Textstellen werden gezählt, die dem gewählten
 Code zugeordnet wurden.)

	221114_Transkript_für_Analyse	221117_Transkript_für_Analyse	Anzahl Textstellen im Code
ökonomisch	-	-	-
Zeit	2	-	2
Investitionen	2	-	2
Kosten	6	3	9
Energieeffizienz	2	5	7
ökologisch	1	1	2
Mobilität	7	8	15
Ressourcenmanagement	7	2	9
Müll trennen	5	16	21
Müll vermeiden	2	5	7
wenig(er) Konsum/Einkauf	15	4	19
Papier sparen	7	19	26
Broschüren/Werbematerial	7	5	12
ökologisches Material/nachhaltige Produkte	2	5	7
Ressourcen teilen	8	-	8
Ärztmuster/Medikamente	5	7	12
Strom sparen	3	6	9
Heizung (reduzieren)	2	8	10
Anzahl Textstellen im Text	268	351	619

Tabelle 10 – Ergebnistabelle Kategoriensystem (Inhaltsanalyse Fokusgruppen)